

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Bulletin Médical de Québec



JANVIER 1907

## SOMMAIRE

### *Mémoires.*

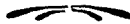
- 193—De la protection sanitaire dans...et par l'enseignement.  
Dr S. Bernheim de Paris.
- 206—Dyspepsies; (suite) Dr J. O. Leclerc.

### *Reproduction*

- 217—La prostatectomie transvésicale, par le Dr Léon Kerdirdjy, ancien interne des hôpitaux.
- 226—Le prurit anal, par R. Sabouraud, chef du Laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.
- 230—Technique de l'amputation du sein, par M. J. Faure. Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon.

### *Intérêts Professionnels*

- 238—Lettre de M. le docteur Lachapelle.
- 240—Mouvement chirurgical à l'hôtel-Dieu de Québec, Décembre, 1906. Dr A. Paquet.



INAPPÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTERITES  
NEURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

**Oenase**

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.  
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN,  
PARIS

## COLLABORATION SCIENTIFIQUE

---

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de  
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique  
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique  
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile  
de Beauport. Membre de la société Médico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à  
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du  
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryn-  
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,  
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. V. R. E, Chef du département d'électrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. B. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHIER, Médecin du dispensaire. Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. T. FISET, E. LAGERTE, A. LESSARD, E. POLI  
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PI  
NAULT, P. LAGUEUX, E. DION.

---

### DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, E. TURCOT, C. VERGE, P. FAU-  
CHER, A. SIMARD, E. MATHIEU, A. MAROIS, administrateur.  
R. FORTIER, secrétaire.

# MEMOIRE

---

## DE LA PROTECTION SANITAIRE DANS... ET PAR L'ENSEIGNEMENT

Dr, S. BERNHEIM de Paris

*La législation sanitaire d'un pays doit s'appuyer sur l'éducation hygiénique des citoyens.*—De plus en plus les questions intéressant la santé publique sont à l'ordre du jour.

Une loi nouvelle qui a pour objet de la protéger vient d'entrer en vigueur en France.—On ne peut encore la juger étant d'application trop récente.—Mais on peut affirmer qu'il en sera de cette loi comme de toutes les autres, et que les excellentes dispositions qu'elle renferme ne porteront tous leurs fruits que si elle s'adresse à des citoyens plus éclairés, plus instruits et mieux résolus, non seulement à attendre la protection de leur santé des pouvoirs publics et des mesures législatives, mais à l'attendre surtout d'eux-mêmes, de leur ferme volonté.

Nous l'avons dit souvent à propos du péril tuberculeux et des remèdes sociaux qu'il paraît comporter : une loi n'est utile que si elle garantit l'exécution d'une mesure déjà acceptée, déjà demandée par l'opinion publique. Dans un état démocratique surtout, c'est à l'opinion de précéder la législation, car c'est à elle qu'il appartient de se gouverner elle-même et d'imposer ses désirs, ses vœux à ses mandataires, à ses législateurs.—On ne fait bien, a-t-on coutume de dire, que ce qu'on fait avec plaisir.—Nous dirions volontiers qu'on n'observe bien aussi que les prescriptions dont on sent l'utilité et dont on aperçoit la néces.

sité pratique. Un peuple n'a donc, en somme, que les lois qu'il mérite, et tant vaut la conscience morale de la collectivité, tant vaut sa conscience sociale, tant vaut aussi sa législation. Une loi peut s'imposer de deux façons et ces deux façons sont celles mêmes que nous avons de commander autour de nous : la force et la persuasion. Certes, il est bon parfois d'imposer, au moins au début, des mesures préservatrices, des dispositions législatives auxquelles l'opinion semble tout d'abord réfractaire. C'est ainsi qu'il est utile parfois d'imposer sa volonté aux enfants, et ne pas discuter à perte de vue avec eux des sujets qu'ils comprendront d'eux-mêmes un peu plus tard. Et Pascal avait raison lorsqu'il parlait de "plier la machine", c'est à dire de s'imposer de faire d'abord ce dont on n'aperçoit pas tout de suite l'utilité lointaine ou les motifs cachés.

C'est par là que les lois bien comprises, en avance sur l'opinion publique, ont pu en certains pays modifier à la longue cette opinion elle-même et provoquer l'éducation de la pensée collective, après n'avoir pas tenu compte tout d'abord de ses résistances ou de ses révoltes.

Mais tous les peuples ne se prêtent pas volontiers à cet art de les gouverner. Il en est qui sont moins maniables, moins souples, moins malléables. Ils ne font, comme certains enfants terribles, que ce qu'ils veulent bien faire. Ils demandent les raisons avant d'obéir et n'obéissent que s'ils trouvent les raisons bonnes. C'est pour eux que la persuasion est de mise, et on n'arrivera à les convaincre que si on les persuade d'abord.

Nulle part, cette vérité n'apparaît plus évidente que dans les questions d'hygiène. On peut bien rédiger, décréter, imposer des lois ayant pour objet de protéger la santé publique. On peut ainsi espérer améliorer les conditions de cette santé et diminuer un jour la morbidité et la mortalité. Mais combien ce jour peut être éloigné si l'opinion de la masse est réfractaire

aux mesures qu'on lui impose, si elle en sourit et si elle n'a pour elles que scepticisme et indifférence ! Combien plus rapides au contraire, et combien plus sûrs seraient les effets d'une telle législation si elle s'adressait à des esprits déjà éclairés, pénétrés de son utilité, à des citoyens résolus à s'y conformer et à la faire respecter autour d'eux !

La santé publique ne sera vraiment protégée que le jour où elle sera, comme certains musées ou jardins, placée sous la protection de tous et de chacun. On connaît les inscriptions de ce genre : "Dans l'intérêt général, les collections de ce musée sont placées sous la surveillance de tous les visiteurs." Il faudrait que, en matière d'hygiène, la loi pût avoir la même confiance dans la sagesse et le concours de tous les citoyens. Oui ! il est nécessaire que tous les citoyens soient demain éclairés sur les grandes questions intéressant la santé publique. Il faut qu'ils soient pénétrés de la nécessité de se défendre contre les fléaux qui déciment la société moderne et qui menacent notre race dans sa perpétuité. Il faut qu'ils comprennent enfin l'urgence des conseils qui leur sont prodigués par les économistes, les savants, les médecins, les hygiénistes et qu'ils se décident à les respecter et à en assurer le triomphe.

Ainsi avec le concours de l'opinion publique et d'une législation avisée, s'organisera une lutte efficace contre ce qu'on appelle avec juste raison *les trois pestes modernes* : la tuberculose, l'alcoolisme et l'avarie.

*Du rôle de l'école dans les habitudes et la pratique de l'hygiène.* Pour faire l'éducation hygiénique du citoyen (nous disons son éducation et non pas seulement son instruction), c'est de bonne heure, dès l'école qu'il faut commencer. L'hygiène est, en effet, science de pratique, et plus d'application encore que de théorie. Elle se compose d'une série d'observations, de précautions, de petits soins, d'habitudes en un mot qu'il ne

suffit pas de connaître, mais qu'il faut surtout faire passer dans la pratique quotidienne.—N'est vraiment propre, ne se conforme à cet égard aux prescriptions de l'hygiène actuelle que celui qui est naturellement propre et qui observe ces habitudes de propreté avec la même facilité, la même régularité, le même naturel qu'il mange ou qu'il dort. Si l'on considère que l'habitude est une seconde nature, c'est cette seconde nature qu'il faut créer, façonner, éduquer en vue des préceptes de l'hygiène et de leur application courante. Or, c'est à l'âge où l'esprit est souple, la volonté ductile, le caractère facile à redresser, qu'il convient de faire toute éducation. C'est l'enfant qu'il faut plier aux habitudes d'hygiène et au respect de ses prescriptions. Et c'est pourquoi nous demandons que son éducation hygiénique soit commencée dès l'école.

*Les trois fléaux considérés dans leur influence dévastatrice.*  
La nécessité de cette éducation apparaît d'autant plus urgente que nous attendons d'elle nos armes les meilleures contre les trois fléaux qui désolent la société moderne.

1° *La Tuberculose.* Commençons par le plus dangereux, la tuberculose, qui est souvent l'aboutissant des deux autres. On sait quels sont les ravages de cette redoutable maladie. Une statistique souvent exposée et répétée démontre qu'il meurt en France, par an, 150.000 phthisiques;—et encore ainsi exprimé sans restriction, ce chiffre est-il au-dessous de la vérité, puisqu'il a été établi au moyen de statistiques qui portent sur l'ensemble des agglomérations grosses ou moyennes, mais supérieures à 5.000 habitants. De plus récentes statistiques, comprenant toutes les communes de France, accusent annuellement 200.000 victimes, et c'est un chiffre très probablement plus près de la vérité.

On sait aussi qu'il meurt en France 410 tuberculeux par jour, ce qui représente 4.000.000 en vingt ans, c'est-à-dire qu'en

vingt ans notre pays s'appauvrit, du seul fait de la tuberculose, d'une population qui représente celles de Paris, de Lyon et de Marseille réunies !...

On a dit, et c'est vrai, que tous les ans la tuberculose prive la France d'une population égale à celle d'une ville comme Toulouse, qu'il meurt tous les ans autant de français tuberculeux que les balles de 1870 en ont tués : qu'en un an la tuberculose fait plus de victimes que la plus meurtrière des épidémies de choléra ; enfin pour les plus endurcis, que rien ne peut toucher sinon les considérations financières et économiques, la tuberculose coûte chaque année à la France : un milliard de francs !

Un milliard perdu en frais de traitement inutile et mal compris, en journées de travail improductif, si l'on suppose le capital humain représenté par les 200.000 victimes de la tuberculose arrivées au moment productif de la vie !

Sur quatre décès calculés tant chez les vieillards que chez l'adulte et l'enfant, un est dû à la tuberculose. Mais combien cette proportion est plus effrayante encore si l'on s'en tient aux décès chez l'adulte, car on sait que sur 100 décès de 1 à 20 ans, 37 sont dus à la phtisie, et de 20 à 40 ans de l'existence humaine, ce n'est plus le quart mais les deux tiers qu'il faut mettre au compte de la tuberculose !

Du moins ce passif a-t-il tendance à diminuer ? C'est le contraire qui, malheureusement, est vrai. Il n'y a pas à s'en défendre : la tuberculose s'étend en France, elle fait tache d'huile. Pour ne considérer que les statistiques de nos hôpitaux parisiens, nous savons que pendant ces dix dernières années, l'augmentation régulière et annuelle a été de 8 à 900 décès par phtisie.

En est-il de même partout ? Constate-t-on la même augmentation chez toutes les nations de l'Europe ?



Au congrès de Berlin ; l'Office impérial de santé a fait distribuer une statistique intéressante. Elle ne tient compte que de la phthisie pulmonaire, en laissant de côté toutes les autres manifestations tuberculeuses. Dans cette statistique européenne, la France arrive au premier rang à côté de la Russie et de l'Autriche, c'est-à-dire des nations qui détiennent le record de la mortalité par tuberculose, tandis que cette mortalité diminue graduellement et progressivement dans d'autres pays et particulièrement en Angleterre et en Allemagne.

L'Angleterre, en 50 ans, a fait baisser son chiffre de létalité tuberculeuse de 14 pour 10.000 habitants, et dans ces 20 dernières années de 4 et  $\frac{1}{2}$  pour 10.000 habitants.

En Allemagne la mortalité tuberculeuse a de même très sensiblement diminué.

