

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## De l'anévrisme aortique, type récurrent laryngé.

---

*Leçon de clinique à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Québec.*

---

par le Dr D. BROCHU.

---

Messieurs,

Vous venez d'examiner, au lit 31, un malade qui s'est présenté, il y a deux jours, demandant son entrée dans notre service pour une " affection de la gorge et de la poitrine. "

A la première question que nous lui avons posée pour établir devant vous l'histoire de sa maladie, il a répondu que, depuis deux ans environ, il ressentait des douleurs diffusées et de plus en plus pénibles dans la poitrine, à la région rétro-sternale particulièrement, et que ces douleurs avaient été suivies d'une oppression de plus en plus marquée dans la marche et les efforts, ce qu'il ne pouvait se permettre qu'avec réserve maintenant. Il ajouta que, depuis deux mois, sa voix s'était altérée, comme vous avez pu en juger dès ses premières paroles, et il caractérise ce trouble de phonation en disant que sa maladie a passé à " l'extinction de voix. "

Avant de poursuivre plus loin notre interrogatoire, j'ai cru devoir vous faire remarquer, sur le champ, que cette altération de la voix dont le malade vous donnait la preuve fidèle en parlant devant vous, n'était pas réellement une extinction de la voix, comme il l'exprimait : la voix était simplement rauque, et présentait en outre cette particularité d'être d'un ton inégal, passant brusquement du fausset aigu aux tons les plus graves — en d'autres termes, elle était *bitonale* suivant l'expression de M. Jaccoud.

Il m'a semblé important d'éveiller votre attention sur ce trouble particulier de la voix, chez un malade qui se plaignait en même temps de douleurs à la région du cœur et de l'aorte. Je vous ai énoncé que l'association de ces deux symptômes acquérait une grande importance en clinique, car elle constitue l'un des principaux signes révélateurs non d'une maladie primitive du larynx mais d'une lésion d'organes plus profonds, dans la région du médiastin, dont l'anévrisme aortique est l'exemple le plus fréquent, du moins, chez les adultes et les sujets plus avancés en âge.

Et, pour mieux orienter votre esprit dans la recherche des symptômes que nous aurions à interpréter dans l'observation de ce malade, je vous ai indiqué de suite que l'importance sémiologique de cette voix *bisonale* se rapportait à un trouble d'innervation des muscles de l'une des cordes vocales et que ce trouble d'innervation dérivait le plus souvent de l'irritation ou de la compression du nerf *récurrent laryngé* gauche, dans sa portion thoracique, au voisinage de l'endroit où il contourne l'extrémité de la crosse de l'aorte. Les causes de cette compression sont le plus habituellement les tumeurs développées dans le médiastin, entre autres les dilatactions anévrysmales de l'aorte thoracique. Ces tumeurs, soit qu'elles irritent, compriment ou détruisent le nerf récurrent, déterminent ou des spasmes ou une paralysie dans les muscles d'un côté du larynx; dans le cas de spasmes, il s'en suit des troubles respiratoires qui rappellent l'*ictus laryngé*; si, au contraire la lésion détruit ou paralyse le nerf on a généralement la paralysie de la corde vocale gauche, et l'on voit apparaître le signe de la voix *bisonale* qui en est l'expression.

J'ai ajouté que cette dysphonie de notre malade m'apparaissait comme un symptôme d'autant plus frappant qu'il me rappelait absolument le type d'altération de la voix de trois autres malades que j'avais eu l'occasion d'observer, durant ces deux dernières années, et dont il ne vous sera pas sans intérêt de connaître l'histoire. Chez ces sujets la voix *rauque, bisonale*, associée à des douleurs rétro-sternales, fut pour moi le signe révélateur de dilatations anévrysmales de l'aorte thoracique dans la région où le nerf récurrent laryngé gauche contourne ce vaisseau et, cela, alors qu'aucun des autres signes physiques qui témoignent sûrement de l'existence de cette redoutable complication, n'eût encore fait son apparition: l'examen laryngoscopique ayant fait constater une paralysie de la corde vocale gauche et étant venu corroborer, dans chacun de ces cas, le soupçon d'un anévrisme aortique. Aussi, n'ai-je pas hésité, de prime

abord, et avant tout autre renseignement qu'aurait pu nous fournir un examen plus approfondi, à vous désigner ce malade comme un sujet le plus probablement atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte : l'indication la plus rationnelle me parut donc de diriger nos investigations plutôt du côté des organes du médiastin.

En poursuivant notre interrogatoire pour établir ses antécédents, le malade nous répond qu'il est âgé de 42 ans, qu'il n'a jamais eu aucune maladie grave ou infectieuse ; mais il avoue avoir fait, pendant, plusieurs années, des abus alcooliques. Il est tailleur de pierre, de son métier, et comme tel, il a été assez longtemps employé à la construction des ponts et chaussées de chemins de fer dans des endroits éloignés, ce qui l'a souvent exposé à subir le froid humide et les intempéries des saisons, en même temps que les conditions de son travail l'obligeaient à des efforts fréquents et prolongés et l'exposaient par suite à toutes les conséquences de l'hypertension artérielle continue.

En scrutant davantage ses antécédents, il nous révèle qu'il a contracté quelques années auparavant, un chancre vénérien sur la nature duquel il ne peut que difficilement nous renseigner. Il a été traité pendant six mois par un médecin des Etats-Unis, apparemment pour un *chancre dur* ; mais il ne se rappelle pas avoir jamais eu aucune lésion secondaire ou tertiaire de la syphilis, soit du côté de la peau ou des muqueuses ; il n'en porte actuellement aucun stigmaté, de sorte qu'il semblerait assez difficile à première vue, de faire entrer en ligne de compte cette dernière influence morbide.

D'un autre côté, l'arthritisme est évidemment le lot de sa famille : il nous fait connaître que son père est un rhumatisant bien confirmé ; l'un de ses frères a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, et il paraît en avoir subi des atteintes sérieuses au cœur, car il est aujourd'hui dans une impotence presque complète, souffrant d'une dyspnée intense qui a été précédée par une période de douleurs prolongées dans la région précordiale.

Quant à l'évolution de la maladie dont il souffre actuellement, le malade nous a dit en avoir ressenti les premiers symptômes, il y a deux ans. Ce fut d'abord un endolorissement dans la poitrine ou une douleur sourde dans la région rétrosternale avec une certaine gêne de la respiration, signes que l'on rencontre habituellement dans le début des aortites. Ces malaises s'exaspéraient dans la position horizontale et il était obligé de garder la position assise ou demi assise pour le repos de la nuit. Il ne

semble pas, cependant que cette douleur ait revêtu, en aucun temps, les caractères des douleurs angoissantes et paroxystiques de l'angine de poitrine, qui compliquent si souvent l'évolution des aortites chroniques.

