

TRAVAUX ORIGINAUX

LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Retard simple essentiel et précocité

Par le Dr Albert JOBIN

Médecin des Dispensaires de la Goutte de Lait.

(suite et fin)

ÉTIOLOGIE :

Nous allons maintenant étudier les raisons pour lesquelles les enfants peuvent présenter un retard dans leur développement. Les principales sont chez les parents : la névropathie, la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, les intoxications comme le saturnisme et l'albuminurie. A côté de ces causes dans lesquelles toute la part semble revenir aux parents, il importe de donner à l'enfant la possibilité de subir un retard de développement de par les causes de prématuration, de strangulation, et d'infection dès les premiers jours de leur existence.

1^o *Hérédité névropathique.* — Déjerine a dit avec beaucoup de raison : Des différents systèmes de l'économie, le système nerveux

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Toduro Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIÉUX

57, Ave. d'Antin, Paris
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de levure

est incontestablement celui qui porte le plus la marque de l'influence prépondérante de l'hérédité. De plus les constatations faites par Ribot, dans son livre sur l'hérédité dans les maladies mentales, montrent jusqu'à quel point l'influence héréditaire des tares nerveuses peut être à elle seule, responsable de l'anéantissement d'une famille au bout de quelques générations. Les exemples abondent dans les traités de maladies mentales. Nulle part, peut-être, l'hérédité similaire n'est aussi nette que dans le suicide. LeRoy cite une famille de campagnards dont 10 membres se donnent la mort dans l'espace de 50 ans.

Je ne citerai qu'un cas rapporté par A. Collin, dans lequel l'hérédité névropathique était très nette. Le père, persécuté depuis 10 ans, était interné depuis 3 ans; la mère était atteinte de débilité mentale et motrice; une lourde léthalité avait exterminé 8 sur 10 des enfants; les 2 survivants étaient, l'une, une hystérique ayant présenté tous les signes de retard de développement; l'autre un enfant de 9 ans, aussi également en retard dans ses premières années. C'est un pervers instinctif, peu intelligent, qui a déjà eu des démêlés avec la justice.

2^o *La syphilis*. — La syphilis, comme on le sait, peut se manifester sur le fœtus par la macération, sur l'enfant par une naissance prématurée ou encore par des éruptions syphilitiques ou du coryza tenace. Plus tard après une période silencieuse de 10 ou 12 ans, l'enfant peut encore avoir des accidents syphilitiques tels que tabes ou paralysies générales juvéniles. Mais, et c'est là le point qui nous intéresse le plus, l'enfant peut subir seulement l'action dystrophiante de la syphilis; il se trouve retardé dans son développement général, et se présente comme un infantile ou comme un chétif; ou encore la syphilis dysplasique et dystrophiante peut être rendue responsable de la débilité mentale, de la débilité motrice ou de l'hystérie consécutives. Et comme l'ont bien mis en lumière le professeur Fournier et son fils: "Les sujets hérédo-syphi-

litiques, disent-ils, sont remarquables par ce fait que tous les actes d'évolution organique et de croissance semblent chez eux ne s'accomplir que lentement et difficilement en restant même souvent incomplets." *Ils trompent sur leur âge.* . . . comme on dit vulgairement. On les prend pour des enfants alors que ce sont déjà des adolescents, des jeunes gens. Ils ont fait leurs dents tard, ils ont marché tard, ils n'ont grandi que lentement; ils ont été en retard pour parler, ils n'ont appris à lire et à écrire qu'avec une difficulté singulière. Ils deviennent de mauvais écoliers, inintelligents, mal doués, rebelles à la culture et au développement, et constituent le type de ce qu'on appelle par euphémisme: *des enfants arriérés*.

En résumé: la syphilis héréditaire peut donner deux choses: soit de la syphilis proprement dite avec ses caractères dermatologiques, soit des insuffisances et des retards de développement; il s'agit alors de son action dysplagique et dystrophiante. En un mot ces enfants ont reçu un capital de vie insuffisant.

3° *Tuberculose*. — La tuberculose est peut-être la cause la plus fréquente des retards du développement chez l'enfant. Laudouzy et Læderich, dans un article paru dans la *Presse Médicale*, sur l'hérédité tuberculeuse, résumait en 3 propositions les conclusions que l'on doit tirer de leurs expériences: un premier fait met en lumière la *palyléthalité* des petits, issus de mères tuberculeuses, puis la *petitesse des hérédito-tuberculeux* à la naissance; en troisième lieu enfin ils reconnaissent que le *développement ultérieur* de ces rejetons de tuberculeux est lui-même très souvent retardé.

Il est impossible, à notre avis, d'être plus d'accord avec ce que nous enseigne la clinique, que ne le sont Laudouzy et Laederich dans leurs conclusions: " Nos anciens ne croyaient pas qu'à l'hérédité; assurément leurs petits fils, n'ayant de yeux que pour la contagion acquise, tombent-ils dans l'excès opposé quand ils ne savent pas dans la débilité congénitale de l'enfance reconnaître l'hérédité de constitution et de tempérament; quand, dans la lignée

disqualifiée de certains phthisiques, ils n'aperçoivent pas l'abatardissement de l'individu, l'amointrissement de la famille et la dégénérescence de la race. ”

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question arrivent à des conclusions analogues. Voici très résumée l'histoire d'une famille de 14 enfants dont le père et la mère, respectivement âgés de 45 et de 40 ans, sont tuberculeux. L'ainé est en bonne santé. La 2ème enfant, une fille, est hystérique. Les 3ème et 4ème enfants sont morts en bas âge. Le 5ème souffre de mal de Pott. Les trois suivants sont morts de méningite en bas âge. Le 10ème a aujourd'hui 8 ans. Il fut très en retard dans ses débuts, et aujourd'hui, sa scolarité est plutôt médiocre, il aura de la peine à se tirer d'affaire dans le monde. Le 11ème et le 12ème enfants sont des jumeaux qui n'ont pas vécu. La 13ème a 5 ans. Elle fut très précoce; mais elle souffre de ganglions ulcérés au cou, et d'ostéite tuberculeuse du radius. La 14ème enfin est un rachitique. La descendance des ménages tuberculeux est assez souvent nombreuse, mais les survivants sont plutôt rares.

4° *Alcoolisme*. — Il serait fastidieux d'énumérer toutes les misères physiques et morales qui sont le lot des enfants d'ivrognes. Vous les connaissez tout aussi bien que moi. Seulement rappelons-nous que l'alcoolisme n'atteint pas que les buveurs des eaux de vie; les buveurs de vins et de bière, boissons pernicieusement décorées du nom d'*hygiéniques*, paient aussi le tribut aux fautes commises contre la sobriété. Souvenons-nous encore que l'alcoolisme est beaucoup plus désastreux, dans ses effets sur la descendance, chez la mère que chez le père. Les expériences de Niclaux le prouvent surabondamment. Une femme qui boit, qu'elle porte son enfant dans son sein ou qu'elle le nourrisse, lui donne nécessairement une part de ce poison auquel il est excessivement sensible.

Je me rappelle avoir lu quelque part l'observation suivante faite

à l'hôpital Baudelocque, il y a quelques années. C'était alors la coutume de donner aux femmes en travail quelques onces de la potion alcoolique de Todd. Un jour, les médecins de cette maternité se demandaient s'il ne passait pas de l'alcool de la mère à l'enfant. On fit l'analyse du sang de l'enfant, et l'on y trouva en effet de l'alcool en nature.

C'est une vérité de la Palisse que l'ivresse des parents est particulièrement dangereuse pour les enfants, au moment de la procréation. A ceux qui auraient quelque doute sur cette vérité, je rappellerai le témoignage de Nicloux. Dans sa thèse sur la "Détermination de l'alcoolisme", Nicloux a en effet démontré que l'alcool peut pénétrer tous les tissus glandulaires, tous les produits de sécrétion, et que sa présence peut être révélée dans le sperme et l'ovule. On comprend alors que sous l'action de ce poison le sperme et l'ovule soient entravés dans leur fonction de fécondation et d'ovulation. Le système nerveux, qui se forme tout le premier dans l'organisme, aura à souffrir plus directement encore que tous les autres appareils de l'insuffisance des premières cellules; et c'est ainsi que s'explique, à notre avis, l'action des poisons sur le développement du fœtus, la possibilité de constater chez le rejeton un retard simple vraiment essentiel avec toutes les conséquences que celui-ci pourra avoir, débilité motrice, débilité mentale, hystérie, et, au dernier plan du tableau clinique: démence neuro-épithéliale.