La tuberculose est donc pour nous un péril vraiment national, et si elle fait des ravages particulièrement cruels parmi les instituteurs, elle se rencontre trop fréquemment aussi chez nos jeunes écoliers. Nous avons pu en faire la triste constatation dans le Dispensaire anti-tuberculeux de l'enseignant primaire du département de la Seine, qui fonctionne à Paris depuis quelques mois. Durant cette courte durée, les médecins de l'Oeuvre de la Tuberculose Humaine ont donné plus de 7.000 consultations à des instituteurs dont la santé était ébranlée, dont la plupart étaient tuberculeux, dont d'autres étaient des proies indiquées à la contagion tuberculeuse. D'autre part, le professeur Grancher, qui a fondé une œuvre admirable de préservation contre la tuberculose a fait examiner par ses disciples, des médecins compétents, les enfants fréquentant les écoles du 15<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. On a constaté que sur la masse générale des enfants de ces deux arrondissements 11% étaient porteurs de lésions tuberculeuses incontestables. Ainsi donc 11% de notre génération actuelle est touchée

dès le jeune âge, non pas de naissance, mais par contagion. de par les mauvaises conditions d'hygiène. Rien d'étonnant alors qu'un quart de notre population disparaît victime du redoutable fléau.

1° *L'Alcoolisme.*—Les méfaits de l'alcoolisme sont, hélas ! aussi redoutables, sinon aussi manifestes et aussi palpables, parce qu'à côté de l'alcoolisme qui s'étend au grand jour, funeste exemple mais au moins fléau combattable, il y a l'alcoolisme qui se cache, qui a honte de lui, en effet, mais à qui cette honte ne profite guère pour s'amender lui-même, et qui se livre d'autant mieux aux turpitudes de sa passion malheureuse qu'elle est soigneusement cachée et inaccessible aux objurgations de l'opinion publique.

Il y a donc tout un territoire de l'alcoolisme qui échappe aux enquêtes des statisticiens. Même amputées de cette portion, qu'on devine, hélas, considérable, ces statistiques sont encore tristement édifiantes.

Le Dr Baratier, dans une étude intitulée les *Bienfaits de l'Alcool*, arrive aux relevés suivants :

1° 7,842,055 maisons couvrent le sol de France : or si l'on tient compte que notre pays possède 521.000 débits de boissons, cela fait, pour le total des maisons d'habitation un débit pour chaque dix-septième maison. Sur 17 maisons il y en a une qui contient un débit de vins, apéritifs et spiritueux, et les 16 maisons font vivre la dix-septième qui les empoisonne !

2° Il y a en France 521.000 débits de boissons. Cela fait pour 56.500.000 habitants un débit pour 72 habitants. Il y a donc 71 habitants qui font vivre le 72ème, lequel le leur rend en les empoisonnant.

3° En 1880, la France comportait 56.000 débits ; aujourd'hui il y en a 521.000. En 22 ans à peine, le nombre des débits a plus que décuplé. Là où il y en avait un il y en a onze.

4° La consommation annuelle d'alcool a augmenté dans les mêmes proportions. La moyenne par habitant, qui était en 1830 de 1 litre 12, atteint, en 1900, 7 litres 11. Et cette moyenne menace de croître et de s'embellir. D'ailleurs, en certaines contrées, chaque habitant consomme 70 à 190 litres d'alcool par an !

5° Nous avons vu ce que la tuberculose coûtait au trésor public. Or l'alcoolisme coûte directement aux buveurs français 1 milliard 300 millions de francs par an ; à ce chiffre faut il encore ajouter l'argent que ne gagne pas l'alcoolique, quand, fou et ivre, il se blesse, se rend malade ou chôme par sa faute ?

6° Sur 100 individus internés à l'Asile Sainte-Anne, en 1896, il y avait 30 aliénés par alcoolisme direct chez l'homme et 9 chez la femme.

Ajoutons que dans certaines régions, comme le Nord et le Pas-de-Calais, on compte un estaminet pour quatre maisons.

7° Et de même que nous avons comparé la tuberculose chez nous et chez nos voisins, que nous enseigne la statistique de l'alcoolisme dans les autres pays ?

Le tableau suivant, emprunté à Ruysen, nous donne la consommation annuelle d'alcool par tête contenu dans les diverses boissons :

France.....	14 lit.
Belgique.....	10 - 5
Allemagne.....	10 - 5
Iles Britanniques.....	9 - 52
Suisse.....	8 - 75
Hollande.....	5 - 25
Etats-Unis.....	6 - 10
Suède.....	4 - 50
Norvège.....	3 - 50
Canada.....	2 - 25

Nous nous contentions de citer ces chiffres si tristement édifiants en faisant remarquer que la Pologne ne figure pas dans ce tableau. Mais il semble bien que le proverbe jusqu'ici consacré aux Polonais pourrait s'appliquer aujourd'hui aux Français !

3° *L'Avare.* Quant à l'avare, une appréciation rigoureuse de ses crimes est beaucoup plus difficile, car cette maladie échappe presque totalement à la statistique. Il s'agit là d'une affection pour laquelle le secret professionnel est presque absolu et dont on ose à peine parler.

*De la jausse pudéur et de ses dangers.* Nous estimons que cette pudéur toute pharisaïque est aussi dangereuse que déplacée. Lorsqu'on veut combattre un ennemi, il faut avoir le courage de le regarder en face et de l'appeler par son nom.

Certes nous ne demandons pas qu'on en parle à l'enfant et qu'on glisse trop tôt dans ses oreilles dignes de tous les respects de tristes et dures vérités. Mais quand l'enfant devenu jeune homme est exposé de par les lois mêmes de son organisme adulte aux dangers de l'inconséquence, de la légèreté ou de l'ignorance, de quels reproches, aux jours de la chute, de la malchance, n'est-il pas en droit d'accabler les trop réservés éducateurs qui veulent lui laisser ignorer le mal dans l'espoir que le mal les ignorera ? Ayons donc le courage des décevantes mais nécessaires révélations, quand l'heure sonnera pour nos enfants, des secrets dangers. Aux familles qui se laissent trop complaisamment effaroucher par la laideur des mots, répétons le mot de saint Paul : *Omnia mundo mundis, aux cœurs purs tout est pur.* Et n'abdiquons pas nos devoirs d'initiateurs avisés et prudents devant la mauvaise renommée d'un mot.

Il est incontestable que les maladies vénériennes, l'avare en particulier, sont extrêmement fréquentes. On ne saurait dire si cette fréquence est plus grande aujourd'hui qu'autrefois,

mais ce qui est certain c'est que les maladies vénériennes ont une action plus nocive, plus dangereuse sur l'organisme humain. Ce qui n'est pas moins démontré aussi, c'est qu'un grand nombre de contagions se réalisent d'une façon tout à fait innocente et cela par le seul fait de l'ignorance. Aussi devons-nous nous efforcer par tous les moyens de porter remède à un mal qui compromet, plus qu'aucun autre, la vitalité et la résistance de ses victimes et de leur descendance.

À cet égard : des lignes se sont formées, ayant pour objet la prophylaxie sanitaire et morale de la société. Leur programme est vaste, complexe leur mission, car l'étiologie des maux qu'elles veulent combattre est multiple et embrasse une série de questions d'hygiène, d'éducation morale, de prophylaxie policière, de surveillance médicale, qui ne se peuvent résoudre du jour au lendemain.

Mais il semble bien qu'ici encore, en protégeant la jeunesse qui est, à vrai dire, la plus exposée, on ferait œuvre féconde. On répète souvent dans un sens qui n'a rien de bien édifiant et avec des regrets qui se traduisent par un état de conscience très élevé, ce proverbe qui est sans doute la consolation de ceux qu'on appelait autrefois des "gérants impénitents" et des "Don Juan" sur le retour, qu'on appelle aujourd'hui des "Vieux Marcheurs" "Si vieillesse pouvait, si jeunesse savait."

Oui ! si jeunesse savait ! Si on lui montrait un peu mieux les dangers semés sur sa route, les périls auxquels l'expose bénévolement son ignorante confiance, on aurait à déplorer moins de malheurs immérités. On ne verrait pas autant de santés compromises par des péchés de jeunesse. Sans doute, le mal vilain ne disparaîtra pas complètement de la surface de ce monde mais il sera singulièrement restreint et n'atteindra que les impénitents. Et comme l'a dit Duclaux dans son traité d'Hygiène : "Les gard-fous n'empêchent pas les fous de se jeter à la rivière,

mais ils ont du bon, car ils empêchent d'y tomber ceux qui n'ont aucune idée de se noyer."

M. le Professeur Fournier a écrit : "Pour nos Fils, quand ils auront 18 ans" un court bréviaire de leur vie extra-familiale qui est une merveille de clairvoyance et de prudence, nous dirions volontiers de chaste initiation.

Or, quand ils ont 18 ans beaucoup de nos fils sont encore au lycée, suivent les cours d'adultes, des écoles normales, etc. Est-ce que même sur ces délicates matières une ou deux conférences seraient déplacées ? Et puisqu'il s'agit là de sujets surtout et même exclusivement médicaux, pourquoi, au lieu d'en-changer les professeurs (ce qui serait peut être un peu désobligeant pour eux), ne confierait-on pas ces conférences, avec une demi-douzaine d'autres touchant des sujets d'hygiène individuelle ou sociale, aux médecins de ces établissements qui deviendraient ainsi, pour quelques séances, les éducateurs des jeunes gens ?

*Des trois fléaux sociaux considérés dans leurs rapports sociaux.*—Il y a donc déjà à montrer à notre jeunesse combien les trois fléaux sociaux de notre époque exercent des ravages, pris isolément. Il y aurait aussi à lui montrer comment ils se commandent, s'enchainent, se pénètrent, s'appellent, nous dirions volontiers comment ils se complètent mutuellement.

On sait, par exemple, les rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme. Tous les observateurs ont constaté une recrudescence de la phthisie dans tous les départements français où on abuse des boissons alcooliques. Le Dr Imbault rapporte aussi que les enquêtes faites sur les tuberculeux dans les hôpitaux établissent que la plupart d'entre eux sont des alcooliques invétérés. Le Dr Arrivé, citant les travaux de Lancereaux, de Thoinot et de Marfan, croit pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° La tuberculose est fréquente parmi les alcooliques

campagnards ; 2° diverses données statistiques montrent qu'il existe une certaine analogie entre la répartition de l'alcoolisme et de la tuberculose. Lancereaux affirme également que la phtisie acquise chez l'ouvrier des villes est presque toujours greffée d'alcoolisme.

Si maintenant nous examinons les rapports de la tuberculose et de l'avarie, nous voyons que, là aussi, la maladie vénérienne, en affaiblissant l'organisme, prépare la voie à l'infection tuberculeuse et aggrave singulièrement cette infection. Nous ferons, enfin, la même remarque en ce qui concerne les rapports de l'alcoolisme et de l'avarie. Cette dernière maladie est particulièrement mauvaise chez les alcooliques. Ce qui faisait dire à un médecin des hôpitaux : "On a toutes les raisons d'être sobre, mais surtout lorsqu'on est syphilitique."

*On ne peut combattre l'un quelconque de ces fléaux qu'en les combattant simultanément tous les trois.* -- Tels sont les ravages causés dans notre société moderne par les trois fléaux de la santé publique, tels sont les rapports qu'ils affectent entre eux. Nous avons donc raison de dire qu'ils s'appellent et se commandent mutuellement. "La phtisie se gagne sur le zinc" dit le professeur Hayem ; et le professeur Fournier ajoute : Si la tuberculose se gagne dans l'estaminet, la syphilis, pour compléter le plaisir, se gagne souvent dans l'arrière boutique."

On conçoit donc qu'on ne combattra efficacement l'un quelconque de ces trois maux unis si étroitement, que si le combat porte de front sur tous les trois et si l'attaque se fait synergiquement des trois côtés à la fois.