D'autre part, les troubles fonctionnels du larynx ne sont apparus que depuis deux mois le malade nous dit que sa voix s'est altérée brusquement alors qu'il éprouvait déjà une certaine gêne dans l'action de parler à haute voix, ce qu'il ne peut guère faire actuellement sans un effort pénible.

Vers la même époque, des troubles dans la déglutition se sont également faits sentir ; l'action d'avaler la salive réveillait des spasmes ou un resserrement à la gorge ; cette sensation cependant, est moins prononcée pour les aliments solides et liquides. Ces troubles de la phonation et de la déglutition apparaissant simultanément, indiquaient clairement comme nous le verrons, les atteintes du nerf qui donne au larynx et au pharynx l'innervation motrice et sensitive ; c'est le nerf récurrent laryngé.

Il importe de vous faire remarquer, dès maintenant, que ces premiers renseignements commandaient un autre mode d'investigation clinique,—l'examen au laryngoscope—pour déterminer l'état des cordes vocales et de l'ensemble des organes du larynx. C'est ce que nous avons fait faire le jour même de l'entrée du malade, au dispensaire de la clinique laryngologique, par notre savant collègue M. le Dr Coote. Je vous dirai de suite que cet examen a démontré une paralysie de la corde vocale gauche, sans autre lésion appréciable du larynx : ce qui confirmait le soupçon que nous avions exprimé, à première vue, d'une paralysie du nerf récurrent laryngé gauche, dérivant de la compression par une tumeur du médiastin, le plus probablement, un anévrisme de la crosse de l'aorte.

L'importance clinique ou la valeur sémiologique que vous m'avez entendu accorder d'emblée au signe de la voix bitonale associée à des douleurs dans la région du médiastin a pu vous paraître exagérée, au premier abord. Voyons maintenant jusqu'à quel point les autres symptômes, que va nous révéler l'exploration physique, corroboreront cette première présomption à laquelle nous nous sommes arrêté, sans autre base que ces deux signes que je viens de signaler à votre attention.

A l'inspection de la région antérieure de la poitrine on ne constate aucune tumeur *pulsatile* comme on aurait pu s'y attendre dans le cas de certaines variétés les plus fréquentes de l'anévrisme de l'aorte. Nous verrons cependant que l'absence de ce signe physique, qui est en réalité le plus pathognomonique pour le diagnostic des anévrysmes, n'offre

rien de bien surprenant dans le type de tumeur anévrysmale que nous soupçonnions chez notre malade.

A la *palpation*, on distingue un autre centre de battements que celui du cœur; c'est vers le deuxième espace intercostal gauche au voisinage du sternum, et la pression révèle un endolorissement au même endroit.

D'un autre côté, les battements artériels sont très apparents dans la région du cou et il est facile de se rendre compte que les artères sous clavières sont très élevées, surtout celle du côté droit; de plus, on atteint facilement les pulsations de l'aorte en arrière du manubrium du sternum, et la *percussion* dénote une matité étendue de la région de l'aorte, qui dépasse de plus de trois centimètres le bord droit du sternum. L'ensemble de ces signes ne laissait guère de doute sur l'existence d'une dilatation marquée de toute la crosse de l'aorte.

A l'*auscultation* on entend un double bruit de souffle, avec maximum d'intensité au deuxième espace intercostal droit, siège des bruits de l'orifice aortique: le deuxième bruit étant plus accentué que le premier: ce qui laisse soupçonner à première vue, une insuffisance aortique concomittante.

Le cœur, de son côté, ne présente aucune autre altération de ses bruits valvulaires; il n'est pas hypertrophié d'une manière appréciable contrairement à ce que l'on observe généralement dans l'insuffisance aortique, d'origine artérielle ou endocardique. Le pouls est régulier, plein, avec léger retard du côté gauche, mais il est loin d'être bondissant ou défaillant comme dans l'insuffisance de Corrigan. Pas de signe d'artério-sclérose généralisée.

Du côté des organes respiratoires on ne remarque aucun trouble si ce n'est une certaine rudesse dans le souffle trachéal; la respiration est égale des deux côtés de la poitrine. La tumeur anévrysmale ne comprime donc pas très sérieusement la bronche gauche; elle ne touche encore que la trachée. Il nous a été d'ailleurs facile de constater l'ébranlement que communiquent à cet organe les battements de l'aorte en recherchant le signe indiqué par MacMonel (signe de la trachée). Voici en quoi consiste ce signe auquel on accorde une assez grande valeur pour le diagnostic des anévrysmes profondément situés: le malade étant debout, la bouche fermée, le menton étendu, on saisit entre le pouce et l'index le cartilage cricoïde. Si l'on cherche alors à abaisser ce cartilage, on sent très nettement avec la main le battement transmis par l'anévrysmale à la trachée.

Ce signe de la trachée ne se rencontrerait jamais que dans l'anévrysme aortique, ou que très exceptionnellement dans la dilatation étendue de l'aorte, suivant quelques observateurs. C'est donc un symptôme précieux dans des cas comme celui que nous étudions et qui présente des signes non douteux d'aortite chronique avec dilatation étendue. Il apporte dans ces conditions un sérieux appoint pour le diagnostic différentiel et nous aide à grouper plus judicieusement les signes qui témoignent d'une tumeur anévrysmale. Il s'ajoute ici comme un corollaire aux signes tirés de l'examen et des troubles fonctionnels du larynx—paralysie des muscles et de la corde vocale du côté gauche dont la voix rauque bitonale est l'expression.

Tels sont les divers éléments symptomatiques, que vous avez été à même d'apprécier chez le malade que je vins de soumettre à votre observation. Vous aurez la conviction, par les détails qui vont suivre, qu'ils correspondent aux principaux signes classiques des aortites chroniques et des tumeurs anévrysmales de l'aorte thoracique.

En définitive, si nous faisons la synthèse des antécédents et des symptômes observés chez ce malade nous croyons pouvoir affirmer que nous nous sommes trouvés en présence d'un sujet atteint d'inflammation chronique de la crosse de l'aorte avec tumeur anévrysmale dans cette portion de l'artère qui est en rapport avec le nerf récurrent laryngé gauche—en d'autres termes, d'un *anévrysme aortique à type récurrent* selon l'expression de M le prof. Dieulafoy. C'est là une variété d'anévrysme à laquelle sa topographie donne un intérêt tout particulier; elle offre une symptomatologie qui la distingue nettement des autres variétés d'anévrysmes de l'aorte thoracique: elle se développe, en effet, dans la région de l'aorte qui conflue au nerf récurrent laryngé; et elle emprunte ainsi aux altérations fonctionnelles des organes animés par ce nerf ses symptômes les plus saillants.