5° *Intoxications et infections.* — La *misère sociale* et la *misère physiologiques* des parents sont aussi des cause de retard de développement. L'action dystrophiante du *paludisme* est aussi bien connue; on a vu certains enfants hérédo-paludiques atteints de dystrophie et de retard de développement. L'intoxication *saturine* des parents, et le *brightisme* de la mère sont des causes importantes de retard dans le développement de l'enfant. Enfin il y aura lieu de se demander si une *infection*, une *intoxication*, un

surmenage passagers des parents au moment de la conception, une *fatigue* de la mère aux derniers jours de la grossesse ne sont point suffisants pour expliquer comment un seul enfant d'une famille est moins bien doué au point de vue fonctionnel nerveux que ses frères et sœurs.

6° *Incidents de la grossesse et de l'accouchement.* — La *prématuration*, nullement entachée de spécificité ou de bacillose, est souvent cause de retard dans le développement de l'enfant. Comme un fruit vert accidentellement détaché plus tôt de la branche nourricière, ainsi le prématuré se trouve privé trop tôt dans ses éléments nerveux de la chaleur, de l'hématose qui lui conviennent; et ses éléments nerveux souffrent d'insuffisance congénitale. Dans les cas les meilleurs, l'enfant met un an à compenser le retard apporté par un mois de prématuration. Il est cependant de règle, lorsque le poids de naissance a été supérieur à 4 livres, et que la prématuration n'excède pas 4 ou 5 semaines, de voir les prématurés triompher de leur retard de développement et devenir des adultes tout à fait normaux.

La *gémellité* est un gros facteur de retard dans l'évolution nerveuse. Quelle que soit la raison invoquée, il n'est que des cas rares où deux jumeaux mènent brillamment une longue existence. Souvent l'un des deux succombent, souvent ils sont atteints de troubles nerveux divers.

Tous les accoucheurs connaissent l'importance des *traumatismes* subis pendant l'accouchement, de la strangulation, et des circulaires du cordon sur l'évolution nerveuse et générale ultérieure.

Enfin faut-il incriminer encore les *infections* à point de départ digestif ou pulmonaire dans les tout premiers mois qui suivent la naissance, c'est vraisemblable. En tout cas, ces étiologies nous paraissent devoir être mises au second plan.

PATHOGÉNIE.

Dans tout ce qui précède nous avons eu l'intention d'isoler et de caractériser un état morbide infantile souvent passager, souvent premier stade d'une évolution plus grave. Quelle serait la pathogénie de cet état? A cette question l'auteur répond que dans ce cas la cellule nerveuse est héréditairement et *personnellement* atteinte dans sa multiplication et dans ses qualités. Le dictionnaire Déchambre, dans son article sur la " fécondation ", dit ceci: " Le système nerveux central, premier dérivé de l'ectoderme, emporte avec lui les qualités qu'avait ce système chez les générateurs, et d'une manière plus prononcée que les systèmes qui embryogémiqument naissent plus tard. "

La cellule nerveuse, qui est un tissu de moindre résistance, serait donc touchée dans sa *valeur propre, voir même dans sa multiplication*. C'est là un fait capital qui nous permet d'accorder une place, dans la nosologie, au retard simple essentiel. La connaissance précoce de ces états, l'enquête généralement productive sur les causes qui lui ont donné naissance, permettront d'établir, sinon une thérapeutique active et progressive, du moins elles permettront d'établir une thérapeutique de défense. Comme pour le fuséau de " la Belle au bois dormant ", on évitera que l'enfant ne soit en contact avec toutes les causes que nous avons passées en revue, capables de venir détruire cet équilibre si instable. Souvent, comme dans la légende, on n'y parviendra point, mais il nous semble que l'intérêt est grand de connaître, dès les premières années, quel sera l'avenir que des signes cliniques permettent d'entrevoir.

PRÉCOCITÉ.

La précocité, au même titre que le retard, mérite d'être spécialement étudiée, parce que les causes sont les mêmes dans les deux cas. C'est ce qui explique que dans les mêmes familles tarées,

certains individus sont *précoces*, alors que d'autres sont *en retard*, que chez un individu enfin la précocité élective peut marcher de pair avec un retard électif, démontrant l'étroite parenté qu'il y a entre le retard et la précocité. Cependant les études auxquelles s'est livré l'auteur (A. Collin) lui permettent de dire que, lorsque la précocité est établie, son pronostic est plus grave que le pronostic du retard simple essentiel.

Les étapes ont pour ainsi dire été brûlées. Et il est normal de rechercher si les causes qui ont amené cette hyperactivité fonctionnelle, n'ont pas en même temps ébréché le capital vital de la cellule, et si celle-ci, que des causes toxiques ou infectieuses ont surmenée au point de lui faire produire beaucoup plus tôt ce que d'autres produisent beaucoup plus tard, n'a point vu s'épuiser sa force de résistance.

Certains artistes, on le sait, cherchent l'inspiration dans l'usage des spiritueux, des thés et des cafés. Chez ceux-ci l'action excitante de ces poisons vient activer d'une manière factice leur activité cellulaire: aussi ces gens sont bien près de leur fin qui ne peuvent écrire, composer ou produire, que lorsque le poison vient artificiellement tirer de sa torpeur un organisme épuisé, incapable d'un effort sans l'usage d'un excitant chimique. Le *poison active la fonction*, mais il détruit l'organe. Comment procéder pour reconnaître ces sujets précoces? Absolument de la même manière et avec les mêmes réserves que pour les cas de retards simple, essentiel. Notre étude portera donc sur la date d'apparition des fonctions dont nous nous sommes donné pour tâche de suivre le développement. Nous apprécierons donc les dates d'apparition des dents, de la marche, de la parole. On pourra voir alors que des enfants, à 8 mois, prononcent exactement les mêmes paroles que d'autres à 18 mois ou 2 ans, que des enfants à 7 mois arrivent à marcher seuls comme d'autres à 14 ou 15 mois, que chez quelques-uns enfin le syndrome infantile s'est précocement démembré et qu'à 20 mois les réflexes ont perdu de leur vivacité, l'extension

de l'orteil à l'excitation de la plante de pieds est remplacée par la flexion; les attitudes données ne sont plus conservées.

Notons en passant que le médecin ne doit pas partager l'enthousiasme des parents à l'endroit de ces enfants prodiges. Ordinairement ces enfants ne tiennent point leur promesse d'être des adolescents brillants, bien équilibrés, bien doués de qualités intellectuelles: ces intelligences surprenantes sont généralement vaincues par les événements.

D'autre part, nous avons fréquemment observé, en dehors des troubles portant sur le système nerveux, une fragilité générale de tout l'organisme et une prédisposition aux maladies chez les enfants réellement précoces.

Quel est donc l'avenir qui attend ces sujets, qui ressemblent à des étoiles filantes? Dans la littérature, nous avons trouvé des observations de *démence précoce*. Entre autres observations, nous rappellerons celles de 3 enfants de familles différentes, respectivement âgé de 11, 8 et 3 ans, qui ont marché et parlé très tôt, et qui tous trois ont fini dans une démence précoce.

Voici l'histoire d'une jeune fille de 18 ans; observée par un aliéniste le Dr Page, depuis son plus jeune âge. Rendue à cet âge, cette jeune fille est d'une mentalité très insuffisante, pour laquelle le diagnostic de démence précoce se pose. Elle est née à terme, on fut surpris de la voir rire aux éclats à 3 semaines. Elle eut 3 dents à 5 mois, elle parle à 7 ou 8 mois. A un an elle répondait aux questions; elle avait donné un surnom à sa tante. Elle marche à 11½ mois. A 18 mois elle perd sa grand'mère, elle remarque la tristesse du grand'père et le console en lui parlant des qualités de sa femme. A 2½ ans, on la met à la table d'hôte sans bonne pour s'occuper d'elle, elle prend son repas sans faire de taches et sans rien renverser. Au même âge on la conduit chez un photographe avec un enfant plus âgée d'un mois. Sa taille était tellement au-dessus de la moyenne, son aspect si différent de celui d'un bébé, que le photographe lui dit croyant avoir affaire à un grand enfant: "Mademoiselle pourra tenir le bébé."

Vers 4 ans son intelligence semble ne faire aucun progrès, on note même qu'elle diminue, elle devient une élève médiocre.

