

PAGE

MANQUANTE

La tuberculose du sein

Par le Dr Eugène Saint-Jacques (1)

Professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Notre intention n'est pas de faire une revue de toute la question, mais simplement d'attirer l'attention des membres de cette association sur certains aspects de cette affection, tant au point de vue clinique que thérapeutique.

La Tuberculose du Sein n'est pas aussi rare que l'on serait porté à le croire. Mais si nous la notons plus fréquemment depuis quelques années, c'est que l'attention tant des cliniciens que des pathologistes a été tout particulièrement depris quelques vingt-cinq ans, attirée sur certaines inflammations du sein à évolution généralement indolente et de guérison très lente.

Astley Cooper en Angleterre, Velpeau en France, Foerster en Allemagne semblent avoir été les premiers à signaler la tuberculose du sein, voilà déjà bien longtemps. Mais la clinique seule avait parlé et lorsque le microscope entra activement en scène il crut bon presque de la nier. Virchow, dans son *Lehrbuch der Geschwulste*, et Cornil et Ranvier dans la première édition de leur manuel d'Histologie Pathologique, sans la nier théoriquement, affirment qu'on n'en connaît pas de cas. Encore ici la clinique a précédé le microscope. Reconnaissons que depuis lors celui-ci a repris place au rang d'honneur, et qu'aujourd'hui c'est à qui de la clinique ou du laboratoire rendra le plus de services à l'autre.

Toujours est-il que les opinions sur ce sujet restèrent indécises jusqu'à ce que, dans une thèse magistralement soutenue devant la faculté de Paris en 1881, Dubar eut nettement posé la tuberculose du sein comme une entité pathologique définie.

Des cas de tuberculose mammaire qui sont venus sous mon observation, je rapporterai l'histoire clinique de deux d'entre eux, qui me serviront à tirer les conclusions que je désire proposer.

Cas I. Mlle H. 16 ans, vient me consulter au sujet de ses seins.

Au sein gauche, un petit abcès superficiel, au côté externe du mamelon, est sur le point de s'ouvrir. Cet abcès s'était développé lentement, sans causer la moindre douleur. J'en retire environ cinq grammes de pus. Examen microscopique pas de bacille de Koch, ni aucun autre. Sur le même sein, deux cicatrices témoignant d'abcès antérieurs, qui de même avaient commencé par un nodule qui alla grossissant graduellement, se ramollissant ensuite en une petite collection purulente,

qui s'était ouverte spontanément, et tout ce temps ne causant pas la moindre douleur.

Sur le sein droit, une vieille cicatrice d'un ancien abcès, et présentement une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de cinq sous. Tous deux prirent des semaines et des semaines à guérir et à peine le gauche se fut-il cicatrisé, qu'un nouvel abcès se forma près du mamelon gauche et, comme les autres, fut très long à guérir. L'état général fut toujours excellent.

Aujourd'hui, deux ans plus tard, la jeune fille, particulièrement bien développée pour son âge, est en excellente santé. Les cicatrices sont très évidentes et ne sont pas adhérentes à la glande, sauf du côté gauche, où le mamelon est rétracté.

Cas II. Mlle C. 20 ans, vient en 1906 me voir pour une ulcération au sein droit, toux et dernièrement hémoptysie. Quelques semaines auparavant était apparu au sein droit un nodule qui s'était graduellement développé et spontanément ouvert, sans avoir causé la moindre douleur. Examen microscopique des sécrétions : Présentement Strepto et staphylococques. Cette ulcération prit de longues semaines à guérir. Un an plus tard, la malade revint, ayant eu une légère hémoptysie, fortement anémique et présentant des signes d'infiltration sous claviculaire gauche. La malade est actuellement guérie de ses lésions mammaires et dans un bon état de santé générale.

On peut y objecter, je sais, que le bacille de Koch n'y fut pas trouvé. Mais le rencontre-t-on toujours ? Loin de là, comme il ressort des observations cliniques publiées. Reverdin rapporte que von Bruns le décèle dans deux cas, mais il a été impossible de retracer ces observations. En tout cas chez mes deux malades, l'histoire clinique est typique de la maladie. Toutes deux de parfaite propreté (car on peut objecter infection par malpropreté personnelle), pas d'infection antérieure autre que la tuberculose, tuberculose pulmonaire concomitante chez l'une d'elle, pas de syphilis, l'évolution indolente et indolore de l'affection, la torpeur des ulcères, leur aspect, leur lenteur à guérir, tout conduit à la conclusion de tuberculose mammaire.

Age : Pour ce qui est de l'âge, les statistiques permettent d'établir que la tuberculose du sein est inconnue avant la puberté, qu'elle est rare après cinquante ans, — que sa plus grande fréquence est de 25 à 35 ans. Ces deux malades dont il a été question avaient moins de 20 ans, une troisième avait 28.

Quelle est la PORTE D'ENTRÉE ou la voie d'accès du bacille de Koch, dans ces cas de tuberculose mammaire ? Elle peut-être TRIPLE : soit par le mamelon et les vaisseaux galactophores, comme le veut Verneuil ; — soit par la voie lymphatique et alors d'habitude secondaire à une lésion de voisinage — plèvre, côte ou ganglion ; — soit enfin par la voie sanguine, tel que le prétend Orthman. C'est donc dire que la tuberculose mammaire peut être tantôt primaire, tantôt secondaire. Sur 26 observations détaillées et analysées par Delbet, 12 n'avaient pas d'autres lésions tuberculeuses que celle de

(1) Communication faite à l'Association Médicale Canadienne, Ottawa, 1908.

la mamelle ou de l'aisselle correspondante, 10 avaient des lésions pulmonaires, 4 présentaient ou avaient présenté des complications tuberculeuses ailleurs.

Y a-t-il des CAUSES LOCALES PREDISPOSANTES ? c'est demander si la mammite ou un traumatisme peuvent appeler la fixation du bacille tuberculeux ? Un traumatisme, qui survient chez une malade déjà en puissance de tuberculose, y créerait certainement un appel, mais si le blessé n'est pas déjà tuberculeux, le traumatisme semble sans effet dans cette direction. Quant à la mammite, reconnaissons que la coïncidence est parfois notée, mais disons aussi que la mammite tuberculeuse semble plus fréquente chez les femmes non mariées et jeunes.

Si, maintenant nous examinons les aspects cliniques sous lesquels cette affection se montre, nous en déduisons les conclusions suivantes, d'après les cas qu'il nous a été donné d'observer ici et à l'étranger et d'après l'étude des observations cliniques publiées sur le sujet.

La tuberculose mammaire revêt trois aspects cliniques.

A.— Tantôt les foyers apparaissent et se développent superficiellement, soit sous la peau soit dans la zone superficielle de la glande. Les nodules sont indolores et indolents, grossissent en se ramollissant et bientôt il se manifeste une petite collection fluctuante sous la peau. Si cette collection n'est pas traitée, la peau ne tarde pas à rougir, s'amincir et finalement l'abcès s'ouvre spontanément. Tel fut le cas pour une malade de Poirier, une de Orthmann, une de Kramer, et chez deux des miennes.

B.— Tantôt au contraire, et ce sont les cas les plus fréquents, les localisations tuberculeuses sont profondes et ce n'est que par hasard que la malade découvre un ou plusieurs nodules dans son sein. Ainsi en a-t-il été chez une de mes malades, dont voici l'histoire clinique.

Mlle C. 28 ans, vint me consulter pour une bosse remarquée récemment au sein droit. D'abord indolore, elle est devenue sinon douloureuse, au moins agaçante dans les derniers temps. L'examen révèle chez elle une petite glande mammaire et dans son quadrant supéro-externe un nodule gros comme une noisette et dur. Sur le trajet des lymphatiques axillaires, deux petits nodules indurés reliés à la masse principale par un cordon dur et que la malade n'a remarqués que plus tard. Rien au creux axillaire. Temp : 99.2. Pouls : 80 à 85. La malade est anémique et pâle et a maigri dans ces derniers temps. Pouvons : signes d'infiltration aux deux sommets. Point douloureux de périostite costosternale droite.

Où ces nodules évoluent vers la formation d'un abcès, ou bien il se forme des nodules secondaires, qui donneront naissance à des abcès froids multiples, lesquels fusionneront ensemble et se développeront indépendamment : tel fut le cas chez une malade rapportée par Morestin et Bender à la Soc. Anat. de Paris.

C.— Tantôt enfin dans une troisième variété, l'affection débute dans les ganglions axillaires ou plus géné-

ralement pectoraux. Cette adénopathie tuberculeuse peut exister de nombreuses années avant que la mamelle ne soit envahie, nous dit Delbet. C'est dans cette catégorie, à début lympho-glandulaire— que je rangerais trois autres jeunes malades venues sous mes soins, Mlle Eva P. 17 ans (1905), Albina F. 29 ans (Mai 1907), Cléopâtre L. 13 ans (1907)— toutes trois non mariées— qui firent des adénites tuberculeuses pectorales, l'une d'elle développant secondairement une polyadénite indolente de l'aisselle. Ces adénites étaient de nature tuberculeuse. La première qui faisait alors des lésions pulmonaires de début, serait maintenant bien portante, me rapporte son médecin, bien qu'elle ait pris un très long temps à guérir ses trajets fistuleux. Les deux autres sont encore sous observation.

Telle est la triple modalité clinique de la tuberculose mammaire. Quant au TRAITEMENT, nous avons trois moyens à notre disposition contre cette maladie.

I.— Agir envers ces abcès froids du sein comme vis-à-vis les abcès de même nature ailleurs, à savoir : évacuer le pus avec la plus grande asepsie par aspiration, puis injecter un liquide modificateur, soit la glycérine ou l'éther iodoformée, soit un des mélanges de Calot, à l'iodoforme et la créosote dans l'éther et l'huile ;

II.— Ou bien ouvrir, cureter et cautériser au thermo ;

III.— Ou enfin faire l'excision totale du sein et le curage concomitant du creux axillaire. C'est la méthode suggérée par Kummel et von Bergmann, Delbet, Da Costa et Keen. Braendle de Tubingen, ayant suivi 16 malades sur 18 opérées à la clinique de von Bruns pour tuberculose mammaire et à qui fut faite l'amputation du sein et le curage de l'aisselle, en retrouve plus tard 13 bien portantes, trois autres mortes sans avoir présenté de récurrence locale de tuberculose et la seizième avec une récurrence tuberculeuse en région mammaire. Il conclut que le traitement curatif par excellence est l'excision du sein.

Et cependant nous hésitons à accepter pour notre part une suggestion aussi radicale pour TOUS les cas. Car il en est où la malade se présente à nous seulement avec un petit abcès, aussi localisé que superficiel et sans réaction axillaire, où enlever d'emblée le sein nous paraît une chirurgie par trop généreuse et trop hâtive.