Mais avant d'entrer dans l'étude des rapports anatomiques qui donnent à cette modalité d'anévrysme une physionomie propre, rappelons brièvement les données que la pathologie nous enseigne sur l'origine et le développement des anévrysmes, en général, de l'aorte thoracique en particulier.

Les anévrysmes sont intimement liés au processus pathogénique des artérites chroniques. Les lésions artérielles qui caractérisent ce processus d'inflammation sont précisément celles qui servent à nous expliquer le développement des tumeurs anévrysmales. Toutes les inflammations chroni-

ques des artères n'aboutissent pas, cependant, à des dilatations anévrysmales : témoin l'athérome, qui peut être généralisé sans déterminer la complication.

La condition pathogénique essentielle, indispensable, c'est que le processus inflammatoire intéresse la couche moyenne de l'artère ; celle-ci par ses éléments élastiques et contractiles, est de toutes les tuniques artérielles la seule capable de lutter contre la pression de l'onde sanguine et c'est elle qui tend à ramener le vaisseau à son volume normal après chaque poussée de l'onde systolique du ventricule gauche. Quelque soit l'étendue des lésions d'inflammation chronique dans les autres tuniques, l'artère résiste tant que sa tunique moyenne reste intacte. Si cette couche moyenne élastique est détruite sur un point localisée, l'artère cède à la pression sanguine en son point altéré, et elle se laisse distendre graduellement : c'est là l'origine de la dilatation anévrysmale.

“ On a longtemps discuté, dit M. Dieulafoy, sur la façon dont se forme la poche anévrysmale, et, suivant le rôle que l'on faisait jouer aux différentes tuniques du vaisseau, on avait proposé les classifications d'anévrysme mixtes internes, mixtes externes, etc. La question doit être simplifiée : quand une artère est frappée d'artérite chronique, qu'il s'agisse d'entérite ou de périartérite, la tunique moyenne finit par être atteinte en quelques points plus vulnérables, elle cède à la pression sanguine, et se laisse distendre de plus en plus : la poche anévrysmale est alors constituée, et ses parois se limitent aux tuniques interne et externe accolées, souvent à un seul tissu, celui de la tunique interne, plus ou moins modifiée par l'inflammation. ”

La dégénérescence de la tunique moyenne et la distension du vaisseau dans un foyer limité, n'entraîne pas forcément l'amincissement de ses parois ; les autres tuniques, surtout l'interne, sont toujours plus ou moins modifiées par l'inflammation ; un tissu de nouvelle formation vient s'ajouter qui entre pour une part importante dans la constitution de la poche anévrysmale, et celle-ci est plus ou moins résistante selon que ces tissus subissent la dégénérescence ou s'infiltrent de substances calcaires, athérome, pétrification, (Cornil et Ravvier). Ajoutons à cela le phénomène des dépôts de caillots cruoriques et de lames fibrineuses stratifiées que l'on retrace toujours, et l'on se rendra facilement compte qu'il n'existe pas de corrélation entre la distension ou l'expansion d'une poche anévrysmale et le degré d'amincissement de ses parois.



Ces caillots et ces lames fibrineuses dont les dépôts sont d'autant plus favorisés que l'orifice est plus étroit, remplissent assez souvent une grande partie de la dilatation anévrysmale et finissent par oblurer quelquefois tout le sac au point de faire disparaître les conditions particulières auxquelles se rattachent la production des bruits pathologiques et de quelques autres signes physiques que l'on regarde comme pathognomoniques de l'existence des anévrysmes : (bruits de souffle, battements expansifs, retard dans le pouls des artères etc.)

C'est là un fait qu'il importe de ne pas oublier dans la recherche des symptômes de cette redoutable maladie, car, dans de telles conditions, il n'est pas rare qu'elle puisse être confondue avec d'autres variétés de tumeurs, ou qu'elle évolue à l'état latent. Ce même phénomène sert aussi à expliquer la guérison apparente des anévrysmes dont toute la thérapeutique comme vous le savez tend à favoriser la production des caillots cruoriques à l'intérieur du sac anévrysmal.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces dépôts cruoriques, de même que les tissus de nouvelle formation des tuniques artérielles enflammées donnent des garanties contre la rupture de la paroi anévrysmale : celle-ci peut, malgré tout, s'amincir et s'ulcérer en certains endroits, et nous verrons dans quelles conditions, pour l'aorte thoracique en particulier, ce danger est le plus à redouter.

Bien que l'anévrysmes se rattache essentiellement aux lésions de l'aortite chronique, il ne s'en suit pas, non plus, que toutes les aortites chroniques aboutissent à cette complication : l'athérome qui respecte le plus souvent la tunique moyenne ne se trouve que rarement associé à l'anévrysmes, même lorsqu'il est étendu à tout le système artériel. Autre fait que l'observation clinique fait constater, c'est que, dans l'anévrysmes, le système aortique n'est le plus souvent que localement malade—l'aorte est malade pour son propre compte—tandis que le reste du système artériel est intact.

L'anévrysmes siège beaucoup plus fréquemment sur la portion ascendante de la crosse de l'aorte que sur les portions thoracique descendante et abdominale. C'est que, dans cette région, la pression artérielle est d'autant plus forte que l'artère est plus voisine du cœur, et, s'il se produit une altération localisée de ses parois, celles-ci résistent d'autant moins, toutes choses égales d'ailleurs, que la pression artérielle est plus considérable. C'est aussi à cet endroit que la tumeur anévrysmale rencontre dans son expansion les organes les plus importants.

L'anévrisme a pour caractère fondamental de présenter une tendance permanente à s'accroître. En se développant la tumeur ne tarde pas à venir en contact avec d'autres organes sur lesquels elle réagit différemment : c'est ainsi qu'elle les comprime, les déplace et peut les enflammer et les ulcérer ; ceux-ci réagissent à leur tour sur le sac anévrysmal lui-même qui subit le contre-coup d'un même processus morbide d'inflammation et de dégénérescence ; il perd sa résistance, par suite, s'amincit et finit par se rompre en déterminant l'accident de la mort subite.

