

## LES RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE.

par le Docteur **Jean QUENU**,  
 Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté,  
 Ancien prosecteur des Hôpitaux de Paris.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE  
 (Hôpital de Vaugirard).

Nous n'envisagerons ici que les ruptures de la rate dans les traumatismes fermés, dans les contusions de l'abdomen, laissant de côté les plaies de la rate par arme blanche ou par projectile.

Ce n'est pas un accident très fréquent puisque pratiquant la chirurgie, depuis une quinzaine d'années, nous n'en avons observé personnellement que trois cas.

Voici l'observation du dernier de ces cas, qui nous semble particulièrement typique :

B. M. Algérien, 20 ans, pilonnier en métaux, est amené à l'hôpital de Vaugirard (service de M. le Professeur Duval), le 26 avril 1924, à 16 heures. Le 25 avril, à 14 heures, étant debout, il a reçu au niveau de l'hypochondre gauche un coup de barre de fer; cette barre de fer grosse comme trois doigts, était maniée par un camarade, elle se déplaçait dans un plan horizontal, elle l'a frappé à plat, et non par son extrémité.

Sur le coup il est tombé à terre, **a perdu connaissance** pendant quelques minutes. Ramené chez lui, il se sentait **beaucoup mieux** le lendemain matin et n'a été transporté à l'hôpital que sur le conseil de son médecin. A son entrée, il est vu par un externe de garde qui ne constate aucun symptôme alarmant, ordonne simplement le repos et la glace sur le ventre.

Le 27 au matin, 44 heures après l'accident, je l'examine et suis seulement frappé par ce fait qu'en l'absence de toute trace spéciale de contusion sur l'hypochondre gauche, ce malade présente une légère contracture limitée au quadrant supéro-gauche de l'abdomen; pouls à 86. J'évoque cependant, en présence de l'interne de la salle, l'idée d'une rupture de la rate possible, et prie celui-ci de me téléphoner dans l'après-midi pour me donner des nouvelles.

A 17 heures, l'interne me téléphone que le malade va bien, ne souffre pas, et que son pouls ne présente aucune accélération.

Le 28 à 2 heures du matin, soit 60 heures après l'accident, l'interne me téléphone de nouveau: le malade, qui était tranquillement couché dans son lit, venait d'être pris brusquement d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche, plus forte même, dit-il, qu'au moment de l'accident, douleur lui coupant la respiration.

Une demi-heure après j'étais à l'hôpital et quoique le pouls ne présentât pas d'accélération notable (90), me basant sur le **traumatisme, le reveil plus que de la douleur au bout de 60 heures, la légère contracture du quadrant supéro-gauche de l'abdomen, et une matité apparue dans la fosse iliaque gauche**, j'affirmai le diagnostic de rupture de la rate avec hémorragie tardive, et décidai l'intervention immédiate.

Anesthésie à l'éther, coussin sous l'hypochondre gauche, chirurgien à droite, lumière frontale-Laparotomie oblique en bas et en dedans, allant du rebord thoracique en regard du 8e espace gauche à l'ombilic; **le ventre est plein de sang**; la main droite introduite dans l'hypochondre décolle une rate deux fois plus grosse qu'une rate normale, adhérente, et qu'on sent profondément fissurée; pour l'amener au dehors on incise le rebord cartilagineux costal sans ouvrir la plèvre ni entamer le diaphragme; la rate présente une large plaie horizontale la divisant sur toute son épaisseur dans les 2/3 de sa largeur. Double ligature du pédicule, splénectomie, hémostase d'un point saignant sur la queue du pancréas.

(1)—Travail inédit publié expressément pour le "Bulletin Médical".

Vérification de l'estomac et du transverse qui sont intacts. Déterision de l'abdomen. Suture et un plan au bronze sans drainage.

Sérum physiologique, huile camphrée.

Suites extrêmement simples, la température dépasse 39° le lendemain de l'intervention, mais redescend régulièrement à la normale en 7 jours; On enlève les fils le 11e jour; le malade commence à se lever le 15e jour et quitte l'hôpital en excellent état le 27e jour pour aller passer un conseil de révision à Alger.

La rate enlevée est grosse et friable, mais on n'y a pas trouvé d'hématozoaires.

Le sujet est en France depuis 3 ans, il ne semble pas avoir eu d'accès de fièvre paludéenne.

Les examens de sang pratiqués le 19 mai et le 21 mai ont donné les résultats suivants :

|                             | 10 mai (14e jour) | 21 mai (25e jour<br>après la splénectomie) |
|-----------------------------|-------------------|--|
| Globules rouges.....        | 4,160,000         | 4,400,000                                  |
| Globules blancs.....        | 20,000            | 12,800                                     |
| Hémoglobine..               | 75%               | 90%  |
| Valeur globulaire .....     | 0,91              | 1,02                                       |
| <b>Formule leucocytaire</b> |                   |  |
| Polynucléaires.....         | 65%               | 51%  |
| Lymphocytes .....           | 7 "               | 22 "                                       |
| Grands mono .....           | 2 "               | 5 "  |
| Moyens mono .....           | 18 "              | 11 "                                       |
| Forme de transition.....    | 3 "               | 11 "                                       |
| Basophile .....             | 3 "               | 1 "  |
| Poly-éosinophile....        | 4 "               | 8 "  |
| Myélo-éosinophile .....     | 4 "               | 2 "  |

Depuis vingt cinq ans on a publié un assez grand nombre de cas de rupture de la rate, notamment de cas opérés.

De l'étude de ces documents, du souvenir des cas que nous avons observés, nous tâcherons de tirer une étude d'ensemble de la question et surtout quelques notions précises sur le diagnostic et sur le traitement des ruptures de la rate.

## I

On l'observe presque toujours chez des hommes, sans doute parce que les hommes sont plus exposés aux traumatismes que les femmes, et, peut-être pour une raison analogue, le plus souvent chez des *hommes jeunes*.

Le *traumatisme causal* est une violence s'exerçant sur l'hypochondre gauche, dirigée soit latéralement sur la face externe de la base du thorax, soit d'avant en arrière sur la paroi abdominale antérieure dans son quadrant supéro-gauche. Il s'agit en général d'un traumatisme considérable: coup de pied de cheval, coup de timon, heurt quelconque, écrasement par la roue d'un véhicule, assez souvent aussi chute d'un lieu élevé; enfin les accidents d'automobile commencent à fournir un contingent important à ces sortes de lésions.

Mais on a observé des ruptures de la rate au cours de traumatismes peu importants: Terrier a signalé le cas d'une dame qui eut la rate rompue par le jet d'un douche, et Moty rapporte celui d'une femme qui mourut

d'une rupture de la rate parce que son mari l'avait frappée avec une petite baguette d'olivier. Dans certains de ces cas il faut évidemment faire intervenir une *fragilité spéciale* du tissu splénique, et l'on sait depuis longtemps que les grosses rates pathologiques, en particulier les rates palustres peuvent se fissurer sous l'influence d'un traumatisme minime. Cela explique la fréquence des ruptures de la rate dans certains pays, notamment aux Indes et en Chine: un chirurgien américain de Shanghai, Mc-Cracken a pu récemment rapporter 20 cas de rupture de la rate observés dans le même hôpital en l'espace de 5 ans (1).

## II

Par quel mécanisme la rate se rompt-elle dans ces contusions de l'abdomen ?

Dans un certain nombre de cas, le traumatisme produit une fracture de côtes, et ce sont *les côtes fracturées* qui viennent perforer la rate, mais ce n'est pas là le cas habituel.

La rupture peut se produire par *choc direct*, la rate se trouvant pincée, écrasée entre l'agent traumatique qui déprime fortement la paroi abdominale, et le squelette vertébro-costal de la paroi abdominale postérieure.

Dans d'autres cas il faut invoquer le mécanisme de *l'éclatement*: le coup porté sur l'abdomen détermine une brusque augmentation de pression dans la cavité abdominale; or, la rate, avec son parenchyme friable et gorgé de sang, sa capsule mince et fragile, éclate dans ces conditions, comme un ballon rempli d'eau sur lequel on appuie.

Il faut en réalité incriminer des causes différentes suivant les conditions de l'accident; c'est ainsi que Routier (2), chez un blessé écrasé par la roue d'un chariot, pense que la rate s'était rompue par *flexion forcée*: de fait il a trouvé la capsule éclatée sur sa face convexe, et sur la face concave des lésions d'écrasement.

Enfin on a observé des ruptures de la rate à la suite de traumatismes n'ayant nullement porté sur l'hypochondre gauche, ni même sur l'abdomen: Coville (d'Orléans) a relaté le cas d'une femme de 65 ans dont la rate se rompit dans une chute sur la fesse droite; dans les cas de ce genre il faut évidemment faire intervenir le mécanisme du *contre-coup*: au cours d'un mouvement rapide brusquement arrêté, comme c'est le cas dans une chute, la rate, dont le parenchyme est moins résistant que les vaisseaux qui l'abondent, pourrait, en vertu de la vitesse acquise, s'arracher pour ainsi dire elle-même de ses attaches, c'est-à-dire se déchirer profondément au niveau de son hile.

(1)—J. C. McCracken, of Shanghai, China—Rupture of the spleen, in *Annals of Surgery*, vol. LXXXIX, No. 1, January 1924, p. 80.

(2)—Routier—*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1914, p. 642.

Toutes ces théories sont des hypothèses, basées d'une part sur les conditions du traumatisme, trop souvent bien difficiles à préciser, d'autre part sur les lésions de la rate constatées à l'opération ou sur les tables d'autopsie.

### III

*Ces lésions de la rate rompue* sont extrêmement variables comme importance, depuis la simple fissuration superficielle, jusqu'à l'éclatement complet de l'organe.

Comme les cas publiés proviennent d'opérations ou d'autopsies, il s'agit généralement de lésions importantes. On a trouvé des craquelures superficielles, des fissures plus ou moins profondes, localisées tantôt à la face externe, tantôt à la face interne, au voisinage du hile, assez souvent au pôle supérieur, des déchirures intéressant toute l'épaisseur du viscère.

Dans plusieurs observations on note que la rate est divisée en deux ou plusieurs fragments restés appendus au pédicule vasculaire, certains de ces fragments peuvent être complètement séparés de l'organe, et retrouvés libres dans la cavité abdominale; enfin on a trouvé la rate entièrement écrasée, véritablement réduite à l'état de bouillie.