Et c'est sur ceci que nous désirons terminer en proposant les conclusions suivantes :

Si l'amputation du sein et le curage de l'aisselle sont le traitement de choix dans la grande majorité des cas de tuberculose mammaire, — il est par contre certains cas, à localisation superficielle et sous cutanée, sans réaction ganglionnaire, où la ponction et l'injection d'un liquide modificateur ou la cautérisation au thermo sembleraient devoir être employées avant de faire l'opération radicale de l'ablation du sein.

(Bibliographie à la page suivante).

Bibliographie

Sier. Die Tub. Mam. Wurtzbourg, 1892.

Ebbinghaus.— Isolierte region. Acheldrus, tub. nebst 1898.

1903.

Brun & Pepin. Tub. Mammaire. Archiv. med. d'Angers.
Schley. Prim. tub. of the breast, and review of the lit.
on the subj. Amer. Surg. Phil.

Schild. Tub. of the B. in patient aged 73. Clin. Jnal.
London.

Salomoni.—Sullatub. d. mam.— Clin. Chir. Milano.

Levings.—Tub. of the mam. gl.— Jnal. Amer. Med. Ass.

Manley.— Tub. abcess of the mam. gl. Medical Brief. St
Louis.

Ebbinghaus.— Isolierte region. A cheldrus. tub. nebst
Bemerk. uber die Gen. d. Milchdrusen Tub. Virchow
Arch. f. Pathol.

Morestin.— Tub. Mammaire. Bul. de la Soc. Anat. de
Paris. Juin.

Morestin.— Tub. Mammaire. Bul. de la Soc. Anat. de
Paris. Juillet.

1904.

Von Berginan, von Bruns & von Mickulicz.—Tub. Mam.
Anspach.— Prim. tub. of the B. Amer. Jnal. Med. Sci.

Nattan-Larrier. Un procédé pour la recherche des bac.
tub. dans la tub. mam.—Arch. de Méd. exper. et
d'Anat. Pathol.

Thurston.—Tub. disease of the B.—Ind. Med. gaz. Calcuta

Scott.—Tub. of the female breast.— St Barthol. Hosp.
Rep.

1905.

Warren.— Uber Chir. und Behand. der Tub. Mam.—Wie-
ner klin. Wochen.

Warren.— The surgeon and pathologist : considerations
on the treat. of bening tumors of the breast.—Jnal.
Amer. Med. Ass.

Spencer.—Primitive tub. of the mammaire.— Amer. Med.
Jnal. Phil.

Russell.— Tub. Mam.: operative treat. Med. Jnal. Cin-
cin.

Schmidt.— Ein Fall v. Tub. Mam.—Lubeck.

1906.

Gensler.— Uber Tub. Mam.— Deutsche med. Wochen.

Berger.— La tub. de la mamelle.—Revue gen. de clinique
et de thérapeutique.

Bihaud.— Tub. du sein.— Gaz. med. de Nantes.

1907.

Maranzoni. — Contrib. al. conoscenza del. tub. mam.—
Riv. veneta d. sci. med. Venezia.

Zifoni.— Contrib. al. stud. del. tub. prim. della mam.—
Riforma med. Palermo.

Hardouin.— Examen clinique et histologique d'un cas de
tub. mam. Bul. Soc. Anat. de Paris.

Parsons. M A case of tub. mammary tumor, in a man.
Brit. Med. Jnal.

Brandle.— Tub. Mam. — Beitrage z. Klin. Chir.— Tubin-
gen.

1908.

Delfino.—Tub. del. gland. mam.— Gaz. d. osp. Milano.

Traitement de l'acidose diabétique

Par M. Tranquilli (*Gazetta Medica di Roma*, no 17, 1er
avril 1908, p. 186-193)

M. Tranquilli, à propos d'un malade de 17 ans at-
teint d'acidose, expose la thérapeutique de cette grave
complication du diabète.

Le traitement doit être antitoxique et excitant. Il
sera appliqué dès les premières menaces du mal pour
éviter que le patient ne tombe dans le coma. L'immi-
nence de l'acidose se reconnaît à l'apparition brusque,
chez un glycosurique, d'un symptôme nouveau tel qu'hé-
patalgie, entéralgie, constipation opiniâtre, anorexie in-
vincible.

On ordonnera sans tarder un repos complet physique
et mental, et on instituera le régime lacté. On combat-
tra "l'acidose" par le bicarbonate de soude, qu'on ad-
ministrera par la bouche ou de préférence par voie rec-
tale. On donnera chaque jour quatre lavements ainsi for-
mulés :

Eau... .. 250 grammes
Bicarbonate de soude 10 à 15 gr.

On prescrira également des inhalations d'oxygène
(100 à 200 litres par 24 heures).

Le Pr Bacelli a en effet démontré que cette thérapéu-
tique favorise l'hématose, augmente l'élimination pulmo-
naire et détruit les poisons diabétiques, l'acétone en par-
ticulier.

Si on observe de la "faiblesse du pouls" avec ten-
dence au collapsus, on aura recours aux injections d'huile
camphrée à 10 p. 100 (une injection toutes les deux heu-
res), de caféine, de sulfate neutre de strychnine, d'éther
sulfurique. L'auteur préfère les injections d'éther acéti-
que (1 cmc) parce qu'elles sont indolores. La strychn-
ine peut également être prise en potion.

On luttera contre "l'hypothermie" par des boules
d'eau chaude, des frictions répétées au gant de crin et à
l'alcool. On donnera des boissons alcooliques, car elles
soutiennent le malade et tonifient le cœur.

Tumeurs tuberculeuses(1)

Par le Dr Maurice Renaud

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Salpêtrière

Nous commençons à bien connaître le polymorphisme des lésions tuberculeuses et à nous bien rendre compte de la fréquence des tuberculoses atypiques. C'est pour apporter une contribution à l'étude de ces dernières que nous voudrions attirer l'attention sur certaines tumeurs qui se présentent avec les caractères macroscopiques des tumeurs malignes infiltrées, dont nous avons pu établir la nature tuberculeuse et qui par certains points doivent être rapprochées des tumeurs cutanées décrites sous le nom de sarcoïdes tuberculeuses (Boeck, Darier et Roussy).

Nous avons eu en quelques mois l'occasion d'examiner quatre tumeurs de ce genre, enlevées à la clinique de Monsieur le Professeur Segond et qui présentaient les mêmes caractères cliniques et anatomiques, macroscopiques et microscopiques.

Dans le premier cas il s'agissait d'une petite tumeur de l'orbite siégeant en dehors du globe de l'œil, du volume d'une petite noix d'aspect lardacé ayant envahi les muscles du globe et donnant des phénomènes de compression. On diagnostiqua une tumeur maligne et l'œil fut énuclé.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une tumeur de la parotide siégeant en pleine glande, mal délimitée, formant un noyau grisâtre et dur.

La troisième tumeur fut enlevée dans la région sous maxillaire chez un jeune homme. Elle était constituée par un tissu grisâtre, marbré, de consistance un peu molle, du volume d'une mandarine. Il s'agissait probablement d'une glande sous maxillaire très augmentée de volume.

La quatrième tumeur enfin avait envahi tout le petit bassin et était adhérente à tous les organes pelviens. Son tissu était grisâtre, lardacé, de consistance ferme et en aucun point ramollie. Elle donnait cliniquement l'impression d'une tumeur infiltrée à point de départ inconnu.

On ne pouvait dans aucun de ces cas faire d'autre diagnostic clinique que celui de tumeur infiltrée et par conséquent envahissante et maligne. Seul l'examen des tumeurs au laboratoire permit d'affirmer la nature tuberculeuse de ces néoformations, grâce à l'aspect des coupes histologiques, à la présence de nombreuses cellu-

les géantes et au résultat positif que donna l'inoculation au cobaye de la tumeur No 3.

L'aspect histologique de ces quatre tumeurs est dans l'ensemble assez semblable pour que la même description s'applique à chacune d'elle. Nous nous trouvons manifestement en présence de productions inflammatoires d'origine tuberculeuse mais bien différentes au point de vue histologique des tubercules crus, ramollis ou infiltrés.

Il s'agit en effet de productions intermédiaires aux follicules tuberculeux et aux scléroses pures. L'aspect peut être très simplement et très fidèlement décrit de la façon suivante.

Le tissu fondamental de la tumeur est constitué par un stroma conjonctif d'aspect variable soit jeune, avec beaucoup de cellules fusiformes, soit au contraire franchement fibreux. Sur ce fond se détachent des traînées de cellules rondes, volumineuses, plus semblables à des plasmazellen qu'à des leucocytes, divisant la tumeur en une série de loges. Ces traînées de cellules doivent être interprétées comme des lésions inflammatoires en foyers nodulaires ou diffuses, qui se sont édifiées dans le tissu conjonctif de l'organe envahi, et de préférence autour des vaisseaux.

Entre ces travées nous trouvons un tissu homogène, constitué par une infinité de cellules peu teintées, ovales, pressées les unes contre les autres, et au milieu desquelles sont semées de place en place des cellules géantes. Ces cellules doivent retenir notre attention. Elles apparaissent à un fort grossissement fusiformes à protoplasma clair, à limites peu distinctes et noyées dans un tissu fibrillaire ou grenu. Leur noyau est volumineux, allongé, très peu coloré, mais avec un beau nucléole. Ce sont à n'en pas douter des cellules conjonctives jeunes, analogues, par leur aspect aux cellules épithélioïdes des follicules tuberculeux typiques.

Les cellules géantes dispersées au milieu de ces cellules conjonctives ont les caractères des cellules géantes tuberculeuses. Enormes, constituées par un protoplasma grenu, inégal et dégénéré, elles sont bordées à leur périphérie par des rangées de noyaux en nombre considérable. Les quatre tumeurs examinées se montrent très riches en cellules géantes.

Quand on cherche à interpréter les lésions que nous venons de décrire l'explication la plus plausible est celle qui nous fait admettre l'existence d'une forme particulière d'inflammation ou la réaction est caractérisée par le développement envahissant d'un tissu conjonctif néoformé, dont les cellules prennent l'aspect de plasmazellen, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Il ne s'agit ni d'une infiltration embryonnaire capable de désintégration, ni de sclérose tendant à donner un tissu de cicatrice lente et rétractile. Nous sommes en présence d'une multiplication des éléments conjonctifs analogue à celle qu'on observe dans les tumeurs de ce tissu. C'est en ce sens que nous avons pu dire que ces productions néoformées étaient des tumeurs tuberculeuses.

(1) Communication présentée au Congrès des M. L. F. A., à Québec.

Nous ne sommes pas à même de discuter la valeur de ces formes de tuberculose. Contentons-nous de les opposer aux tuberculoses avec follicules capables de se caséifier et de se ramollir, aussi bien qu'aux tuberculoses scléreuses ou l'envahissement par un tissu conjonctif dur, représente une forme de guérison, et considérons les comme une réaction primitive atténuée et locale d'un organe à l'action du bacille de Koch.