Certes les ligues sont nombreuses qui combattent isolément l'un des trois fléaux. Il existe de nombreuses sociétés anti-alcooliques. Les œuvres qui se proposent la défense contre la tuberculose ne sont pas moins nombreuses. Il en est, enfin, de plus récentes qui ont pour objet la prophylaxie sanitaire et

morale contre l'avarie et les maladies vénériennes. Mais ainsi que le remarque le professeur Landouzy : "Ce qu'il faut c'est grouper, coordonner les efforts ; c'est fédérer en une véritable coopérative sanitaire les œuvres déjà existantes : les œuvres, les fondations et les ligues anti-tuberculeuses, les ligues anti-alcooliques, les ligues d'assistance, les œuvres maternelles, les sociétés de logements économiques, les coopératives alimentaires : superbe fédération sanitaire, à laquelle, dans un but de solidarité sociale, toutes les associations syndicales, les mutualités et tous les groupements devront apporter leur concours. Ces énormes efforts, faits en commun, dans le but d'éteindre la tuberculose, le mal social de notre époque, ne peuvent manquer d'aboutir."

*Rôle de l'école dans l'organisation de cette lutte.*— Mais ne semble-t-il pas qu'à cette lutte, l'homme, le citoyen serait armé, s'il y avait été préparé dès la jeunesse ou l'enfance ; si on lui avait montré les tentations et les dangers qui le menaceront un jour, comment il résistera aux uns, évitera les autres ; si au lieu de l'élever dans une très douce ignorance de ces déchéances ou de ces misères, on les lui avait montrées telles qu'elles sont, évitables avec un peu d'efforts et de précaution, d'hygiène et de bonne volonté.

Lorsque dans une récente étude nous avons examiné les moyens de combattre la tuberculose à l'école, nous avons eu la joie de nous trouver en présence d'une circulaire adressée par le Ministre de l'Instruction publique, aux recteurs et aux diverses universités françaises. Les pouvoirs publics donnaient donc l'exemple de la lutte anti-tuberculeuse, comme déjà autrefois on l'avait fait pour l'alcoolisme (1), et ils l'imposaient dans les divers établissements d'instruction de l'État.

---

(1) Circulaire anti-alcoolique du 12 novembre 1900 adressée par M. Georges Leygues, ministre, aux recteurs d'Académie.



## DYSPEPSIES ( suite ).

*Dyspepsies liées à un état nerveux, neurasthénique ou psychique.*

A° *Dyspepsie neurasthénique* : Il y a une étroite relation entre la vie mentale et la vie gastrique. Quelques auteurs ont néanmoins nié cette relation. " Il n'y a pas de foie nerveux, disait Hayem, il n'y a pas de rein nerveux ; pourquoi y aurait-il l'estomac nerveux ? " L'on connaît aujourd'hui l'action de l'état névropathique sur les viscères creux, et depuis qu'on a isolé la neurasthénie, depuis que Beard a séparé le "mal spécial aux Américains" du nervosisme, depuis les travaux de Charcot et de Huchard, tous les auteurs s'accordent à donner une place plus ou moins grande au syndrome dyspepsie dans le cadre nosologique et dans l'évolution de la neurasthénie.

Ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé au début de ce travail que de décrire le cortège si long et si varié qui accompagne la maladie de Beard.

Il est cependant des formes, bien étudiées par Bouveret, Mathieu et en ces derniers mois par J.-Ch-Roux, qui semblent se détacher de la forme banale ; il est des cas où les troubles dyspeptiques dominent la scène, où les autres stigmates de Charcot sont relégués à l'arrière plan, plus ou moins confus, se laissant à peine deviner, et où les phénomènes gastriques semblent à eux seuls constituer la maladie. Ce sont les faux gastropathes de Dubois (de Berne), ce sont ces malades qui intéressent la pathologie gastrique dont nous allons dire quelques mots et dont nous décrivons 2 types diamétralement opposés.

1° *Dyspepsie neurasthénique avec atonie gastrique ou dilatation asthénique de l'estomac (Roux).*

Le malade ne présente ici aucun symptôme caractéristique. Il nous raconte qu'à la suite de chagrins, émotions, frayeurs

etc., sa digestion est devenue pénible. Immédiatement après les repas il éprouve une sensation de bien-être, mais la scène change rapidement ; il ressent bientôt des douleurs, mieux des malaises gastriques, sa tête est lourde, il est somnolent, accablé, ses troubles sont plus marqués le matin au réveil, puis graduellement ils s'atténuent pour disparaître presque complètement vers 4 h. p. m. Il dit que la digestion se fait mieux après le repas du soir.

Si on essaie de faire préciser ses sensations le malade ne le peut, il n'y a rien de net. Ce sont des malaises qui s'irradient à tout l'organisme ; ses plaintes sont variées. On n'a plus ici l'étiologie nette, non plus que les douleurs précises à l'heure observées dans la dyspepsie liée à une gastrite chronique ; les malades diffèrent entre eux contrairement aux douleurs tardives vraies où tous sont calqués les uns sur les autres. "Ce qui les caractérise c'est la multiplicité de leurs plaintes" (Lasègue.)

À l'examen on trouve un estomac dilaté qui clapote, la succussion révèle un bruit de flot. Mais contrairement à ce qu'on observe dans les cas de rétrécissement pylorique, l'estomac est toujours vide le matin à jeun. Il suffit alors de faire boire au malade 50 à 100 grammes d'eau pour réveiller le bruit de clapotage et de flot. L'estomac n'est, en général, pas sensible et la sensibilité épigastrique est nulle ou à peu près nulle.

On pourra quelquefois noter des ptoses viscérales par suite de l'atonie de la paroi de l'abdomen.

En somme les malades de cette catégorie souffrent peu.

2° *Dyspepsie neurasthénique avec hyperesthésie permanente du plexus solaire.*—Les malades de cette classe ressentent des douleurs extrêmement pénibles, mais ce ne sont pas les douleurs régulières, les douleurs tardives vraies. La modalité des douleurs perçues peut changer, mais toujours à l'état de veille l'estomac et le point épigastrique sont sensibles aux faibles pres-

sions de 500 à 1000 grammes. La douleur n'existe qu'à l'état de veille contrairement à ce qu'on observe dans les douleurs tardives qui peuvent survenir à toute heure du jour et de la nuit et si à ce moment le malade dort, il est éveillé par l'arrivée de la douleur. Ce fait ne s'observe jamais dans la dyspepsie neurasthénique et c'est un point de diagnostic qui a son importance. De plus la douleur ne se cantonne pas à l'estomac et au plexus solaire, elle s'étend à tout le sympathique; il en résulte un nombre de sensations douloureuses s'irradiant à l'infini.

L'atonie gastro-intestinale est encore plus marquée que dans la forme précédente, l'estomac se vide mal, le malade dépérit par défaut de nutrition et les troubles névropathiques s'accroissent d'avantage. En pareille occurrence, on en est à se demander si les troubles neurasthéniques ne sont pas la conséquence des troubles dyspeptiques. (Mathieu)

Voilà deux types neurasthéniques extrêmes entre lesquels on peut observer tous les intermédiaires. L'élément nerveux et l'élément gastrique peuvent former des associations assez bizarres et il faut toute l'attention du médecin pour refaire la part de chacun d'eux.

Au cours des états de neurasthénie gastrique on observe fréquemment de l'amaigrissement qui va quelquefois à l' inanition. Ces neurasthéniques par suite des malaises qu'ils éprouvent à l'ingestion des aliments, diminuent leur alimentation, réduisent leur ration journalière au point de se nourrir très insuffisamment et de présenter des phénomènes généraux assez graves, quelques malades accusent des sensations de défaillance et d'anéantissement, des nausées au moment où ils vont manger. Ce n'est qu'une perversion de la sensation normale de la faim, qu'on fera disparaître en disant aux malades de manger quelque temps avant l'heure ordinaire de l'apparition de ces symptômes.

Ces malades présentent quelquefois de l'anorexie vraie du

dégout pour les aliments et si on a soin de les bien alimenter, on voit l'appétit revenir avec les forces générales.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes banals de l'inanition ; qu'il nous suffise de dire que chez ces malades tous les organes sont maigres comme l'extérieur, et comme lui aussi ils ont peu de résistance. Chossat a démontré que l'estomac d'un animal qui mourrait de faim perdait la moitié de son poids normal ; Roux et Mathieu ont démontré que le foie maigrissait chez les inanitiés comme il augmente de volume chez les gros mangeurs, et qu'il y avait un rapport constant entre la quantité des ingesta et le volume du foie.

Quoiqu'il n'y ait pas d'expériences à leur sujet on peut présumer que le même phénomène se passe dans les autres viscères.

Au point de vue pratique la balance est encore le meilleur moyen de diagnostic, d'ailleurs les malades ne manquent pas de nous dire qu'ils maigrissent. Engraissions ces malades, faisons-les manger malgré eux et nous les guérisons. Ils souffriront davantage les premiers jours, ça n'a pas d'importance, persévérons et nous aurons des succès.

*Hystérie.* C'est la grande simulatrice, disait Charcot, et Babinski, donnant une définition magistrale de la névrose dit : " L'Hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner."

On sait tout le mal que peuvent donner au médecin les hystériques, on connaît leur pouvoir de simulation grossière quelquefois, mais qui ne laisse pas d'embarrasser le praticien. Ainsi telle hystérique qui, pour une cause pathologique, vomit aujourd'hui, vomira demain, les jours, les semaines, quelquefois les mois suivants grâce à cette faculté qu'elle possède de s'auto-suggestionner. Et ce à tel point que 60% des vomissements incoercibles seraient de nature hystérique et la clinique a prouvé

que le pourcentage n'était nullement exagéré quoiqu'en disent Pinard et quelques gynécologues. Combien de fois n'a-t-on pas vu une psychothérapie et un isolement bien réglés arrêter des vomissements incoercibles contre lesquels tout traitement avait échoué ?

Gardez-vous d'examiner les fonctions organiques chez ces malades, disent quelques neurologistes, vous allez les éduquer et elles vous causeront de nouveaux ennuis auxquels elles n'avaient pas songé jusque là. Voilà qui est bon, mais il ne faut pas oublier qu'assez souvent l'hystérie n'est qu'une manifestation extérieure d'une lésion organique sous-jacente.

L'on voit d'ici la perplexité dans laquelle se trouve le médecin en présence de ces malades, et c'est un sujet qui a fait couler des flots d'encre pour n'aboutir à aucun résultat pratique. Ce serait présumer de nos forces que d'entreprendre de résoudre la question. Nous laissons donc à la sagacité de chacun le soin de délimiter où, chez ces malades, s'arrête la simulation et commence la vérité et lui souhaitons de réussir. Nous nous bornons donc à énumérer rapidement les diverses manifestations gastriques sur lesquelles la névrose a plus de prise et nous dirons la ligne de conduite suivie par la plupart des cliniciens.

*Quels sont les caractères auxquels on reconnaîtra les vomissements hystériques ?*

Ils sont persistants ; une hystérique qui vomit une fois continue d'avoir des vomissements *faciles*. Immédiatement après avoir vomî, elle peut manger, comme si rien ne s'était passé d'anormal. De plus malgré les vomissements répétés le malade conserve un état général assez bon, sauf toutefois le cas où les vomissements deviennent incoercibles.

La *gastralgie hystérique* répond souvent à une cause déterminée. La malade souffre de douleurs tardives vraies, mais elle ne fait rien à demi, elle ornemente sa crise d'hystérie. Une en-

quête minutieuse sur les *hémathémèses* nous révélera quelquefois un ulcus sous-jacent. Il faudra toujours avoir soin de se faire montrer les vêtements ou le mouchoir de la malade, on constatera quelquefois que le linge est taché en rose. Ce liquide, mélangé de sang et de salive vient de l'oesophage, c'est la pituite hémorragique, dont le mécanisme est un acte réflexe peu connu. Enfin le tympanisme hystérique peut s'observer quelquefois, ce sont les grossesses gazeuses disparaissant pendant le sommeil et qu'il ne faudra pas confondre avec le tympanisme des aérophages de Brodie, car le traitement diffère du tout au tout.