Vers 7 ou 8 ans, voyant une de ses sœurs aider au ménage, elle dit à qui veut l'entendre " que c'est commode d'avoir une sœur qui nous sert de cuisinière ". Les réflexions, toujours déplacées et souvent stupides, empêchent les parents de la sortir. A 12½ ans elle a une chorée qui dure 5 mois; à 13 ans elle est réglée; on l'opère de végétatives adénoïdes à 14 ans; sa croissance et son embonpoint jusque-là normaux se modifient brusquement. A 14½ ans c'est presque une géante. Son intelligence reste rudimentaire, les remarques qu'elle fait sont bêtes, elle est incapable de se livrer à aucun travail, elle ne comprend rien, on est obligé de veiller sur elle. Elle est bacillaire au premier degré. Nous voyons ici une précocité mentale et motrice coïncider avec un développement de taille exagérée et une intelligence qui ne tient pas ses promesses.

Quant ces sujets précoces échappent à la démence, ils deviennent dans un grand nombre de cas des névrophates confirmés.

Voici un exemple entre plusieurs: c'est l'observation d'une jeune fille, issue de parents tuberculeux. Des dix enfants qui naissent de ce couple bacillaire, 2 seuls survivent, l'un est en retard et l'autre est précoce. Cette dernière enfant, à 13 ans, mesure 54 pouces de haut et pèse 150 livres. Elle est née à terme, elle a parlé à 8 mois, marché à 9 mois, elle a eu sa première dent à 2½ mois. C'était une enfant brillante, aujourd'hui elle est bien différente; elle n'a pu obtenir son certificat d'étude. Depuis qu'elle est en apprentissage, on se plaint chaque jour davantage qu'elle travaille moins, et sa mère dit: " au fur et à mesure qu'elle grandit, je peux moins compter sur elle. " Enfin, elle fut admise d'urgence, à l'hôpital, pour des crises.

Ou encore un certain nombre d'entre eux, précoces pour la marche, la dentition, la parole, pour le démembrement du syn-

drome infantile psycho-neuromusculaire, voient leur taille, leur poids, rester au-dessous de la normale, leur santé générale est compromise; les uns à 4 et 5 ans ont une bacillose pulmonaire ou ganglionnaire en évolution; les autres, particulièrement chétifs, sont guettés par toutes les maladies qui ne les épargnent ni par le nombre ni par leur durée; d'autres enfin suivent depuis l'âge de 2 ans un régime pour leur entérite muco-membraneuse et ne peuvent mener une existence normale.

D'autre part vous voyez des enfants précoces ayant pour anomalies un *développement exagéré de la taille*. Ces enfants précoces sont des anormaux de poids. L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 2 ans, qui fut pris par les infirmières pour un enfant de 4 ans. Il pesait 31 livres et mesurait près de 3 pieds de haut. Il avait été précoce sur tous les points, et lorsque le médecin félicita la mère, elle lui répondit avec un peu d'ironie: "Vous aussi, monsieur, vous me félicitez, cela n'en vaut vraiment pas la peine, je ne l'élèverai pas plus que ses frères et sœurs. J'ai eu cinq autres enfants aussi beaux que celui-ci, aussi grands, aussi précoces et ils sont morts tous, entre 3 et 4 ans, de méningite. Je sais bien le sort qui attend celui-là.

Et dans ce chapitre de la précocité, il y aurait lieu de se demander ce qu'il faut penser de l'établissement *précoce* de la puberté, avant l'âge de 8 ans par exemple, surtout chez les jeunes filles. Sans doute cette maturité réalise ses promesses au point de vue de la génération, mais en général, ce n'est pas un évènement dont il y ait lieu de se réjouir. Tout au contraire; l'expérience démontre que ces filles restent petites de taille, sont très sensibles aux maladies exanthémateuses et intercurrentes, et sont sujettes soit à la tuberculose soit aux hyperplasies.

Sans doute, grâce à l'établissement de la puberté, le système osseux s'accroît en taille et en force. Toute jeune encore, cette enfant sera plus grande que ceux de son âge. Ses lignes s'embelli-

ront; et à 10 ou 12 ans, elle sera devenue une femme avec tous ses charmes. Mais, voici le revers de la médaille, elle aura fini de grandir. Et elle restera plus petite que sa sœur qui, nubile à l'âge ordinaire, continuera de grandir jusqu'à 18 et 20 ans.

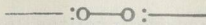
La croissance, comme on le sait, cesse avec l'établissement parfait des fonctions génitales. Le squelette atteint sa maturité en même temps que la maturité sexuelle. Autrement dit, l'ossification des épiphyses des os longs est en relation directe avec l'établissement des fonctions génitales. Ça marche de pair.

La puberté est-elle précoce, les sujets seront petits de taille. L'adolescence, au contraire, est-elle tardive, les sujets seront plus grands. Comme exemple extrémiste, les eunuques sont en général très grands de taille.

Les *causes*, nous l'avons déjà dit sont absolument les mêmes dans les cas de précocité que dans les cas de retard. Mais nous sommes cependant tentés de dire que, d'une façon générale, le pronostic de la précocité doit être plus sévèrement envisagé. En effet ces enfants hérédo-bacillaires, d'une précocité générale et nette, sont exposés non seulement à faire plus tard des complications nerveuses, mais surtout sont exposées aux attaques de la tuberculose ganglionnaire, pulmonaire ou méningée.

Dans tous les cas l'auteur résume son travail par cet aphorisme.,
“ *L'enfant en retard progresse, le précoce déchoit.* ”

Ce vieux dicton aurait donc lui aussi un grand fonds de vérité.
“ Tu es trop fin, mon petit, tu ne vivras pas. ”



TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE RENO-YESICALE

POURQUOI CE TRAITEMENT ÉCHOUE SI SOUVENT

Par M. le Dr Geo. AHERN.

Assistant-chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Si nous ouvrons l'annuaire de l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, de Québec, pour l'année 1912, nous voyons à la page 101 que quinze malades atteints de tuberculose rénale ont été examinés et admis à l'hôpital. Sur ces quinze malades, un seul a pu être opéré (néphrotomie), et encore, a-t-il été classé à sa sortie de l'hôpital, parmi les malades "non soulagés"; cinq ont été traités par des injections d'huile gaiacolée, deux par un traitement de "consolation"—lavages vésicaux; un atteint en même temps de méningite, eut un traitement purement médical et enfin *quatre* n'ont pas été traités du tout!!! Quatre sur quinze, soit une proportion de plus de 25%.

Onze malades ont été admis avec une étiquette de cystite tuberculeuse. Sept ont été traités par des lavages vésicaux, un sans soulagement, et quatre encore n'ont pas été traités. La proportion augmente — 33. 3%.

Pourquoi cette abstention thérapeutique dans des cas où le traitement est indiqué, classique? Parce que ces malades sont au dessous de tout traitement. Ils ne sont pas en état de subir une opération, pas même en état de supporter des lavages vésicaux en raison de la sensibilité de leur vessie.

Voyons maintenant ce qui s'est passé en 1913 (ibid. pages 114 et 115).—Seize malades ont été admis souffrant de tuberculose rénale et dix de cystite tuberculeuse. Sur les seize premiers, trois ont été opérés (2 néphrectomies, une néphrotomie); huit ont été

traités par des lavages vésicaux et des injections d'huile gaiaculée et sont sortis guéris (!!! jusques à quand?) cinq n'ont pas été traités—proportion—1/3.

Sur les dix cystites tuberculeuses, huit ont été traitées et améliorées et deux n'ont pas été traitées, c'est-à-dire le 1/5 (20%).

Personne n'ignore que la cystite tuberculeuse est presque toujours, pour ne pas dire toujours, secondaire à la tuberculose rénale. Par conséquent en 1913 comme en 1912, les malades qui sont sortis de l'hôpital soulagés et même guéris (par des lavages vésicaux!!!) n'ont pas du jouir longtemps de leur repos vésical, puisque la cause première de leur affection, la bacillose rénale n'avait pu être traitée.

Voici donc ce que nous avons pu faire en deux ans avec ces 31 malades atteints de tuberculose rénale et ces 21 malades souffrant de cystite tuberculeuse — une seule guérison par néphrectomie, car la néphrectomie est admise aujourd'hui comme le seul traitement vraiment curatif. Et sans vouloir discuter cette question de traitement dans la tuberculose rénale, voici quelques opinions qui intéresseront peut-être les lecteurs auxquels ce travail s'adresse spécialement.