Le mal de Pott

La technique de son traitement

Leçon clinique par le Dr Calot, de Berck

(Suite)

Après avoir indiqué ce qu'il convient de faire dans chaque cas, nous allons dire comment on doit le faire.

Tout se réduit à savoir faire deux choses :

- 1e La ponction (avec injection) des abcès par congestion ;
- 2e Un corset plâtré.

Il faut un corset " qui maintienne et ne gêne pas ", et qui de plus permette une compression directe des vertèbres malades, soit pour les contenir s'il n'y a pas de gibbosité, soit pour les réduire petit à petit si ces vertèbres sont déjà saillantes.

Cette compression se fait à travers une fenêtre dorsale du plâtre, à l'aide de carrés d'ouate appliqués directement sur la gibbosité, et solidement plaqués avec des bandes de mousseline gommée.

Et nous avons indiqué la technique du traitement des abcès froids en général par la méthode des ponctions et les injections.

Si bien qu'il ne nous reste plus à signaler ici que les particularités de technique motivées par le siège des abcès dans le mal de Pott.

LES PARTICULARITES DE LA TECHNIQUE SUIVANT LE SIEGE DES ABCES

A.— L'abcès siège près des vaisseaux
Au pli de l'aîne ou à la région cervicale.

B.— Abcès de la Fosse iliaque.

Vous n'interviendrez en règle générale que dans le cas d'abcès volumineux, très superficiels, dans lesquels on peut par conséquent, planter l'aiguille sans avoir absolument rien à craindre—je dirai même à éviter.

Mais il est des cas où la collection purulente, malgré qu'on ait attendu 1 ou 2 ans, ne semble vouloir ni se résorber ni se rapprocher de la peau. Il est alors permis de presser les choses, pourvu toutefois que l'abcès

soit déjà assez gros — comme le poing, par exemple—et franchement dans la fosse iliaque. On n'oubliera pas que ces collections siègent au début dans la loge même du psoas.

Pour atteindre en toute sécurité ces abcès qui ne sont demeurés à une certaine profondeur vous conduirez votre aiguille immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et l'enfoncerez, non pas directement d'avant en arrière, mais à 208 ou 258 d'obliquité de bas en haut.

Vous sentez quand vous arrivez dans la masse liquide.

C.— Abcès rétro-lombaires.

La technique ne présente pas ici de difficultés ni même de particularités.

D.— Abcès rétro-pharyngiens.

Ouvrir ces abcès, comme on le fait malheureusement presque partout, c'est presque fatalement la mort par infection.

N'y touchez pas, à moins que vous n'avez la main forcée par des accidents de dysphagie ou d'asphyxie,—auquel cas vous n'ouvrirez pas l'abcès, mais vous le ponctionnerez.

On le ponctionne par les parties latérales du cou, même lorsqu'il n'est pas perceptible par là.

TECHNIQUE DE LA PONCTION DES ABCES RETRO-PHARYNGIENS

Pour être sûr de l'immobilité du malade, endormez-le (à moins qu'il ne s'agisse d'un adulte très raisonnable).

On pique tout contre et devant l'apophyse transverse de l'axis ou de la 3e vertèbre, qu'on sent assez facilement on rase l'os, et l'on reste, par conséquent, bien en arrière des vaisseaux dont on est séparé par les petits muscles prévertébraux (long du cou, droit antérieur, petit oblique), et l'on arrive ainsi sur la collection. On ponctionne et l'on injecte de l'huile créosotée iodoformée plutôt que du naphтол, car une seule injection d'huile suffit parfois à guérir l'abcès, et il est avantageux de n'avoir pas à recommencer trop souvent cette intervention qui pour n'être pas vraiment difficile n'en reste pas moins assez délicate.

DUREE DU TRAITEMENT D'UN ABCES DE MAL DE POTT

La guérison peut s'obtenir en deux mois, mais il n'est pas nécessaire d'aller aussi vite, prenez plutôt de 3 à 4 mois en ne faisant qu'une ponction tous les 15 jours (ce qui supprime toute fatigue du malade).

L'abcès reviendra-t-il ?— Non, presque jamais, pourvu que l'état général soit bon. S'il revenait, vous le traiteriez de même.

6e Quelle est l'influence du traitement et de la guérison de l'abcès sur le traitement et la guérison du mal de Pott ? — Lorsque l'abcès se trouve en communication avec tous les corps vertébraux malades, il est évident que les liquides injectés dans la cavité de l'abcès vont toucher tous les points malades, pénétrer les fongosités tuberculeuses, les fondre (naphтол) ou les trans-

former en tissus scléreux (iodoforme), et par leur action répétée et continue, assainir complètement le foyer osseux, avançant et assurant ainsi la guérison du mal de Pott lui-même. Il est donc certain qu'à ce point de vue de la durée du mal, on gagne quelque chose à avoir un abcès par congestion.

D'une manière générale, on peut remettre les sujets sur pied six mois environ après la guérison des abcès

COMMENT CONDUIRE UN TRAITEMENT DE MAL DE POTT

On renouvelle le corset plâtré tous les 4 à 5 mois.

Après 2 à 3 ans de repos dans la position couchée, le malade est remis sur pieds, pourvu qu'il ne souffre ni spontanément ni à la pression du dos, et que son état général très satisfaisant permette de penser que le foyer vertébral est éteint ou à peu près éteint.

LES APPAREILS DE LA CONVALESCENCE

On lève le sujet avec le même appareil en plâtre.

Les enfants de l'hôpital conservent un plâtre. Pour les enfants de la ville, on peut, après quelques mois, remplacer celui-ci par des corsets de celluloid ou de cuir, ayant la même fenêtrure dorsale que le plâtre. Pour la contention ou la compression des vertèbres intéressées, on doit porter ces appareils de plâtre ou de celluloid 3 ou 4 ans au minimum à partir du moment de la mise sur pieds. On ne les supprime que lorsque la soudure des corps vertébraux est bien acquise et même acquise depuis un an et demi ou deux ans.

Où est le critérium de cette soudure antérieure ?— Le problème est le même ici qu'après la correction d'une déviation de coxalgie ou de tumeur blanche du genou.

De critérium absolu, il n'y en a pas, en dehors des rayons X, qui montrent la formation du cal antérieur. Or, il est difficile d'avoir des images de profil bien nettes, et, d'autre part, la grande majorité des médecins n'a pas d'installation radiographique à sa disposition.

A défaut des rayons X, il n'y a que le critérium clinique indiqué plus haut, à savoir : état général parfait, traitement local sévère qui dure depuis déjà trois ou quatre ans, absence de douleur à la pression, dos rigide, n'ayant pas bougé depuis plus d'un an.

En l'espèce, il faut pêcher par excès de précautions plutôt que par défaut, laisser les appareils deux ans de trop plutôt que les supprimer deux mois trop vite.

Et puis, lorsqu'on les enlève, il ne faut les enlever que temporairement, un jour sur deux au début ; on surveille alors le malade de très près, et, à la première alerte, c'est-à-dire à la première douleur ou petite inflexion visible du dos, on les remettra pour une nouvelle période de un à deux ans.

En un mot, on se conduit pour le mal de Pott comme pour une coxalgie ou une tumeur blanche du genou, ou une ostéoarthrite tuberculeuse quelconque.

Et grâce à ces précautions, l'on obtiendra, dans le mal de Pott, comme dans ces dernières maladies, des guérisons orthopédiques définitives.

L'Exposition de la Tuberculose

De tous les efforts tentés depuis cinq ans, par la Ligue Antituberculeuse de Montréal, pour attirer l'attention du public sur la question de la tuberculose, c'est certainement l'exposition qu'elle vient de tenir qui a donné les plus beaux résultats. Cette exposition a ouvert les yeux à un nombre incalculable de personnes et attiré les regards, on peut dire, de toute la Province de Québec. Elle a été une démonstration convaincante, la plus belle qu'on ait faite jusqu'ici au Canada, du danger de la tuberculose, de la nécessité de combattre cette maladie, et des moyens d'y arriver.

L'idée d'une exposition de la tuberculose est née à Paris, lors du Congrès International de 1905 ; elle eut un grand succès. Au Congrès de Washington, cette année même, l'expérience fut renouvelée avec le même bonheur ; et comme la chose se passait plus près de nous, elle attira davantage l'attention de notre public médical et du grand public. Les médecins revenus de la capitale des États-Unis en parlaient avec éloge ; les dames du Conseil National des Femmes, dont quelques-unes for-

partie de la Ligue Antituberculeuse, demandèrent à la Ligue s'il ne serait pas avantageux de profiter de l'occasion ; le bureau accepta la suggestion ; et c'est ainsi que nous avons eu à Montréal une succursale de l'exposition de Washington, une édition revisée et adaptée à à notre pays. On sait le succès qu'elle a obtenu.

Le succès en revient pour une large part au comité de la Ligue, présidé par le prof. Adami, du McGill, et au si actif et dévoué secrétaire, le Dr F. B. Gurd. D'un autre côté, madame Learmont, et les dames du Conseil National ont droit aussi à nos félicitations les plus sincères, pour leur coopération éclairée et efficace. Enfin, ajoutons que si le succès a été aussi grand, c'est grâce également à l'aide généreuse apportée par les autorités municipales et sanitaires, ainsi que par le gouvernement de Québec. Tout le monde s'était donné la main pour rendre aussi efficace que possible cette leçon d'hygiène appliquée et de prévoyance sociale.

Tout aura été instructif dans cette exposition. La présence de lord Grey, le gouvernement général, de Sir

Lomer Gouin, le premier ministre de Québec, de l'échevin Dagenais, président de la commission d'hygiène, a montré tout de suite l'intérêt que portent à la lutte antituberculeuse les autorités du pays. Les exemples d'organisation et de propagande, racontés par des conférenciers étrangers, venus de Paris, de Boston, de New-York, de Toronto, ont convaincu tout le monde que la lutte est déjà engagée ailleurs, et vivement, que nous devons agir si nous ne voulons pas demeurer en arrière. Enfin, un certain nombre de médecins de Montréal se sont dévoués pour expliquer tous les jours, à l'aide de causerie et de projections lumineuses, ce qu'est la tuberculose, comment elle naît et se propage, comment on l'évite et la guérit.