Une rate rompue saigne dans le ventre, et saigne en général abondamment; cette hémorragie peut être assez profuse pour entraîner rapidement la mort; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est des cas incontestables de guérison spontanée des plaies de la rate: ceux où, la mort étant survenue pour une tout autre cause, on a pu, à l'autopsie, constater l'existence d'une rupture de la rate en voie de guérison, ou même guérie (Hartmann (1)).

Dans d'autres cas plus fréquents peut être il se produit une hémorragie peu abondante qui ne se répand pas dans tout l'abdomen, mais, à la faveur d'adhérences néoformées ou préexistantes, reste localisée dans la loge splénique, comme le montrent les interventions tardives faites au bout d'une quinzaine de jours pour l'évacuation de véritables hématomes plus ou moins bien limités de la loge splénique, de poches pleines de caillots dans le fond desquelles on trouve une rate rompue.

Mais il est une éventualité fréquente, vraiment particulière aux ruptures de la rate, c'est l'*hémorragie tardive* ou se manifestant tardivement; il semble que dans certains cas, le saignement primitif, au moment de l'accident et dans les heures qui suivent, soit nul ou peu important, mais que l'hémorragie puisse survenir ou reprendre avec une abondance considérable ou bout de plusieurs jours, au point de menacer l'existence. Les cas de ce genre sont innombrables. Comment l'hémostase provisoire se produit-elle spontanément dans ces cas? Comment un organe aussi vasculaire que la rate peut-il ne pas saigner, ou presque, dès qu'il est rompu?

(1)—Hartmann—B.M.S.C.—1901, p. 36.

Demoulin(1) se demandait si "la rétraction de la capsule, qui forme une espèce de capuchon dans lequel s'accumulent les caillots, n'est pas la cause d'une hémostase provisoire efficace". Routier(2) a vu l'hémostase assurée pendant huit jours par un bouchon épiploïque qui était venu s'appliquer sur une déchirure de la face concave de la rate. On voit combien sont précaires ces processus d'hémostase spontanée; l'expérience montre qu'il ne faut pas compter sur eux.

Notons enfin la coïncidence possible de *lésions d'autres viscères* abdominaux: le rein gauche est souvent touché en même temps que la rate, plus rarement le foie, la queue du pancréas, l'estomac, le grand et le petit épiploon. Enfin il n'est pas rare d'observer un hémithorax dans la plèvre gauche, dû à une lésion pulmonaire avec ou sans fracture de côte.

#### IV

*Au point de vue clinique*, quelle que doive être l'évolution ultérieure, on observe tout d'abord, d'une manière d'ailleurs inconstante, une série de symptômes qui surviennent immédiatement après l'accident; ils résultent de la violence du traumatisme et sont une expression de ce qu'on a appelé, peut-être à tort, le "shock" des contusionnés de l'abdomen: douleur extrêmement vive, spéciale "portant au coeur", disent les blessés; état syncopal, anxiété, stupeur, pâleur extrême, quelquefois syncope complète, perte de connaissance, hypotension artérielle, hypothermie, enfin vomissements, tous phénomènes survenant d'une manière instantanée, et n'ayant pas une grande valeur diagnostique, ni pronostique.

Il faut examiner le blessé quand il est "revenu à lui" couché dans un lit, réchauffé, remis de son émotion, et de la commotion qu'il a subie.

L'évolution clinique peut se faire de trois manières différentes suivant que la rate rompue donne lieu à une hémorragie abondante immédiate, ou à une hémorragie abondante retardée, ou à une hémorragie peu abondante aboutissant à un hématome enkysté: à ces trois modes évolutifs que nous avons étudiés au point de vue anatomique correspondent trois tableaux cliniques différents:

##### *1er tableau: hémorragie abondante immédiate.*

Les signes d'hémorragie interne grave succèdent insensiblement au syndrome de shock initial par une transition insidieuse, souvent imperceptible.

Le malade a été couché, réchauffé, et pourtant si on le revoit une demi-heure, une heure après l'accident, on est frappé par la pâleur ex-

(1)—Demoulin—B.M.S.C., 1901, p. 750.

(2)—Routier—*loco citato*.

trême de son visage, ses lèvres sont blanches, ses conjonctives décolorées : le nez, les oreilles; les mains, les pieds sont glacés, tout le corps est couvert de sueurs froides. Le malade accuse des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements; il se plaint d'une soif ardente. Il souffre d'un côté et respire superficiellement. La température est et reste basse à 37°, quelquefois 36° et au-dessous, le pouls est rapide; petit, filant, parfois incomptable.

Sur l'hypochondre, on trouvera parfois les traces du coup sous forme d'ecchymose, d'éraflures superficielles: quelquefois on sentira la crépitation caractéristique d'une fracture de côtes.

A la palpation de l'abdomen il ne faut pas s'attendre à trouver toujours dans ce cas la contracture généralisée, le ventre de bois dont Hartmann a fait un signe pathognomonique de lésion viscérale: le ventre n'est pas le siège d'une bien grosse contracture: *un peu de défense dans la région où a porté le traumatisme*; partout ailleurs ventre indolore, mais un peu tendu, plat ou légèrement ballonné. Si l'on vient à percuter *les régions déclives* de l'abdomen: les flancs, les fosses iliaques, on y trouvera souvent de la *matité*.

Mais il faut surtout interroger le pouls, au besoin mesurer la tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon; si l'on hésite, revoir le blessé de ½ heure en ½ heure: *l'accélération progressive du pouls* prend dans ces cas une valeur diagnostique considérable, elle manifeste la continuation de l'hémorragie et impose l'intervention immédiate. Si l'on tarde à se décider, on risque de voir mourir le malade d'anémie aiguë, saigné à blanc.

## 2e Tableau: hémorragie retardée.

Dans d'autres cas le malade sort de son état de shock initial, son état s'améliore au point qu'on le croit tiré d'affaire, hors de danger, et ce n'est qu'au bout de plusieurs heures, de plusieurs jours qu'apparaissent les accidents inquiétants.

Depuis Demoulin, tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de l'hémorragie tardive dans les ruptures de la rate; cet auteur rappelle un cas de rupture de la rate qu'il a opéré en 1895, 5 jours après l'accident, parce que les signes d'hémorragie interne ne se sont montrés qu'au bout de 5 jours; le cas de Routier est particulièrement démonstratif à ce point de vue: il s'agissait d'un garçon de 18 ans qui avait été écrasé par les roues d'un chariot, il allait si bien que *sept jours* après son accident il descendit dans le jardin de l'hôpital, se mit à jouer, à courir, à sauter avec d'autres convalescents; à ce moment il fut pris brusquement d'une douleur violente dans le ventre, avec maximum à gauche, et de vomissements; le lendemain son état s'aggrava et, le syndrome abdominal s'accroissant on décida une intervention; mais l'accident initial était à ce point oublié qu'on pensa

à une appendicite, et qu'on fit une laparotomie droite. On trouva le ventre plein de sang et, débridant vers la gauche, on fut amené à enlever une rate largement déchirée sur ses deux faces. Fiolle de Marseille(1), est venu encore récemment insister sur la "*période de latence*" dans les contusions de la rate, et en a apporté deux nouveaux exemples; il faut se méfier, dit-il, toutes les fois qu'après un traumatisme de l'hypochondre gauche on voit l'état du blessé d'abord satisfaisant devenir un peu moins bon; à cet égard, deux signes ont une grande valeur:

1°—*L'accélération progressive du pouls*, avec diminution de la pression au Pachon; si le malade n'a pas encore l'aspect extérieur d'un grand hémorragique, ces signes indiquent que cependant sa rate saigne dans le ventre.

2°—*La contracture à gauche, d'abord peu marquée, mais tendant à augmenter peu à peu d'intensité.*

A ces signes j'en ajouterai un troisième, la persistance ou *la reprise de la douleur* dans l'hypochondre gauche.

Abandonnés à eux-mêmes, ces malades meurent d'une hémorragie qui pour être retardée n'en est pas moins fatale.

### *3e Tableau: hématome enkysté.*

Plus rarement on est appelé auprès d'un malade qui 10 jours, 15 jours après un traumatisme de l'hypochondre gauche, qui n'a été suivi d'aucun accident immédiat grave, se plaint d'une tension douloureuse dans le côté, présente un peu de fièvre, quelques vomissements, un facies légèrement subictérique.

On constate une tumeur plus ou moins considérable, tendue ou fluctuante, douloureuse, soulevant les dernières côtes gauches, remplissant parfois le flanc.

Si l'on vient à ponctionner cette masse, ou en retire du sang noir, inodore ou fétide. Il s'agit d'un hématome enkysté de la loge splénique secondaire à une rupture de la rate.

## V

Quelle conduite tenir en présence de pareils accidents?

Dans le dernier cas envisagé, le diagnostic ne comporte guère de difficultés, et le traitement s'impose: il faut inciser sur la voussure: on tombe généralement sur une poche adhérente à la paroi abdominale; on évacue les caillots qui remplissent cette poche, le plus souvent l'hémorragie est arrêtée, et il suffit de drainer pour obtenir la guérison, c'est ce qu'ont fait Terrier, Lejars avec succès; mais si au fond de la cavité on voit ou on sent

(1)—J. Fiolle—B.M.S.C.—1920, p. 207.

une rate rompue, facile à amener, il vaut encore mieux l'enlever comme l'a fait Richelot, pour se mettre à l'abri de tout danger d'hémorragie secondaire.

Piqué et Lacaze(1) ayant pris un hématome péri-splénique pour un hémothorax, firent une thoracotomie, trouvèrent le cul-de-sac pleural libre, et durent inciser le diaphragme pour évacuer un épanchement de sang fétide et trouver au fond de la poche la rate profondément déchirée; par leur drainage s'éliminèrent des lambeaux sphacelés de tissu splénique, et la guérison survint néanmoins au bout de 6 semaines.

La question de l'intervention se pose d'une manière infiniment plus difficile et plus angoissante lorsqu'il s'agit d'une *hémorragie en péritoine libre*. Qu'il s'agisse d'un syndrome d'hémorragie abdominale évidente (1<sup>o</sup> cas), qu'il s'agisse d'un de ces syndromes plus discrets d'hémorragie retardée (2<sup>o</sup> cas) dont nous avons essayé de donner les éléments diagnostiques, l'intervention s'impose. Le danger c'est l'attente qui fait perdre un temps précieux et dépasser parfois l'heure de l'opération qui peut sauver le blessé. Comme l'a dit le Professeur Edouard Quénu à propos des plaies pénétrantes de l'abdomen: "l'expectation armée est un mot vide de sens en ces matières". Après une période d'observation juste suffisante pour faire un diagnostic, qui ne doit pas dépasser une heure ou deux au plus, il faut savoir prendre ses responsabilités et se décider. Il y a moins de risque à faire une laparotomie inutile, qu'à laisser un vaisseau béant saigner dans l'abdomen. "Les cas douteux s'inscrivent aux indications de l'intervention immédiate" (Le jars).