“ La néphrectomie, dit J. W. Thomson Walker, dans la période de début de la tuberculose rénale, est la seule méthode qui puisse donner une guérison et l'opération est indiquée chaque fois qu'on peut faire le diagnostic de tuberculose unilatérale. La néphrotomie est réservée pour certains cas où la néphrectomie n'est pas applicable et n'est qu'une opération palliative. ”

“ La tuberculose rénale n'est actuellement justifiable que d'un seul traitement, lorsqu'il est possible—la néphrectomie (Marion).

“ Une opération précoce confère seule une guérison durable et quand la tuberculose rénale devient certaine par le seul examen clinique, il est trop tard pour intervenir (Pillet).

“ Je crois que la plupart des cas de tuberculose rénale ne sont pas opérés assez tôt (Gutteras).

“ Le diagnostic de tuberculose rénale est très difficile au début. Quand la recherche du bacille donne un résultat positif, il n'y a pas de doute à avoir sur la nature de la maladie; mais quand le résultat est négatif, la fréquence de la miction et la douleur dans les lombes non soulagées par le repos et associées à la présence de pus ou de sang dans une urine acide, une fièvre hectique, un amaigrissement progressif, l'augmentation de volume d'un rein et probablement la présence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes, permettront un diagnostic exact ” (Cheyne et Burghard).

Si nous avons reproduit ces différentes opinions, ce n'est pas seulement pour justifier notre choix du traitement chirurgical, admis d'ailleurs par tous, mais c'est surtout pour montrer l'importance que tous les spécialistes urinaires attachent au diagnostic et l'intervention *précoces*, dans les cas de bacillose rénale. Or nous le répétons sur les 52 malades que nous avons vu à l'hôpital, un seul a pu être opéré et guéri par cette méthode. Ce n'est certes pas un succès, et si nous publions et commentons ces statistiques peu honorables peut-être pour nous à première vue, ce n'est pas que nous ayons à avouer une incapacité opératoire ni que nous croyons à la faillite du traitement ou à l'impossibilité de la guérison de la tuberculose rénale. Non, le traitement opératoire de la tuberculose rénale donne de très bons résultats pourvu qu'il soit institué à temps, et nous donnerons plus loin quelques observations concluantes à ce sujet. Non nous n'avons rien à nous reprocher. Sur qui faut-il alors jeter la “ pierre ” (puisqu'il s'agit de calculs et de statistiques rénaux)? Sur le malade? Oui, le pauvre, c'est lui le plus souvent l'auteur de tout le mal. Il ne consulte son médecin qu'après avoir épuisé tout l'arsenal pharmaceutique et biblique de sa grand'mère, de ses tantes et de ses voisines jusqu'à cinq milles à la ronde. C'est un détail pour lui de se lever une ou deux fois la nuit, d'uriner toutes les deux heures dans le jour, même s'il a quelques petites douleurs mictionnelles, le froid et l'humidité ont une si grande importance pathologique dans ce pays, qu'il attribue

à ces causes climatériques tous ses déboires. Il attend que ça se passe; plus tard, si c'est nécessaire, il consultera. Et plus tard, quand les lésions auront évolué, quand au lieu d'une légère pollakiurie nocturne, il ne pourra fermer l'œil de la nuit, et quand, aussitôt le soleil levé, le jour pour lui se changera en un interminable martyr, il ira consulter son médecin et viendra à l'hôpital se faire soigner, il ne comprendra pas notre impuissance à le soulager et s'en retournera, plus pauvre que Pandore, à ses pilules de Dodd et à ses "Gin Pills".

Mais malheureusement le malade n'est pas toujours le seul coupable. Quelquefois il a consulté dès le début de sa maladie, et, soit erreur de diagnostic, soit négligence, soit enfin espoir qu'un traitement médical associé à un bon régime puisse le guérir, son médecin le renvoie avec de bonnes paroles et une grosse bouteille. Et c'est ce rôle principal joué par le médecin dans la tragédie vécue par le tuberculeux rénal qui a inspiré ces quelques lignes. Nous savons que le diagnostic de la tuberculose rénale est très difficile au début, que les symptômes sont "flous" et empruntent très souvent le masque des autres affections rénales; que pour porter un diagnostic positif certaines recherches de laboratoire sont indispensables, recherches qui demandent des connaissances et une installation spéciales. C'est pour ces raisons que le médecin en présence d'un cas embarrassant, quand il a le moindre soupçon que la tuberculose est en cause, doit adresser son malade à ceux qui, par cette installation et par ces connaissances sont le plus compétents. "Pour ne pas laisser passer inaperçue une tuberculose rénale, il faut penser à elle chaque fois que l'on se trouve en présence d'une pyurie d'origine équivoque, de troubles rénaux dont le diagnostic n'est pas absolument évident, d'une cystite dont la cause ne vous apparaîtra pas bien nettement. La tuberculose rénale est en effet effroyablement fréquente" (Marion).

Nous avons parlé plus haut de malades arrivés à l'hôpital au début de leur affection et opérés avec succès. Voici, en résumé, leurs observations.

Observation I. Melle B. . .

Jeune fille, âgée de 20 ans, antécédents personnels et héréditaires excellents. Dans le courant du mois de février 1913, elle remarqua qu'elle urinait plus souvent, et plus à la fois. Elle se plaignit en même temps d'une sensibilité dans la région lombaire droite. Cette sensibilité se changea peu à peu en douleur constante et se localisa au niveau du rein. Vers le mois de mai de la même année, le pus fit son apparition dans les urines ainsi que le bacille de Koch. Au commencement de juin, cystoscopie et cathétérisme des uretères. Vessie saine, parois normales, très bonne capacité. Orifices urétéraux—gauche, sain; droit, légèrement dilaté. Les sondes furent introduites jusqu'au bassin et laissées en place pendant deux heures. Les urines recueillies au bout de ce temps furent analysées (Vallée) et donnèrent le résultat suivant.

Rein droit.

Rougeâtre,
Limpide,
Mucus,
Pas assez d'urine,
Acide,
Marquée,
Néant,
6.305

Couleur
Aspect
Dépôt
Densité
Réaction
Albumine
Sucre
Urée

Rein gauche.

Normale,
Limpide,
Mucus,
1020,
Acide,
Marquée,
Néant,
15.132,

Examen microscopique.

Sang abondant,
Nombreuses cellules rénales,
Pus,
Débris cellulaires.

Un peu de sang,
Cellules rénales.

Le résultat était concluant : rein tuberculeux à droite, rein sain à gauche.

Le 13 juin 1913 elle fut opérée (Dagneau) : néphrectomie par voie lombaire, ablation du rein et fermeture *sans drainage*. Le rein, lisse et régulier d'aspect, était un peu plus gros qu'un rein normal. A l'ouverture on trouve des nodules blanchâtres, tranchant avec la coloration ordinaire du rein, et une caverne s'ouvrant dans le bassin.

Les suites opératoires furent absolument normales, et le 28 juin, quinze jours après l'opération, la malade sortait, guérie, de l'hôpital.

Observation II. T. E. J.

Jeune fille âgée de 22 ans, éprouva pendant la nuit du 24 au 25 septembre 1914, une douleur très aiguë dans la région lombaire droite, douleur s'irradiant le long de l'uretère et jusque dans la cuisse. La douleur, continue sans interruption pendant une heure, s'accompagne de polakyurie et est augmentée par la miction. Dans la nuit du 25 au 26 du même mois, nouvelle crise, absolument identique à la précédente. Enfin pendant la nuit du 27, troisième crise, plus douloureuse et plus longue (dura toute la nuit).

A la suite de cette crise l'analyse des urines nous donna les renseignements suivants :

Quantité des 24 heures	750 c. c.
Couleur	Normale,
Aspect	Limpide,
Dépôt	Mucus,
Densité	1020,
Réaction	Acide,
Urée	8.827.
Chlorures	8.1.

Phosphates.....	1,15,
Albumine.....	Traces minimales,
Sucre.....	Néant,
Examen microscopique...	Pus, Cellules rénales, Cellules pavimenteuses, Bacilles de Koch.

Le 21 octobre on fit une cystoscopie et un cathétérisme urétéral: vessie à parois saines, mais un peu sensible et à capacité diminuée. Orifices urétéraux: gauche, normal; droit, rouge, tuméfié, élargi. Sondes introduites jusque dans le bassin et laissées en place pendant quatre heures.