Dans les salles, on a pu voir une admirable collection d'organes tuberculeux, des cartes de topographie tuberculeuse très instructives, des photographies de logements insalubres, des spécimens de chambres malsaines, et, tout à côté, des modèles de chambres saines, de sanatoria, de maisons hygiéniques, de guérites pour la cure d'aire, de crachoirs antiseptiques, etc. Tous les après-midis, des gardes-malades diplômées ont donné des démonstrations pratiques de cuisine pour les malades, de préparation et conservation du lait, d'entretien du lit et de la chambre, du soin des malades tuberculeux. Rien n'était plus intéressant, après avoir traversé les salles où l'on donnait ces démonstrations à un grand nombre de spectateurs, et surtout de spectatrices, de pénétrer dans l'auditorium où plus de mille enfants d'école regardaient des projections lumineuses en écoutant les explications pratiques qui les accompagnaient.

Et c'est ainsi que, pendant douze jours, 25,000 enfants d'école et 20,000 adultes ont reçu la bonne parole.

Pour prouver combien la portée de l'exposition de la tuberculose a été profonde, quels bons effets vont en résulter, nous ne citerons que deux faits : une circulaire lancée par la Ligue durant l'exposition a rapporté jusqu'à ce jour \$23,500 de souscriptions ; le gouvernement de Québec a accordé la demande de la Ligue, et nommera à la prochaine session une commission royale chargée d'étudier la situation actuelle de la tuberculose dans la province.

La lutte contre la tuberculose entre chez nous dans une nouvelle phase.

Voilà pourquoi nous avons cru utile de consacrer le présent numéro à la tuberculose. Nos lecteurs conserveront ainsi dans leur bibliothèque le compte-rendu d'une bonne œuvre. En le lisant, ils y trouveront peut-être des raisons suffisantes pour apporter leur appui personnel à la lutte antituberculeuse.

Nous imprimons dans ce numéro du "Journal de Médecine et de Chirurgie" : 1^e le programme de l'Exposition de la Tuberculose à Montréal ; 2^e une analyse des conférences qu'on y a données ; 3^e une revue de l'exposition elle-même ; 4^e le catéchisme de la tuberculose distribué à toutes les écoles du district de Montréal.

Programme de l'exposition de la tuberculose

1^{er} LES ORGANISATEURS

LIGUE ANTITUBERCULEUSE DE MONTRÉAL,

Président : Sir Geo. A. Drummond.
 Vice-Présidents : Sénateur Béique, E. S. Clouston, J. Reid Wilson, Jeffrey Burland, Dr G. T. Roddick.
 Trésorier honoraire : Robert Archer.
 Secrétaire honoraire : Dr A. J. Richer.
 Secrétaire : Dr E. Harding.
 Assistant-secrétaire : Mlle C. F. Brown.
 Présidents des Comités : Dr E. P. Lachapelle, exécutif ; J. C. Holden, finance ; Dr J. G. Adami, administration ; C. M. Holt, législation ; Dr J. E. Dubé, publicité ; Mme McCarthy, comité des dames.

COMITE DE L'EXPOSITION

Président : Dr J. G. Adami.
 Vice-président : Dr H. D. Blackader.
 Trésorier : Robert Archer.
 Secrétaire : Dr Fraser B. Gurd.
 Assistant-secrétaire : J. R. Innes.

MEDECINS CANADIENS-FRANÇAIS FAISANT PARTIE DES DIFFERENTS COMITES

M. les Drs. Benoit, Bernier, Boulet, Chagnon, Dagenais, Décarie, Derôme, Dubé, Guérin, Kennedy, Laberge, Ls., Laberge J. C., Lachapelle, Laramée, Lesage, Pelletier, Richer, St-Jacques, Valin.

DAMES CANADIENNES-FRANÇAISES FAISANT PARTIE DU COMITE

Mesdames Archer, Amos, Barnard, Béique, Geofrion, lady Hingston, Mignault, Picard, Thitaudeau, Mlle Anctil.

2^e LES CONFERENCIERS

De Paris : Madame Fiedler.
 De Boston : Dr J. Pratt.
 De New-York : Madame Newcombe, Dr Herman Biggs, Dr Knopf.
 De Toronto : Dr J. H. Elliott.
 De Montréal : Dr Benoit, Dr Hamilton, Dr St-Jacques, Dr Valin, Dr Ship, Dr Dubé, Dr Décarie, Dr Masson, Dr Kennedy, Dr Gurd.

3^e LES DEMONSTRATEURS

Cuisine des enfants d'école et des malades : miss Ellis, de l'École de Cuisine du Young Women Christian Association ; miss Dow, de la Technical School ; mesdemoiselles Anctil et Boulay, de l'École Ménagère Provinciale ; madame Torrance, du Bureau des Commissaires d'Écoles ; miss DeLarey, miss McCuaig, du

Collège McDonald, Ste-Anne de Bellevue ; mademoiselle Gérin-Lajoie, de l'École Ménagère de Fribourg ; miss Cowan, de l'hôpital Victoria ; mademoiselle Larue, de l'Hôpital Ste-Justine.

Conservation, stérilisation et pasteurisation du lait ; miss Phillips, du Montreal Foundling and Baby Hospital ; miss MacNaughton, du Collège Macdonald ; mademoiselle Larue, de l'Hôpital Ste-Justine.

Soin des malades, de la chambre et du lit, bains s'éponge ; mademoiselle Williams (graduée de l'hôpital
4.30 hrs p.m.— Démonstrations de la préparation et Nurses.

4e PROGRAMME QUOTIDIEN

9 hrs à 12 hrs a.m.— Visite des enfants d'école, par groupes ; toutes les demi-heures, causerie avec projections lumineuses. (Ces visites se continuaient souvent l'après-midi, jusqu'à 3,000 enfants, accompagnés des maîtres et maîtresses d'école, visitant l'exposition en un jour).

3.30 hrs. p.m.— Démonstrations de cuisine.

4.00 hrs p.m.— Démonstrations du soin des malades tuberculeux.

4.30 hrs p.m.— Démonstrations de la préparation et de la conservation du lait.

4.30 hrs p.m.— Thé servi par les dames dans les salles.

8.15 hrs p.m.— Conférences publiques.

L'admission était gratuite. On distribua gratuitement, un catalogue, un catéchisme de la tuberculose, et des notions élémentaires d'hygiène de la tuberculose imprimées en quatre langues : français, anglais, italien et juif.

Résumé des Conférences

La série des conférences du soir avait été ganisée dans le but de faire non seulement connaître la nature, les causes et le traitement de la tuberculose, mais encore les moyens de l'éviter et d'en diminuer l'étendue. Un certain nombre de médecins de notre ville, membres de la Ligue Antituberculeuse, avaient accepté volontiers d'expliquer au public les divers éléments de la lutte antituberculeuse. Mais pour convaincre davantage ses auditeurs que cette lutte existe déjà et donne déjà des résultats, la Ligue avait invité des conférenciers étrangers qui sont venus dire ce qu'on faisait ailleurs. Ça n'a pas été la partie la moins intéressante de ces conférences. Nous en publions le résumé en les groupant d'après le point de vue où se sont placés les conférenciers.

1e LA TUBERCULOSE EN GENERAL

Ce premier groupe comprend la conférence du Dr Benoit, qui est un exposé complet de la question tuberculeuse, puis celles des Drs Valin, St-Jacques et Richer. Le premier a surtout développé les moyens publics et privés de combattre la tuberculose ; le deuxième a insisté sur les causes de la maladie ; tandis que le troisième s'est

attaché surtout au développement de la résistance organique.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE, par le Dr Benoit, professeur de clinique médicale à l'hôpital Notre-Dame.

Après avoir signalé l'importance des Congrès Internationaux de la Tuberculose tenus tous les trois ans dans les grandes capitales (Londres 1902, Paris 1905, Washington 1908), et fait voir que la lutte antituberculeuse est devenue internationale, le conférencier définit d'abord ce qu'est la tuberculose.

I.—CE QU'EST LA TUBERCULOSE.

Une maladie infiltrant les organes de tubercules, petites tumeurs qui s'étendent, se ramollissent et donnent des abcès. Les organes envahis sont détruits progressivement. Le poumon est atteint le plus souvent (consomption), mais tous les organes peuvent être envahis : l'intestin, les os (mal de Pott), les jointures (coxalgie), les ganglions, les péritoine, les méninges, etc. La tuberculose est une maladie qui crée des lésions graves et donne des formes multiples.

C'est aussi une maladie fort répandue : on la trouve dans tous les pays, chez toutes les races, à tous les âges. Elle est donc très à craindre par son extension, ses formes multiples, ses lésions graves.

Nous avons d'autres raisons de la craindre, et des motifs urgents de la combattre.

II.—LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EST NÉCESSAIRE

Il est nécessaire de lutter contre la tuberculose parce que, de toute les maladies chroniques, c'est la plus meurtrière, la plus douloureuse et la plus coûteuse.

C'est la plus meurtrière parce que :

1e Elle compte pour un septième dans la mortalité générale du globe ;

2e Elle enlève chaque année un demi million d'habitants dans quatre grands pays seulement : les Etats-Unis, la France, l'Allemagne et l'Angleterre ;

3e La mortalité annuelle est de 13,000 pour tout le Canada ;

4e La mortalité annuelle est de 3,000 pour la Province de Québec ;

5e La mortalité annuelle est de 1,000 pour la ville de Montréal, soit un sur dix des décès.

La tuberculose est une maladie longue et douloureuse évoluant pendant des mois et même des années. Lorsqu'elle entre dans une famille, elle cause des douleurs et des inquiétudes nombreuses, elle provoque des séparations cruelles. Chez les pauvres, la tuberculose est une calamité lorsqu'elle frappe le chef de famille, le gagne-pain. C'est tout de suite ou rapidement la gêne et la misère, les enfants sans pain, le foyer sans feu, les parents sans soins. Que reste-t-il alors ? L'hôpital, l'hospice, la charité publique, c'est-à-dire le foyer disloqué.

La tuberculose est une maladie coûteuse :

1^e Pour la famille, par les soins qu'elle requiert et les pertes qu'elle occasionne ;

2^e Pour la charité publique, par les secours fréquents qu'elle exige des sociétés de bienfaisance, Saint-Vincent de Paul et autres, aux familles que la maladie rend indigentes ;

3^e Pour les sociétés mutuelles, dont la caisse des secours en maladie et la caisse des décès sont grevées pour une large part, 33 pour cent quelquefois, par la tuberculose.

4^e Pour la richesse nationale, qui est diminuée et ralentie lorsque la maladie s'étend dans les classes ouvrières.

La tuberculose, qu'on a surnommée la peste blanche, est donc la plus répandue, la plus meurtrière, la plus douloureuse, la plus coûteuse des maladies chroniques. Elle réduit la population, entrave la production, cause la misère. C'est une maladie familiale et sociale, une calamité pour les pauvres, un fléau pour la société. C'est un devoir, c'est une nécessité de la combattre.

III.— LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EST POSSIBLE

La lutte contre la tuberculose est possible, parce que c'est une maladie évitable et curable.