Aucun organe, aucun tissu ne résiste au processus de destruction provoqué par la tumeur pulsatile de l'anévrisme : le tissu cellulaire, les muscles se résorbent par un travail lent d'inflammation ; les nerfs comprimés, enflammés ou détruits, deviennent le point de départ de troubles de sensibilité et de motilité les plus variés ; les os eux-mêmes sont altérés ou détruits non par simple usure mécanique mais grâce à une ostéite raréfiante. Chose curieuse, du reste, c'est que les tissus résistent de façons très différentes : c'est ainsi que la trachée, les bronches, l'œsophage arrivent à s'ulcérer rapidement, au contact de la tumeur anévrysmale, qui, elle-même, résiste moins et s'use plus vite au contact de ces organes qu'au contact des os mêmes. Aussi les anévrysmes de l'aorte faisant saillie vers les parties profondes du médiastin sont-ils exposés à se rompre d'une manière précoce, avant d'avoir acquis un volume marqué, à une période où leur évolution se fait à l'état latent. Au contraire, les anévrysmes qui ont leur expansion vers l'extérieur, atteignent bien souvent un volume énorme, usent le sternum et les muscles, et se prolongent d'une manière étonnante alors que la tumeur pulsatile faisant saillie sous la peau semblerait menacer de se rompre à chaque instant.

Je ne vous mentionnerai que succinctement les causes auxquelles on attribue une part efficace dans l'origine des aortites et des anévrysmes.

Comme nous venons de le voir, la condition pathogénique qui préside au développement des anévrysmes est toujours une lésion inflammatoire des artères ; encore faut-il, d'après tous les observateurs, que cette lésion supprime en un point la tunique moyenne de la paroi du vaisseau. Suivant M. Lancereaux ce sont les artérites circonscrites qui sont les plus redoutables, pour le danger des dilatations anévrysmales. Malheureusement les facteurs étiologiques de ces lésions artérielles ne sont pas toujours faciles à apprécier. Rappeler les causes pathogéniques des artérites sera

faire l'histoire de l'étiologie des anévrysmes. Ce sont les statistiques qui ont permis de formuler les règles générales suivant lesquelles se développent les artérites localisées aboutissant à cette redoutable complication.

L'âge, le sexe, le climat ne sont pas sans jouer un certain rôle. On admet que la plus grande fréquence des anévrysmes se montre de 40 à 50 assez souvent de 30 à 40 ans, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Lebert donne la proportion de 10 à 3. La race anglo-saxonne semble particulièrement prédisposée à cette affection quel que soit le climat qu'elle habite,

Mais, à part ces influences éloignées, on invoque plus particulièrement l'alcoolisme, le paludisme, les états diathésiques constitutionnels : la goutte, le rhumatisme et l'obésité. Pour quelques uns (Dieulafoy, Fourmier) la syphilis, surtout à la période tertiaire, serait l'une des causes les plus efficaces des aortites circonscrites qui aboutissent si souvent à l'anévrysme. Cette dernière influence n'est pas admise par M. Lancereaux.

Parmi les autres causes occasionnelles, qui semblent jouer un rôle non douteux dans l'étiologie de l'anévrysme, on doit compter toutes les conditions qui tendent à maintenir élevée la tension artérielle ou donnent une impulsion trop vive au cœur : tels sont les efforts prolongés et trop fréquemment répétés, les émotions violentes, les chagrins, les traumatismes, les excès de table et les excès vénériens, etc. C'est ainsi que certaines professions semblent créer une prédisposition à cette maladie.

Arrêtons-nous maintenant à l'étude de la symptomatologie que peuvent présenter les anévrysmes aux différentes périodes de leur évolution.

Les anévrysmes de l'aorte thoracique qui se rattachent le plus intimement à notre sujet sont, comme les anévrysmes en général, caractérisés par des signes *fonctionnels* et des signes *physiques*.

Les signes fonctionnels n'ont pas la valeur pathognomonique des signes physiques ; ce sont des signes présomptifs qui témoignent plutôt de l'existence d'une tumeur dans le thorax, lorsqu'ils ne sont pas explicables par aucun autre état pathologique évident ; ils nous obligent particulièrement à rechercher avec soin au niveau de la tumeur l'existence des signes pathognomoniques qui, seuls, permettent d'affirmer l'existence d'un anévrysme.

Ces signes fonctionnels ressortissent au syndrome médiastinal que l'on voit se développer sous l'influence des tumeurs du médiastin. Ils acquè-

rent, cependant, une importance prédominante dans certaines circonstances. En effet, dans bien des cas, ils peuvent être les seuls signes révélateurs d'anévrysmes profonds et permettent d'en faire un diagnostic précoce longtemps avant que la tumeur anévrysmale vienne faire saillie au niveau de la paroi thoracique (Frank). Les trois observations que j'ajouterai à celle qui fait le sujet de cette leçon, mettront bien en lumière, devant votre esprit, l'importance de ces signes qui ne se révèle jamais d'une manière plus frappante que dans la variété d'anévrysmes que nous avons surtout pour but d'étudier, aujourd'hui.

Parmi les signes fonctionnels on a d'abord la douleur. C'est souvent le premier signe qui, dans la région du médiastin, éveille le soupçon d'une tumeur anévrysmale ou, tout au moins, d'une lésion inflammatoire de l'aorte, intéressant quelques branches des nerfs de cette région : le pneumogastrique, le spinal, le phrénique et, dans le cas d'aortite diffuse, le plexus cardiaque, ou l'une ou l'autre de ses nombreuses irradiations. Les douleurs peuvent ne se réveiller qu'à l'occasion des efforts, des mouvements, de certaines attitudes, ou bien elles sont continues, avec exacerbations, etc. Elles revêtent quelquefois le caractère de véritables névralgies.

Les signes fonctionnels qui se rattachent à la *compression* et à l'*irritation* des organes du médiastin voisins, d'une tumeur anévrysmale, sont très variables selon le siège et le développement de l'anévrysmes. Ces signes sont les suivants :

Pour la *compression* des *veines* caves ou azygos, ou de l'oreille droite : la cyanose, l'œdème de la face, du cou, des membres supérieurs, troubles de la circulation encéphalique, la circulation collatérale complémentaire sur le thorax et l'abdomen.

Pour la *compression* de la *trachée* ou des *bronches* : la dyspnée, le tirage ou le cornage, la diminution du murmure respiratoire et de l'expansion thoracique d'un côté, les souffles tubaires ou caverneux.

Pour la *compression* des *nerfs pneumogastriques*, *spinal* ou *phrénique* ou du *plexus cardiaque* : la tachycardie, la bradycardie, la toux coqueluchoïde, le hoquet, la dyspnée paroxystique qui revêt les caractères de l'asthme, les sensations douloureuses angoissantes qui rappellent l'angine de *poitrine*.