Dans le pithialisme on peut observer l'inanition tout comme chez les neurasthéniques, mais souvent aussi l'on observe l'anorexie mentale décrite par Charcot et Lasègue. C'est une conséquence de l'auto-suggestion. Ces malades souffrent de l'estomac, ils se disent que les aliments sont cause de tout mal. Réduisant leur alimentation, elles affectent de ne plus manger du tout pour persuader l'entourage qu'elles sont réellement malades mais elles mangent des menues friandises dès qu'elles ne se sentent plus observées. Les choses se passent ainsi durant quelques semaines, la malade garde un état général assez bon ; puis petit à petit elle s'inanite, perd ses forces et mourra de faim si on n'est pas intervenu, ou si une raison quelconque n'a pas amené un changement brusque chez cette malade. On cite plusieurs cas de mort.

*Dyspepsies psychiques et des dégénérés.* Quoique n'ayant pas de lésions organiques, quelques petits aliénés vont consulter pour des affections gastriques. On rencontre surtout deux grandes catégories que l'on divise d'après leur état mental en hypochondriaques et en mélancoliques.

*Dyspepsies hypochondriaques.* On connaît sur quel terrain roulent les idées délirantes de cette catégorie de malades appelés hypochondriaques

Leurs idées de négation s'arrêtent quelquefois sur l'estomac. C'est alors une série de plaintes bizarres, illogiques; ils disent avoir une barrière qui empêche le transit des aliments, ils sentent le contact d'une bête, lézard ou autre qui se nourrit à leur détriment, ils n'ont plus d'estomac etc., etc. S'ils sont plus éduqués ils emploieront des termes techniques, parleront d'ulcère, ne néoplasme, etc. La série en est très variée et quelquefois même pittoresque.

Ces malades sont de vrais tyrans domestiques qui subjuguent leur entourage à leur estomac; ce sont de vraies ruines familiales; ils dépensent leur fortune à courir après les spécialistes les plus en vue, à se composer des menus les plus délicats, les plus bizarres et les plus chers, enfin ce sont de vrais désastres.

*Dyspepsies des mélancoliques.* Ces malades sont des anxieux qui refusent toute nourriture à cause d'une idée délirante de culpabilité, de ruine, d'indignité ou autre. Ils diffèrent du tout au tout avec les précédents. Tout leur être exprime l'angoisse, la dépression qui forme le fond mental de ces psychiques.

Point n'est besoin d'ajouter qu'entre ces types, il y a place pour tous les intermédiaires et ils sont nombreux. Si la thérapeutique peut améliorer les mélancoliques, elle ne peut guère contre les hypochondriaques, ce sont des amoureux.

*Traitement des dyspepsies neurasthénique.*—Les neurologistes font de la psychothérapie chez ces malades, ils essaient de leur démontrer qu'ils ne souffrent de leur estomac que parcequ'ils le veulent bien, que s'ils avaient un peu plus d'énergie tous ces troubles disparaîtraient etc. Pourquoi ergoter avec ces malades qui souvent ne veulent pas raisonner, pourquoi se torturer l'esprit, risquer de perdre patience dans une telle gymnastique, quand on a à notre disposition un moyen bien plus facile? Ces malades sont presque tous des inanitiés, ou des gens dont l'alimentation a été défectueuse. Voilà un symptôme sur lequel

le traitement aura prise facile. Disons tous simplement au malade qu'il souffre parcequ'il ne mange pas assez, disons-lui de manger même s'il n'a pas faim, qu'il souffrirait peut-être davantage les premiers jours, mais que bientôt l'appétit va revenir et à son retour tout va disparaître. Il faut à tout prix que le malade engraisse, plus vite il engraissera, plus vite il guérira.

On voit par la physiologie qu'il faut à un homme 2.500 calories par jour pour maintenir l'équilibre entre l'assimilation et la désassimilation, or une enquête sur la quantité d'aliments nous convaincra facilement que le malade absorbe à peine 1500 calories ou moins, d'où cette dépression générale, ces troubles neurasthériques. On se basera donc sur ces données physiologiques pour l'établissement d'un régime; on permettra des aliments d'une digestion facile et pour ne pas surcharger cet estomac atone, on multipliera les repas, (7 ou 8 fois par jour) depuis 8 heures du matin à 9 ou 10 heures du soir.) L'estomac évacuera facilement les aliments pris ainsi en petite quantité, reprendra peu à peu sa tonicité à mesure que le malade augmentera son poids.

L'hydrothérapie donnera quelquefois de bons succès comme adjuvant du régime. Si on a affaire à un malade peu inanitié, ça ne sera pas long, si au contraire le malade est très inanitié il faudra poursuivre ce régime pendant quelques mois.

"L'embonpoint accru quand l'état mental reste le même, disait Esquirol, est un signe d'incurabilité." Cet aphorisme est vrai ici et l'on peut dire que l'embonpoint accru quand l'état dyspeptique reste le même est un signe d'incurabilité; on pourra essayer la psychothérapie alors, mais les succès ne seront pas nombreux.

Enfin si malgré le traitement le malade n'engraisse pas, c'est que celui-ci se joue de nous. Il ne faut pas reculer devant l'isolement avec suralimentation bien suivie.



*Hystérie.* L'alimentation est ici tout à fait secondaire, il faut l'isolement. Le malade sera enfermé dans une chambre sombre, on défendra toute visite. Personne ne devra lui parler que le médecin. Ses questions resteront sans réponses, ses lamentations, ses cris et ses pleurs sans pitié. Le médecin visitera la malade tous les jours, lui démontrera que toute séquestration cessera quand elle aura cédé, lui fera sentir qu'elle a un maître. Quarante-huit heures suffisent en général.

Pendant ce temps on nourrira la malade au lait ; elle refusera toute nourriture, ça ne lui fait rien.

Pour réussir il faut au médecin de l'énergie ; il lui faut une aide intelligente possédant une main de fer sous un gant de velours ; quand la malade aura cédé, quand les crises auront cessé on pourra alors instituer un traitement s'il y a lieu.

On renouvellera l'isolement avec chaque crise.

*Psychoses et Dégénérescence.* Par l'isolement on arrivera quelquefois à améliorer les mélancoliques, mais il faudra être prudent, car ces malades sont portés au suicide. La persuasion arrivera quelquefois à améliorer ces malades. Ces mélancoliques ne sont pas tous des incurables.

Chez les dégénérés, il faut s'armer de patience. Ce sont des incurables, des égoïstes qui ne se soucient guère d'ennuyer tout le monde notamment le médecin jusqu'au jour où lassés de celui qui les traite, ils iront en voir un autre. S'il leur reste un peu de raison, sayons la psychothérapie ; mais le plus souvent ce sont des êtres dépourvus de sens moral, on ne peut rien pour eux, si ce n'est de les empêcher de mourir de faim ou d'être des ruines pour leur famille qu'on avertira de leur état.

#### DYSPEPSIES SECONDAIRES

Assez souvent au cours d'affections fébriles on observe des troubles dyspeptiques se rattachant à l'infection, ces troubles guérissent en général avec la maladie et ne deman-

dent guère de traitement spécial. Par dypepsies secondaires, on entend plutôt les troubles liés à des affections chroniques au cours desquelles le syndrome gastrique semble constituer toute la maladie, réléguant dans l'ombre l'affection causale et la masquant quelquefois entièrement. Il faut toujours en présence d'un gastropathe, songer à pareille possibilité, sinon on risquerait de faire de grossières erreurs de diagnostic. Suivant Roux, nous diviserons ces dyspepsies en 3 classes.

1°. *Dyspepsies par hyperesthésie réflexe du plexus solaire.*

La dyspepsie est alors secondaire à une lésion du voisinage et parmi les causes les plus fréquentes citons les affections intestinales :

Voici un malade qui après les repas se sent gonflé, il a des bouffées de chaleur, de la somnolence et d'autres troubles vagues. L'examen nous révèle un intestin atone ou spasmodique et le point épigastrique très douloureux. Ce malade guérira dès qu'on aura fait disparaître sa constipation.

En voici un autre habituellement constipé qui se plaint de troubles gastriques qui n'ont aucune espèce de signification.

Mais à l'examen, on trouve que la région appendiculaire est douloureuse. L'attention est attirée de ce côté et on retrace l'histoire d'une appendicite chronique. Le traitement causal fera disparaître la dyspepsie.

Le foie et les voies biliaires sont encore des causes fréquentes de dyspepsie. Nous ne voulons pas parler des crises classiques de lithiase dont le diagnostic s'impose d'emblée, mais des formes frustes de coliques hépatiques ; Gilbert a décrit une forme de colique vésiculaire dont le diagnostic est quelquefois très difficile.

La douleur localisée au point vésiculaire et au plexus solaire nous fera penser à la possibilité des coliques.

Les affections utéro-ovariennes peuvent aussi entrer en li-

gue de compte. Les symptômes gastriques sont ici très bizarres. L'examen réveillera une sensibilité localisée à l'hypogastre et aux plexus nerveux. L'examen gynécologique aidera au diagnostic.

Par suite des tiraillements exercés sur les plexus nerveux, la dislocation abdominale est une cause fréquente de dyspepsie. Il faudra donc rechercher les ptoses viscérales dans l'examen d'un dyspeptique. Le port d'une ceinture de Glénard ou un corset hypogastrique guérira rapidement ces malades pourvu toutefois qu'il n'y ait pas de prolapsus utérin.

2°. *Dyspepsies par auto-intoxications.* Mathieu et Laureaux ont attiré l'attention sur les manifestations urémiques de l'estomac. Ces malades rappellent si bien la symptomatologie des cancéreux que 8 fois sur 10 à première vue, on porte le diagnostic de néoplasme gastrique. Les nausées continuelles, les vomissements, les vertiges, la dyspnée (dyspnée toxico-alimentaire de Huchard) l'albuminurie quand elle existe, et surtout l'absence de sang dans les fèces à la réaction de Weber sont les éléments essentiels du diagnostic. Le régime lacté améliorera rapidement ces pseudo-cancéreux.

L'urinémie gastrique s'observe quelquefois chez les vieux prostatiques qui vident mal leur vessie. Ces malades nous disent qu'ils ne peuvent plus avaler de pain à cause de l'absence de la sécrétion salivaire. Ils ont la langue sèche, les troubles dyspeptiques sont très vagues. L'examen prostatico-vésical aidera au diagnostic. Soigner la vessie de ces malades, c'est guérir l'estomac.

*Par mécanisme complexe peu connu.* Souvent chez les mitraux on observe des digestions laborieuses, malaises, gonflement après les repas. Le malade se plaint rarement de vraies douleurs, tandis qu'au contraire chez les aortiques on peut ob-

server après une marche de vraies crises d'angine de poitrine à localisation abdominale.

Le régime lacté et le traitement de la lésion cardiaque améliorera l'estomac de ces malades. Chez les tuberculeux la gastrite infectieuse par déglutition des crachats s'ajoute souvent à la gastrite médicamenteuse. Il n'y a presque rien à faire, sinon calmer les douleurs quand elles sont trop intolérables.

Quelques phtisiques se plaignent de toux émétisante et comme le dit Marfan, le malade tousse parce qu'il a mangé et vomit parce qu'il tousse. On améliorera le sort de ces malades en leur faisant prendre dès qu'ils sentiront le besoin de tousser à l'heure présumée de leurs vomissements de l'eau chloroformée ou quelques pilules de glace.

Nous en avons fini avec les dyspepsies, notre intention n'a pas été de faire un travail complet sur le sujet, mais simplement de donner un aperçu général des doctrines les plus à la mode aujourd'hui, de définir certaines expressions passées en clinique aujourd'hui et qu'on ne trouvera décrites nulle part. Nous serons content, si nous avons pu être profitable à quelques-uns.