(a) La tuberculose est évitable d'abord parce que c'est une maladie contagieuse. La contagion a été démontrée, scientifiquement par Nillemin en 1865, expliquée par Pasteur en 1880 et justifiée par Koch en 1885.

Les exemples de contagion humaine ne manquent pas. Brouardel d'une part, Arthaud de l'autre, en ont cité des faits classiques. La plupart des médecins ont eu l'occasion de constater des cas de contagion familiale.

La contagion bovine existe également. Nocard en a publié un exemple remarquable. C'est le lait des vaches tuberculeuses qui donne aux bœufs la péritonite et la méningite.

La contagion humaine se fait par les crachats desséchés flottant dans l'air et se déposant sur le linge et les objets.

La contagion ne donne des résultats positifs que lorsque le terrain est préparé par une prédisposition héréditaire ou acquise. Les personnes faibles surtout contractent la tuberculose.

Les enfants débiles, rachitiques, scrofuleux sont des candidats à la tuberculose. L'adulte prépare le terrain surtout par l'alcoolisme et le logement insalubre. Dans les dispensaires et les hôpitaux, les trois quarts des tuberculeux sont des alcooliques. Dans les habitations mal éclairées, mal ventilées, trop encombrées, les cas de consommation sont en proportion de l'insalubrité du logement.

Cependant la contagion, de même que la prédisposition, sont évitables.

(b) La tuberculose est curable. Brouardel et Leltulle, en pratiquant des autopsies, ont trouvé fréquemment des tubercules cicatrisés. Dans les sanatoria, les

trois quarts des malades guérissent lorsqu'ils sont traités au début, et convenablement traités. Si l'on peut guérir la tuberculose, on peut donc diminuer les tuberculeux, et limiter son extension.

La lutte antituberculeuse est donc possible. Il suffit de savoir et de vouloir la faire.

IV.— L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX

Il doit couvrir trois points : 1^o faire disparaître la prédisposition ; 2^o lutter contre la contagion ; 3^o traiter les tuberculeux.

1^o Faire disparaître la prédisposition, voilà surtout où les efforts doivent tenter. Lorsque les enfants dans les écoles, les ouvriers dans les ateliers, les familles dans les logis, auront plus d'air et plus de lumière, toutes les maladies débilitantes, et la tuberculose plus spécialement, disparaîtront. La loi anglaise de 1840, qui permet de supprimer les logements insalubres, a diminué la mortalité par tuberculose de 50 pour cent en Angleterre. L'alcoolisme doit être également combattu avec vigueur. On y a réussi en Norvège en contrôlant le commerce des liqueurs enivrantes, d'après le principe que "nul ne doit s'enrichir par des moyens nuisibles." Les enfants prédisposés doivent être traités à la campagne, ou près de la mer.

2^o La lutte contre la contagion doit viser le crachat desséché par l'emploi des crachoirs antiseptiques, la désinfection du linge et des chambres ou des logis, par l'éducation des malades, par la prohibition de l'usage des ustensiles en commun.

On enlèvera les poussières par le balayage et l'essuyage humides ; on supprimera le balayage à sec et l'époussetage, qui déplacent la poussière, mais ne l'enlèvent pas.

L'inspection des vaches laitières, la réglementation du commerce du lait, la préparation du lait douteux combattent la contagion d'origine animale.

3^o Le traitement des tuberculeux a pour but : de les faire soigner à temps, de les instruire de leur maladie, de les rendre non dangereux pour les autres, de les mettre à l'abri.

Pour cela, nous avons trois moyens :

(a) Le dispensaire antituberculeux ou preventarium qui joue un rôle à la fois de propagande et d'assistance, en faisant connaître les tuberculeux et les logis tuberculés, en aidant à la fois et conseillant les malades, en servant d'intermédiaire entre eux et les patrons ou la charité publique ;

(b) L'hôpital des incurables, qui met le tuberculeux à l'abri, rend un double service ; celui de supprimer un foyer de contagion, celui de diminuer les charges de la charité publique ;

(c) Le sanatorium, qui est la meilleure école d'hygiène appliquée. C'est là surtout où les malades et les parents peuvent se convaincre que la contagion est évitable et que la tuberculose est curable.

V.—CONCLUSION

La lutte antituberculeuse étant nécessaire et possible, donnant déjà de bons résultats dans les autres pays, il reste à la faire accepter chez nous en convaincant le public de sa nécessité et de sa possibilité. C'est le but de l'exposition organisée par la Ligue Antituberculeuse de Montréal.

L'œuvre antituberculeuse est une œuvre d'humanité et de prévoyance sociale. Tout le monde doit y contribuer. La santé publique est le plus grand des biens nationaux, puisqu'elle assure la croissance, l'activité, la richesse d'un pays. Protégeons notre pays de la peste blanche. La lutte est possible. Elle est nécessaire.

Le conférencier explique ensuite une série de projections lumineuses montrant les bacilles de Koch, les effets de leur présence dans les organes, les causes qui les font germer, les moyens de les faire disparaître.

LES MOYENS PRIVÉS ET LES MOYENS PUBLICS DE COMBATTRE LA TUBERCULOSE

(Par le Dr Valin, professeur agrégé d'hygiène à l'Université Laval).

Les moyens expliqués par le conférencier peuvent être résumés de la manière suivante :

1^e Moyens privés :

1e.— La tuberculose étant une maladie microbienne et contagieuse, il faut empêcher le malade tuberculeux de répandre le germe contagieux de cette maladie.

2e.— Le germe contagieux se trouve dans l'expectoration il faut donc isoler et désinfecter l'expectoration.

3e.— La contagion se fait encore par la toux qui lance dans l'air des gouttelettes très fines, il faut donc que le malade qui tousse mette devant sa bouche quelque chose : mouchoir ou tampon qui doit être ensuite désinfecté.

4e.— La contagion s'établit encore par le baiser.

5e.— Le mouchoir, la serviette et en général le linge d'un tuberculeux doivent être isolés et désinfectés.

6e.— La bouche, la barbe et les doigts des malades doivent être souvent essuyés et lavés.

7e.— Le balayage et l'époussetage doivent toujours se faire à l'état humide, même là où il n'y a pas de malade.

8e.— La chambre d'un tuberculeux doit être rigoureusement désinfectée au moins après sa mort.

9e.— Les habits seront désinfectés avant d'être distribués aux parents, mais il vaudrait mieux les brûler.

10e.— Pour se garantir contre la tuberculose, il faut éviter toute cause d'affaiblissement de la santé ; le surmenage, l'air vicié, l'alimentation insuffisante.

11e.— Il faut se fortifier constamment par la vie à l'air pur, l'exercice, les bains ou douches, une alimentation saine et abondante.

2^e Moyens publics :

1c.— Déclaration obligatoire de tous les cas de tuberculose.

2e.— Casier sanitaire des maisons, afin de reconnaître celles qui sont infectées et celles qui sont des nids à tuberculose.

3e.— Inspection médicale des écoles, des fabriques et usines, des refuges, des pensions d'immigrants, etc.

4e.— Défense de cracher à terre, sur les trottoirs, dans les salles publiques, dans toute habitation collective.

5e.— Mettre à la disposition du public des crachoirs remplis d'eau qu'on videra tous les jours, dans tout édifice public et même dans les rues en convertissant les bouches d'égoût en crachoirs.

6e.— Dispensaires anti-tuberculeux dans tous les quartiers de la ville.

7e.— Sanatoriums populaires pour guérir les malades peu avancés ; hôpitaux populaires pour isoler de leur famille, les malades très avancés.

8e.— Enseignement de l'hygiène dans les écoles, collèges ou convents : c'est la génération qui grandit, qui s'instruira le mieux.

9e.— Colonies agricoles pour les prédisposés à la tuberculose.

10e.— Inspection scientifique du lait et des viandes.

11e.— Arrosage convenable des rues pavées et goudronnage des rues poussiéreuses.

12e.— Ventilation convenable obligée de tous les théâtres et salles de spectacle quelles qu'elles soient

LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

(Par le Dr St-Jacques, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu).

Après avoir parlé du bacille de Koch et des tubercules, le conférencier insiste sur le fait que la tuberculose n'est pas héréditaire, comme on le croit. On ne naît pas tuberculeux, mais on naît avec toutes les conditions intérieures et extérieures nécessaires pour le devenir. On naît ou on devient prédisposé ; on reçoit la tuberculose par contagion.

Les principales causes d'infection sont :

1e.— Inhalation de crachats pulvérisés ;

2e.— Ingestion d'aliments tuberculeux ;

3e.— Manque de propreté ;

4e.— Privation d'air pur et de soleil ;

5e.— Excès de toute espèce et surtout l'alcoolisme.

Comme moyens de traitement, le conférencier préconise l'air pur, le repos, le soleil, l'alimentation abondante, l'établissement de sanatoriums sur le bord de la mer ou dans des endroits élevés.

Parlant des précautions antiseptiques, le conférencier insiste sur la désinfection des logis et sur le soin des crachats. Le tuberculeux ne doit pas avoir honte de se servir d'un crachoir de poche ; ce n'est pas un opprobre d'être tuberculeux, pas plus que d'être scarlatineux ou variolé.

LA RÉSISTANCE A LA TUBERCULOSE

(Par le Dr Richer, directeur du sanatorium de Ste-Agathe).

L'immunité dans la tuberculose existe, comme pour d'autres maladies infectieuses. On sait en effet que les personnes guéries d'une maladie infectieuse sont si l'on peut ainsi dire, vaccinées pour un temps plus ou moins long. Dans la tuberculose, nous avons cette immunité à un certain degré. La preuve nous en est donnée par l'observation clinique qui nous montre que dans 60 pour cent des cas les malades ont eu dans leur enfance des attaques de tuberculose dont ils ont guéri. Il est rare en effet qu'en questionnant des gens qui se font traiter pour d'autres maladies le médecin ne découvre pas des antécédents tuberculeux, qui n'ont laissé souvent aucune trace. L'enfant possède en effet une singulière force de résistance à cette maladie comme à d'autres. Si on peut lui faire passer la période critique de l'adolescence, sans rechute, on peut ensuite avoir confiance que l'adulte aura toutes les chances d'échapper à la tuberculose, à moins que les conditions qui l'entourent et sa propre constitution n'en fassent un terrain d'invasion du bacille. C'est surtout aux glandes cervicales, ou de la région du cou que s'attaque la maladie dans l'enfance, et c'est là que plus tard on devra chercher les signes nécessaires au diagnostic. Les statistiques démontrent que peu de personnes ont, à l'âge de 30 ans, complètement échappé à cette attaque de tuberculose. On détruira cette attaque chez l'enfant par les sels calcaires et le phosphore qui amèneront la calcification du système glandulaire.