Pour la *compression* du *nerf récurrent laryngé gauche*, en particulier, que l'observation de notre malade nous mettra mieux en lumière : l'altération de la voix, qui devient *rauque*, *bisonale*, dans le cas de paralysie d'une corde vocale, les crises de suffocation par les spasmes de la glotte,

sorte d'icus laryngé. Les mêmes excitations du nerf récurrent laryngé s'étendent assez souvent au pharynx et à l'œsophage qui en reçoivent leur innervation, et c'est dans ces conditions que l'on observe des crises de *pharyngisme* ou d'*œsophagisme*. Tous ces signes sont à la vérité des signes d'emprunt ; leur ensemble constitue le *syndrome médiastinal*, qui est commun à la symptomatologie des différentes tumeurs du médiastin ; ils doivent être corroborés par quelques autres signes physiques.

Les signes *physiques* sont, pour beaucoup, d'une plus grande importance. Seuls ils ont une valeur pathognomonique pour permettre d'affirmer l'existence d'une tumeur anévrysmale. Ils sont fournis par les différents procédés de l'examen physique du malade : par l'*inspection*, la *palpation*, la *percussion* et l'*auscultation*.

Ces signes, comme les signes fonctionnels, sont très variables suivant le siège, le volume et la modalité de la dilatation anévrysmale.

À l'*inspection*, on peut constater qu'il existe une *voussure* anormale sur le trajet de l'aorte, avant même que l'anévrysme ne soit venu faire saillie sous les téguments. C'est déjà un signe d'une certaine valeur, mais qui demande à être appuyé par d'autres plus pathognomoniques ; d'ailleurs il fait défaut si la dilatation anévrysmale ne se développe pas en avant.

Mais si, en même temps que l'on constate une *voussure* ou l'existence d'une tumeur, on constate ce qui est plus significatif, que cette tumeur est animée de *pulsations*, qu'elle est *expansive*, le diagnostic d'un anévrysme ne souffre plus de difficulté. Cependant ces battements, aussi bien que la *voussure*, peuvent également faire défaut si la tumeur anévrysmale est encore trop peu développée ou si elle fait saillie vers le médiastin postérieur ; il peut en être de même si le sac anévrysmal est rempli de caillots : ceux-ci en supprimant l'ondée sanguine atténuent ou font disparaître le battement artériel.

Dans les conditions d'anévrysmes plus ou moins obturés par des caillots cruoriques, tel que nous venons de le mentionner, la palpation devient insuffisante ; on ne doit donc pas s'en tenir à ce moyen facile d'exploration, et l'indication s'impose alors d'avoir recours à d'autres procédés. Stokes donne le conseil suivant dans les cas qui portent à soupçon : en ramenant l'œil au niveau de la poitrine du malade, on peut constater l'existence d'une pulsation localisée ou bien d'un mouvement impulsif diffus sur le trajet de l'aorte, qui, sans cela, passeraient inaperçus.

Dans les mêmes cas, on peut découvrir les pulsations et les rendre plus nettement appréciables, en fixant sur la voussure, au moyen d'un morceau de cire molle, un *index* de papier, à forme de drapeau, long de 6 à 8 centimètres; les oscillations de ce petit index viennent démontrer l'existence d'un centre de battements indépendant du centre cardiaque. Le malade lui-même peut quelquefois se rendre compte que les pulsations, au siège d'une voussure, se produisent en dehors du cœur. D'ailleurs il est facile par l'auscultation de constater au même endroit un double centre de battements; il semble à l'observateur qu'il y a deux cœurs dans la poitrine (Stokes.)

La *percussion* ne donne aucun résultat absolu vu que la matité déterminée par la tumeur anévrysmale peut également se rencontrer dans toutes les autres tumeurs du médiastin. Mais elle permet de se rendre compte des changements de dimension de l'aorte, de l'étendue de la lésion artérielle, ou de la coexistence d'une aortite, en dehors du siège de l'anévrysm.

L'*auscultation*, par contre, fait reconnaître plusieurs signes dont l'interprétation est de la plus haute importance pour le diagnostic. On peut entendre au niveau de l'anévrysm deux sortes de bruits: des *bruits normaux* (claquements, battements) ou des *souffles*. Mais, dit M. Jaccoud "ce qu'il faut bien retenir, c'est que les signes stéthoscopiques normaux de l'anévrysm aortique sont des bruits de percussion, des *claquements* semblables à ceux du cœur et non pas des *souffles*: ceux-ci ne se rapportent pas directement à l'anévrysm; ils sont toujours la conséquence de quelques modifications accidentelles dans le sac anévrysmal, l'aorte ou le cœur; ils remplacent dans bien des cas, les claquements, et leur apparition est alors l'indice des modifications anatomiques qui se produisent dans la poche de l'anévrysm ou dans le cœur. Ces claquements correspondent aux pulsations artérielles et rappellent tout à fait les bruits normaux du cœur, à tel point qu'il est difficile sinon impossible, selon Stokes, à un bon observateur, dont on mettrait un bandeau sur les yeux et dont on placerait soi-même le stéthoscope, de les distinguer des bruits ordinaires du cœur étant sous le coup d'une stimulation.

Ces remarques sont surtout vraies pour les anévrysmes de l'aorte thoracique que nous avons plus particulièrement en vue; mais elles ne peuvent pas s'appliquer aussi rigoureusement aux anévrysmes des artères

éloignées du cœur, de l'aorte abdominale, entre autres, dont la pulsation est ordinairement unique.

Dans ce dernier cas, lorsque le souffle remplace le claquement, il correspond à la diastole anévrysmale et non à la systole, et il disparaît quelquefois si on ausculte le malade debout. Tous ces faits ont été vérifiés par la plupart des observateurs qui ont étudié d'une manière spéciale les signes physiques de l'anévrysme aortique : Stokes, Guérin, Lyons et surtout Frs. Franck, durant ces dernières années.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt pour cette étude de vous rappeler les théories du mécanisme de la production de ces bruits.

Le 1er bruit ou *battement* correspond à la dilatation de la poche anévrysmale sous l'influence de l'ondée sanguine lancée dans l'aorte par la systole du ventricule. Mais il peut être remplacé par un souffle : celui-ci est dû au passage du sang sur l'orifice du sac, et selon que cet orifice est plus ou moins étroit, lisse ou rugueux, ce bruit est doux ou râpeux. Il peut être exceptionnellement produit par la compression de la tumeur anévrysmale sur l'aorte elle-même.

Le 2ème bruit peut n'être que le retentissement du claquement des valvules aortiques, d'autant plus appréciable que l'anévrysme est plus rapproché du cœur. Dans les cas où ce claquement est remplacé par un souffle, celui-ci peut être dû : 1° à une insuffisance aortique concomitante par une lésion étendue de l'artère. 2° à la sortie rapide du sang sur un orifice étroit du sac anévrysmal, sous l'influence du retrait de sa paroi, après chaque pulsation, c'est-à-dire de la *systole* anévrysmale ; 3° à la rentrée dans la poche, d'une deuxième ondée sanguine correspondant au diastolisme de la pulsation.