L'analyse des urines ainsi recueillies confirma le diagnostic:

Rein droit.		Rein gauche.
Normale,	Couleur	Rougeâtre,
Trouble,	Aspect	Trouble,
Pus,	Dépôt	Sang,
Neutre,	Réaction	Neutre,
Marquée	Albumine	Marquée,
Néant,	Sucre	Néant,
8.827,	Urée	12.610,

Examen microscopique.

Pus,	Globules rouges.
Cellules rénales.	

Le cathétérisme urétéral fut suivi d'une forte réaction douloureuse du côté droit.

Le malade fut opérée (Dagneau) le 22 octobre. Néphrectomie lombaire, fermeture avec drainage, drain enlevé le lendemain.

Le rein, double du volume normal, présentait à l'ouverture des

lésions tuberculeuses à toutes les phases de leur évolution : nodules, quelques-uns en voie de liquéfaction, cavernes.

Les suites opératoires furent normales, seule, une petite fistulette persista pendant cinq mois. La malade, une infirmière, a vu tous ses symptômes rénaux et vésicaux disparaître immédiatement après l'opération.

Observation III. Madame N. . .

Femme âgée de 29 ans. Souffre de son rein gauche depuis 18 mois : douleur, hématurie, pollakiurie, polyurie, pyurie, etc. Depuis trois mois, cependant, ces quelques symptômes se sont amendés, les mictions sont moins fréquentes, les urines sont plus claires, mais la douleur persiste, même elle est un peu plus aiguë. A l'inspection on voit une tumeur qui bombe le flanc gauche, et à la palpation on sent une masse arrondie, lisse, mobile, dure et présentant le phénomène du ballottement rénal.

Les urines sont analysées et ne revèlent rien d'anormal.

A la cystoscopie. Vessie : bonne capacité, parois saines sauf dans la région urétérale gauche où quelques ulcérations entourent l'ouverture urétérale. Le méat (urétéral) est lui-même ulcéré et très dilaté. Les sondes urétérales poussées jusqu'au bassinnet, sont laissées en place deux heures. Au bout de ce temps on recueille les urines. La sonde gauche n'a rien donné.

Rein droit.

Rein gauche.

Normale,	Couleur	Pas d'urine.
Limpide,	Aspect	“ “
Nul,	Dépôt	“ “
1008,	Densité	“ “
Neutre,	Réaction	“ “
Traces minimes,	Albumine	“ “
Néant,	Sucre	“ “
6.405,	Urée	“ “

Examen microscopique.

Cellules rénales,
Globules rouges.

Après avoir recueilli les urines on injecte une solution de collargol dans les sondes et une radiographie est prise. La plaque radiographique fait voir un rein droit en bonne position avec un bassinot normalement distendu par le collargol; un rein gauche abaissé avec un bassinot très distendu et faisant un angle droit dans un rein déplacé

Opération le 20 mai, 1915 (Dagneau). Incision lombaire. Rein très gros, entouré d'adhérences très vieilles et très dures, néphrectomie très laborieuse. Fermeture avec drain enlevé le lendemain.

Le rein est très gros, bosselé, la coque amincie et permettant de sentir la fluctuation. A l'ouverture: poches remplies de pus, quelques rares nodules persistent encore dans la substance corticale.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit guérie, de l'hôpital, vingt jours après son opération.

Ces observations, résumées intentionnellement, suffisent à démontrer les résultats que peut donner un traitement précoce de la tuberculose rénale.

Voici maintenant, à titre de comparaison, quelques analyses d'urine de malades qui n'ont pu être opérés soit à cause de la bilatéralité des lésions, d'une néphrite non tuberculeuse de l'autre rein, de lésions tuberculeuses de la vessie ou des autres organes, ou enfin à cause de leur mauvais état général.

Madame A. O. . .

Sang abondant dans les deux reins.

Pus des deux côtés, plus marqué à droite.

M. X. . .

Rein droit.

Rein gauche.

Sale,	Couleur	Sale,
Trouble,	Aspect	Trouble,
Sang,	Dépôt	Muco-purulent abondant,
Acide,	Réaction	Acide,
Marquée,	Albumine	Marquée,
Néant,	Sucre	Néant,

Examen microscopique.

Sang,
Pus.

Pus.

Ce malade avait déjà subi une orchidectomie gauche pour tuberculose.

M. K. . .

Rein droit.

Rein gauche.

Jaune rougeâtre,	Couleur	Rougeâtre,
Trouble,	Aspect	Trouble,
Nul,	Dépôt	Nul,
1005,	Densité	1005,
Acide,	Réaction	Acide,
Marquée	Albumine	Marquée,
Néant,	Sucre	Néant,

Examen microscopique.

Sang,
Pus.Sang,
Pus.

Madame N. . .

Rein droit.		Rein gauche.
Rougeâtre,	Couleur	Pas assez d'urine,
Trouble,	Aspect	“ “
Pus,	Dépôt	Pus,
1012,	Densité	Pas assez d'urine,
Légèrement acide,	Réaction	“ “
Grande quantité,	Albumine	“ “
Néant,	Sucre	“ “

Examen microscopique.

Pus,	Débris purulents,
Sang,	Sang,

M. P. M. . .

Pus,	Pus,
Sang,	Sang,
Pas de bacille de Koch.	Pas de bacille de Koch.

Et nous pourrions en fournir des pages et des pages, au sujet des malades qui n'ont pu être opérés. Que dire de ceux qu'on ne peut même pas examiner? Ceux auxquels on ne peut même pas pratiquer une cystoscopie et un cathétérisme urétéral? Au moins 50% des malades arrivent avec une vessie tellement infectée qu'on ne peut leur injecter 50 ou 60 grammes de liquide, quantité minima requise pour pouvoir faire une cystoscopie. Quelquefois avec des lavages vésicaux on parvient à augmenter un peu leur capacité vésicale et dans ces cas on trouve d'habitude des lésions bilatérales.

Nous avons assez insisté et nous espérons que nos confrères, surtout ceux qui pratiquent à la campagne, loin du laboratoire et

de l'instrumentation endoscopique indispensables réussiront à persuader à leurs malades qu'ils ont un intérêt vital à ce que leur affection soit diagnostiquée et traitée comme il convient, sans retard.

Pour terminer nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ces paroles d'un chirurgien de l'hôpital Lariboisière et qui s'appliquent si bien au sujet en question. En réalité, comme toute tuberculose, celle du rein demande à être traitée le plus précocement possible, et c'est pourquoi il faut, aussitôt qu'on la soupçonne, chercher par tous les moyens en notre pouvoir, à formuler un diagnostic exact et complet sans attendre de l'évolution de l'affection la confirmation des soupçons que l'on peut avoir (Marion).

BIBLIOGRAPHIE.

- Albarran. — *Ann. des M. des Org. Gen.-Urin.*, 1908, p. 81.
 Cheyne & Burghard. — *Surgical treatment.*
 Choyce. — *A system of Surgery.*
 Guitteras. — *Urology.*
 Marion. — *Leçons de Chirurgie urinaire.*
 E. Papin. — *Manuel de cystoscopie.*
 E. Pillet. — *Guide clinique pour les maladies des voies urinaires.*
 J. W. Thomson Walker. — *Genito-Urinary Surgery.*

QUELQUES AFFECTIONS CHIRURGICALES RENCON-
TRÉES PENDANT LA GUERRE ACTUELLE

—

Par le Dr. Chs. VÉZINA, assistant-chirurgien
à l'Hôtel-Dieu de Québec.

La chirurgie était destinée à jouer un rôle considérable et à rendre de précieux services dans la guerre actuelle.

En effet, avec les moyens dont elle dispose, avec ses modes de traitements qui tant de fois ont fait leurs preuves, elle devait être d'un grand secours aux malheureuses victimes de cette guerre.

Ils ne sont plus à compter ceux qui lui doivent les uns la vie, les autres la conservation d'un ou de plusieurs membres qui paraissaient irrémédiablement perdus.

Ce qui caractérise la chirurgie dans la présente guerre, c'est qu'elle est avant tout, une chirurgie *conservatrice et antiseptique*. Contrairement à ce qui se passait en 1870, lors de la guerre franco-prussienne, où l'on se ruait sur un blessé pour lui faire subir une intervention sérieuse, très souvent inutile, et dont il mourait fréquemment; où l'antiseptie, encore à ses débuts était mal connue et mal observée, ce qui faisait dire à Championnière: "En 1870 j'ai pris soin de placer dans une voiture d'ambulance un petit baril d'acide phénique. J'ai revu le baril après la campagne, il était intact." Aujourd'hui, on est plus modéré, plus conservateur, et les règles de l'antisepsie étant mieux connues et partant mieux observées, les résultats obtenus sont plus satisfaisants et plus encourageants.