2e.— LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Dans ce groupe, nous plaçons les conférences de Mde Fiedler, de Paris, sur la lutte antituberculeuse en Europe et au Canada, celles du Dr Herman Biggs et de Mde Newcombe sur la lutte antituberculeuse à New-York, celle du Dr Pratt, sur la lutte antituberculeuse à Boston, et enfin celle du Dr Hamilton sur la lutte antituberculeuse à Montréal.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN EUROPE

(Par Mde Fiedler, de Paris, déléguée par le gouvernement français au Congrès de Washington).

La conférencière donne d'abord un aperçu général des moyens de lutter contre la tuberculose. Elle cite ce fait que la tuberculose est plus meurtrière que la guerre, et qu'aujourd'hui, toutes les nations européennes sont organisées pour combattre la terrible maladie. S'il faut une organisation de guerre pour avoir la paix, il faut une organisation antituberculeuse pour ne pas avoir la tuberculose.

La conférencière cite d'abord ce qu'on a fait en Europe pour améliorer le logement des classes ouvrières, des classes pauvres. L'Angleterre a, par ce moyen, diminué la mortalité de la tuberculose de 50 pour cent en vingt ans. En France et en Belgique, on construit maintenant des logements ouvriers très hygiéniques. De même

en Allemagne. Mais c'est aux États-Unis que la conférencière a vu les meilleurs exemples de logements salubres pour l'ouvrier ; ils sont construits par une société que préside le Dr Edwin Gould. Enfin, pour empêcher, la contamination des logis, le règlement municipal de la ville de New-York permet l'isolement des malades tuberculeux.

Les bains publics, tels qu'institués aux États-Unis et en Allemagne, ont développé dans les classes pauvres l'habitude de la propreté et de l'hygiène corporelles.

L'alimentation a été rendue plus saine en Allemagne par la création de restaurants ambulants, où, à l'heure des repas, les ouvriers trouvent des aliments sains, réconfortants, bien préparés. Dans ce pays, les Secours de la Croix Rouge vont de village en village, de ville en ville, enseigner aux fillettes dans les écoles et aux mères de famille les principes de la bonne cuisine.

Au Danemark, la conservation du lait a atteint un degré de perfection inégalée dans les autres pays. Les étables et les laiteries y sont tenues aussi propres que les salons ; les laitiers doivent porter des habits d'un blanc immaculé.

C'est en Allemagne, et aujourd'hui aux États-Unis, que l'on trouve les plus beaux sanatoria, et les mieux organisés.

La lutte antituberculeuse semble devenue un sujet d'émulation entre les pays civilisés.

A NEW-YORK

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LA COMMISSION D'HYGIÈNE DE NEW-YORK

(Par le Dr Herman Biggs, de New-York, membre de la Commission).

New-York fut une des premières villes où s'organisa la campagne antituberculeuse, mais ce ne fut pas sans de longs et tenaces efforts. Dès 1887, le Dr Biggs signalait à la Commission d'Hygiène de New-York les découvertes de Koch et demandait qu'on prit des mesures pour lutter contre la tuberculose, puisqu'il était établi que l'on pouvait lutter avec succès. Le rapport du Dr Biggs fut soumis à un conseil de médecins distingués qui déclarèrent, d'une voix unanime, qu'il n'y avait rien à faire. Le Dr Biggs revint à la charge avec ténacité. En 1893, il réussissait enfin à faire voter un plan de campagne contre la phthisie comportant : l'enregistrement des cas de tuberculose, la visite à domicile des phthisiques, la désinfection des appartements occupés par des tuberculeux, l'évacuation des logements exagérément malsains, etc.

La déclaration des cas de tuberculose souleva des protestations universelles. Il fallut lutter trois ans, de 1894 à 1897, pour rallier au plan de la Commission d'Hygiène les principaux corps médicaux, et obtenir pour la Commission le droit de légiférer en matière de tuberculose. Aujourd'hui la Commission a l'appui cordial de toute la profession médicale.

Le Dr Biggs signale en passant la force de la Commission d'Hygiène de New-York. Composée de trois

membres seulement, elle a, en matières d'hygiène, pouvoir législatif et exécutif et aucun autre corps n'a droit de veto sur ses décisions. Les citoyens qui refusent d'obéir aux règlements de la Commission sont passibles de l'amende et de la prison.

Le Dr Biggs expose ensuite les difficultés particulières que rencontre l'entreprise de la Commission d'Hygiène de New-York. Dans certains districts de la gigantesque cité, la densité de la population est plus forte qu'en aucune autre ville du monde. Elle atteint de 600 à 1,000 âmes à l'acre. Et ce qui aggrave la situation, c'est que cette population se compose d'étrangers appartenant aux plus basses classes, qui ne comprennent généralement que leur langue maternelle et se cramponnent avec ténacité aux mœurs du pays natal. Cet entassement de la population dans des logements insalubres fournit à la tuberculose le moyen de se propager rapidement et l'ignorance des victimes et de ceux qui les entourent rend particulièrement difficile d'enrayer ses progrès.

Énumérons rapidement les mesures prises par la Commission d'Hygiène et qu'exposa le Dr Biggs :

1e.— (Pour l'éducation du peuple). Distribution de circulaires imprimées en neuf langues — le chinois compris.— Ces circulaires, les unes très simples, les autres plus détaillées, selon la classe de population à laquelle elles s'adressaient, ont été distribuées par centaines de milliers. Une sorte de catéchisme antituberculeux a été distribué dans les écoles primaires, à 700,000 exemplaires. Des brochures sur la tuberculose ont été également répandues à profusion dans les organisations ouvrières.

2e.— Des conférences publiques ont été données dans les écoles devant les associations ouvrières.

3e.— Une campagne de presse a été assidûment poursuivie dans la plupart des grands journaux.

4e.— (Moyens de prévention). Établissement de la déclaration obligatoire et de l'enregistrement des cas de tuberculose. Cette mesure a été, au début, très vivement combattue. Bien à tort, dit le Dr Biggs, car une personne ne se trouve pas tarée du fait d'être atteinte de tuberculose. Et du reste la déclaration n'implique pas publicité. Elle sert seulement à attirer la sollicitude des autorités médicales sur le malade et sa famille. La Commission leur fait parvenir des conseils, des soins gratuits qui, lorsqu'ils sont suivis, produisent dans de nombreux cas la guérison ou empêchent du moins la contagion.

Lorsque l'on combat une maladie contagieuse existant à l'état endémique, on ne peut rien faire d'efficace dit le Dr Biggs, si l'on ne sait d'abord quelle est l'étendue du mal et où sont les foyers d'infection.

Depuis 4 ans 242,205 cas de tuberculose ont été déclarés à New-York. L'an dernier 330 stations médicales ont fait, à New-York, l'examen gratuit de 30,000 échantillons d'expectorations de tuberculeux. Le Dr Biggs considère que la déclaration des cas de tuberculose est pour beaucoup dans la diminution de 42 p.c. enrégistrée

depuis 25 ans sur les décès causés par la phthisie à New-York.

5e.— Visite des maisons occupées par des étrangers. Inspection des lodging-houses. Le Dr Biggs attache beaucoup d'importance à ces visites domiciliaires. Chez les classes pauvres on ne s'occupe un peu des cas de phthisie que longtemps après qu'ils se sont déclarés. Le seul moyen de les découvrir à temps est de faire subir un examen médical aux occupants des logements ouvriers surencombés.

6e.— Examen médical des personnes en apparence indemnes des familles de tuberculeux.

7e.— (Moyens de guérison).— Établissement de cliniques spéciales pour les tuberculeux. Il existe 11 de ces cliniques à New-York. La ville est divisée en un certain nombre de districts médicaux. Chaque district ou groupe de districts a sa clinique.

8e.— Hôpitaux pour les cas avancés. Il est indispensable d'isoler les malades dont l'état est très grave, surtout lorsqu'ils appartiennent à des familles pauvres.

9e.... Établissement de sanatoria pour les malades atteints récemment. C'est aux municipalités, dit le Dr Biggs, qu'il appartient particulièrement de créer ces sanatoria.

10e.— Emploi de mesures de rigueur lorsqu'on a affaire à des malades gravement atteints qui refusent de suivre un traitement. Certaines institutions renvoient les malades indociles. Grave erreur, car ils sont les plus dangereux de tous. Il faut au contraire employer la force, si besoin est, pour les isoler, dans l'intérêt de la santé publique.

11e.—Création de camps où les malades, dont l'isolement ne s'impose pas, puissent trouver air pur, lumière et bons soins. A New-York, en été, des centaines de malades passent des journées sur des ferry boats spéciaux.

12e.— Désinfection des maisons. Les propriétaires de logements quittés par des tuberculeux sont obligés de les peindre et tapisser entièrement à neuf et de faire procéder à un soigneux lavage et vernissage des planchers.

Enfin, le Dr Biggs indique que les associations de charité aident beaucoup à l'œuvre de la Commission en distribuant aux familles pauvres où il y a des phthisiques, du lait pur, des œufs frais, des vêtements, du charbon, etc.

Le temps est venu, dit-il, où, à l'exemple de New-York, toutes les municipalités progressives doivent reconnaître la tuberculose comme un fléau public qu'il est de leur devoir de combattre énergiquement.

(A suivre)



Le 2^{me} Congrès de la Société Internationale de Chirurgie

La question du cancer

Il serait présomptueux de prétendre donner en quelques pages une vue d'ensemble sur le deuxième Congrès de la Société Internationale de Chirurgie ; trente-deux rapports, cent quarante communications étaient inscrits au programme qui fut à peu près exécuté à la lettre ; c'est dire que l'affluence fut nombreuse et les séances bien remplies. Les travaux du Congrès devaient, d'après l'article 8 des statuts, "se borner à l'exposé verbal et à la discussion des questions mises à l'ordre du jour par le Congrès précédent" ; or, presque toute la pathologie se trouva condensée dans les sujets choisis. En 1905, en effet, M. Dollinger (de Buda-Pesth), avait fait voter une étude d'ensemble du cancer en général, de sa pathologie, de son traitement, et sollicité les membres de la Société de réunir toutes leurs observations personnelles sur tous les cancers opérés et opérables ou non, de tous les organes ; quinze rapports furent consacrés à ce plébiscite ; il eût fallu plusieurs semaines pour en discuter seulement les conclusions. Et pourtant au programme figuraient en outre : les diverses anesthésies locales, générales, médullaires, — les calculs, les inflammations, les tumeurs du foie et des voies biliaires, — les hernies envisagées dans leur étiologie, dans leurs variétés inguinales, crurales et ombilicales, dans leur traitement (indications, procédés opératoires, résultats éloignés), chez l'enfant et chez l'adulte.

Enfin, aux amateurs de chirurgie plus rare, on avait réservé les traumatismes et les tumeurs du rachis.