J. O. LEGLERC.

---

## REPRODUCTION

---

### LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

Par le Dr. LEON KENDIRDJY

*Ancien Interne des Hôpitaux*

L'extirpation de la prostate hypertrophiée par la voie périméale, après avoir été la méthode de choix, semble devoir céder le

pas à la prostatectomie transvésicale, conçue et exécutée, voilà six ans, par P.-J. Freyer, de Londres. Dans un ouvrage clair, précis et didactique, le chirurgien anglais vient d'exposer, sous forme de leçons, le manuel opératoire, les résultats et les indications de sa méthode, basés sur plus de 300 cas personnels (1).

Mais avant de décrire la technique de prostatectomie transvésicale, il est une notion capitale d'anatomie qu'il faut avoir présente à l'esprit : c'est la notion des capsules de la prostate. Le mot capsule, sous la plume des divers auteurs, est improprement et alternativement appliqué à deux formations distinctes, et c'est cette confusion dans les termes qui amène la confusion plus regrettable dans les esprits. La prostate possède une *vraie capsule*, musculo-fibreuse, intimement unie au tissu de la glande et que la dissection la plus minutieuse, n'arrive pas à décortiquer. En d'autres termes, enlever la prostate, cela signifie enlever le tissu glandulaire enveloppé de sa capsule propre. La glande ainsi constituée se trouve comprise dans une loge fibreuse ou, mieux, musculo-fibreuse, dont elle est séparée par du tissu conjonctif plus ou moins lâche; ce tissu conjonctif constitue le plan de clivage dans lequel le doigt ou un instrument moussé quelconque arrive à faire facilement le tour de la prostate. Sans ce plan de clivage, toute prostatectomie, aussi bien périnéale que transvésicale, serait impossible.

Certains auteurs donnent à la loge fibreuse péri-prostatique le nom de capsule; la chose est regrettable et il est à souhaiter que, de l'avis unanime des chirurgiens, ce mot ne serve plus qu'à désigner la capsule propre, intimement adhérente au tissu glandulaire.

Mais la loge fibreuse est ouverte à sa partie supérieure. A ce niveau, la prostate est au contact immédiat de la paroi vési-

(1) P.-J. FREYER : *Clinical lectures on enlargement of the Prostate*; Londres, 1906..

cale, tout autour du col, principalement sur les côtés et en arrière. C'est par cet orifice que saillent les lobes prostatiques pour refouler la muqueuse vésicale, doublée d'un plan de fibres musculaires appelées bientôt à disparaître, et poudre dans la cavité du réservoir, coiffés de la muqueuse. Dans la plupart des cas, Freyer a observé, sur les prostates enlevées, un sillon circulaire qui correspond au pourtour de l'orifice supérieur de la loge fibreuse et qui divise la glande en une portion extra-vésicale, et une portion intra-vésicale, celle-ci pouvant, d'ailleurs, égaler ou même dépasser l'autre en volume. Deux faisceaux musculaires décrits par Th. Walker et qui, partant des orifices urétraux convergent en avant vers l'urètre, contribuent à accentuer ce sillon.

La partie de la prostate qui proémine dans la vessie peut être médiane : on l'appelle alors *lobe moyen ou médian* (1); plus souvent, d'après Freyer, les deux lobes latéraux font saillie séparément, de part et d'autre du col.

*Manuel opératoire* — Une sonde en gomme étant placée dans le canal, et la vessie étant remplie de liquide, on pratique au-dessus du pubis une incision de 7 à 9 centimètres. La vessie découverte, on incise, au bistouri, sa paroi antérieure sur une longueur, presque toujours suffisante, de 2 à 3 centimètres. Au besoin, on agrandirait cette ouverture en la déchirant avec les deux index.

Cela fait, l'un des index (gauche ou droit) est introduit dans le rectum ; l'autre va manœuvrer dans la vessie. Se portant alors sur le point culminant de la saillie endo-vésicale de la prostate, que le doigt intra-rectal rend encore plus proéminente, le doigt vésical déchire *de l'ongle* la muqueuse et fait apparaître la capsule propre de la glande. Alors commence l'énucléation,

(1) Ce mot ne doit pas être pris dans son acception anatomique, car la prostate normale ne possède pas de lobe moyen.

grâce au plan de clivage que nous avons signalé. La pulpe de l'index, sans perdre un seul instant le contact de la glande, se porte successivement en arrière, en dehors et en avant du lobe latéral correspondant, puis en dedans, où il le sépare de l'urètre que l'on sent grâce à la sonde qu'il renferme et qu'un aide repousse vers la symphyse.

Le lobe est ainsi séparé sur toute sa circonférence, y compris la face inférieure qui tient plus ou moins lâchement au ligament triangulaire (1). Le lobe opposé est traité de la même façon, les deux commissures antérieure et postérieure sont détruites, et la prostate, ainsi mobilisée, est chassée dans la cavité vésicale par le doigt intra-rectal et extraite facilement au moyen d'une pince. Lorsque les lobes de la prostate sont extirpés séparément, les *canaux éjaculateurs* restent intacts. A n'importe quel instrument tranchant, en vue de l'énucléation, Freyer préfère le doigt. Les ciseaux peuvent intéresser la capsule propre; le doigt pénètre alors, non pas dans le plan de clivage, mais dans l'épaisseur même de la glande, ce qui expose l'opérateur à n'enlever que les adénomes isolés au lieu du lobe entier.

L'opération, ainsi pratiquée, donne peu de sang. La loge fibreuse, restée indemne, revient facilement sur elle-même ce qui contribue à diminuer l'hémorragie. Des irrigations chaudes, faites par la sonde et par la plaie supra-pubienne, agissent dans le même sens, à condition de ne pas durer plus de deux minutes. Un gros drain est placé dans la vessie. Nous verrons, dans un instant, les détails des soins post-opératoires, détails auxquels l'auteur attache une telle importance qu'il leur subordonne pour ainsi dire le succès de l'intervention.

Telle a été, pendant deux ans, la pratique de Freyer. Nous la résumerons en disant qu'elle réalisait l'ablation par énucléa-

---

(1) Aponévrose périnéale moyenne des anatomistes français.

tion digitale des deux lobes de la prostate, *en laissant le canal de l'urètre intact*. Freyer, en exécutant sa huitième prostatectomie (11 décembre 1901), déchira l'urètre au cours des manœuvres et fut étonné de voir son malade guérir sans encombre, malgré cet accident qui avait supprimé la portion prostatique du canal. C'est alors qu'il eut l'idée de supprimer, de propos délibéré, tout ou partie de l'urètre prostatique dans le cas où, l'hypertrophie n'étant pas très avancée, le plan de clivage pér-urétral, spécialement au niveau des commissures, n'aurait pas permis une énucléation facile. Les résultats furent si bons que Freyer, dans ses opérations ultérieures, fit délibérément l'excision partielle de la portion d'urètre, s'étendant du voisinage du verumontanum (laissé intact) au col de la vessie. C'est cette portion qui se dilate dans l'hypertrophie et qui tient plus ou moins à la prostate, tandis qu'au contraire, la portion qui se trouve en avant du verumontanum se laisse séparer toujours facilement de la glande. Lorsque le doigt a fait tout le tour de celle-ci, il peut aisément s'insinuer au niveau de son bec, entre elle et le canal. Aussi quand, l'index étant placé sur la commissure prostatique postérieure, au-dessus des canaux éjaculateurs, on repousse, avec le doigt intra-rectal, et avec une certaine force, la prostate du côté de la vessie, l'urètre prostatique se déchire au-dessus des éjaculateurs qui sont sauvés, et sur la prostate.

*Soins post-opératoires.*—La prostate enlevée, on introduit de nouveau l'un des index dans la vessie, l'autre dans le rectum et, par des pressions dans tous les sens, on cherche à rapprocher l'une de l'autre les parois de la cavité cruentée, ce qui diminue l'hémorragie. La vessie est ensuite lavée rapidement avec une solution biquéée chaude et un gros drain est placé à travers la plaie sus-pubienne, dans la vessie, *non pas dans la loge prostatique*, de façon qu'il saille de deux centimètres et demi, pas da-



vantage. Ce drain a un calibre intérieur de seize millimètres et porte au niveau de son extrémité vésicale deux larges trous. Le drain remplit la plaie vésicale qui n'est pas suturée et l'on ferme enfin à la soie la plaie musculo-cutanée de la taille. On fait alors un nouveau lavage par la sonde urétrale de façon à s'assurer du bon fonctionnement du drain, puis *on enlève la sonde* et on fait le pansement, qui devra être renouvelé toutes les cinq ou six heures.

Une fois par jour, la vessie sera lavée, *sans pression*, à travers le drain. Celui-ci devra être l'objet d'une surveillance constante. Freyer a remarqué que les malades qui n'avaient pas uriné par l'urètre pendant dix à douze jours après l'opération guérissaient plus vite.

Le drain est enlevé le quatrième jour. Les lavages sont alors faits par la fistule hypogastrique. Le dixième jour on commence les grands lavages par l'urètre, selon la méthode de Janet, le liquide refluant par la fistule. Le quinzième jour, on permettra au malade de rendre le liquide du lavage par l'urètre.

M. Freyer a observé rarement des *hémorragies secondaires*, dues à la guérison trop rapide de la fistule hypogastrique et au passage de l'urine à travers une cavité prostatique incomplètement cicatrisée. Généralement, les hémorragies cèdent à la sonde à demeure. Si cela ne suffit pas, il ne faut pas hésiter à rouvrir la plaie sus-pubienne et à remettre un gros drain dans la vessie.

*Indications de l'énucléation totale.*—Elle est tirée de deux sources : les troubles fonctionnels de l'hypertrophie et l'état de la prostate.

1° *Troubles fonctionnels.*—Voici les différents groupes de malades justiciables de l'intervention chirurgicale :

a) Malades souffrant de puis peu de temps de leur hypertro-

phie et qui n'ont pas un résidu supérieur à une ou deux onces (34 à 68 grammes ;

b) Malades atteints d'hypertrophie depuis plusieurs années, qui ont un résidu variant de trois à dix onces (100 à 340 grammes), mais qui n'ont jamais été sondés :

c) Malades atteints de rétention avec distension, fréquence des mictions, parfois même incontinence (par regorgement), mais qui n'ont jamais été sondés :

d) Malades qui, après avoir appartenu au groupe précédent, sont arrivés à la rétention complète d'urine et chez lesquels le cathétérisme est difficile ;

e) Malades qui, de temps en temps, ont eu des crises de rétention aiguë complète, ayant nécessité le cathétérisme, mais qui ne se sondent pas d'une manière habituelle ;

f) Malades qui, tout en pouvant uriner normalement mais partiellement, se sondent depuis des semaines, des mois ou des années, une ou deux fois, ou plus souvent, par jour ;

g) Malades qui, esclaves de leur sonde, sont sujets à l'une des complications suivantes : cystite, hémorragies, calculs vésicaux, fièvre urinaire, difficultés du cathétérisme, etc.

Dans le premier groupe (hypertrophie récente), l'énucléation ne doit pas être pratiquée parce que la prostate, encore peu développée, ne proémine pas dans la vessie et, surtout, parce que le plan de clivage autour de la glande n'est pas encore bien constitué. Dans tous les autres cas, l'énucléation est la méthode de choix, pourvu que la prostate réponde aux conditions que nous allons maintenant formuler.