L'*examen* du *pouls* peut donner, dans la recherche des signes de l'anévrysme thoracique, des renseignements précieux qui complètent ceux fournis par l'inspection, la palpation et l'auscultation.

On prévoit facilement que l'anévrysme, poche élastique située sur le courant sanguin, surtout lorsqu'elle s'est développée sur le gros tronc de l'aorte, ne peut manquer d'atténuer l'ondée sanguine et de modifier la tension artérielle dans les vaisseaux qui naissent en aval. Le pouls de ces branches artérielles est le plus souvent affaibli en même temps que les pulsations en sont *retardées*. C'est ce dernier signe qui a la plus grande valeur pour le diagnostic du siège de l'anévrysme. Le sphygmographe

placé sur l'un de ces vaisseaux, nés en aval de l'anévrisme ; indique nettement ces modifications.

Enfin l'examen du cœur mérite d'attirer l'attention comme dans toutes ces maladies du système artériel qui réagissent toujours avec plus ou moins d'intensité sur le fonctionnement, la structure ou la nutrition de cet organe.

Dans le cas d'anévrisme de l'aorte thoracique, le cœur n'est pas généralement augmenté de volume, comme on le remarque presque invariablement dans les maladies étendues de ce gros vaisseau ; son hypertrophie indique plutôt l'existence de quelques lésions cardiaques et aortiques concomitantes. Par contre il est souvent déplacé lorsque la tumeur anévrysmale est volumineuse.

Un autre symptôme plus rare, il est vrai, peut apparaître lorsque l'anévrisme occupe une situation postérieure et se trouve placé en arrière du cœur au lieu de venir faire saillie à côté de lui : le cœur est refoulé en avant, et la pulsation de l'anévrisme s'ajoutant à la pulsation cardiaque, il se produit une double impulsion cardiaque saccadée que l'on désigne sous le nom de "*double jogging impulse*" de Hope.

Tels sont, dans leur ensemble, les caractères essentiels qui appartient aux anévrysmes aortiques, à ceux de l'aorte thoracique, en particulier. Ces notions doivent être toujours présentes à notre esprit dans la recherche et l'interprétation cliniques des signes qui trahissent une maladie du médiastin, afin de nous permettre d'en arriver à un diagnostic sûr et de ne pas nous faire courir le risque d'ignorer un état morbide dont la marche, et la terminaison préparent de si grandes surprises.

Comme nous l'avons indiqué, à l'occasion, de tous les symptômes que nous venons de passer en revue les uns ont une valeur pathognomonique pour établir l'existence d'un anévrisme ou déterminer son siège ; les autres ne sont que des signes présumés, des symptômes d'emprunt qui font soupçonner l'anévrisme et nous force à en rechercher les signes pathognomoniques.

Il faut bien reconnaître que rarement ces signes se retrouvent au complet dans les cas d'anévrisme de l'aorte thoracique ; ils apparaissent isolés ou diversement associés, selon le siège le volume de la tumeur anévrysmale. C'est le groupement de ces symptômes qui sert de base à la description des différentes variétés cliniques de l'anévrisme aortique ; nous ne ferons allusions qu'aux plus importantes.



Lorsque l'anévrisme siège à l'aorte ascendante, les symptômes de compression sont peu fréquents tandis que la voussure et la tumeur apparaissent avec tous ses caractères pathognomoniques (pulsatiles et expansives).

L'anévrisme, superficiel à cet endroit, a plutôt tendance à faire saillie au dehors, il use les os et apparaît au bord droit du sternum vers le 3ème et 4ème espace intercostal. C'est dans cette variété que l'anévrisme acquiert le plus grand volume, et que l'on peut de constater les doubles et triples battements du sac, les doubles claquements ou les doubles souffles dont nous avons parlé.

Si les symptômes de compression existent, ils portent surtout sur la veine cave supérieure et sur l'oreille droite : la conséquence est la dilatation des veines la cyanose et l'œdème dans la région de la face du cou et du bras et quelquefois des membres inférieurs.

Dans l'anévrisme de la portion transverse de la crosse de l'aorte, au contraire, les symptômes de compression, qui manquent le plus souvent dans la forme précédente, sont prédominants ; L'anévrisme fait saillie vers la poignée du sternum, et c'est à ce foyer, que l'on peut d'avance localiser les battements ou les souffles, longtemps avant, l'apparition de la tumeur. On remarque la surélévation des sous clavières, comme dans l'aortite chronique avec dilatation, et parfois le pouls du côté gauche offre un retard sensible sur celui du côté droit à moins que l'anévrisme n'intéresse le tronc brachio-céphalique. Le *signe* de la *trachée*, décrit par MacDonnell, vient souvent compléter le syndrome auquel s'ajoute parfois les signes de compression veineuse.

Lorsque l'anévrisme a son origine sur l'un des points de l'aorte *thoracique descendante*, le diagnostic présente de plus grandes difficultés.

Les signes *physiques* peuvent passer longtemps inaperçus, la tumeur ne venant faire saillie au dehors qu'à une période déjà avancée, ou faisant complètement défaut. C'est à la région dorsale que la tumeur fait son apparition. Les douleurs fixes lancinantes le long de la colonne vertébrale peuvent être les seuls signes d'avertissements, à la période du début.

Les symptômes de la plus haute importance pour faire reconnaître l'existence de l'anévrisme de l'aorte descendante, selon M Rendu, sont ceux qui dérivent de la compression des voies respiratoires, de la bronche gauche : le *tirage*, le *cornage* et les *souffles tubaires* ou *caverneux* en arrière. Ces signes sont peu marqués lorsque le malade est à l'état de repos, la respiration est alors simplement rude et prolongée ; mais s'il fait un effort ou un mouve-

ment, ou tout simplement en parlant, aussitôt l'inspiration devient rauque, stridente, sonore, et on peut remarquer les signes sus-claviculaires du *tirage*. Les symptômes de la compression de l'œsophage peuvent venir s'ajouter aux précédents, et ils sont quelquefois proéminents, d'emblée.

L'auscultation fournit encore un autre groupe de signes qui peuvent donner lieu à des méprises dans le diagnostic et exigent par suite une interprétation judicieuse ; ce sont : les souffles à la région interscapulaire, dont les timbres sont variables depuis le souffle tubaire jusqu'au souffle caveux. Lorsqu'à la présence de ces souffles respiratoires s'ajoute l'hémoptysie, le diagnostic peut être bien hésitant. L'erreur est possible avec la tuberculose pulmonaire et en vérité, elle a été souvent commise (Bouchard et Brissaud, *Traité de Médecine*.)