Nous n'acceptons pas les conclusions de l'article récent de J.C. McCracken, de Shanghai, ci-dessus mentionné "que l'opération immédiate n'est pas toujours indiquée, qu'un shock intense est une contre-indication à l'opération immédiate". Cet auteur se base sur une statistique de 8 cas traités par l'abstention, avec morphine, goutte-à-goutte rectal et position assise: sur ces 8 cas, il compte 3 morts et 5 guérisons. Cette statistique nous convainc d'autant moins qu'il est impossible d'affirmer que les 5 blessés qui ont guéri avaient une rupture de la rate.

Nous rejetons formellement les timides boutonnières exploratrices qui ne sont pas plus bénignes qu'une laparotomie et risquent de laisser passer inaperçue une lésion existante. Quand l'opération est décidée, il faut la faire suffisante, et sous anesthésie générale. Nous ne voulons pas dire qu'il faille d'emblée faire une incision xipho-pubienne: il est bon de commencer par une incision de dimensions modérées qui pourra être agrandie dans un sens ou dans l'autre suivant les besoins de l'exploration et de l'opération.

(1)—B.M.S.C., 1924, p. 300.



Quelle incision faut-il faire? Cela dépend de la précision plus ou moins grande du diagnostic. Si on n'a pas fait le diagnostic de rupture de la rate, qu'on intervient seulement avec le diagnostic plus vague de "conrupture de la rate; est-il possible et commode, par cette même incision, de traiter la lésion? Possible? Oui. Lacène(1) a enlevé 5 rates rompues en se servant uniquement de l'incision médiane sus-ombilicale, et bien d'autres chirurgiens ont pu se contenter de cette incision; néanmoins quand on parcourt les observations publiées, on constate que presque tous les chirurgiens qui ont commencé par une laparotomie médiane ont dû, une fois constatée la rupture de la rate, se donner du jour vers la gauche, en sectionnant le muscle droit du côté gauche. Il semble donc que si l'on peut enlever une rate par une laparotomie médiane, cette incision est loin d'être l'incision de choix même quand il n'existe pas de difficulté particulière.

A plus forte raison quand on tombe sur une rate très volumineuse, sur une rate à pédicule court, sur une rate fixée au fond de l'hypochondre par des adhérences pathologiques, la splénectomie par la ligne médiane devient pour ainsi dire impraticable, et *si on a commencé par l'incision médiane, il ne faut pas hésiter à se donner du jour vers la gauche*, soit par un débridement transversal au niveau de l'ombilic (incision en L.), soit par un débridement parallèle au rebord costal au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision première (incision en J. renversé).

Supposons maintenant que le diagnostic de rupture de la rate ait été posé avant l'intervention. Le blessé doit être couché sur la table, le tronc en hyperextension; *le chirurgien doit se placer à droite* du blessé; il me semble qu'on n'a pas assez insisté sur la commodité de cette position: le chirurgien, s'il est droitier, est mieux "à main" du côté droit pour aller chercher la rate dans l'hypochondre gauche et l'amener dans la plaie; il est mieux placé aussi pour *regarder* dans l'hypochondre gauche. L'éclairage frontal est utile. Un seul aide suffit largement, en face de l'opérateur, c'est-à-dire à gauche du malade.

Bien des incisions ont été proposées pour aller à la rate: incision sur le bord externe du droit, incision parallèle au rebord costal, incision transversale, incision en L., toutes sont bonnes; la meilleure pour diverses raisons me semble être une incision analogue à celle qu'ont récemment préconisée Lecène et Deniker(2) et dont je me suis récemment servi pour enlever une rate rompue: *cette incision commence sur le rebord costal gauche, à la hauteur du 8e ou 9e cartilage, et descend obliquement vers l'ombilic.*

Cette incision étant faite, couper hardiment tous les plans aponévrotiques et musculaires jusqu'au péritoine, qui apparaît bleuté. Inciser le

(1)—B.M.S.C., 1920, p. 279.

(2)—Lecène et Deniker. Remarques sur certaines indications et sur la technique de la splénectomie.—J. de Chie, tome XXIII, No. 3, mars 1923, p. 240.

péritoine dans toute la longueur: le sang jaillit à flots: sang noir, sang rouge, caillots; ne perdez pas de temps à déterger tout ce sang. Passez la main droite par la plaie sous la coupe diaphragmatique gauche et allez à la rate: vous la sentez rompue, amenez là doucement dans la plaie, sur des champs stériles. Si vous êtes gêné, *n'hésitez pas à fendre au bistouri le rebord chondrocostal*, placez une large valve dans l'angle supérieur de la plaie, et vous arriverez toujours à "accoucher" la rate par la plaie, quel que soit son volume, quelle que soit la brièveté de son pédicule.

La rate étant dehors, examinez les lésions. Sans doute, il est des ruptures fissuraires peu étendues et superficielles suturables, sans doute l'hémostase obtenue par la suture peut être complétée par un tamponnement ou par un revêtement épiploïque, mais il faut bien savoir que les sutures coupent facilement sur le parenchyme splénique et ne donnent pas grande sécurité, et que si on tamponne on risque l'infection. Le plus souvent d'ailleurs il s'agit de ruptures fissuraires étendues et profondes, de ruptures fragmentaires, la rate est le siège de larges infarctus, et la splénectomie s'impose. *La splénectomie* est l'opération la plus rapide, la plus complète, la plus sûre, c'est elle qu'il faut faire dans l'immense majorité des cas.

Sur le pédicule saisi de la main gauche placez de la main droite deux bonnes pinces à forcipressure qui ne dérapent pas, serrez-les à fond, coupez la pédicule entre vos pinces et la rate; passez un fil solide autour du pédicule, pas trop près de vos pinces, et serrez-la bien; si le pédicule est large, divisez-le en deux ou trois paquets que vous lierez isolément, ou par une ligature enchaînée, un noeud de Lafson Tart. Enlevez vos pinces, mais ne laissez pas le pédicule regagner sa place au fond du ventre avant de vous assurer que l'hémostase est parfaite et que vos noeuds tiennent bien.

Cela fait, déterminez rapidement la cavité abdominale de tous les caillots qui l'encombrent, explorez rapidement le lobe gauche du foie, l'angle colique, l'estomac, assurez-vous que rien ne saigne plus, ni au niveau de la queue du pancréas, ni sur la grande courbure de l'estomac (vaisseaux courts), alors suturez votre incision en un plan, par cinq ou six fils de bronze.

Si vous avez incisé le rebord cartilagineux du thorax, il est tout à fait inutile de le suturer spécialement, il se réunira de lui-même si les deux bords de votre plaie sont bien coaptés, et se consolidera sans déformation et avec une grande rapidité.

Et surtout abstenez-vous de laver avec un liquide quelconque la cavité péritonéale, ne laissez ni mèche, ni drain, c'est sûrement inutile et peut-être nuisible.

Tel est le traitement des ruptures de la rate dans les cas simples; mais s'il s'agit d'une grosse rate paludéenne adhérente qui se déchire et saigne

à la moindre tentative de décortication, ne vous obstinez pas dans une tentative d'extériorisation qui peut être dangereuse; donnez-vous du jour si vous n'en n'avez pas assez: c'est dans ce cas qu'il peut être utile de recourir, non plus à la simple section, mais à la résection du rebord cartilagineux tusion de l'abdomen avec lésion viscérale probable", c'est la laparotomie médiane qu'on fait ordinairement, en partie au-dessus, en partie au-dessous de l'ombilic. Il est facile, par une incision médiane, de reconnaître une thoracique préconisé par Auvray en 1904, ou même dans certains cas exceptionnels à la thoraco-phréno-laparotomie comme l'a fait Constantini(1).

dans ces cas de rate adhérente, il faut d'abord faire l'hémostase en laissant la rate en place, commencer par ouvrir l'arrière-cavité des épiploons en incisant le ligament gastro-splénique le long de la grande courbure après avoir lié de part et d'autre les vaisseaux courts; chercher ensuite et lier l'artère et la veine splénique entre la queue du pancréas et le hile de la rate; on peut alors seulement sans crainte d'hémorragie attirer la rate au dehors et l'enlever après avoir lié quelques pédicules accessoires, artères polaires supérieure et inférieure en particulier(2).

Mais parfois le temps presse, il faut aller vite et si après ligature du pédicule principal on voit que la rate rompue ne saigne plus, il peut être avantageux de la laisser; les risques de sphacèle sont minimes dans ces cas où les adhérences périphériques ont créé une circulation collatérale au niveau des adhérences: c'est un pis aller dont il faut savoir se contenter. Dans certains cas d'extrême urgence on a même fait avec succès le simple tamponnement de la loge splénique.

L'hémostase étant faite, il faudra bien entendu traiter ces blessés comme tous les grands hémorragiques par des injections massives de sérum physiologique, sous-cutanées ou intra-veineuses, la transfusion sanguine pourra trouver des indications.

*Un problème particulier* peut se poser dans le cas non exceptionnel où une rupture de la rate coexiste avec une *lésion du rein gauche*. La lésion du rein se manifeste souvent d'une manière plus apparente que celle de la rate, par des symptômes évidents comme l'hématurie et l'hématome lombaire; dans ces conditions on pourrait être tenté de n'intervenir que sur le rein, et par voie lombaire. Or, s'il existe quelque signe de présomption en faveur d'une lésion de la rate, ou de quelque autre viscère abdominal, c'est une laparotomie qu'il faut faire.

1°—Parce que la rupture de la rate, qui saigne en péritoine libre, est plus rapidement menaçante que celle du rein;

2°—Parce que si la lésion du rein est d'une importance telle qu'elle nécessite une néphrectomie, cette néphrectomie peut être menée à bien par laparotomie, alors qu'on ne saurait faire une splénectomie par voie lombaire.

(1)—Rapport de Schwartz—B.M.S.C., 1920, p. 279.

(2)—Lecène et Deniker—Loco citato.