2° *Etat de la prostate hypertrophiée.*—Il faut considérer d'abord le *volume* dont on se rend compte par le toucher rectal et le palper bi-manuel. Lorsqu'une prostate atteint le volume d'une mandarine, on peut prévoir une énucléation facile. Par contre, les prostates énormes offrent des difficultés considérables

parce qu'elles sont enclavées sous la symphyse et parceque, au cours de l'énucléation, le doigt atteint péniblement leur extrémité postéro-inférieure en rapport avec le rectum et le plancher périnéal. Au-dessous d'une once (34 grammes), une prostate est difficilement perceptible par le toucher rectal et seule la cystoscopie peut renseigner sur son "énucléabilité," en montrant une saillie endovésicale due au lobe moyen ou aux lobes latéraux même si la glande ne proémine pas du tout du côté du rectum, même si elle pèse à peine un peu plus qu'une glande normale, car les troubles fonctionnels ne sont pas nécessairement en rapport avec le volume de la prostate.

Il faut, d'autre part, distinguer le *cancer* de la prostate de l'hypertrophie simple adénomateuse. A une période avancée, l'énucléation d'une glande carcinomateuse est impossible; mais, au début, elle peut et doit être tentée.

*L'âge* des malades mérite d'être pris en considération. Sur 300 malades, Freyer compte 19 octogénaires (de quatre-vingts à quatre-vingt-sept ans) et 3 malades âgés de soixante-dix-neuf ans, en tout 12 vieillards chez lesquels vingt fois le résultat a été parfait. Deux seulement moururent, l'un de cancer de la vessie, l'autre de calculs vésicaux avec infection ascendante. L'âge avancé n'est donc pas une contre-indication, pourvu que les organes essentiels et surtout les reins soient bons et à condition que les soins post opératoires soient l'objet de toute l'attention du chirurgien.

*Résultats.*—Freyer a pratiqué, jusqu'à ce jour, 312 énucléations transvésicales totales chez des malades âgés de quarante-neuf à quatre-vingt-sept ans, soit un âge moyen de soixante-huit ans. Le poids de la prostate a varié de 16 à 480 grammes. La plupart des malades se sondaient depuis un temps variable (jusqu'à vingt-quatre ans). Tous avaient une santé chancelante; quelques-uns même étaient des moribonds.

Sur ces 312 prostatectomies, on compte 22 *morts*, dont 7 dues à l'urémie, chez des malades atteints d'une affection chronique des reins et mourant de trois à trente-neuf jours après l'opération; 3 à des complications cardiaques, 2 à la septicémie, 2 à la démence, 2 à des complications hépatiques, 1 au shock opératoire, 1 à la cachexie (trente-trois jours,) 1 à un coup d'apoplexie, 1 à la pneumonie, 1 à la broncho-pneumonie et 1 à une embolie pulmonaire. De ces 22 morts, 11 au plus peuvent être attribuées à l'opération elle-même; c'est là une proportion infime si l'on considère l'âge avancé des malades. Mais, en admettant même que l'on porte les 22 cas de mort au passif de la prostatectomie, cela ne fait qu'une mortalité de 7 pour 100. La dernière série opératoire de Freyer comprend 37 cas sans un seul décès.

Les 290 autres malades ont guéri, non pas approximativement, mais d'une façon complète, en ce sens qu'ils ont recouvré la faculté d'uriner spontanément et de vider leur vessie. L'opération ne compte pas un seul insuccès, pas une seule récurrence: il semble même qu'avec le temps la guérison s'affirme davantage. Ces résultats inespérés permettent de considérer la prostatectomie transvésicale comme la seule opération rationnelle dirigée, parmi tant d'autres, contre l'hypertrophie simple de la prostate. La notion de l'"atonie vésicale" qui, pendant longtemps, a arrêté l'élan des chirurgiens et faisait dire que, malgré l'ablation de la prostate, la vessie ne pouvait recouvrer son intégrité anatomique et fonctionnelle, cette notion-là est reconnue aujourd'hui inexacte et doit être abandonnée. La miction volontaire restaurée après une défaillance de dix, vingt et même vingt-quatre ans, n'est-ce pas la preuve que ce qui domine l'histoire de l'hypertrophie de la prostate, c'est l'obstacle mécanique, et qu'une fois l'obstacle supprimé, la vessie ne demande qu'à revenir à son état habituel et à se contracter sous l'influence de la volonté.

## LE PRURIT ANAL

PAR R. SABOURAUD

Chef du Laboratoire de la Ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis.

Le prurit anal est une de ces dermatoses localisées qui sont peu importantes en apparence, et qui font néanmoins le martyre de ceux qu'elles atteignent.

Le prurit anal est peut-être plus fréquent chez la femme et alors il s'accompagne souvent de prurit vulvaire, mais on l'observe très souvent chez l'homme aussi. On peut le voir passagèrement à tout âge, mais quand il existe chronique ou récidivant, c'est d'ordinaire vers la cinquantaine.

J'ai dit : *prurit anal* et non *eczéma*, car ce qui caractérise essentiellement cette affection, c'est la démangeaison intense, réveillée par un contact accidentel ou le moindre frottement, et qui revient par crises, deux fois, trois fois, dix fois le jour et surtout la nuit. Chaque crise dure de quelques minutes à plus d'une demi-heure ! Dès les premiers contacts évocateurs du prurit, la démangeaison se réveille, s'anime, s'exaspère. Le grattage est à la fois bienfaisant et douloureux et provoque des sensations si aiguës que certains malades les qualifient de voluptueuses.

Lorsque le grattage a été frénétique et prolongé, la région est devenue chaude, cuisante, alors la démangeaison s'apaise, la crise est passée.

Ce prurit, même féroce, peut ne s'accompagner d'aucune lésion perceptible, et le médecin serait porté à mettre en doute l'intensité des démangeaisons. D'autres fois, le prurit s'accompagne de lésions visibles qui sont tantôt des érosions de coups d'ongle, tantôt une épidermite rose diffuse, criblée de ponctuations rouges humides, plutôt creuses que saillantes—poies eczé-

matiques (*eczématisation*) — et fournissant un suintement presque toujours très peu abondant.

D'autres fois on observe un épaissement marqué de la peau de la marge de l'anus. Elle est grise, humide et comme nacrée, sillonnée de petits pli séparés par des bourrelets de peau épaissie (*lichénisation*) ; quelquefois même les plis sont fissuraires (*intertrigo*).

De là trois formes morbides objectivement dissemblables. Ceci explique les divergences apparentes des auteurs ; chacun d'eux ayant plus ou moins explicitement réuni ou séparé, en ses descriptions, l'eczématisation, la lichénisation, l'intertrigo et le prurit. Il suffit pourtant d'observer et de suivre quelques exemplaires de cette affection pour voir que, sauf l'intertrigo qui en est une complication éventuelle, ces formes sont des *facies* différents d'un type morbide fondamentalement identique.

Quelle que soit d'ailleurs la forme que la processus ait adoptée dans un cas donné, son évolution chronique et paroxystique est constante. Sa longévité est son premier et principal caractère évolutif, comme l'intensité du prurit est le premier de ses symptômes fonctionnels.

Le prurit est tel qu'il a pu suggérer à certains malades l'idée du suicide.

Un autre fait bien remarquable est la résistance que la peau acquiert en ces régions au traumatisme du grattage. Quelquefois c'est à peine si le grattage le plus effréné laisse la moindre trace.

A-t-on des idées nettes sur la genèse de cet état morbide singulier ? Très peu à la vérité. On a invoqué l'atonie intestinale et la constipation qui sont au plus des causes adjuvantes. Ce qui est plus vrai, c'est qu'on voit le prurit anal naître le plus souvent, et grandir, chez les malades déprimés, chez les nerveux hypersensibles. Les causes des états de dénutrition qui s'en ac-

compagnent peuvent avoir été diverses : surmenage mental, excès de travail, pertes d'argent, deuils, etc.; je dirais surtout, préoccupations obsédantes et idées fixes quelles qu'elles soient.

Quant au mécanisme du prurit, il est inconnu encore. La question va peut-être rentrer dans une phase vraiment expérimentale avec les faits apportés par Ravaut et Thibierge : la ponction rachidienne fait disparaître ou atténue considérablement le prurit dans le lichen plan d'Erasmus Wilson. Sans doute le lichen plan est une entité morbide particulière et sans rapports apparents avec le prurits localisés du genre de celui dont je parle. Néanmoins, il se pourrait que le fait apporté par ces auteurs restât vrai pour d'autres dermatoses prurigineuses que le lichen plan.

Jusqu'à présent, la thérapeutique du prurit anal reste donc empirique, mais cela ne veut pas dire qu'elle soit inefficace.

C'est par un de mes malades, marin de son état, que j'ai connu le meilleur topique à employer dans le prurit anal, et cela est bien naturel si l'on songe que ce topique est le goudron de bateau.

"Maintenant, je sais quoi faire, me dit ce malade, quand mon prurit commence, je prends un pinceau et du galipot (goudron de galfat) et j'en badigeonne la région malade". Aucun traitement ne vaut, en effet, l'application locale du goudron de pin maritime. Mais, en pratique, quelques distinctions s'imposent.

Le cas le plus simple est celui où le prurit existe seul. Pas d'épaississement de la peau, la peau est intacte, elle n'a pas l'aspect gris nacré de lichénisation, il n'y a pas de suintement, pas de rougeur. Dans ce cas on peut employer le goudron pur au pinceau, ou, si l'on veut, on conseillera une pommade à moitié :

Goudron liquide purifié..... } *aa* P. E.  
 Beurre de cacao..... }

ou mieux :

Lanoline..... : } *aa* P. E.  
 Goudron de pin maritime..... }

Mais ce cas clinique n'est pas la règle. Le plus souvent il y a des lésions, visibles. Alors la règle thérapeutique à suivre est de *diminuer la proportion du goudron* dans les topiques locaux, *d'autant que les lésions sont plus visibles*. Si on ne le faisait pas, les pommades dont la formule précède causeraient des cuissons insupportables.

On est donc conduit à formuler par exemple :

Lanoline..... } *aa* 5 grammes.  
 Goudron liquide..... }  
 Vaseline,.....ii. .... 20 —  
 Oxyde de zinc..... 7 —

Et on peut même être conduit à abaisser davantage la proportion du goudron en se basant sur la cuisson produite par l'application de la pommade et qui doit toujours être minime pour que l'effet thérapeutique soit excellent.

Je dois noter aussi que dans un certain nombre de cas les pommades tanniques m'ont donné de bons résultats. J'en mentionnerai une formule banale qui est excellente.

Tannin à l'éther..... } *aa* 0,30 centigr.  
 Calomel à la vapeur... .. }  
 Vaseline..... 30 grammes.

Toutes ces pommades peuvent d'ailleurs être cocaïnées ou stovainées quand on les prescrit au cours de poussées aiguës.

Dans les meilleurs cas, le résultat est progressif et le prurit anal espace ses crises et s'éteint peu à peu, surtout assurément si les causes générales de surménage, de dépression, d'obsession mentale ont disparu.

Dans les cas moins bons, le malade reprend l'usage du topi-



que local, toutes les fois que les crises reviennent, et il se trouve encore heureux de connaître un médicament qui le soulage.

Dans les cas féroces, les topiques locaux sont insuffisants et le médecin doit, sans attendre, conseiller les rayons X.

Il doit en conseiller deux ou même trois séances consécutives, chacune séparée de la suivante par trois semaines, chacune de cinq unités H. de Holtznecht ou d'une teinte B. du *Radio-mètre X*, ce qui correspond à la même dose. Le soulagement survient en général quinze jours après la première séance, la troisième n'est le plus souvent pas nécessaire.

Les cas qui bénéficient le plus des rayons X sont ceux dans lesquels l'épaississement cutané (la lichénisation) est le plus manifeste avec ou sans eczématisation et suintement.