Avec les procédés employés de nos jours pour faire la guerre, avec les progrès de la science qui n'ont d'autre but et n'ont servi qu'à augmenter la mortalité chez les combattants, il faut s'attendre

à rencontrer des affections plus ou moins graves, en même temps que très variées.

Au début de la campagne, avant la période des tranchées, les blessures à l'abdomen et aux membres inférieurs étaient très fréquentes; depuis l'inauguration de la guerre des tranchées, elles ont cédé leur place aux blessures à la face et aux membres supérieurs. Pendant l'été la gangrène, surtout la gangrène gazeuse, envahissait très souvent les tissus, et cela avec une rapidité excessive; pendant l'hiver on en eut pour ainsi dire pas. On a donné comme explication de la plus grande fréquence de la gangrène gazeuse pendant l'été, le fait que la virulence du vibrion septique s'atténue quand la terre se refroidit; il existe, mais à l'état latent.

Nous n'avons pas l'intention au cours de cet article de vous parler de toutes les affections chirurgicales rencontrées dans la présente guerre. Nous nous contenterons de vous citer celles qu'on y voit le plus souvent; nous vous dirons les différents modes de traitements employés et les résultats obtenus. Nous commencerons par les plaies, les fractures des membres, puis nous mentionnerons les gelures de pieds, et nous terminerons enfin par les affections chirurgicales des nerfs périphériques.

Suivant qu'elles sont causées par une balle ou un éclat d'obus, pendant l'été ou pendant l'hiver, les blessures n'ont pas la même importance, ni la même gravité. Une blessure par balle sur un membre est quelquefois insignifiante et le plus souvent guérit dans l'espace de quelques jours. Elle peut s'accompagner de fractures d'un ou de plusieurs os, qui n'ont d'autre conséquence que d'immobiliser pour quelque temps celui qui en est atteint. On ne peut en dire autant des blessures par éclat d'obus ou balle de shrapnell qui ordinairement accompagnent de grands délabrements.

Prenons, si vous le voulez bien, le cas de ce soldat atteint au membre inférieur par un éclat d'obus. Le blessé se présente avec une plaie anfractueuse et septique; les muscles, les aponévroses sont déchirés; on y voit des esquilles osseuses, et de plus le malade est en état de shock.

Quelle conduite va tenir alors le chirurgien? A première vue, en voyant l'état de ce membre, il serait tenté d'en débarrasser son patient. Mais ses connaissances et son expérience lui ont appris que ce serait ajouter un nouveau shock à celui déjà existant, et exposer par conséquent le blessé à une mort presque certaine; et que d'un autre côté, tout en lui sauvant la vie il pourra peut-être lui conserver son membre, quitte à le lui amputer plus tard, s'il y a nécessité, quand le malade sera remonté de son shock. Il stimule son patient et lui fait un premier pansement.

La plaie est largement débridée et débarrassée des esquilles, puis le chirurgien en fait un grand lavage. Pour ce lavage, certains chirurgiens se servent de trois antiseptiques: sublimé au 1/1000, ac. phénique à 25/000, eau oxygénée au 1/3. La plaie renfermant une grande variété de microbes, tous ne sont pas également sensibles au sublimé, au phénol et à l'eau oxygénée. Voilà pour le pansement temporaire. Reste le pansement permanent. Celui-ci se fait au moyen de gazes imbibées d'une solution composée de

Iodoforme,
Gaïacol,
Eucalyptol,
Baume du Pérou,
Ether.

On refait aussi le pansement tous les jours. Au troisième jour on ne lave plus qu'à l'eau oxygénée, afin de ménager la susceptibilité des cellules. Avec cette méthode les résultats obtenus seraient excellents.

D'autres chirurgiens se contentent, après débridement de la plaie et ablation des esquilles, de faire de grands lavages à l'eau oxygénée, à l'acide phénique, au permanganate ou à l'alcool.

Il y en a qui se servent de la teinture d'Iode. Pour les premiers pansements la teinture d'Iode est un excellent moyen, mais employée trop souvent, elle finit par nécroser les cellules, et dimi-

nuant ainsi leur vitalité elle diminue par le fait même leurs moyens de défense.

Comme on le voit tous les efforts du chirurgien tendent à bien faire le premier pansement, duquel dépend le plus souvent l'avenir d'une plaie, et à conserver autant que la chose est possible, les membres atteints de grands traumatisme. De cette façon on a sauvé la vie à un grand nombre de blessés et conservé des membres qui paraissaient complètement perdus.

Malgré toutes les précautions, malgré tous les efforts du chirurgien, il arrive que l'infection de locale qu'elle était se généralise et mette en danger les jours du blessé. L'amputation apparaît alors comme la seule et suprême ressource pour sauver la vie du malade. Ici les risques seront moins grands, le blessé s'étant remis de son shock. Au lieu de faire une amputation typique, un beau moignon comme on serait tenté de dire, on ampute à la méthode arabe, c'est-à-dire qu'on incise perpendiculairement au membre, la peau, les muscles et l'os; on ne fait ni suture, ni drainage, la plaie opératoire largement ouverte se drainant d'elle-même.

Ce procédé vraiment court et simple a donné de très beaux résultats; ce qui faisait dire au Dr Legros: " le vieux procédé barbare avait du bon puisqu'il est des cas très nombreux en ce moment où il constitue le véritable procédé de choix. "

Le seul inconvénient qu'on peut reprocher à cette méthode, c'est qu'elle expose le blessé à subir plus tard une intervention afin de faire régulariser son moignon. Mais un tel inconvénient est largement compensé par les avantages de la méthode; et de plus ce sera une intervention bénigne, inoffensive et le malade sera dans d'excellentes conditions pour la subir.

La gangrène simple et la gangrène gazeuse se rencontrent assez souvent comme complications des plaies septiques. On en distingue deux sortes: la gangrène diffuse et la gangrène localisée. La première très grave emporte d'ordinaire le blessé dans l'espace de quelques heures; l'autre qui n'a pas de tendance à la diffusion est relativement bénigne.

Pour lutter contre cette complication, l'on a tout essayé, depuis les pansements secs à l'iode, au nitrate d'argent, jusqu'aux pansements humides à l'eau oxygénée et au permanganate. La supériorité des pansements humides était évidente quoique les résultats obtenus n'étaient pas très satisfaisants.

C'est alors qu'on eut recours à l'éther. " Ce mode de traitement, dit Ombredanne, est tout-puissant, lorsqu'il s'agit d'enrayer une infection gangréneuse." Après avoir débridé la plaie, l'avoir bien nettoyée et asséchée, on la lave à l'éther. Le pansement est renouvelé matin et soir. Après deux ou trois jours, il se produit une suppuration abondante; on fait alors de grands pansements humides à l'eau alcoolisée.

D'après Ombredanne, ce pansement à l'éther lui aurait donné de merveilleux résultats. " Depuis que nous employons le pansement à l'éther, dit-il, nous n'avons pas eu à pratiquer d'amputation pour infection gangréneuse; le pansement à l'éther est le point capital sur lequel nous désirons attirer l'attention. Son emploi a donné en un mois de telles satisfactions que notre espoir en lui est immense; et comme une longue expérience antérieure nous a montré l'inanité des autres substances modificatrices, nous concluons en affirmant notre conviction, maintenant solidement étayée par des faits que le pansement à l'éther, sans être la panacée universelle, est un moyen héroïque d'enrayer l'infestation gangréneuse."

Dans les gangrènes gazeuses diffuses, le chirurgien est forcé de faire de larges et nombreuses thermocautérisations des tissus malades, souvent même d'amputer un membre.

La stérilisation à l'air chaud, comme traitement des plaies gangréneuses a été préconisée par Quérin, Tuffier et J. L. Faure. L'air chaud à 500° ou 600° est porté au moyen d'un tube au contact des parties gangrénées, qui en peu de temps se dessèchent et se momifient. Une précaution est à prendre: il ne faut pas enfoncer le tube dans les tissus, mais l'en tenir éloigné de quelques centi-

mètres, car il pourrait léser des organes importants. Et comme le dit Quérin, " le chirurgien doit se souvenir qu'il est anatomiste et qu'il est facile d'éviter les gros troncs nerveux et vasculaires ". Après avoir stérilisé ainsi à l'air chaud, on fait, les jours suivants, des lavages de la plaie à l'eau oxygénée.