Mais, de toutes les modalités que présentent les anévrysmes de l'aorte thoracique la plus intéressante au point de vue de sa topographie anatomique et des symptômes particuliers qui en dérivent, est sans contredit celle qui se développe à l'extrémité de la portion transverse de la crosse, au voisinage du nerf récurrent laryngé gauche. C'est cette variété que M. le Prof. Dienlafoy a si bien décrite sous le titre d'anévrysme aortique, type *récurrent*.

C'est celle à laquelle nous arrêterons le plus longtemps et que nous pourrions étudier avec le plus de profit en nous servant de l'exemple de notre malade et de quelques autres observations que je vous soumettrai.

(A suivre)

---

### Quelques cas de Placenta Prævia

Dame F. B. enceinte de son 3ème enfant en est rendue à 8 mois et 20 jours. Il y a 10 jours, elle a eu une perte de sang de moyenne intensité, qui s'est arrêtée seule par le repos au lit. Aujourd'hui, 29 septembre, l'hémorragie lui paraît assez sérieuse pour appeler le médecin. A mon arrivée je constate au toucher que le placenta bouche les  $\frac{3}{4}$  de l'orifice du col qui est détaché de la grandeur d'un 50 cts. L'arrière-faix est inséré à droite. Après avoir nettoyé le vagin des caillots, j'appliquai un tampon antiseptique, la femme étant en travers du lit ; puis, pour réveiller les contractions utérines, je donne  $\frac{1}{2}$  drachme d'extr. fl. d'ergot. Au bout de quatre heures, la perte paraissant arrêtée, et les tranchées devenant beaucoup plus énergiques, j'enlève le tampon, et je trouve une dilatation d'un peu plus d'une piastre française. Le col étant mou, dilatable, je décide d'agir immédiatement par la version. En conséquence, je décolle la partie adhérente du placenta sur le pourtour de l'orifice du col, puis j'atteins les membranes que je romps. La tête se présente, mais je pousse plus loin, saisis un pied et fais la version. J'extrais un enfant de neuf livres que je ranime sans trop de difficultés. Puis au bout de 10 minutes je vais chercher l'arrière-faix afin de couper court à une perte de sang qui menaçait de devenir un peu trop copieuse, et pour stimuler le muscle utérin je donne une injection intra-utérine très chaude. Toutes ces manœuvres peuvent avoir duré une demi heure. La malade s'est relevée sans complication ; elle n'a eu qu'un peu de ballonnement qui est disparu par des fomentations térébenthinées.

Je n'ai pas donné d'anesthésiques et j'ai opéré seul. Le segment du placenta qui empiétait sur le col était séparé du reste par une espèce d'étranglement d'un  $1\frac{1}{2}$  pouce de long environ.

Ce cas de placenta prævia est le 4ème d'une pratique de onze ans, avec une moyenne de 100 accouchements par année. Les trois autres consistaient en un central et deux partiels. Trois présentations de la tête et une de l'épaule. Dans chaque cas j'ai employé (la dilatation n'étant pas suffisante) le tampon et l'Ergot dans le double but de modérer les pertes sanguines et de réveiller les contractions utérines. Je suis certain de scandaliser ici plus d'un de mes confrères de la Société Médicale. En effet, donner

l'ergot alors que l'œuf est encore tout entier dans la matrice, c'est aller un peu à l'encontre des idées aujourd'hui acceptées. Cependant, dans mon humble opinion et d'après les faits que j'apporterai à l'appui, ce n'est pas une pratique condamnable dans tous les cas. Je m'explique : Dans un cas de placenta prævia, faire vite, n'est-ce pas un élément de succès ? Nous y sommes tenus si nous voulons sauver la mère et l'enfant. Contre le danger qui menace directement la mère, c'est-à-dire l'hémorragie, nous avons une bonne arme ; c'est le tampon bien appliqué. Tant qu'à l'enfant, lui, il faut le tirer de là le plus tôt possible ; il ne sera en sûreté que *dehors*. Mais pour sortir, il lui faut la voie libre, et une fois le tampon bien en place, qu'est-ce qui dilatera le col ?

De plus, il faut remarquer, que dans ces malheureux cas, les tranchées sont toujours très faibles pour ne pas dire molles. Il y a bien le ballon de Champetier ; mais ce merveilleux instrument qui jouerait en même temps le rôle de tampon est-il d'application aussi facile qu'on le dit ? Je ne le crois pas. Pourquoi donc alors se priver d'un agent qui stimule à coup sûr la tonicité musculaire et réveille en même temps les contractions de la matrice, surtout si on lui associe le tampon. J'ai toujours trouvé après 4 heures de l'application de l'un, et l'administration de l'autre une dilatation plus grande du double. Le tampon et l'ergot, à mon avis, se complètent et ne demandent qu'à être essayés loyalement. Encore une fois c'est là mon humble opinion et je la donne pour ce qu'elle vaut. Je serais bien aise de connaître si quelques praticiens n'ont pas des faits semblables à leur expérience.

Tant qu'aux forceps je les ai essayés une fois sur une présentation de la tête, et j'ai constaté que c'est une mauvaise manœuvre. D'abord la perte de sang est plus considérable, puis le col n'étant pas complètement dilaté on s'expose à y faire une déchirure ; enfin la tête est très difficile à saisir au milieu des eaux qui s'écoulent des membranes et de l'arrière-faix qui obstruent le champ d'action, j'aime mieux la version qui me paraît opérer plus sûrement et surtout plus promptement. J'ai assisté seul dans trois cas ; pour le quatrième, (mon premier cas !) j'ai demandé un confrère qui a donné le chloroforme ; je ne l'ai pas administré depuis.

Grâce à Dieu ! j'ai sauvé les quatre mères et j'ai perdu un enfant. Je m'attends bien à perdre les deux à la prochaine occasion, puisque les statis-

liques nous disent qu'il faut perdre une mère sur quatre, et un enfant sur deux !

S. V. VÉZINA, M. D. L.

St-François de Montmagny.

NOTES DE LA RÉDACTION.—Cette communication excita des remarques de la part de plusieurs membres de la Société Médicale.

M. le Dr Simard apprécie le travail qui vient d'être lu, mais il trouve que M. le Dr Vézina est bien *chanceux* dans sa pratique. Comme l'auteur l'admet lui-même, le précepte classique est formel sur ce point : " Ne jamais donner d'ergot tant que l'utérus n'est pas vide. " A plus forte raison lorsqu'on prévoit avoir à intervenir par la version.