Quels sont les *résultats* de ces interventions pour rupture de la rate? Dans le travail paru en 1903 de l'Allemand Berger, partout cité, on trouve sur 73 cas, 70 splénectomies avec 40 guérisons, soit une mortalité de 43%, 2 splénonrphies avec 1 guérison, 7 tamponnements avec 5 guérisons. Dans la statistique d'un autre Allemand, Lotsch, publiée en 1908, on trouve sur 134 cas: 118 splénectomies avec 66 guérisons, soit une mortalité de 44%, 8 splénonrphies avec 5 guérisons, 8 tamponnements avec 6 guérisons. MacCracken, en 1924, a 9 splénectomies avec 5 guérisons.

Peut-être ces statistiques donnent-elles une idée un peu trop sombre de la splénectomie pour rupture de la rate.

Sur les 21 cas publiés dans les Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris entre 1901 et 1924, nous trouvons 16 guérisons, soit une mortalité de 24%, et parmi les 5 cas de morts, nous trouvons 2 fois des lésions viscérales multiples, et deux fois des morts tardives, au 10<sup>e</sup> jour, par infection péritonéale.

Nous avons l'impression que le pronostic opératoire des ruptures de la rate doit être actuellement meilleur que ne l'expriment ces statistiques plus ou moins anciennes et disparates.

Quel est l'*avenir* d'un splénectomisé pour rupture de la rate? Il ne faut pas considérer la splénectomie "comme une intervention grave en elle-même, car dans les cas déjà nombreux où elle a été pratiquée, elle n'a jamais provoqué de troubles sérieux de l'organisme. Sans doute on a noté, dans un certain nombre de cas, à la suite de l'opération, des accidents qu'il faut rattacher directement à la suppression de la rate, anémie, diminution de l'hémoglobine, diminution du nombre des globules rouges, augmentation du nombre des globules blancs, hypertrophies ganglionnaires, troubles de l'état général, apparaissant dans un délai plus ou moins long après l'opération; mais ces troubles n'ont été que passagers, ils ne semblent jamais avoir compromis l'existence des sujets, ils sont enfin assez exceptionnels" (1).

On peut observer quelquefois une diminution de l'immunité contre les maladies infectieuses (Mauclaire) (2).

Von Sury, à propos de l'évaluation de la splénectomie dans la médecine des accidents du travail, estime que par elle-même cette opération n'entraîne pas de diminution de la capacité ouvrière.

Avec Lecène et Deniker (3), nous pouvons conclure :

"Bien que la physiologie de la rate nous soit encore très imparfaitement connue, il est acquis depuis longtemps que l'ablation de cet organe n'entraîne chez l'homme sain aucun trouble durable important".

(1)—Demoulin—B.M.S.C., 1904, p. 909.

(2)—Mauclaire—B.M.S.C., 1908, p. 1239.

(3)—Lecène et Deniker—Loco citato.

## LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES CHEZ LES NOURRISSONS NOURRIS AU LAIT DE VACHE.

Dr Alex. SIROIS, Thetford Mines.

Classifier les diarrhées chez les nourrissons nourris au lait de vache n'est pas chose facile. Quelques auteurs croient que toutes ces diarrhées sont d'origine microbienne. D'autres, par contre, affirment que ces diarrhées ont pour cause, des troubles dans le métabolisme intestinal. Il est évident que si ceux-ci n'ont pas tout à fait raison, ceux-là n'ont pas tout à fait tort. Il est préférable, je pense, d'adopter la classification que préconise Dennett de New-York.

Il y a d'abord les diarrhées dues à de l'intolérance intestinale pour les graisses, les sucres, les matières albuminoïdes qui se trouvent en excès dans l'alimentation. Excès de graisses, par l'emploi de lait riche (top milk des Américains) ou de crème. Excès de sucre, parce que le sucre est donné trop tôt, ou qu'une trop grande quantité de sucre est donnée au début de l'alimentation artificielle, ou que le sucre est plus tard, augmenté trop rapidement. Il est sur, aussi, que l'eau d'orge, de gruau, de riz dont on se sert pour diluer le lait, et qui n'ont pas, comme on l'a cru, l'avantage de rendre le lait plus digestible, contribuent à augmenter anormalement la quantité de sucre.

L'intolérance intestinale fait suite souvent à de l'hypo-alimentation. Un nourrisson souffre de diarrhée. On a diminué l'alimentation. La diarrhée persiste et l'on diminue encore l'alimentation. Rien ne s'amende et pendant deux, trois semaines le bébé recevra pour toute nourriture que de l'eau d'orge. La diarrhée, dans ce cas-ci, est due au jeûne, et un mélange approprié de lait et d'eau, sans sucre, rémédierait au mal.

L'intolérance intestinale peut aussi être causée par l'hyper-alimentation. Cette intolérance est facile à combattre. Il est plus facile de traiter un enfant hyper-alimenté qu'un enfant hypo-alimenté.

Les diarrhées dues à une simple intolérance intestinale se reconnaissent facilement. Le début de la maladie est généralement progressif.

Il n'y a pas de fièvre. Le poids reste stationnaire ou diminue progressivement. L'interrogatoire apprend que le bébé recevait une nourriture inappropriée. Les selles—qui varient de 2 à 10 par jour—sont jaunes, vertes ou brunes, liquides ou pâteuses, parfois remplies de mucus ou de grumeaux. Il n'y a pas de sang dans les selles.

Il y a en deuxième lieu, les diarrhées infectieuses. Diarrhées de fermentation. Diarrhées putrides. Diarrhées infectieuses légères. Dysenterie. Choléra de nourrissons.

L'intestin contient normalement des bactéries qui engendrent soit la putréfaction, soit la fermentation. Il arrive—des circonstances favorables existant—il arrive que les sucres permettent aux bactéries de la fermentation de donner naissance à la diarrhée de fermentation et que les matières albuminoïdes permettent aux bactéries de la putréfaction de donner naissance aux diarrhées putrides. Les sucres aggravent donc les diarrhées de fermentation et les matières albuminoïdes les diarrhées putrides. Mais, par contre, il est reconnu que les sucres combattent efficacement les diarrhées putrides, et les matières albuminoïdes, les diarrhées de fermentation.

Les symptômes suivants différencient les diarrhées de fermentation et les diarrhées putrides, des diarrhées causées par simple intolérance intestinale.

Température qui varie de 99° à 102° F.

Début plus soudain.

Odeur sure (diarrhée de fermentation), odeur putride (diarrhée putride). Ces mêmes diarrhées se distinguent des diarrhées infectieuses graves, parce que dans les diarrhées infectieuses graves, nous avons :

Début brusque.

Température élevée, au delà de 104.

Apparence générale mauvaise.

Selles nombreuses : 20 en 24 heures.

Selles sanglantes—Dysenterie.

Selles composées de sérum et de mucus—chloréa des nourrissons.

Le diagnostic à faire entre les diarrhées de fermentation et les diarrhées putrides est plus délicat.

Le début est le même.

La température est peu élevée.

L'apparence générale est bonne.

La diarrhée de fermentation apparaît chez les nourrissons qui ont une alimentation riche en sucre, et la diarrhée putride chez ceux qui boivent du lait peu dilué et peu ou pas sucré.

Le traitement d'épreuve permet également de distinguer entre les deux. Un mélange de 1/3 de lait et de 2/3 d'eau non sucré, fait disparaître une diarrhée de fermentation, et une bouillie d'orge guérit une diarrhée putride.

D'une façon générale l'on rencontre les diarrhées de fermentation chez les nourrissons qui ont moins que six mois, et les diarrhées putrides chez les nourrissons qui ont plus de six mois.

Dans la diarrhée de fermentation, les selles sont acides et irritent la peau. Dans la diarrhée putride, les selles sont alcalines et n'irritent pas la peau.

Les selles, dans la diarrhée de fermentation, ont une odeur sure, et une odeur putride—une odeur de viande gâtée—dans la diarrhée putride.

Les diarrhées infectieuses légères sont causées ordinairement par un lait mauvais ou des aliments contaminés. Ces diarrhées se caractérisent par un début brusque, de la fièvre, des vomissements, des douleurs intestinales. Le nombre des selles varie de 4 à 12 par 24 heures. Ces selles sont généralement vertes et aqueuses.

La dysenterie a un début rapide, une température très élevée—au delà de 104—de la prostration, des vomissements, des selles très nombreuses composées presque exclusivement de sang, du ténesme rectal.

Le choléra des nourrissons se caractérise par un début rapide, une fièvre très élevée, une diarrhée profuse, des selles qui ont perdu tout caractère fécal, et qui ressemblent à de l'eau de riz. Ces selles, composées de sérum et de mucus, déshydratent l'organisme et conduisent rapidement au collapsus, au coma et à la mort.

Il y a, en troisième et dernier lieu, les diarrhées diverses. Diarrhées mécaniques qui apparaissent chez les nourrissons nourris grossièrement (bananes, bouillies peu cuites). Diarrhées causées par l'abus des purgatifs. Diarrhée de cause organique (typhoïde, tuberculose, ulcère).

Autrefois, tous les cas de diarrhée étaient traités de la même façon : purgatif suivi d'une période de jeûne. Il va de soi que toutes les diarrhées qui sont, nous l'avons vu, de causes différentes, ne peuvent être traitées de la même manière. L'abus des purgatifs et du jeûne a conduit à des désastres. Il faut se rappeler que le traitement des diarrhées chez les nourrissons nourris au lait de vache, est surtout diététique.

Il y a trois grandes méthodes de traitement des diarrhées et ces trois méthodes ont leurs indications particulières.

La première méthode s'emploie dans les diarrhées dues à une simple intolérance intestinale et dans les diarrhées de fermentation.

Ne pas donner de sucre. Le sucre est un laxatif quand il y a tendance à la diarrhée. Ne pas se contenter de réduire le sucre. Le supprimer complètement. S'assurer que la mère ne donne pas d'eau sucrée entre les repas. Toutefois, il est permis, s'il y a besoin absolu, d'ajouter un peu de saccharine à l'alimentation.