Quoi qu'il en soit, après ce qui précède on conclura que le médecin est en somme assez bien armé dans le traitement local de cette pitoyable affliction. Ai-je besoin d'ajouter qu'il s'opposera par tous moyens à la stagnation stercorale et à la paresse de l'intestin qui sont fréquentes et qu'il prescrira, toutes les fois qu'il le jugera utile, et à titre adjuvant, la cure d'engraissement s'il y a dénutrition, les cures d'air, les voyages, etc., et parmi les cures thermales, celle de Saint-Gervais toujours l'une des plus sédatives dans le traitement des dermatoses prurigineuses.

— (o) —

## TECHNIQUE DE L'AMPUTATION DU SEIN.

Par M. J. FAURE

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Tenon

L'amputation du sein pour cancer donne des résultats admirables et qui vont s'améliorant de jour en jour. Je crois être dans la vérité en disant qu'un tiers des opérées, peut-être même

la moitié, restent actuellement définitivement guéries. Cela tient en grande partie à ce que les opérations sont aujourd'hui plus précoces, mais il n'est pas douteux que la généralisation d'une bonne technique est pour beaucoup dans ce résultat magnifique.

Cette technique est d'ailleurs fort simple, et je l'exposerai en prenant pour type un cas moyen, tel, par exemple, qu'on en rencontre lorsque la tumeur, légèrement adhérente à la peau, est encore mobile sur les plans profonds et accompagnée de quelques ganglions que l'on sent ou que l'on devine dans le creux axillaire.

La malade doit être couchée sur le dos, les épaules portant sur un coussin, de façon à ce que le creux de l'aisselle soit à une certaine distance du plan du lit, le bras tenu horizontalement par un aide, faisant avec le tronc un angle d'au moins 90°. La table d'opération doit être placée de façon à ce que le creux de l'aisselle, où aura lieu la partie délicate de l'opération, soit en pleine lumière.

L'incision commence ou finit sur le bras, au niveau du tendon du grand pectoral. Vers la partie moyenne du creux de l'aisselle, toujours sur le bord de ce tendon, elle se bifurque et les deux incisions circonscrivent le sein, pour venir se réunir plus ou moins loin, à l'autre extrémité de son diamètre, vers la ligne médiane.

La zone cutanée limitée par ces incisions est plus ou moins grande suivant les cas. Mais ce qu'il faut, toujours, c'est s'arranger de façon à enlever toute la glande et à passer loin de la tumeur et de la zone suspecte qui l'entoure. Comme disait autrefois Verneuil, il ne faut pas faire des économies de peau. Il ne faut pas, au moment de l'incision, songer à la réunion. On réunira comme on pourra, on fera s'il est nécessaire des incisions libératrices et des autoplasties, d'ailleurs rarement indi-

quées. Mais on ne s'exposera pas, pour faciliter une réunion absolue, à conserver une peau suspecte et qui serait plus tard le point de départ d'une récidive.

La p<sup>u</sup> étant coupée franchement, jusqu'au muscle, sur toute la longueur des incisions, de chaque côté du sein, on met au besoin quelques pinces sur les artères qui donnent, ou, ce qui vaut mieux, on arrête le sang par des compresses, et on enlève à longs coups de bistouri les fibres du grand pectoral, en allant jusqu'aux côtes. Cette ablation du grand pectoral n'est pas, nous le verrons, toujours indispensable; mais, en principe, plus l'exérèse est large, et meilleure est l'opération. Il vaut donc mieux, en règle générale, surtout lorsqu'il paraît y avoir quelque adhérence profonde, enlever le grand pectoral, ou tout au moins les deux tiers inférieurs de ses faisceaux costaux. Il est bien inutile de supprimer la partie de ce muscle qui s'insère au voisinage des deux ou trois premières côtes, et il faut conserver le chef claviculaire, qui ne gêne nullement et n'est pas sans utilité pour la conservation des mouvements du bras. Ce n'est que dans les cas un peu avancés qu'on devra, à l'exemple de Halsted disséquer le pectoral jusqu'à l'interstice pectoro-deltaïdien où rampe la veine céphalique et sectionner d'un coup de ciseaux la totalité du tendon du grand pectoral.

Lorsque le grand pectoral est, en tout ou en partie, séparé de ses insertions aux côtes et à l'umérus, le sein, doublé sur sa face profonde de la couche musculaire que l'on vient d'enlever, se laisse attirer à une certaine distance du thorax, et il est bon, à ce moment, de l'envelopper dans une large compresse aseptique qui permettra de le manipuler aisément. Il tient alors par son pôle axillaire à la graisse qui se prolonge jusque dans le creux de l'aisselle. Il est ainsi comme suspendu à un large faisceau cellulo-graisseux qui contient dans son intérieur les vaisseaux lymphatiques allant aux ganglions. Il est indispensable de ne

point dilacérer ce faisceau et de laisser intacts les lymphatiques, de sorte que, dans toute opération correctement exécutée, le sein les ganglions et les vaisseaux lymphatiques intermédiaires doivent être enlevés en bloc, de façon à éviter l'ouverture des lymphatiques et la greffe des éléments néoplasiques ainsi délivrés de leurs barrières et disséminés dans les tissus. Il n'y a qu'une façon pratique d'arriver à ce résultat : c'est d'enlever en bloc, en même temps que le sein, tout le tissu graisseux contenu dans l'aisselle.

C'est la partie délicate de l'opération. C'est aussi celle à laquelle est lié le résultat définitif.

Cette dissection du creux de l'aisselle est d'ailleurs assez simple si l'on prend soin de la conduire méthodiquement et de commencer, comme il faut toujours le faire, par disséquer les gros troncs vasculaires, pour s'en éloigner ensuite et sans aucun risque. La première chose à faire est donc de chercher, à longs coups de la pointe du bistouri donnés dans le haut du creux de l'aisselle, parallèlement à l'axe du bras, la veine axillaire, laquelle ne tarde pas à paraître dès qu'on a effondré le mince feuillet aponévrotique qui, venant d'envelopper le petit pectoral ferme en avant le creux de l'aisselle.

Le gros cordon bleuâtre de la veine axillaire apparaît donc, et rien n'est plus simple, avec la pointe du bistouri, que de le dénuder. Mais il faut faire attention vers la partie moyenne, à cause de la naissance de la sous-scapulaire qui, sous l'influence de la traction exercée sur le sein, attire la veine axillaire vers le bas, en la couvant parfois à angle assez aigu, de sorte que, si on n'y mettait quelque soin, on pourrait la blesser au niveau du sommet de cet angle, constitué précisément par le confluent de la sous-scapulaire. Le mieux est, à ce moment, de sectionner la veine sous-scapulaire entre deux pinces. L'artère, qui est tout près, est parfois saisie dans le même pédicule. Plus en de-là

vers la paroi thoracique, les vaisseaux mammaires externes sont de même sectionnés ; il en est de même, parfois de quelques veinules, et bientôt la veine axillaire se trouve dénudée sur toute sa longueur ; plus profondément on aperçoit les nerfs du plexus brachial, et, quand on la cherche, entre les deux racines du médian, l'artère axillaire, qu'il est bien inutile d'aller demander.

Il faut avoir soin, au moment où l'on sectionne les vaisseaux sous-scapulaires et mammaires externes, de respecter les troncs nerveux du grand dorsal et du grand dentelé qui en sont fort rapprochés. Il n'est pas inutile de conserver à ces muscles leur action, surtout lorsque la suppression partielle ou totale du grand pectoral vient enlever aux mouvements de l'épaule une partie de leur puissance.

La dissection de la veine étant achevée et poursuivie le plus loin possible en dedans, jusque sous le muscle sous-clavier, où l'on a le plus souvent à lier le tronc acromio-thoracique, il reste à faire le curage de l'aisselle proprement dite. Il se fait en disséquant au bistouri ou aux ciseaux courbes, de haut en bas, loin, cette fois, du gros trouc veineux, vers des régions où n'existe aucun organe important. Il est assez facile d'enlever ainsi toute la graisse du creux axillaire avec les ganglions qui y sont contenus et le faisceau cellulo-graisseux qui les réunit au sein, encore attenant par quelques tractus celluloux à la paroi thoracique. Cette graisse est traversée par des filets nerveux perforants qui unissent les nerfs intercostaux aux nerfs du plexus brachial. Ces nerfs, dont l'utilité est nulle, doivent être sacrifiés. Leur conservation n'est possible qu'au détriment de l'extirpation en bloc du contenu graisseux de l'aisselle. Souvent, vers la partie inférieure de la plaie, on recoupe les vaisseaux sous-scapulaires et mammaires internes, ceux-ci contre la paroi thoracique, ceux-là vers la partie inférieure des muscles qui tapissent l'omoplate. Il en résulte une hémorragie veineuse, dont

une ou deux pinces ont immédiatement raison. On nettoie alors la graisse qui double les parois du creux axillaire, et, lorsque la dissection a été bien faite, on se trouve en présence d'une large excavation limitée en dedans par les digitations du grand dentelé, sur lesquelles court le nerf qui les anime, en arrière et en dehors par le muscle sous-scapulaire, le grand rond et le grand dorsal, également pourvus de leurs nerfs, et en haut par le paquet vasculo-nerveux, dont le premier plan est occupé par la veine axillaire qui va se perdre, en haut et en dedans, sous le muscle sous-clavier, doublant la clavicule.

Quant aux tissus extirpés, ils comprennent le sein recouvert d'une grande quantité de peau, doublé profondément d'une couche musculaire assez épaisse et renfermant dans son intérieur le néoplasme, et se prolongeant sans interruption avec la masse grasseuse qui remplissait le creux de l'aisselle et dans laquelle sont noyés les ganglions malades ou suspects et les vaisseaux lymphatiques qui, venant de la mamelle, arrivent jusqu'à eux.

L'hémostase terminée, et elle doit être particulièrement soignée, il ne reste qu'à fermer la plaie, souvent immense, qui résulte de l'opération. Chacun la ferme à sa manière : fil et catgut, soies, crins de Florence, agrafes de Michel, chacun choisit ce qu'il préfère. Personnellement, j'emploie les crins de Florence entremêlés, aux points où il n'y a pas de traction, d'agrafes de Michel. Mais, bien souvent, à cause de l'étendue de l'exérèse cutanée, la réunion est difficile. Il est bon de soutenir la suture superficielle par des fils profonds très solides qui viennent s'appuyer sur des tampons de gaze et permettent l'affrontement des lèvres de la plaie. Si la réunion est impossible, on aura recours aux incisions libératrices et aux autoplasties, qui varient avec chaque cas, et dans le détail desquelles je ne veux pas entrer.

J'ai l'habitude de drainer. Le suintement sanguin et lymphatique est toujours abondant et, dans ces conditions j'estime que le drainage a plus d'avantage que d'inconvénients. Un drain traverse le lambeau postérieur auquel il est fixé par un crin de Florence. Il monte jusqu'au sommet du creux de l'aisselle. On le supprime le jour de l'enlèvement des fils, lors du premier pansement, et l'orifice du drain guérit sous le second. Mais il est évident que, dans bien des cas, lorsque la plaie est parfaitement sèche, le drainage peut ne pas être indispensable. Cela ne l'empêche pas d'être le plus souvent utile, à cause de la lymphorrhagie qui ne manque jamais et qui est d'autant plus abondante que l'exérèse ganglionnaire a été plus parfaite.

Il est bon, au cours du pansement, de rétablir, par un tampon de gaze aseptique convenablement placé, la concavité du creux de l'aisselle.

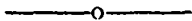
Telle est la marche d'une amputation du sein dans les cas ordinaires.

Bien qu'en principe, lorsqu'il s'agit du cancer, les opérations les plus larges soient toujours meilleures, je crois qu'on peut souvent, lorsqu'on est en présence de tumeurs petites et bien mobiles, se dispenser d'enlever le grand et le petit pectoral, mutilation qui, dans ces conditions, n'ajoute pas grand'chose aux chances de guérison radicale et qui a quelques inconvénients au point de vue des mouvements du bras. On se borne comme le faisait déjà Verneuil, à enlever son aponévrose. La dissection du sommet du creux de l'aisselle en est, il est vrai, rendue un peu plus difficile, mais, en soulevant avec un écarteur le muscle au voisinage de son insertion humérale, on a, en général, un jour très suffisant pour faire une bonne dissection.