Si nous voulions dégager quelques notions précises de ces copieux débats, voici peut-être ce que nous indiquerions : dans la chirurgie du Rachis a émergé surtout la belle communication du professeur Krause (de Berlin), qui a montré d'après vingt-huit cas personnels, illustrés de projections, que l'on n'avait plus le droit de se désintéresser du traitement actif des tumeurs méningées et médullaires, abandonnées jusqu'ici aux vaines constatations des médecins et des anatomopathologistes.

Pour les anesthésies, la préoccupation persistante et l'aveu des dangers inévitables qu'entraîne l'usage du chloroforme, administré avec la compresse ou dosé par des appareils dits de précision et de sécurité, ne semblent pas avoir gagné cependant de nouveaux partisans à l'éther, malgré l'éloquent plaidoyer que MM. Vallas et Reverdin ont prononcé en sa faveur : résolution musculaire incomplète et tardive, complications pulmonaires, tous les vieux griefs réels ou fictifs, ont été énoncés à

nouveau contre l'éther, qui d'ailleurs n'en perdra pas un de ses adeptes. Les deux adversaires ont couché sur leurs positions. Il ne semble pas que l'anesthésie médullaire ait bénéficié beaucoup de ce conflit. M. Rehn, dans son rapport, donne "en cas de choix, la préférence à la narcose par inhalation, parce qu'elle est susceptible d'un dosage plus exact ; le médecin, ajoute-t-il, ne doit pas recourir à l'anesthésie lombaire sans le consentement du malade et il ne doit la pratiquer qu'avec les plus grandes précautions, suivant les règles prescrites par Bier et par d'autres". M. Jonnesco n'a pourtant pas hésité à étendre la rachistovaination à la moelle cervicale, de façon à l'utiliser dans toutes les interventions qui portent sur le tronc et les membres ; la nouvelle technique préconisée par lui, avec un mélange de strychnine et de stovaine fut appliquée devant les congressistes pour l'ablation d'une tumeur ganglionnaire du cou chez une jeune fille : il n'y eut pas d'accident grave, mais les contractures tétaniformes et les troubles cardiovasculaires qui furent observés à cette occasion feront sans doute réfléchir nombre de chirurgiens avant qu'ils adoptent la méthode.—Les diverses anesthésies locales furent accueillies avec plus de faveur.

La pathogénie des hernies ne pouvait pas se prêter à des développements bien neufs, ni à des notions décisives pour le choix de tel ou tel procédé de cure radicale. La préoccupation actuelle des opérateurs semble être de réduire au strict nécessaire les temps et les manoeuvres, en cherchant simplement à obturer l'hiatus de la paroi abdominale, plutôt qu'à reconstituer les plans anatomiques normaux, dont les éléments sont trop souvent difficiles chez les hernieux. Malgré l'aseptie dont chacun se targue, la confiance dans les sutures compliquées semble plutôt ébranlée. Chez l'enfant, à juger d'après la statistique inéposante de M. Lorthion, il serait même suffisant de supprimer les processus péritonéaux de l'ouraque et du canal vagino péritonéal pour voir les orifices et les piliers fibreux ou musculaires accoler leurs bords ; simple résection du sac, sans ligature du collet, rapprochement des contours de l'anneau pendant quarante-huit heures avec un ou deux fils métalliques amovibles, agrafes de Michel adossant pendant cinq jours les lèvres de la plaie cutanée, sans pansement, tel serait le schéma de cette opération idéale, même pour les hernies volumineuses des petits athrepsiques.

Chez l'adulte, dans la hernie inguinale, beaucoup se réclament encore de la méthode de Bassini, qui sont revenus par des voies plus ou moins détournées soit aux anciens procédés de Lucas Championnière et de Kocher, soit aux sutures en masse de tous les plans par des fils métalliques temporaires : d'ailleurs leurs résultats éloignés semblent satisfaisants. Ce n'est guère que pour la hernie crurale que l'on a continué à se prémunir contre les récives en combinant les manoeuvres crurales et inguinales des méthodes d'Annandale et de Ruggi, avec l'utilisation des plans musculaires sus-jacents à l'arcade

de Fallope, pour suppléer à l'insuffisance de cette dernière dans l'oblitération de l'infundibulum.

Dans la chirurgie du foie, le chapitre le plus étudié fut naturellement celui de la lithiasie biliaire. C'est la question à l'ordre du jour ; elle a été traitée au mois d'août par le Congrès de Médecine de Genève ; on l'a exposée à nouveau en septembre à Bruxelles ; enfin l'Association française de chirurgie vient de la reprendre en octobre à Paris. Sur la nécessité de l'intervention sanguinante dans beaucoup de cas, l'accord semble unanime ; mais on n'est pas encore près de s'entendre sur le choix de ces cas, ni sur le point de savoir s'il faut supprimer la vésicule calculeuse toutes les fois qu'on y touche pour drainer ensuite directement les voies biliaires d'après la technique de Kehr, ou s'il faut simplement procéder à l'extraction des calculs. " L'empyème aigu et chronique de la vésicule lithiasique, l'obstruction chronique du cholédoque constituent des indications opératoires formelles. L'indication opératoire est relative chez les lithiasiques qui, par suite de la durée et de l'intensité de leurs douleurs voient leur carrière entravée ou leur existence empoisonnée." Telle est la conclusion fondamentale du rapport de M. Kehr. Et comme M. Kehr est à juste titre considéré par les médecins comme un arbitre en l'espèce, comme il se déclare d'une autre part l'adversaire de l'opération précoce, telle que la conseille Riedel, il est à craindre que le sort des malades ne continue à dépendre dans l'avenir des impressions laissés à leurs médecins par telles cures plus ou moins heureuses réalisées à Carlsbad ou à Vichy, et que l'ancien malentendu ne subsiste entre la clinique interne et la chirurgie.

Les médecins se défendront d'exposer leurs malades à l'infection définitive et à l'insuffisance de la cellule hépatique par une prolongation inutile de la médication interne, mais comme la limite des délais dangereux ne se trouve pas encore fixée, ils livreront trop souvent aux chirurgiens des sujets que l'intervention ne pourra plus sauver ; et des statistiques opératoires encore grevées de mortalité, ils concluront à l'impuissance, sinon au danger du traitement chirurgical. C'est vers la précision de plus en plus grande des indications qu'il faudra donc désormais tourner ses efforts ; les points essentiels de la technique restent acquis, même si la cholécystectomie doit restituer plus tard à la cholécystostomie une part du domaine qu'elle lui a ravi.

Mais nous avons hâte d'arriver au débat capital du Congrès de 1908, sur la pathogénie et le traitement des cancers. Ce n'est pas encore cette fois que cette maladie aura dévoilé son mystère ; et le jour n'est pas encore venu où, suivant le vœu du roi Edouard VII au Congrès de la tuberculose en 1901, on pourra élever au sauveur de l'humanité une statue dans toutes les capitales du monde.

Le cancer est-il parasitaire ou contagieux ? Telle est la question qu'ont cherché à résoudre M. Czerny et M. Rswell Park ; s'ils n'y répondent pas par l'affirmati-

ve, tous deux néanmoins tendent vers cette opinion de tous leurs efforts de persuasion. Ils rappellent les inoculations positives indiscutables aujourd'hui, les contagions familiales, les foyers cancéreux de maisons, de hameaux signalés en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et en France. Et comme ils constatent d'autre part une augmentation notable de la fréquence de tous les cancers depuis vingt ou trente ans, ils adjurent les chirurgiens de ne pas se lasser dans la lutte, quelque peu décevante qu'elle puisse être, contre ce terrible ennemi, car pour eux le cancer à son premier stade est une maladie locale et non pas une infection de tout l'organisme ; ils n'en veulent pour preuve que la proportion de plus en plus grande des guérisons constatées après les opérations larges et précoces.

Et de fait, si l'on reprend quelques chiffres des principales statistiques qui ont été rapportées à propos de chaque cancer en particulier, on reconnaît que les raisons de persévérer dans notre effort reposent sur une base d'arguments solides. Dans ces statistiques, le terme de trois ans, fixé autrefois par Volkmann, avant que l'on puisse parler de guérison probable, n'est plus admis ; après avoir repoussé ce délai à cinq ans, on a reconnu que des cancers, même relativement bénins, comme ceux de la peau, étaient susceptibles de récidiver au bout de dix et de quinze ans (Le Dentu, Dollinger). Néanmoins, c'est au terme de cinq ans que l'on a arrêté, jusqu'à nouvel ordre, la période des récidives habituelles. Le principe de toutes les interventions rapportées ci-après a été l'ablation précoce, large, en un seul bloc, de la tumeur, des traînées lymphatiques et des ganglions envahis ou simplement suspects.

Pour la peau, M. Morestin estime que les épithéliomas à contours limités, enlevés avant l'apparition clinique des ganglions, doivent guérir 80 fois sur 100 ; d'après M. Dollinger, les épithéliomas de large surface, même avec envahissement du premier groupe ganglionnaire, donneraient encore 40 p. 100 de succès.

Pour les lèvres, M. Dollinger, sur 200 cas personnels, compte 69 p. 100 de non-récidives, après cinq ans, et M. von Bonsdorff admet 80 p. 100 de guérisons durables, quand la joue et les maxillaires ne sont pas intéressés.

Pour le sein, M. Depage a réuni les statistiques publiées depuis dix ans ; il arrive à la proportion de 46 p. 100 de non-récidives, alors que dans la période de 1875 à 1885, où l'on utilisait encore les vieux procédés d'exérèse limitée, les succès prolongés ne dépassaient pas 10 p. 100. Mêmes conclusions de MM. Le Dentu et Jonnesco.

Avec les cancers des muqueuses, des cavités et des viscéres, les résultats sont moins brillants. Néanmoins, les progrès accomplis demeurent frappants.

Pour la langue, dont le cancer est encore l'effroi de tous, M. Butlin a obtenu 28 p. 100 de survies échelonnées entre 3 et 22 ans ; MM. Collins Warren et Bastianelli n'arrivent, il est vrai, qu'à 15 p. 100 de guérisons maintenues au-delà de cinq ans, les récidives s'observant aussi fréquemment sur place que dans les ganglions. Et quand le plancher de la bouche est envahi avec le ma-

xillaire, que le point de départ se trouve à la langue ou à l'isthme pharyngé, la mortalité opératoire de 25 p. 100 qui suit les résections osseuses, n'est rachetée que par de rares survies prolongées. (Vallas.) Il est possible cependant que ces données pessimistes soient modifiées par des perfectionnements ultérieurs de technique, notamment en prévenant les complications pulmonaires ; ainsi, M. Gluck a montré que, pour les cancers du larynx et du pharynx l'isolement systématique de la trachée a transformé le pronostic, que l'on fasse l'implantation du moignon trachéal à la peau après les laryngectomies, ou que l'on se borne à la laryngoplastie, après les laryngectomies partielles : M. Gluck a fait 43 hémilaryngectomies avec laryngoplastie partielle sans une mort ; sur 128 laryngectomies totales, il a abaissé la proportion des décès post-opératoires de neuf à 0 pour 100 ; enfin, 11 fois il a enlevé en un bloc larynx et pharynx avec 9 guérisons durables et 2 morts seulement.