Prescrire  $\frac{1}{3}$  de lait et  $\frac{2}{3}$  d'eau. Chez les nourrissons malingres, prescrire  $\frac{1}{4}$  de lait et  $\frac{3}{4}$  d'eau ; et chez les nourrissons robustes, prescrire moitié lait et moitié eau. N'employer que du lait écrémé. Faire bouillir le lait et l'eau ensemble. Le lait bouilli est plus digestible que le lait cru. Faire bouillir l'eau et le lait de la façon suivante : Mesurer la quantité d'eau prescrite et la faire bouillir rapidement. Quand l'eau bout, verser la quantité de lait prescrite. Quand l'eau et le lait bouillent, laisser bouillir le tout 3

minutes et remuer constamment le lait avec une cuiller afin d'empêcher qu'il se forme une peau. Il est bon de continuer à donner le lait bouilli pendant 2 à 3 semaines, après la disparition de la diarrhée. Si l'on craint le scorbut, on peut donner du jus d'orange. Ne jamais donner de purgatif.

La deuxième méthode est efficace dans les diarrhées putrides, les diarrhées chroniques des nourrissons âgés, et chez les nourrissons qu'un régime albumineux n'a pas améliorés.

Cette deuxième méthode consiste à prescrire des bouillies d'orge faites à l'eau.

Chez les nourrissons malingres, qui ont moins que 4 mois, prescrire une cuillerée à soupe rase de farine d'orge pour une pinte d'eau. Chez les nourrissons qui ont plus que 4 mois, prescrire 2 à 3 cuillerées à soupe rase de farine d'orge pour une pinte d'eau. Chez les nourrissons qui ont 8 et 9 mois, prescrire 4 à 5 cuillerées à soupe rases de farine d'orge par pinte d'eau. Employer de préférence la farine d'orge de Robinson. Le grain d'orge peut être prescrit, mais il faut qu'il bouille trois heures.

Préparer de la façon suivante les bouillies d'orge: Délayer dans un peu d'eau froide, la quantité d'orge prescrite afin qu'elle fasse une pâte claire. Mélanger cette pâte à une pinte d'eau bouillie chaude. Ajouter le  $\frac{3}{4}$  d'une cuillerée à thé de sel de cuisine. Laisser bouillir à feu doux pendant 20 minutes. Couler, puis ajouter assez d'eau, s'il est nécessaire, pour former une pinte. Donner de cette eau d'orge, la quantité nécessaire, à des intervalles convenables. Le nourrisson malingre qui a moins que 4 mois, ne peut rester à ce régime plus de 48 heures.

Au lieu de la farine d'orge, on peut prescrire de l'amidon, de l'arrow-root, de la farine de riz ou de la farine grillée.

En outre des bouillies d'orge, on peut faire donner des minces tranches de pain blanc rôties, durcies au four, délayées dans de l'eau tiède et cuites quelques minutes.

Dès que les selles deviennent brunes et d'une consistance plus ferme, le lait peut être ajouté graduellement. Si après un premier essai, les selles redeviennent mauvaises, on peut réessayer l'eau d'orge pendant 24 à 48 heures.

La troisième méthode s'emploie dans les diarrhées infectieuses légères, dans la dysenterie, dans le choléra des nourrissons, et dans les diarrhées mécaniques.

Prescrire un purgatif (huile de ricin de préférence) la diète hydrique (eau bouillie non sucrée) pendant 24 heures, puis les bouillies d'orge pendant 1 ou 2 jours. Ce traitement convient surtout dans les diarrhées infectieuses légères et dans les diarrhées mécaniques.

Dans la dysenterie, le purgatif ne doit être donné qu'au début de la maladie. Si les selles sont nombreuses, si elles ont perdu tout caractère



fécal, il ne faut pas donner de purgatif. Prescrire pour les premières 24 heures de l'eau bouillie non sucrée, et du sérum artificiel en injections sous-cutanées, si la déshydratation est prononcée. Calmer les vomissements en faisant donner un  $\frac{1}{2}$  once d'eau bicarbonatée tous les quarts d'heure (Eau bicarbonatée—eau bouillie 8 onces; bicarbonate de soude: une  $\frac{1}{2}$  cuillerée à thé.)

Après 24 heures, prescrire les différentes bouillies d'orge, d'amidon, d'arrow-root, de riz, de farine grillée. Prescrire le "bread pap" qui est du pain blanc rôti, durci au four, délayée avec de l'eau bouillie et cuit quelques minutes. Ne pas trop se hâter de retourner au lait. Le lait donné trop tôt, fait réapparaître les selles sanglantes.

Le même traitement s'applique dans le choléra des nourrissons. Cependant, il est parfois impossible, à cause des vomissements incoercibles, de donner un purgatif. Il faut recourir au lavage de l'estomac et de l'intestin.

La déshydratation est plus rapide dans le choléra des nourrissons que dans la dysenterie. L'estomac, ne gardant rien, donner au moins 500 grammes de sérum artificiel par 24 heures.

On conseille d'injecter  $\frac{1}{300}$  de grain de strychnine toutes les 4 heures. Si le collapsus est imminent, donner 10 à 20 gouttes de brandy, soit par la bouche, soit hypodermiquement.

Les frictions avec moitié alcool et moitié eau tiède réduisent la fièvre. Si le malade ne réagit pas à la friction, donner un bain chaud 5 minutes, température 105°F.

La morphine et l'atropine combinées, données en petites doses et hypodermiquement, font parfois cesser les vomissements et la diarrhée. La morphine et l'atropine ne doivent être données seulement lorsque l'intestin est parfaitement libre et qu'il n'y a pas de stupeur. On prescrit  $\frac{1}{64}$  grain de morphine et  $\frac{1}{600}$  grain d'atropine. La dose peut être répétée après deux heures.

---

## NOUVELLES

---

*Décorations papales*:—Trois médecins de Québec ont été récemment décorés par le Saint Siège. Messieurs les Docteurs P. C. Dagneau, Arthur Vallée et Jules Dorion ont été nommés Commandeurs de l'Ordre de Saint Grégoire le Grand.

Cette distinction honorifique, que leur ont méritée des services rendus à la société, nous réjouit d'autant plus que les récipiendaires furent autrefois des rédacteurs en chef du "Bulletin Médical".

A ces trois Commandeurs notre revue présente ses félicitation les plus cordiales.

\* \* \*

*Le Dr Berger*:—Nous saluons avec plaisir l'arrivée au milieu de nous de M. le Dr Louis Berger, chef du laboratoire à l'Institut Curie de Paris, qui s'en vient prendre charge du laboratoire de l'Hôpital St-Michel Archange.

Ce monsieur était l'anatomo-pathologiste du fameux Dr Regaud que nous avons eu le plaisir d'entendre dernièrement. Ce n'est pas peu dire.

Nous souhaitons à M. le Docteur Berger la plus cordiale des bienvenues.

\* \* \*

*Deux boursiers*: M.M. les Docteurs Roland Desmeules et Edouard Morin partiront prochainement pour la France, pour y perfectionner leurs études médicales. Nous souhaitons à ces deux bénéficiaires du gouvernement un voyage fructueux.

\* \* \*

*Demande d'interne*:—L'Hôpital Saint Joseph des Trois-Rivières demande immédiatement un interne pour service général à l'Hôpital. Ceux que la chose peut intéresser auront de plus amples renseignements en s'adressant au secrétaire du Comité Médical, hôpital St-Joseph des Trois-Rivières, Dr R. Beaudry.

\* \* \*

*Cours de perfectionnement*:—La Faculté de médecine de Lyon organise pour octobre et novembre 1924 une série de cours de perfectionnement.

Les professeurs de la Faculté de Lyon donneront des leçons cliniques sur la chirurgie, sur l'ophtalmologie, sur l'urologie, sur l'obstétrique et la Gynécologie, sur la chirurgie infantile sur les maladies de la peau et sur la syphilis, sur la chimie biologique, sur l'Hygiène, l'histologie, la chimie, la bactériologie, etc.

Le nombre des auditeurs est limité. Prière de s'inscrire par lettre.

\* \* \*

*Vient de paraître*:—Notes pour servir à l'Histoire de la Médecine dans le Bas-Canada par les Docteurs M. J. et George Ahern. S'adresser à M. Giroux, Av. Lamantagne, Québec, ou le Bulletin Médical, 432, rue St-Joseph, Québec.

\* \* \*

M. le Docteur Léon Côté, de Cabano, C. Témiscoutata, désire se procurer le "Bulletin Médical" de Québec de Juillet 1903, de février 1904 et mars 1904.

## ANALYSES

## CEPHALEE ET OEIL.

Dans la "Revue Médicale de l'Est" (47<sup>e</sup> année, No. 9), M. le Dr P. Bretagne publie un article fort intéressant sur le mal de tête en pathologie oculaire.

Il est à remarquer que l'organe de la vision manifeste très particulièrement sa souffrance par le mal de tête. Pourquoi a-t-il cette prédisposition? En toute probabilité, à cause de sa puissante innervation par le trijumeau, nerf si important, qui tient sous sa dépendance presque toute la sensibilité de la tête.

Les modalités du mal de tête sont excessivement variées : la plus élémentaire est la simple *pesanteur* orbitaire avec sensation de lourdeur rétro-oculaire ; la *barre frontale*, avec sensation de constriction osseuse, puis la *migraine en casque* avec localisation au sommet du crâne, douleurs térébrantes allant jusqu'à l'occiput.

Sans que ce soit une céphalée proprement dite, il est une irradiation fréquente qui endolorit jusqu'à la souffrance l'os malaire, les maxillaires supérieur et inférieur. Il faut éviter de confondre cette douleur avec la névralgie d'origine dentaire.

Pour mettre un peu d'ordre dans un sujet aussi vaste, l'auteur propose la classification suivante. Dans un premier groupe, il étudie les lésions purement oculaires ; dans un deuxième groupe, il étudie les lésions cérébrales centrales, ayant un retentissement direct sur l'oeil ; enfin dans un troisième groupe, il place les maladies générales qui provoquent des céphalies en même temps que des lésions oculaires.

I—La lésion la plus élémentaire et la plus fréquente est le corps étranger et le grain de poussière sous-palpébral frottant sur la cornée.

Les ulcérations de la cornée, soit traumatiques, soit microbiennes, s'accompagnent parfois de maux de tête.

L'abcès de la cornée, ou encore de la chambre antérieure, hypopion, font souvent endurer de violentes douleurs orbitaires et céphaliques, avec insomnies. Lorsque la cornée ulcérée se rompt, ou encore lorsque le chirurgien se décide à vider un hypopion trop envahissant, oh ! Alors, la détente brusque d'un oeil ainsi irrité, provoque des douleurs irradiées vraiment intolérables. Ce sont avec les douleurs du glaucome aigu, celles qui paraissent les plus violentes.