Certains chirurgiens auraient obtenu des résultats dans le traitement des plaies gangréneuses par des injections d'oxygène dans les tissus avoisinant les parties malades.

* *
* *

La guerre de tranchées au printemps et à l'automne, a immobilisé un grand nombre de combattants souffrant de gelures aux pieds. On est d'avis que les basses température doivent être moins incriminées que l'humidité contre laquelle le soldat était à peu près incapable de se défendre, surtout dans les tranchées de première lignes. On a observé trois variétés d'engelures aux pieds : les engelures sans lésions apparentes, (c'est la variété la plus douloureuse) ; les engelures avec phlyctènes et les engelures avec eschares. Cette affection, plus ou moins grave s'accompagne de troubles sensitifs et fonctionnels.

Au début, des badigeonnages iodés, des applications de corps gras, d'alcool camphrée et d'eau oxygénée ont été employées sans beaucoup de résultats pour lutter contre cette affection. Les bains locaux d'air chaud de 90° à 120° ont été plus efficaces. Le premier jour on commence à 80°; le deuxième on porte à 100°, puis à 110° et 120°. La durée du traitement est de cinq minutes le premier jour, dix le deuxième, et à partir du quatrième jour, de 20 à 25 minutes. Le pied est enveloppé d'une couche de coton hydrophile. Par ce traitement la douleur a rapidement disparu et la durée de l'affection a été abrégée. C'est surtout dans la variété avec eschares que les résultats ont été plus apparents. Rapidement les eschares se limitent et tombent.

*
* *

La chirurgie des nerfs périphériques a pris au cours de cette guerre une importance considérable, et a donné lieu à un grand nombre de discussions. En effet, les lésions nerveuses périphériques, se rencontrant tous les jours, il n'est pas surprenant que l'on se soit intéressé à une affection qui peut présenter dans l'avenir, pour celui qui en est atteint, de si graves conséquences.

Les nerfs atteints sont par ordre de fréquence : le médian, le radial, le cubital et le musculo-cutané pour le membre supérieur ; le grand sciatique, les poplités interne et externe pour le membre inférieur.

Les lésions observées consistent, en compressions nerveuses, par cal osseux, étranglement fibreux, section complète ou incomplète. Les interventions, soit pour douleurs persistantes, soit pour paralysies, ont été faites plusieurs mois après l'accident. En effet un grand nombre de ces lésions nerveuses s'accompagnant de grands délabrements, de fractures ouvertes, etc., par conséquent de plaies septiques, il était important de ne pas agir avant la cicatrisation complète. De plus, certains blessés avaient suivi un traitement électrique avant d'être envoyés dans un service chirurgical.

L'intervention quelquefois est très simple ; souvent elle est assez compliquée, et la découverte du nerf demande beaucoup de patience et un travail laborieux. Tout dépend de la lésion. Le tronc nerveux peut être détruit sur une plus ou moins grande étendue qui varie de quelques m. m. à quelques c. m. ; il peut être adhérent aux organes voisins et tellement fusionné avec eux qu'il est presque impossible de le disséquer. Une fois le nerf découvert il s'agit de savoir s'il a été simplement comprimé, sectionné en partie ou en totalité. La question est souvent assez embarrassante. Pour le Dr Imbert qui a été à même de constater et de traiter un grand nombre de lésions nerveuses, la présence d'un névrome sur les

bouts central et périphériques serait l'incident d'une section complète.

En effet, contrairement à l'ancienne théorie classique, ce n'est pas seulement dans le bout central du nerf que se fait la régénération nerveuse, mais aussi dans le bout périphérique. Le bout périphérique est le siège d'une régénération autogène, indépendante de la régénération du bout central.

Quel sera le traitement dans ces différentes lésions nerveuses? Nous sommes ici en présence de deux traitements absolument opposés l'un à l'autre: le traitement classique qui est un traitement conservateur, et celui du Dr Delorme, médecin-inspecteur de l'armée.

La plupart des chirurgiens se contentent de suivre la formule classique généralement adoptée: *opérer pour libérer sans réséquer.* Ils recherchent le nerf, arrosant constamment la plaie de sérum physiologique et n'employant aucun antiseptique, car les nerfs n'aiment pas les antiseptiques. Une fois le nerf découvert, et libéré des organes voisins, on dérive et suture les deux extrémités; puis pour éviter de nouvelles adhérences on fait, au-dessus et au-dessous, une interposition musculaire.

Le procédé du Dr Delorme est tout-à-fait opposé au traitement classique. Il consiste à réséquer systématiquement toute portion nerveuse paraissant à l'œil nu, altérée. " Une fois le nerf disséqué, dit-il, je sectionne verticalement le tissu intermédiaire à sa partie moyenne. Je m'assure que ce tissu ne contient pas de faisceaux nerveux qu'il y aurait intérêt à conserver. Après avoir été fixé sur leur absence et avoir fait une section transversale en vue d'un nouveau contrôle, à 1, 2, ou 3 m. m. au-dessus, je procède à des sections successives par tranches que je prolonge sur le névrome supérieur jusqu'à ce que j'ai rencontré le tissu sain reconnaissable aux caractères suivants: tranches vasculaires dont la section s'accompagne d'une légère hémorragie, tranche émaillée des saillies jaunes des tubes de dimensions normales."

Après avoir procédé de la même façon pour le bont inférieur il fait la suture des deux extrémités nerveuses. Par ce procédé le Dr Delorme a été obligé de pratiquer des résections nerveuses, allant quelquefois jusqu'à sept c. m.

Dans les cas de résection large il a dû faire la libération nerveuse sur une grande étendue afin de pouvoir faire sa suture. Dans une lésion du nerf sciatique, pour éviter les tiraillements produits par une résection très large du nerf, il a été forcé de fléchir la cuisse sur le bassin, à tel point que le talon touchait la fesse. Il est évident qu'une telle position, d'abord très pénible pour le malade, devra présenter plus tard une certaine difficulté à l'extension du membre.

Ce nouveau traitement des affections chirurgicales des nerfs périphériques, a amené, une série de discussions entre les chirurgiens. Et comme le fait remarquer le Dr Pozzi, se baser seulement sur l'aspect que présente un nerf à l'œil nu pour pratiquer une résection nerveuse, est pour le moins un peu dangereux, car il est démontré par l'examen histologique que le tissu intermédiaire renferme souvent de nombreux cylindraxones au moyen desquels se fait la régénération nerveuse.

Le Dr Delorme a pratiqué quatre-vingt-dix résections nerveuses. Comme ces opérations sont trop récentes il n'a pu en faire connaître les résultats.

—:OO:—

ÇA ET LA

—

Par le Docteur **DIVERS**

Sous ce titre nous nous proposons de traiter tous les sujets en rapport avec les médecins.

Nous aurons peut-être l'occasion de critiquer, mais nous le ferons toujours loyalement et dans un but de parfait désintéressement, ayant toujours en vue le perfectionnement de l'idéal du médecin et de la médecine.

Nous acceptons d'avance les modifications à notre manière de comprendre et d'appliquer, venant de confrères désirant l'avancement de l'organisation, et le fonctionnement de tout ce qui a rapport à la médecine.

Un journal de médecine, pour être complet, ne doit pas seulement donner des articles ayant trait aux maladies, mais il doit tenir le corps médical au courant de tout ce qui a rapport et intéresse le médecin.

Combien de confrères, très bien disposés, n'attendent que le signal pour marcher.

Nous ignorons si la direction du *Bulletin Médical* de Québec acquiescera à cette nouvelle poussée, encore moins si elle daignera l'accepter de la part de notre humble collaborateur.

Dans l'affirmative, notre première pensée sera pour notre langue — la belle langue française.

Pourquoi les médecins canadiens-français, dans leurs relations avec les maisons de commerce, pour médicaments, n'exigent-ils pas une correspondance en français?

Pourquoi ne demandent-ils pas des factures en français? toutes les bouteilles libellées en français. Nous voulons bien faire affaire avec les maisons anglo-canadiennes, mais qu'elles aient, au moins, la délicatesse d'éducation de correspondre avec nous, dans notre langue.

Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, il y a beaucoup d'apathie de la part du médecin canadien-français.

Pour notre part nous sommes bien décidé de ne rien acheter de commerçants qui ne peuvent ou ne veulent nous répondre dans notre langue.