Pour l'estomac et l'intestin, la variabilité des indications remplies et des techniques encore usitées donne l'explication des écarts considérables que l'on relève entre les statistiques de chirurgiens également autorisées : 25 à 30 pour 100 morts accusées après la pylorogastrectomie par MM. Czerny et Hartmann, contre 16 pour 100 de M. Borelius. Malheureusement la rareté des gastrectomies assez précoces et assez larges, excusée par la latence fréquente des symptômes de début, et par l'envahissement rapide des lymphatiques de la petite courbure, fait que les survies au delà de trois ans ne dépassent pas encore 16 pour 100, après la résection.— Pour l'intestin, M. Voelcker estime à 28 pour 100 les survies prolongées ; il accuse par contre encore une mortalité de 50 pour 100 après la colectomie.

Là encore, les perfectionnements de technique modifieront rapidement les résultats, puisque les colectomies avec entéostomies préalables ne donnent déjà plus que 35 pour 100 de décès, alors que les extirpations en une seule séance sont grevées d'une mortalité de 50 à 60 pour 100 (Cavaillon). Au niveau du rectum, la situation et les rapports des tumeurs sont trop variables pour que l'on puisse les réunir en un seul groupe : les tumeurs justiciables de la voie basse ne donnent, pour MM. Hartmann, Voelcker, qu'une mortalité de 10 à 15 pour 100, avec des survies durables dans les proportions de 20 pour 100 ; les amputations abdomino-périnéales, bénignes chez la femme, puisqu'elles ne causent que 15 pour 100 des décès immédiats, entre les mains de MM. Gouilloud et Voelcker, restent encore très graves chez l'homme, avec une mortalité de 40 à 75 pour 100 ; les survies durables atteignent jusqu'à 40 et 50 pour 100. Voilà une notion nouvelle, puisqu'il y a dix ans encore la règle était de ne pas toucher aux cancers qui empiétaient largement sur la portion péritonéale du rectum. Dans ces cancers haut situés, la voie sacrée de Kraske avec résection osseuse large qui semblait abandonnée, à conservé dans M. Hochenegg un partisan fidèle ; sur 320 tumeurs du rectum extirpées ainsi par lui, dont quelques-unes distantes de 20 centimètres de l'orifice anal, 8

fois seulement la voie abdominale dut être combinée à la voie basse ; la mortalité opératoire ne dépasse pas 13 pour 100 ; 37 malades vivent encore au-delà de trois ans.

C'est pour l'utérus que la transformation du pronostic est la plus frappante, depuis que l'on a utilisé une technique plus sûre, plus large, plus au jour. Tant que l'on s'en tint à la voie vaginale, on ne put qu'abaisser, notablement il est vrai, la mortalité immédiate jusqu'à 20 et 15 pour 100 ; mais les guérisons définitives comptaient comme des phénomènes curieux ; les moyennes de survies ne dépassaient pas un an à dix-huit mois, et toute tumeur qui avait empiété sur les parois du vagin ou infecté les ligaments larges était abandonnée à son évolution fatale : de ce fait, plus de 75 pour 100 des cas étaient au-dessus des ressources de notre art. Or, M. Wertheim, en rapportant sa statistique de 442 néoplasmes utérins opérés par voie abdominale, suivant la technique qu'il a si bien réglée, a abaissé sa mortalité immédiate de 25 pour 100 dans les 200 premières opérations, à 10 pour 100 dans les 200 dernières. Et sur 100 opérées depuis plus de cinq ans, 87 sont encore vivantes, soit 59 pour 100 de celles qui ont échappé aux complications post-opératoires précoces (87 sur 147).

Donc il faut opérer les cancéreux sans se laisser décourager par les échecs encore trop nombreux ; il faut surtout répandre la notion que c'est là une maladie curable, car le succès dépend plus encore de la précocité que de la largeur de l'intervention ; qu'il s'agisse du sein, du pharynx, de l'estomac, de l'utérus, l'important est d'extirper la tumeur avant que les groupes ganglionnaires dont elle dépend semblent cliniquement infectés ; car, toujours la progression centrifuge des cellules néoplasiques dans les lymphatiques (pénétration lymphatique de Handley), est plus étendue qu'on ne le croit ; les vastes délabrements, les extirpations ganglionnaires lointaines sont illusoire trop souvent.

On saura cependant qu'à côté des cancers de certains organes profonds qui récidivent presque fatalement parce qu'on les opère presque toujours trop tard, il en est dans tous les organes, les lèvres, le sein, l'estomac, le rein, etc., qui jouissent d'emblée d'une malignité, d'une puissance de diffusion telles que rien ne peut s'opposer à leur marche envahissante. Ainsi s'explique avec quelle ardeur médecins et chirurgiens ont porté leurs espérances vers les médications nouvelles proposées comme spécifiques du cancer.

De ce côté, les déceptions ont été nombreuses, à en juger par le bilan de la sérothérapie, de la radiographie, de la fulguration, etc. Malgré quelques cas troublants, où ils semblent avoir été efficaces, les sérums anticancéreux que l'on a proposés jusqu'ici, n'ont qu'une valeur de suggestion pour le malade désespéré. La radiothérapie et la fulguration, très actives dans les tumeurs peu végétantes de la peau, dont l'ulcus rodens est le type, se montrent impuissantes dès qu'il s'agit des cancers des muqueuses, ou des cancers profonds ; les tumeurs du sein, de l'utérus, à plus forte raison de l'estomac ou de

l'ovaire, sont peu ou pas modifiées par ces méthodes, que M. Czerny conseille de garder comme des adjuvants de l'ablation au bistouri, pour détruire les cellules néoplasiques qui peuvent subsister dans la plaie opératoire ; ce sont aussi les conclusions auxquelles se sont ralliés MM. Séqueira et Maunoury, qui avaient été parmi les premiers et les plus chauds partisans de la radiothérapie.

La démonstration pratique des faits que nous venons d'énoncer était donnée d'une façon fort ingénieuse et suggestive à l'Exposition du Cancer, organisée sur la proposition du professeur Dollinger, dans le Palais même où se tenaient les séances du Congrès. Pièces anatomiques, coupes, dessins, photographies en couleurs, résumaient en un exposé éloquent dans les vitrines et sur les murs, les propositions développées dans les communications et les rapports. Malgré les louables efforts tentés par les Français, il faut reconnaître que nous n'avons pas su apporter dans cette leçon de choses l'esprit d'organisation pratique et la discipline qui ont fait le succès des sections étrangères, notamment des sections allemandes et le succès des sections réunion en bocaux des 250 utérus extirpés par M. Wertheim, et des 112 rectums opérés par M. Hochenegg, ait constitué à elle seule un argument irréfutable en faveur de la méthode de ces chirurgiens ; mais le fait d'avoir pu conserver, classer, présenter convenablement toutes ces pièces, témoigne du moins chez nos voisins de ressources de travail et aussi de ressources budgétaires dont la plupart de nos grands services sont encore privés.

On a choisi pour le troisième Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — qui se réunira encore à Bruxelles en 1911 — la chirurgie du poumon, la séméiologie et le traitement des colites et des pancréatites.

L. BERARD,
In Lyon Chirurgial.

A nos collègues de la campagne

Un grand nombre de médecins de la campagne trouvent à propos de diriger sur nos hôpitaux Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu, des malades de leurs clientèle, sans avoir pris soin de s'informer à l'avance s'il y a place pour les recevoir. Et la conséquence est que souvent les autorités des hôpitaux sont forcées, vu le manque de place, de refuser à leur regret l'admission à de tels malades. Aussi, nous prie-t-on de demander aux Collègues de la campagne de bien vouloir, avant d'envoyer leurs malades, s'enquérir auprès de l'Interne en chef, s'il y aura place pour le malade. De la sorte, les médecins éviteraient souvent à leurs malades des déplacements coûteux, douloureux et parfois inutiles.

Il est évident que les cas d'urgence sont toujours reçus : bien que parfois la chose soit impossible vu l'affluence à déborder tant aux départements publics que privés.

Progrès des Sciences Médicales

Du collargol dans le pronostic de l'infection puerpérale

Par J. Le Calvé (*Gazette Médicale de Nantes*, 29 août 1908)

Les manifestations les plus nettes produites par l'injection intra-veineuse de collargol sont le frisson, la marche particulière de la température, l'hyperhydrose, la sensation particulière de bien-être.

Le frisson se montre généralement dans les heures qui suivent immédiatement l'injection ; il précède l'ascension thermique. C'est un frisson solennel comme celui de la pneumonie, persistant une demi-heure, une heure et demie dans les cas favorables ; il a été, au contraire, très léger, inappréciable même chez les malades qui ont succombé. Le frisson a fait défaut chez des femmes ayant guéri quand l'injection était pratiquée immédiatement après un frisson lié à l'infection.

L'ascension thermique se produit de une à trois heures après l'injection ; passé ce délai, il est plus juste de la mettre sur le compte d'une nouvelle poussée infectieuse. La température atteint son maximum progressivement ou soudainement en deux à quatre heures à compter de l'injection ; puis la courbe baisse lentement ou brusquement, dans les heures suivantes, se rapproche de la normale ou descend même au-dessous. La défervescence brusque n'est pas toujours caractéristique de la guérison. La chute en lysis paraît plus commune. Enfin chaque nouvelle injection détermine une poussée thermique.

Pour l'auteur, ce qui semble d'un pronostic favorable, c'est la persistance de la défervescence consécutive au stade ascensionnel pendant plus de dix-huit, vingt-quatre heures et davantage. Si, au contraire, cette défervescence a une durée plus limitée, le pronostic paraît fâcheux. Le pronostic est sombre si l'élévation thermique est faible, mais ce qui le rend fatal, c'est l'absence de défervescence consécutive, la température ne variant pas au-dessous de 38°.

Le signe pronostic capital réside dans la détente des malaises ressentis par les malades. Son absence doit faire craindre de graves complications. La sensation de bien-être coïncide du reste avec l'abaissement à la normale de la coupe thermique. Les symptômes pénibles ; soit vive, anxiété, céphalée, dyspnée douleurs abdominales etc., font place à un soulagement très marqué accompagné du retour de l'appétit et des forces. Cette sensation de bien-être est à peine ébauchée ou nulle dans ceux à pronostic fatal.

L'injection de collargol augmente la diurèse, provoque des sueurs généralisées d'autant plus abondantes que la réaction a été plus intense. Ce signe est absent dans les cas malheureux. En résumé, réaction forte : pronostic rassurant. Réaction faible ou nulle : pronostic réservé sinon fatal.