L'iris est aussi un organe d'une sensibilité très délicate. Aussi toute manifestation inflammatoire se traduira par des maux de tête. Ces douleurs se manifestent surtout derrière la tête, à l'occiput.

En général, le cristallin n'est pas sensible. Seules les complications de la cataracte, comme le glaucome, peuvent s'accompagner de douleurs.

Le glaucome, on le sait, est une augmentation plus ou moins considérable de la tension du globe oculaire. La forme aiguë, ou inflammatoire, a pour principal symptôme la céphalée, souvent d'une violence extrême, avec irradiation à tous les os de la face. Ces maux de tête généralisés s'accompagnent parfois d'un état nauséux et de vomissements. Ces maux de tête et ces vomissements s'accompagnent aussi d'abattement général grave, de fièvre même, si bien que l'attention est détournée de l'appareil oculaire. On pense à la grippe, à l'embarras gastrique fébrile, et le glaucôme est méconnu et par conséquent négligé. Il en résulte souvent alors des désordres irréparables.

Si l'oeil est rouge, avec de gros vaisseaux injectés, en mydriase légère, si le globe de l'oeil est dur, alors instiller tout de suite un myotique (atropine), cela peut calmer une attaque de glaucôme, en attendant l'opération radicale du spécialiste.

Dans la névrite rétro-bulbaire, que l'on rencontre quelquefois au cours des sinusites et des affections nasales, il existe des douleurs dans l'oeil, dans l'orbite, surtout lors des mouvements du globe, et dans la moitié de la tête correspondante.

Les défauts de réfraction de l'oeil, comme l'hypermétropie, l'astigmatisme, sont responsables de bien des céphalées. C'est surtout à l'occasion de l'effort dans le travail de près, au moment où l'accommodation cherche à produire son maximum d'effet que la fatigue oculaire (asthénopie) apparaît; c'est d'abord le picotement des yeux, manifestation connue de tous et surtout des presbytes, vers le soir après un travail de lecture ou d'écriture un peu appliquant. Ensuite vient le mal de tête intermittent, qualifié de migraines, névralgies, chez les hypermétropes qui mettent en jeu une puissance accommodatrice importante. Enfin chez l'astigmaté, les douleurs sont plus ou moins intenses. Ces douleurs sont localisées soit au globe oculaire, soit au fond de l'orbite, soit au-dessus des sourcils (barre frontale). Parfois ce sont de véritables migraines avec hémicranie. Ces migraines ne paraissent pas en rapport avec le travail oculaire, c'est pourquoi le sujet attribue sa migraine à son estomac. Et il le croit dur comme fer. Il faut lui démontrer que le travail oculaire provoque des migraines et des troubles gastro-intestinaux.

Il ne faudrait pas confondre l'asthénopie accommodative, pendant la période scolaire, avec les céphalées de croissance qui atteignent les jeunes gens entre la puberté et l'adolescence.

Bref, il faut se rappeler que de nombreuses migraines inexplicables doivent être mises sur le compte de vices de réfraction, de l'astigmatisme en particulier. Le médecin doit ici faire place à l'oculiste.

II.—Dans le deuxième groupe, parmi les lésions d'origine centrale provoquant des maux de tête, et ayant une manifestation locale, il en est

deux, la migraine ophtalmoplégique, et la migraine ophtalmique. La première débute le plus souvent dans le jeune âge par une douleur diffuse, siégeant dans toute la moitié de la tête; quelques heures ou quelques jours après, du même côté que la douleur, apparaît une paralysie plus ou moins complète du moteur oculaire commun. Les récives sont fréquentes, et c'est la marque de la maladie.

La migraine ophtalmique est une affection survenant par accès et caractérisée par des troubles visuels avec céphalée fronto-occipitale. Leur évolution est toujours très rapide; ce sont des amblyopies transitoires, ou des phénomènes lumineux (scotôme scintillant) durant deux heures à peine.

Les méningites, surtout celles de la base, s'accompagnent de troubles pupillaires ou de paralysies des muscles de l'oeil (strabisme). L'on se souviendra également, afin d'éviter des erreurs, que l'encéphalite épidémique s'accompagne de maux de tête tenaces, avec apathie, somnolence, vertiges, diplopies, ptosis, troubles de l'accommodation, etc.

L'hypertension cranio-rachidien ne s'accompagne de douleurs généralisées à tout l'encéphale, et de stase papillaire que quand cette hypertension se prolonge. Si l'on n'intervient à temps, cette stase papillaire finit par amener l'atrophie du nerf optique.

Il est bon de savoir aussi que toute tumeur cérébrale peut non seulement provoquer de la stase papillaire, mais aussi des phénomènes paralytiques sur les différents nerfs moteurs de l'oeil.

Dans le zona ophtalmique, névralgie parfois atrocement douloureuse du trijumeau, les lésions oculaires sont trop frappantes pour ne pas établir d'emblée le diagnostic; l'éruption herpétique atteint la peau dans tout le domaine du trijumeau; quelquefois aussi la cornée subit une vésiculation particulièrement grave en raison des cicatrices qui en résultent.

III.—Dans le troisième groupe, l'auteur range toutes les maladies, avec céphalée, dont le foyer est quelque part dans l'organisme, mais qui, néanmoins peuvent avoir une localisation oculaire. Une des plus répandues est l'albuminurie avec ses hémorragies rétinienne. Le diabète provoque aussi les mêmes lésions du fond de l'oeil, de même que des iritis, des cataractes, des paralysies oculaires.

L'anémie, la chlorose et la leucémie provoquent souvent des hémorragies de la rétine.

Dans le domaine des intoxications, l'urémie et le saturnisme provoquent des cécités transitoires.

Le tabac et l'alcool causent des altérations du faisceau maculaire.

La syphilis, le tabès, l'artériosclérose provoquent des troubles très divers suivant le siège des hémorragies, avec des paralysies des muscles des yeux..

Enfin, la neurasthénie, bien connue par ses céphalées, s'accompagne aussi de phénomènes douloureux de la région oculaire et de troubles fonctionnels variés. Le malade se plaint de ne pouvoir se livrer à un travail un peu attentif, sans voir bientôt les objets se dédoubler, ce qui entraîne un malaise qui l'oblige à interrompre l'effort.

En sommes, les maux de tête sont rencontrés fréquemment dans l'examen des malades, et lorsqu'on ne leur trouve pas une origine satisfaisante, il faut toujours penser à l'appareil oculaire, dont les lésions, souvent discrètes, sont difficiles à découvrir.

A. J.

## LES LOCALISATIONS DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

Les ulcères gastriques de la région sphinctérienne ou les ulcères duodénaux, se manifestent par des crises périodiques dont la répétition se poursuit durant de longues années, d'après les travaux de M.M. Enriquez et P. Durand.

Nous savons que durant les phases de silence nous n'avons que la radioscopie et l'exploration physique pour nous indiquer une lenteur d'évacuation, et, un certain degré de stase. Lorsque le rétrécissement pylorique est constitué, les phases interparoxystiques deviennent de moins en moins silencieuses.

L'ulcère de la petite courbure est caractérisé par des douleurs qui deviennent aiguës rapidement et sans remission. Ceci nous aide à éliminer l'ulcère du duodénum qui lui, comme nous venons de le voir plus haut, se caractérise par des paroxysmes douloureux séparés par de longues intermittences.

Il est impossible de diagnostiquer le siège de la lésion suivant le moment d'apparition des douleurs. Les irradiations de la douleur peuvent rendre certains services; les douleurs en ceinture, ou celles irradiant du thorax au bras gauche sont fréquentes dans l'ulcère de la petite courbure, médio-gastrique, adhérent. La douleur transfixiante, en broche n'est nullement révélatrice de l'ulcère.

Quant aux vomissements, s'ils sont tardifs ils indiquent surtout un trouble manifeste dans l'évacuation de l'estomac. Les vomissements d'eau acide sont presque pathognomoniques des ulcères sphinctériens. Les vomissements alimentaires survenant le matin à jeun indiquent en général une sténose pylorique.

L'hématémèse est plus fréquente dans les ulcères de la petite courbure mais elle est difficile à diagnostiquer d'une hémorragie se produisant lors d'ulcère du duodénum.—(“Journal des Praticiens”).

R. D.

## L'ADENITE SERIQUE.

Les accidents sériques consécutifs à une première injection de sérum sont connus de tous et nous avons surtout en mémoire les éruptions cutanées à type divers et les arthralgies. Mais il existe une manifestation qui est peu connue et qui a cependant une grande importance; c'est la réaction ganglionnaire. G. Mouriquaud et J. Dechaume ont étudié ces adénites sériques dans le service de la diphtérie de la Charité de Lyon.

On a décrit une forme pure de l'adénite au cours de la sérothérapie antidiphtérique: il n'existe plus aucun symptôme de l'angine diphtérique et même l'examen des sécrétions est négatif et plus de traces de ganglions au cou. Subitement 6 à 11 jours après l'injection de sérum, température élevée et en quelques heures les ganglions sous-maxillaires deviennent volumineux et douloureux. Une journée plus tard éruption cutanée indiquant l'origine sérique et 2 à 3 jours plus tard, tout entre dans l'ordre.

A côté de ces cas typiques, il en existe d'autres atypiques moins caractéristiques.

Il faut bien connaître ces adénites sériques pour les distinguer des adénites infectieuses.—("Journal des Praticiens").

R. D.

## TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

Si l'étiologie est bien déterminée nous nous attaquerons alors, soit à la syphilis, la tuberculose, la mycose, la cardiopathie, le mal de Bright, la goutte, la rhénopharyngite, les végétations adénoïdes ou les polypes muqueux.

Contre la bronchite elle-même nous pourrions employer avec avantage les moyens thérapeutiques suivants. Les injections intra-trachéales d'huile gomenolée à 5%. Des cachets balsamiques seront pris avant les repas.

Terpine .....0.20 cgms.

Benzoate de soude .....0.15 cgms.

Pour un cachet No. 20, 10 jours de suite. Les dix jours suivants: un des autres cachets à prendre de même:

Poudre de Dower .....0. gr. 10

Sulf. de strychnine .....0. gr. 001

Les dix derniers jours du mois: lavements crésotés ou gomenolés.

Créosote de hêtre .....10 grammes

Déc. bois de Panama 5%.....90 grammes

Laudanum-Sydenham .....3 grammes

La vaccinothérapie n'a pas donné de résultats très encourageants.