On peut d'ailleurs au besoin le sectionner et le reconstituer ensuite par des sutures au catgut.

La présence de ganglions sus-claviculaires n'est pas une

contre indication à l'opération, mais elle nécessite le curage du creux sus-claviculaire, qui se fera par une incision nouvelle parallèle à la clavicule et située au-dessus d'elle. La section de la clavicule ne sera faite qu'exceptionnellement ; les quelques facilités qu'elle donne pour la dissection de la région sont hors de proportion avec les inconvénients qu'elle présente. On ne la ferait que s'il paraissait impossible de nettoyer convenablement le fond du creux axillaire et le creux sus-claviculaire. Mais on se trouve alors en présence de cas mauvais et dans lesquels il vaut peut-être mieux renoncer à tout espoir de guérison. Dans l'immense majorité des cas, le curage du creux sus-claviculaire est inutile ; mais on n'hésitera pas à le pratiquer si quelque signe peut faire croire que les ganglions qu'il contient sont envahis ou simplement suspects.



---

## A VENDRE

Pour raisons de santé, un médecin établi dans une belle localité prospère, bon poste médical, vendrait propriété. Conditions avantageuses de paiement. S'adresser sous les initiales S. D. au bureau de ce journal, 82 Cote de la Montagne, Quebec, qui transmettra les lettres à l'intéressé.



## **Intérêts Professionnels**

M. le Secrétaire de la Société Médicale de Québec.

Cher confrère.

Nous croyons devoir nous adresser aux Sociétés Médicales de la province, pour obtenir leur concours et leur appui actif en faveur des amendements à la loi du Collège des Médecins, que le Bureau Médical doit soumettre à la Législature, durant sa présente session.

Les principaux amendements demandés sont :—

- 1° Porter le curriculum des études médicales, de quatre ans qu'il est actuellement, à cinq ans.
- 2° Mieux définir les pouvoirs du conseil de discipline.
- 3° Mieux définir ce qui constitue l'exercice illégal de la médecine.
- 4° Permettre au Bureau Médical d'octroyer des secours pécuniaires aux Sociétés Médicales.

Tous ces amendements sont dans l'intérêt de notre profession.

Le cours de cinq ans est devenu une nécessité à cause de l'étendue du programme des études médicales. Il existe presque partout en Europe, aux Etats-Unis, dans Ontario, etc. L'université McGill l'a adopté l'an dernier, notre Faculté Laval se propose d'en faire autant. Il n'y a donc pas de raisons pour que le Collège des Médecins reste en dehors du mouvement.

La nécessité d'un Conseil de discipline, admise depuis longtemps, pour sauvegarder l'honneur et la dignité de notre profession, est consacrée par les dispositions de notre loi statuaire. Mais pour que ce Conseil de Discipline puisse mieux rendre les services que l'on en attend, il fallait mieux définir ses pouvoirs, ainsi que les procédures à suivre, et c'est ce que tout les amendements demandés.

L'exercice illégal de la médecine se pratique sous toutes les formes et échappe trop souvent aux rigueurs de la loi. Le Bureau Médical voudrait, en amendement la loi, qu'elle puisse atteindre toute personne exerçant illégalement la médecine, quel que soit le nom sous lequel elle déguise son intervention médicale.

Les services rendus à la profession et aux médecins par les Sociétés Médicales ne sont plus à être démontrés. Le Bureau

Médical voudrait, lorsque le surplus de ses recettes le lui permettra, pouvoir encourager pécuniairement la formation et le maintien de ces Sociétés Médicales.

Ces amendements, que le Bureau Médical demande sont donc tous dans l'intérêt de la profession, et les Sociétés Médicales nous paraissent tout naturellement désignées pour appuyer le Bureau Médical en faisant connaître leurs sentiments à nos législateurs.

Nous espérons donc que toutes nos sociétés médicales voudront bien, soit en assemblée régulière, soit en assemblée spéciale, si c'est nécessaire, adopter les résolutions voulues pour presser l'adoption de ces amendements à la loi médicale, et adresser sans retard des copies de ces résolutions aux députés de leur district.

Comptant donc sur votre bienveillant concours pour provoquer sans retard l'intervention de votre Société, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

DR. LACHAPELLE.

—(o)—

### LE SOIN DES JEUNES FILLES.

Il est un devoir important pour le médecin de famille, c'est de veiller avec soin sur la santé des jeunes filles à l'époque de la puberté et dans les quelques années qui suivent afin de préparer des femmes jouissant de bonnes santés et des mères propres à bien élever leurs enfants.

L'anémie spéciale à cette époque doit profiter du remède souverain de l'anémie, le fer, avant que les dégats ne soient trop accusés.

Cependant si une hygiène défectueuse, la mauvaise alimentation, les habitudes viciieuses, le manque d'exercice sont venus compliquer le problème, le médecin après avoir corrigé les abus, devra s'adresser à la meilleure préparation de fer.

La physiologie a établi la supériorité des sels organiques et surtout du peptonate, aussi l'utilité d'allier le manganèse au fer.

Alors, on doit prescrire le Pepto mangan (Sudi) qui est la meilleure préparation de Peptonate de fer et de Manganèse. Il ne constipe jamais, il se digère facilement, et peut s'allier à la liqueur de Fowler ; on peut y ajouter de la strychnine au besoin. Les résultats prouveront bientôt que l'on s'est adressé au bon médicament et les malades auront profité du traitement institué.

MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DE  
 QUEBEC, DECEMBRE 1906

*Chirurgie de la tête et du cou.*

1° Fracture du crâne, région temporo-pariétale droite, avec enfoncement des fragments, 1. Trépanation, ablation des fragments, ligature de l'artère méningée moyenne. Mort trois semaines après l'intervention.

2° Absès de la joue, 1. Ouverture, drainage.

3° Epulis sarcomateux, côté droit, maxillaire supérieur, 1. Ablation, curettage, cautérisation au thermocautère.

4° Ostéo-périostite localisée sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, 2. Ablation de la partie tuméfiée.

5° Goitre parenchymateux, 1. Thyroïdectomie partielle.

6° Adénite sous-maxillaire épithéliomatense récidivante avec ulcération de la peau, 1. Cautérisation au thermocautère. Mort quatre semaines après l'intervention.

7° Ganglions tuberculeux suppurés du cou, côté gauche  
 1. Thermocautérisation.

8° Ganglions tuberculeux suppurés du cou des deux côtés.  
 1. Ablation.

9° Ganglions tuberculeux suppurés, région rétro-claviculaire droite, 1. Ouverture, curettage, badigeonnage à l'éther iodoformé.

10° Kystes séreux congénitaux siégeant sur la nuque.  
 Ablation.

*Chirurgie du Thorax.*

1° Cancer du sein, 2. Amputation du sein, évidemment de l'aisselle.

2° Cancer ulcéré du sein, 1. Thermocautère.

3° Cancer du sein droit, gros lipôme de l'aisselle gauche et de la paroi abdominale. Amputation du sein et ablation des lipômes.

4° Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage, 1. Tentative de cathétérisme sans succès.

5° Fracture de la colonne vertébrale par flexion forcée, avec écrasement du corps de la vertèbre, 1. Immobilisation par un corset plâtré de Sayre.

*Chirurgie de l'abdomen.*

1° Hernie de la ligne blanche, région épigastrique, 1. Cure radicale.

- 2° Hernie inguinale, 4. Cure radicale.
- 3° Eventration consécutive à une ovariectomie datant de quatre ans, appendicite chronique. Ablation de la cicatrice, appendicectomie et suture de la paroi en quatre plans.
- 4° Appendicite à froid, 3. Appendicectomie.
- 5° Appendicite pendant l'accès, 2. Appendicectomie, drainage.
- 6° Fistule consécutive à une appendicectomie, 1. Ouverture, ablation d'un calcul.
- 7° Cancer du cæcum, 1 Entéro-anastomose. Mort de choc opératoire quatre jours après l'intervention.
- 8° Cancer du foie avec compression des canaux biliaires par ganglions, 1. Cholécysto-entérostomie.

*Chirurgie des organes génitaux de la femme.*

- 1° Kyste de la grande lèvre droite, 1. Ablation.
- 2° Métrite, 3. Curetage.
- 3° Métrite et col conique, 1. Curetage, amputation du col (procédé de Jayle).
- 4° Infection puerpérale, 1. Curetage, injection intra-veineuse de collargol.
- 5° Retention placentaire, 1. Curage digital.
- 6° Déchirures du col, kystes de Naboth et métrite, 1. Curetage, amputation du cc (procédé de Jayle)
- 7° Métrite et rétroversion, 1. Curetage, suspension.
- 8° Ovaires kystiques, 2. Ovariectomie.
- 9° Kystes multiloculaires des œufs ovaires. Ovariectomie double.
- 10° Métrorrhagies et adhérences intestinales. Dissection des adhérences et hystérectomie.
- 11° Gros kyste du ligament large. Hystérectomie sub totale. Mickulitz. Mort trois jours après l'intervention.

*Chirurgie des organes urinaires de la femme. et génito-urinaires de l'homme.*

- 1° Tuberculose rénale, 3. Cystoscopie.
- 2° Hydronéphrose intermittente, 1. Fixation du rein.
- 3° Hydrocèle droit, 1. Retourneement de la vaginale.
- 4° Hypertrophie de la prostate, 1. Prostatectomie (procédé de Freyer). Mort d'anurie 36 heures après l'opération.

*Chirurgie de l'anus et du rectum*

- 1° Hémorroïdes, 1. Dilatation anale et volatilisation des hémorroïdes au thermocautère.

## 2° Fistules anales, 3. Débridement.

*Chirurgie du membre supérieur.*

1° Panaris de l'annulaire droit. Ouverture.

2° Nécrose de la 1ère phalange de l'index gauche après amputation du doigt, 1. Désarticulation et amputation de la tête du métacarpien.

3° Phlegmon de la main, 1. Ouverture.

4° Phlegmon de l'avant-bras et du bras, 1. Ouverture, drainage.

5° Lipôme de l'épaule gauche, 1. Ablation.

6° Luxation de l'épaule, 2. Réduction par le procédé de Kocher pour un cas et Mothe pour l'autre.

7° Sarcôme développé sur le tiers supérieur de l'humérus avec envahissement de la clavicule et de l'omoplate, 1. Désarticulation inter-scapulo-thoracique.

*Chirurgie du membre inférieur.*

1° Plaie par arme à feu de la région fessière, 1. Ouverture, drainage.

2° Coxalgie, 1. Immobilisation par un bandage plâtré.

3° Abscess ossifluent de l'aîne, 1. Ponction, injection d'éther iodoformé.

4° Bubons, 1. Ablation.

5° Abscess ossifluent de la cuisse, 1. Ponction, injection d'éther iodoformé.

6° Ostéomyélite traumatique de la jambe, 1. Curettage, ablation de séquestres, trépanation.

7° Fracture de jambe  $\frac{1}{3}$  moyen, 1. Attelles plâtrées de Maisonneuve.

8° Fracture ouverte de la jambe, 1. Amputation de la cuisse après deux désinfections sous chloroforme sans succès.

9° Ecrasement du pied, 1. Désarticulation de Chopart pour septicémie sans succès. Amputation de la jambe cinq jours après

10° Ongle incarné, 2. Ablation de l'ongle et de la matrice.

11° Pied bot, varus équin, 1. Ténotomie, plâtre.

DR. ACHILLE PAQUET,

*Médecin interne de l'Hôtel-Dieu, Québec.*