Pour ne citer que les principales, nous dirons que les maisons

Wampole, Frost, Park Davis, Harver, etc., font beaucoup d'affaires avec les médecins canadiens-français, cela n'empêche pas que les représentants de deux de ces maisons nous ont dit que nous étions le seul médecin qui demandait ses factures en français.

Allons, confrères, un bon mouvement. Lors du passage, chez vous, d'un représentant d'une de ces maisons, ou toutes autres, exigez que toute la correspondance se fasse en français.

Et vous aurez servi dignement votre pays.

* * *

Il paraît que la compagnie d'assurance sur la vie qui porte le nom "La Sauvegarde" n'y va pas par quatre chemins pour dire ce qu'elle pense.

Plusieurs confrères ont, sans doute, reçu, comme nous, un avis du Bureau chef, signé par M. Bonhomme, le Gérant Général.

Que veut-il, ce bon M. Bonhomme? Pas grand chose. "Notre direction, dit-il, a *résolu d'exiger* que tous ses médecins-examineurs qui ne sont pas encore actionnaires *le deviennent*."

Il ne veut certainement pas grand chose. Depuis quand la compagnie, qui s'appelle "La Sauvegarde" peut-elle exiger que, nous, médecins-examineurs, soyons des actionnaires?

Et cet aimable gérant fini sa lettre en demandant ceci: "Nous déisons savoir si vous avez l'intention de vous *conformer à ce règlement*."

Pour notre part nous pouvons informer M. Bonhomme que nous n'avons pas l'intention, non, *jamais*, de nous conformer à ce règlement. Nous ne reconnaissons à personne, pas même à "La Sauvegarde", bien que nous soyons un de ses médecins-examineurs, le droit d'exiger que nous soyons un actionnaire.

Que la charmante compagnie raye notre nom sur sa liste, comme médecin-examineur, la chose nous est parfaitement égale.

Conclusion: Si " La Sauvegarde " a le droit d'agir de la sorte, est-ce que les médecins n'auraient pas le droit de faire leur prix pour chaque examen, au lieu de s'en laisser imposer un, ridicule, par la même compagnie?

— :00: —

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL PRATIQUE DE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE ET DE TECHNIQUE APPLIQUEE A LA DÉTERMINATION DES BACTERIES, par R. LERLAYE et H. GUGGENHEIM. VIGOT Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris, un vol. in-8^o écu cartonné, 8 frs.

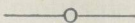
A l'heure actuelle, quand un bactériologiste au cours de ses recherches isole une bactérie, il ne possède aucun guide qui lui permette une détermination facile de l'espèce à laquelle elle appartient. S'il s'agit d'une espèce commune, un spécialiste expérimenté saura le reconnaître assez aisément; s'il s'agit d'une espèce moins fréquente, une détermination rigoureuse est presque impossible à l'heure actuelle. A plus forte raison conçoit-on l'embarras des débutants. Or les applications pratiques de la bactériologie deviennent de plus en plus nombreuses; *elles intéressent non seulement les médecins et les vétérinaires, mais aussi les pharmaciens, les agronomes, les chimistes, etc.*

Le *manuel pratique de diagnostic bactériologique* sera le guide qui leur manquait. Il comble une lacune que divers traités de bactériologie laissaient subsister.

Ce livre comporte une *première partie* consacrée à la technique dans laquelle les méthodes à employer pour l'étude des bactéries sont exposées avec soin. Il importe en effet dans les recherches tendant à la détermination d'une espèce, d'adopter une technique *invariable*.

La deuxième partie, d'une conception entièrement nouvelle, permet par la recherche méthodique des principaux caractères du microbe étudié, d'arriver aisément à la détermination de l'espèce à laquelle il appartient.

Ce livre est donc appelé à rendre aux bactériologistes les mêmes services que rendent les flores aux botanistes, et la complexité de la science des infiniment petits est devenue telle aujourd'hui, qu'un pareil guide est devenu nécessaire non seulement aux débutants, mais même aux hommes de laboratoire plus expérimentés.



ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE DE GUERRE.—On connaît le succès des numéros spéciaux de *Paris Médical*. Malgré les difficultés créées par la guerre, le grand magazine médical français a tenu à ne pas en priver ses fidèles lecteurs, — et s'adaptant aux préoccupations du moment, il publie un numéro spécial consacré à *l'Orthopédie et Prothèse de guerre* dont voici le sommaire :

La chirurgie orthopédique de guerre, par le Dr MOUCHET. — Les appareils pour amputation de cuisse, par le Dr DUCROQUET. — Les appareils plâtrés à anses pour le traitement à l'ambulance des fractures ouvertes, par le Dr LANCE. — L'isolement des nerfs et des tendons au moyen de gaines péritonéales greffées, par le Dr BAILLEUL. — La prothèse restauratrice dans les fractures des mâchoires et des mutilations de la face, par le Dr FREY. — De la

réadaptation et de la rééducation au travail des blessés et des mutilés de guerre, par le Dr BORNE. — La rééducation des mouvements chez les blessés de guerre, par le Dr KOUINDJY.

Envoi franco de ce numéro de 48 pages in-4 avec figures contre 1 franc en timbres-poste de tous pays, adressés à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

—000—

L'HOPITAL STATIONNAIRE LAVAL

En toute confiance nous tendons la main vers nos institutions nationales, nos classes dirigeantes, nos hommes instruits, et les prions de nous aider à parfaire l'organisation scientifique de l'Hôpital stationnaire récemment offert au gouvernement canadien par l'Université Laval, pour aller traiter les blessés alliés, à proximité des champs de batailles.

Pour obvier aux besoins non prévus qui surgissent, un fonds particulier est indispensable à tout hôpital militaire.

Le grand geste de nos compatriotes anglais souscrivant quatre-vingt mille piastres à l'hôpital de base organisé par l'Université McGill, illustre brillamment cette nécessité.

Nous vous demandons de contribuer au fonds particulier de l'Hôpital stationnaire Laval. Cet hôpital est une œuvre humanitaire et scientifique que nous entreprenons, et que nous désirons mener à bonne fin, pour l'honneur de la race et au profit de la science canadienne-française.

Dix mille Canadiens-français, bientôt, seront sur la ligne de feu. Plusieurs d'entre eux recevront des blessures. Nos médecins ne peuvent pas s'en désintéresser.

Une autre pensée non moins haute nous anime.

Nous désirons voir s'adonner quelques-uns de nos médecins, les plus avertis, à l'étude de la santé dans ses rapports avec la guerre, et à l'étude de la chirurgie de guerre. Ce sont là deux aspects de la science auxquels les savants de tous les pays s'intéressent vivement.

Les tranchées, les villes assiégées et les champs de batailles, alors qu'ils seront pour nos médecins, pour nos chirurgiens, pour nos étudiants et pour nos garde-malades l'occasion de dévouements héroïques, seront aussi un enseignement clinique comportant de profondes leçons de science et d'expérience, qu'il importe de recevoir sur place pour pouvoir, plus tard, en faire bénéficier pleinement la science canadienne-française.

Voilà, en deux mots, les motifs de nos démarches. Tout commentaire serait inutile.

Libre à chacun de s'inspirer d'autres motifs, d'autres pensées pour nous venir en aide.

A l'avance et à tous, pour le moindre sacrifice qu'on s'imposera en faveur de l'œuvre que nous préconisons, au nom de l'humanité et au nom de la science, nous disons le plus cordial merci.

LA COMMISSION DE L'HOPITAL LAVAL.

Le président :

Ls de L. HARWOOD.

Le secrétaire trésorier :

Joseph GAUVREAU.





COURS PUBLICS A LA FACULTE DE MEDECINE

—

Les Cours Publics de DEONTOLOGIE et d'HISTOIRE DE LA MEDECINE, commenceront à la Faculté de Médecine, mardi soir le 5 octobre, à 8 heures du soir et se continueront tous les mardis à la même heure. Ces deux séries de cours seront complètes en dix leçons chacune.

Le Docteur P. C. Dagneau donnera le premier cours de "Déontologie", mardi le 5 octobre, à huit heures. Le Docteur A. Vallée donnera le premier cours "d'Histoire de la Médecine" mardi le 12, à la même heure. Ces cours alterneront ensuite toutes les semaines; cinq cours de chaque série seront donnés avant Noël et cinq cours après la vacance du premier de l'an.

Ces cours sont ouverts au public et messieurs les Médecins sont particulièrement invités à y assister. On est admis sans carte. Les leçons ont lieu au grand amphithéâtre de l'École de Médecine.