("Journal des Praticiens")

R. D.

## UN PETIT SIGNE D'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

Au début du mois de juin de cette année, se présente dans le Service médical de l'Hôtel-Dieu, un homme âgé de 32 ans, journalier de son métier, qui vient à l'hôpital pour une névralgie intercostale.

Dès son arrivée, le malade frappe notre attention par son apparence figée, la lenteur de sa parole et de ses mouvements. Nous lui faisons raconter son histoire, et nous apprenons alors qu'à l'âge de 27 ans il eut une maladie aiguë durant trois mois et se manifestant par une température assez élevée et persistante, de l'hypersomnie, mais pas de diplopie. A la suite de cette affection, notre patient nous dit qu'il n'a pas recouvert ses forces d'autrefois, qu'il est porté au sommeil et a de la difficulté à maintenir son attention au travail.

A l'examen, nous constatons le défaut de convergence oculaire et un Argyll-Robertson négatif. La bouche est entr'ouverte et le malade se plaint d'une sécrétion trop abondante de la salive. Les réflexes des membres supérieurs et inférieurs sont normales et le Romberg est négatif. Lors de la marche nous notons le manque d'association des membres supérieurs avec les membres inférieurs. Le "signe de la chaise" est positif. Le Bordet-Wasserman et le benjoin colloïdal sont négatifs. La glycorachie est de 1.12.

Nous sommes donc en présence d'un cas d'encéphalite épidémique à forme myotonique, caractérisée, comme on le sait, par la raideur des membres, l'aspect figé de la face et la lenteur des mouvements.

C'est en recherchant chez le malade ce dernier symptôme qu'il m'a été donné, par hasard, de faire ressortir un signe qui me semble bien traduire cet état pathologique. Comme nous le savons tous, par expérience personnelle, si nous fermons fortement la main, nous pouvons l'ouvrir instantanément, dès l'ordre donné. Mais chez ce malade-ci, atteint d'encéphalite épidémique à forme myotonique, après le commandement d'ouvrir brusquement sa main bien fermée, j'ai pu constater qu'il ne pouvait étendre ses doigts que très lentement, et que la main n'était complètement ouverte qu'après 4 à 6 secondes de contraction musculaire.

Ce signe de "l'ouverture de la main"—c'est ainsi que je crois devoir le nommer—me paraît caractéristique de la lenteur des mouvements, qu'on rencontre dans la forme myotonique de l'encéphalite épidémique.

Il est bien probable qu'il doit exister, à un degré plus ou moins marqué. Chez le plus grand nombre des malades atteints de la même affection. En tout cas, il me serait agréable, de voir rapporter dans le *Bulletin* d'autres observations qui pourraient confirmer celle-ci.

*Roland Demeules.*



## MEDECINE PRATIQUE

DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE  
CHEZ LA FEMME.

On est porté, depuis quelques années, à envisager le pronostic de l'infection blennorrhagique chez la femme d'une façon beaucoup plus favorable qu'on ne le faisait autrefois; et en effet, l'expérience clinique a montré que la blennorrhagie récente de la femme guérit spontanément dans nombre de cas.

Aussi, comme beaucoup d'autres médecins, M. le docteur G. Klein, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Munich, estime-t-il que les soins généraux, l'abstention de toute intervention locale trop énergique et les mesures nécessaires pour éviter une nouvelle infection gonococcique par le coït, constituent les meilleurs moyens thérapeutiques à employer dans les cas de blennorrhagie chez la femme.

Voici quel est, en somme, le traitement que recommande notre confrère et qu'il emploie avec succès.

Dans l'*uréthrite aiguë*, il s'abstient de toute médication locale et prescrit le repos au lit, un régime alimentaire léger, des purgatifs et des injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse à 0.20%.

Quant à l'*uréthrite blennorrhagique chronique*, son traitement doit être local. Il consiste dans l'injection intra-urétrale, tous les deux ou trois jours, d'abord d'une solution d'acide phénique à 3%, suivie immédiatement de l'instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1/3000e. Ces injections sont bien supportées et ne provoquent que fort rarement des douleurs un peu vives et prolongées. La malade fait aussi des irrigations vaginales tièdes avec la solution de permanganate de potasse et prend des bains de siège tièdes. Le régime alimentaire doit être léger; l'usage du vin et de la bière est prohibé.

Dans l'*endomérite blennorrhagique aiguë* du col et du corps de l'utérus, M. Klein a recours avec succès, outre un régime alimentaire approprié et les mesures qui assurent le repos de la malade, à des irrigations vaginales au chlorure de zinc. Il prescrit 300 grammes d'une solution à 50% de ce sel: la malade en verse une cuillerée à bouche dans un litre d'eau pour chaque injection. Sous l'influence des irrigations au chlorure de zinc, la rougeur inflammatoire et la tuméfaction du col et du vagin, ainsi que l'écoulement, diminuent souvent d'une façon surprenante.

La *blennorrhagie cervicale chronique* exige les applications locales de solutions faibles de nitrate d'argent. Pour ce faire, on introduit le spécu-

lum et on commence par détacher les mucosités cervicales souvent très visqueuses en injectant dans le col, au moyen d'une seringue, de l'eau phéniquée à 3% ou une solution de borax à 5% (liquides qui ont la propriété de dissoudre le mucus); on peut aussi introduire simplement dans le canal cervical une sonde de Playfair ou une tige flexible quelconque armée d'un tampon de coton imbibé d'une de ces solutions. Ensuite, si l'orifice externe du col est largement béant, on injecte dans le canal cervical une solution de nitrate d'argent à 1/3000e; lorsque au contraire cet orifice est étroit, le caustique est porté dans le canal cervical au moyen d'une tige aseptique. On cautérise alors avec une solution de nitrate d'argent à 2% l'ectropion de la muqueuse cervicale lorsqu'il existe, et on termine par l'introduction dans le vagin d'un tampon de coton hydrophile imbibé de glycérine contenant 5% d'iodure de potassium.

La *péritonite* qui vient compliquer parfois le blennorrhagie utérine sera combattue par le repos au lit, l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, la diète, les préparations opaciées et les mesures nécessaires pour assurer une évacuation régulière de l'intestin et de la vessie.

*L'endométrite chronique du corps de l'utérus* est fréquemment d'origine blennorrhagique et, d'après M. Klein, ce sont précisément ces endométrites blennorrhagiques qui résistent habituellement au curettage. Elles guérissent souvent sous l'influence d'un traitement qui comprend un régime alimentaire reconstituant, les pratiques de l'hydrothérapie, l'usage du fer, les irrigations vaginales, les bains de siège et les moyens locaux employés pour le traitement de l'endométrite cervicale chronique.

On réussirait même, parfois, à obtenir d'excellents résultats dans les cas de lésions chroniques d'origine blennorrhagique des annexes par un traitement dont le facteur principal est le repos absolu et prolongé. La malade garde le lit pendant un mois au moins; il lui est interdit de se lever même pour satisfaire ses besoins naturels. Deux fois par jour on lui applique des cataplasmes chauds sur le ventre ou bien on fait des enveloppements chauds humides de tout l'abdomen; on veille aux fonctions intestinales et à l'évacuation régulière de la vessie. Le régime alimentaire doit être léger; le vin, la bière, les liqueurs seront prohibés. On ne permettra à la malade de se lever qu'après que toute douleur abdominale aura disparu depuis un certain temps.

## DES APPLICATIONS D'ACIDE PHÉNIQUE CONCENTRÉ DANS LE TRAITEMENT DES CHANCRÉS MOUS CHEZ LA FEMME.

D'après l'expérience clinique de M. le docteur O. von Herff, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Halle, un excellent procédé de traitement des chancres mous chez la femme consiste dans la cautérisation de ces plaies au moyen de l'acide phénique pur liquéfié.

On procède à cet effet de la façon suivante :

Après avoir lavé les parties avec une solution antiseptique (sublimé), on examine une à une toutes les ulcérations chancrelleses—dont le nombre est souvent considérable, puisqu'on a pu en compter jusqu'à trente et même quarante dans certains cas,—on les absterge avec de petits tampons de coton hydrophile, puis on les bagigeonne légèrement avec l'acide phénique. On se sert pour ces attouchements d'un petit bâtonnet de bois dont le bout légèrement rugueux est plongé dans le liquide caustique. De cette façon on peut localiser très exactement l'action de l'acide phénique, ce qui est important, vu le nombre considérable de plaies que l'on doit cautériser. Les ulcérations se recouvrent immédiatement d'une eschare blanchâtre superficielle ; on les essuie avec du coton pour enlever l'excès du caustique. La cautérisation avec l'acide phénique ne provoque qu'une douleur modérée et de courte durée, et ce n'est que dans les cas de plaies chancrelleses très étendues ou bien siégeant dans le voisinage du clitoris ou de l'orifice de l'urèthre, qu'on est obligé d'insensibiliser préalablement les parties au moyen de la cocaïne.

Le traitement consécutif comprend de simples soins de propreté consistant en bains de siège, injections ou applications de compresses humides pour lesquelles on se sert d'une solution de permanganate de potasse ou de lysol, ou bien—dans la clientèle pauvre—d'une simple infusion de camomille.

La malade est revue au bout de quatre ou cinq jours. A ce moment presque toutes les plaies sont déjà en voie de cicatrisation. Celles qui n'ont pas été suffisamment modifiées par le caustique ou qui n'avaient pas été remarquées précédemment sont touchées avec l'acide phénique concentré. Cette seconde cautérisation suffit généralement pour amener la guérison, à moins qu'on n'ait affaire à des lésions syphilitiques méconnues ; dans ce dernier cas, l'insuccès des applications phéniques permet d'établir le véritable diagnostic.

En général, le traitement des chancres mous chez la femme par la cautérisation avec l'acide phénique concentré est d'une application facile

et commode, d'un effet sûr et rapide. Il n'exige pas le repos de la malade, il présente sur le pansement à l'iodoforme l'avantage d'être inodore et exerce, en outre de son action curative, un effet analgésique marqué. Enfin, il amène dans la plupart des cas la disparition rapide des tuméfactions ganglionnaires avant que leur fonte purulente ait eu le temps de se produire.

### VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

Permanganate de potasse au 1/4000 en augmentant jusqu'au 1/1000.  
Injection avec une sonde molle jusqu'au fond du vagin,  $\frac{1}{2}$  litre. 2 à 3 fois par semaine.

### DE LA VAGINITE SEBORRHEIQUE ET DE SON TRAITEMENT.

Sous le nom de *séborrhée vaginale*, M. le docteur P. F. Strassmann, assistant de la polyclinique gynécologique de la Faculté de médecine de Berlin, désigne une forme particulière de catarrhe du vagin qui s'observe le plus souvent chez les femmes obèses, chez les vieilles filles et aussi pendant la grossesse. Cette affection, qui peut être considérée comme une simple augmentation de la sécrétion normale du vagin, se manifeste par un écoulement peu abondant et épais composé surtout de grumeaux graisseux blanchâtres dans lesquels on trouve de l'épithélium pavimenteux en masses. Elle guérit rapidement sous l'influence d'injections vaginales pratiquées avec l'eau tiède additionnée d'une cueillerée à bouche de bicarbonate de soude.

### IMPUISSANCE SEXUELLE CHEZ LA FEMME.

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Extr. de chanvre Indien ..... | } à 2 gr. |
| Extr. de noix vomique .....   |           |
| Extr. aqueux d'aloès .....    | 60 cent.  |

Mélez et faites 100 pilules. *Dose*: 2 ou 3 pilules par jour.

### PRURIT VULVAIRE.

|               |                |
|---------------|----------------|
| Sublimé ..... | 0 gr. 40 cent. |
| Alun .....    | 8 gr.          |
| Amidon .....  | 40 gr.         |
| Eau .....     | 1 litre        |

Usage externe.

## ALBUM MEDICAL

Médecins, habituez-vous à tendre vers l'excellence personnelle, sans mépriser, chez les autres, de moindres efforts; habituez-vous à n'être pas simplement la roche aride et hautaine qui domine le val, mais plutôt l'onde pure et fraîche qui le sillonne, l'arrose et le féconde.

\* \* \*

Il faut tâcher de se surpasser toujours; cette occupation doit durer toute la vie.

\* \* \*

L'on espère de vieillir, et l'on craint la vieillesse.—*Labruyère*.

\* \* \*

Lesègne affirme que les aliénés ne souffrent jamais de céphalagie. D'où vient sans doute ce dicton que "le mal de tête est le mal de grands esprits".

\* \* \*

Jamais la médecine ne présentera la solidité majestueuse qui caractérise une véritable science: car le terrain où elle cherche à s'implanter est toujours trop mouvant.

\* \* \*

La clarté d'esprit, le goût de la proportion, la loyauté clinique, ne peuvent avoir pour conséquences que la rédaction d'une ordonnance favorable à l'éloignement des maux les plus perfides.

\* \* \*

Mieux vaut que le médecin apprenne à ses dépens qu'aux dépens de ses malades.

\* \* \*

La résignation est souvent une preuve et aussi une cause de faiblesse.

\* \* \*

La vraie sagesse ne consiste pas seulement à faire son devoir, mais aussi à l'accepter avec joie.

\* \* \*

Pour les villes comme pour les femmes, la beauté ne va guère sans la santé.

\* \* \*

Le médecin se blase peu à peu par la monotonie des souffrances humaines.

\* \* \*

La première qualité, pour un médecin, c'est, d'abord, de se bien porter. Si non, le client peut dire de lui avec J.-B. Rousseau:

\*Je trouve un consolateur

\*"Plus affligé que moi-même."

Voltaire compare le médecin malade à un pâtissier qui mangerait ses gâteaux.

\* \* \*

"S'habiller de noir et savoir se taire": programme vital du diplomate boche Hohenlohe,—que tout bon praticien devrait adopter dans sa clientèle.

\* \* \*

Quelque distingué que soit un homme, peut-être ne jouit-il jamais sans mélange de la supériorité d'une femme; s'il l'aime, son cœur s'en inquiète; s'il ne l'aime pas, son amour-propre s'en offense.—*Mde de Staël*.

\* \* \*

Il faut avoir aimé une femme de génie pour goûter le bonheur d'aimer une femme bête.—Talleyrand.

N.B.: Il faut savoir que Talleyrand et Mde de Staël ont vécu à la même époque, et se sont bien connus.

Parva domus, magna quies. \* \* \*

## ESPRIT D'ESCULAPE.

*Il ne tenait pas de famille.*

Mot piquant d'une grande dame, dont le père de Sue avait été médecin et dont Eugène Sue avait négligé le salon. S'étant légèrement excusé de ses absences, sous prétexte de son travail, de son peu de temps...et de son peu de goût pour les "visites":

—Vous n'êtes donc pas comme monsieur votre père, lui aurait dit la grande dame, car il les aimait beaucoup.

*Douche réfrigérante.* \* \* \*

Le duc de Fransac eut une maladie très grave, dont il se rétablit... malgré ses médecins. Il avait en effet pour médecins les Drs Bauvart et Barthey; ces docteurs, le jour que le malade fut décidément hors d'affaire, se félicitaient entre eux de leur succès et s'en renvoyaient réciproquement la gloire. Le malade, qui les entendait, leur cria de son lit: *Asinus asinum fricat*. Les graves personnages en furent tellement outrés, qu'ils tirèrent leur révérence et ne retournèrent plus chez leur facétieux client.

*Comment on nous mystifie.* \* \* \*

Le comte Domidoff était depuis longtemps cloué dans un fauteuil par une maladie cruelle; à peine en sortait-il pour se tenir à grand'peine sur ses jambes.

Un jour, à bout de remèdes, son médecin lui conseille, pour rappeler ses forces, d'essayer de scier du bois. Ne pouvant arriver à suivre la prescription, le grand seigneur ne trouva rien de mieux que de confier la tâche à un homme de peine, en lui recommandant de garder le secret. Ce qu'il y eut de plus singulier c'est que le malade, sous l'influence de ce nouveau régime, vit sa santé s'améliorer et que son médecin triomphant s'empressa de chanter victoire.

*Comment raisonnait Piron.* \* \* \*

Piron ne voulut jamais consentir à se faire médecin. Il disait qu'il avait toujours voulu savoir à peu près ce qu'il disait, et plus encore à peu près ce qu'il faisait.

*Oraison funèbre d'alcoolique.*

Ah! Monsieur, disait Panard à Marmontel, je viens de pleurer sur la tombe de ce jaurve Gallet, mais quelle tombe! Ils me n'ont mis sous une gouttière, lui qui depuis l'âge de raison, n'avait pas bu un verre d'eau".

COURS DE PERFECTIONNEMENT  
SUR LES MALADIES DU PREMIER AGE ET  
LA TUBERCULOSE.

QUEBEC, SEPTEMBRE 1924.

Grâce à l'initiative du Gouvernement Provincial et de M. le docteur Lessard, Directeur de l'Assistance Publique, la profession médicale de la Province pourra de nouveau bénéficier de leçons spéciales qui seront données à l'automne par des maîtres de la science française.

En effet à la suite du VIIIème Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord qui aura lieu à Québec les 10, 11 et 12 septembre prochain, des leçons sur la Tuberculose et les maladies du Premier Age seront données successivement à Québec et à Montréal.

Ces leçons seront données à Québec sous le patronage de la Faculté de Médecine de l'Université Laval. Elles commenceront le samedi 13 septembre. M. le professeur Emile Sergent, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital de la Charité, donnera les leçons sur la Tuberculose. M. le docteur Ribadeau-Dumas, médecin des Hôpitaux de Paris, chef de service à la Maternité, traitera des maladies du premier âge. Chaque cours comprendra une série de dix leçons qui se donneront tous les jours.

Nous sommes heureux de publier dès aujourd'hui le programme de ces leçons qui devraient attirer un grand nombre de médecins praticiens, la venue au Congrès de septembre leur donnant l'occasion de suivre une double série de cours de perfectionnement essentiellement pratiques, préparés spécialement pour le praticien et leur évitant un long et coûteux déplacement à l'étranger.

CONFERENCES DE PERFECTIONNEMENT  
SUR LA TUBERCULOSE.

par le *Professeur Emile Sergent*, de Paris.

- I.—La lutte contre la tuberculose. Son organisation sociale. Ses bases scientifiques et cliniques.
- II.—Exposé général sur l'évolution anatomo-clinique de la Tuberculose.
- III.—Classification et étude des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et de l'adolescent.
- IV.—Les éléments généraux du diagnostic. Diagnostic de dépistage et diagnostic précoce.

- V.—Le signe de certitude. Technique de la recherche du bacille de Koch. (Diagnostic différentiel et diagnostic de nature. Tuberculose ouverte et tuberculose fermée.)
- VI.—Les signes de localisation. (Les signes physiques ou signes directs. Les signes indirects. Les signes radiologiques. Diagnostic de localisation.)
- VII.—Les signes d'évolution. Signes fonctionnels et généraux. (Diagnostic d'évolution.)
- VIII.—La tuberculino-réaction. Les réactions humorales.
- IX.—Les éléments des pronostics.
- X.—Principes généraux de prophylaxie et de traitement. Prophylaxie d'Hygiène sociale. Traitement hygiéno-diététique. Traitement médicamenteux et chimiothérapie. Traitement spécifique. Pneumothorax artificiel. Traitement chirurgical. Thorocoplastie extra-pleurale. Le tout avec projections de pièces anatomiques et radiographies.

### CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU PREMIER ÂGE.

par M. le Docteur L. Ribadeau-Dumas, de Paris.

- I.—La Mortalité Infantile.
- II.—Le nourrisson. Croissance normale. Signes généraux de santé et de maladie.
- III.—Les troubles digestifs du nourrisson.
- IV.—La dyspepsie des farines.
- V.—L' inanition. Les atrophies infantiles.
- VI.—Régimes et diététique dans les maladies de la première enfance.
- VII.—Prophylaxie des infections de la première enfance.
- VIII.—La tuberculose du nourrisson.
- IX.—L'hérédosyphilis précoce.
- X.—Les applications de la médecine sociale au nourrisson.

Cet exposé détaillé de la teneur de chacune de ces leçons établit nettement tout l'intérêt qui en découle et l'immense bénéfice que peut en tirer la profession médicale si elle répond largement à cette nouvelle occasion qui lui est fournie d'élargir le champ de ses connaissances sur des sujets essentiellement de pratique courante. Nous ne pouvons trop féliciter le Gouvernement Provincial de l'intérêt si manifeste qu'il porte au développement de la science médicale au pays. En un an nous aurons eu l'avantage d'entendre soit à Québec soit à Montréal quatre cours de perfectionnement de M.M. Pautrier, Regaud, Sergent et Ribaudeau-Dumas.