Le Dr Brochu ajoute que, tout en admettant le précepte de Pajot rappelé par M. le Dr Simard surtout pour les conditions de l'utérus en état de gestation dont le col n'est pas encore non dilaté, il se sentirait cependant prêt à faire une concession à M. le Dr Vézina, si l'ergot eut été administré après l'expulsion de l'enfant : étant donné, comme il le fait remarquer lui-même, que l'utérus mou lui faisait craindre l'inertie. Dans ces conditions le Dr Brochu ne craint pas de faire exception au précepte en question, qui est certainement juste dans son application générale, et il n'a pas de scrupules à donner l'ergot, même quand le placenta est encore dans l'utérus, si la patiente a des antécédents d'hémorrhagies graves.

" Entre deux maux il faut choisir le moindre " Et le danger de la retention du placenta, dans son expérience, lui paraît bien éloigné, près des risques de l'hémorrhagie *post partum*. Il est bien convaincu d'un autre côté qu'à la période de dilatation le tampon est suffisant, non seulement pour atténuer l'hémorrhagie du placenta *prævia*, mais même pour exciter les contractions utérines.

## Des signes pathognomoniques dans la pratique.

La pratique de la médecine présente à chaque instant des mystères, ou plutôt des équivoques qui viennent parfois complètement dérouter nos prévisions et réduire à *quia* le bagage scientifique que l'on a, ou mieux, que l'on croit avoir.

Tel symptôme que l'on attend et sur lequel on est en droit de compter pour la confirmation d'un diagnostic trop hâtivement posé, nous fait souvent défaut. Tel autre que l'on n'attendait pas du tout vient nous surprendre et mettre le médecin en mauvaise posture lorsqu'il n'a pu résister au vain désir de montrer son savoir en traçant à "son cas" la marche à suivre.

En effet, qui ne s'attend pas avec raison chez un pneumonique adulte, à voir s'établir l'expectoration rouge brique vers le 2ème à 3ème jour.

Quel est celui qui en présence d'une ascension graduelle de la température pendant les huit premiers jours ne pense pas à la fièvre typhoïde, pour peu que le patient se plaigne de céphalalgie et de diarrhée ?

Ce sont là des *signes pathognomoniques*. On vous l'a dit : tout le monde le répète ; cela doit être !

Et cependant je dis : il faut compter toujours sur l'imprévu, sur le caprice des maladies ou du malade et ne jamais négliger aucun autre élément de diagnostic d'une importance officielle moindre. Le malade s'en trouvera toujours bien et la réputation du médecin encore mieux.

Je me rappelle encore d'avoir donné mes soins, il y a cinq ans, à une jeune fille pour une pneumonie du sommet droit qui a évolué en 8 jours avec ses trois phases bien faciles à suivre à l'auscultation. Eh bien ! elle n'a pas eu un seul crachat pathognomonique. Bien plus, elle n'a eu que 3 ou 4 quintes de toux dans le cours de la maladie. L'observation suivante est encore plus singulière et avec la bienveillante permission des Directeurs du "Bulletin Médical," je le sou mets à l'appréciation de mes confrères.

Le 26 Sept. dernier, on vient me chercher vers 8 hrs. du matin pour E. L. garçon de 14 ans bonne santé antérieure et fortement constitué. Depuis une couple de jours il se sentait févreux (à cause prétendait-il, d'un furoncle sur le cou.) A saigné du nez 2 fois environ 1½ once, ce qui ne lui était

jamais arrivé. La veille (date où il fait débiter sa maladie,) de très bonne heure le matin il se mit à travailler dans la terre gelée ; mais au bout d'une heure, se sentant étourdi, il gagne la maison, et vers midi, commence à se plaindre de maux de tête et surtout d'un point au côté gauche dont la violence va toujours en augmentant. Le soir il prend un bain de pieds de 10 minutes, puis se met au lit. La nuit n'est pas bonne ; il se plaint beaucoup, et délire un peu. Cependant, il n'a pas de *frisson*, mais *transpire* beaucoup. Au moment de ma première visite le 26, 8 hrs. A.M. le malade est un peu délirant et ne répond pas toujours à propos. Il se plaint de céphalalgie frontale, et surtout de son point de côté au dessous du mamelon gauche. La respiration est à 30 ; la temp. 103.5 ; le pouls à 120 mais régulier et plein ; les deux temps bien frappés.

A l'auscultation, je constate une diminution ou plutôt absence du murmure respiratoire à la portion moyenne et inférieure du poumon gauche, en arrière ; mais j'ai beau écouter, je ne puis saisir les *crépitements* fins si caractéristiques de la 1ère période de la pneumonie

A la percussion, non plus, il n'y a pas de matité appréciable. En avant, il n'y a rien de suspect à l'examen.

Je diagnostique une pneumonie et j'annonce à la famille que le patient ne doit pas tarder à tousser et expectorer du sang. Je donne une potion à l'ammoniaque aromatique et à l'Aconit, cette dernière à la dose de 3 gouttes toutes les 2 heures jusqu'à transpirations et amélioration des symptômes, puis un cachet de Phénacétine grs. 8 caféine grs. V. A l'extérieur je fais appliquer une emplâtre de moutarde suivie de cataplasmes chauds, et je fais encore prendre un bain de pieds sinapisé. Les intestins ayant fonctionné dans la journée, je ne m'en occupe pas.

26 Sept. 5 hrs. P.M. Le point de côté est plus tolérable, mais la temp est toujours à 103, et le pouls à 120. Respiration 30.

L'auscultation ne révèle rien de nouveau.

Pas de toux ; pas d'expectoration.

27 Sept. 8 hrs. A.M. Le point de côté est complètement disparu, et le malade accuse maintenant une douleur toute aussi violente à l'abdomen autour de l'ombilic. La douleur est intermittente ; il y a un peu de gargouillement intestinal et de la sensibilité provoquée, surtout dans la fosse iliaque droite.

La temp. est restée à 103° ; le pouls à 120 et la respiration à 30. Le malade répond un peu mieux, mais n'est pas encore complètement à lui.

Comme les intestins n'ont pas fonctionné depuis la nuit du 25, je donne le Calomel et Podophylin à doses fractionnées, puis je prescris des fomentations térébenthinées sur l'abdomen (le patient a dormi pendant 3 hrs. d'un sommeil agité avec un peu de délire).

Je commence à regretter mon diagnostic de pneumonie et je pense à la fièvre typhoïde.

Le 27 Sept. 6 hrs. P. M.

Mon malade a passé une meilleure journée. Le Calomel a produit 4 selles liquides ; la douleur abdominale est moins intense ; la temp. est descendue à 101° ; mais le pouls est resté à 120, et la respiration à 35 ! Malgré mes ordres il s'est levé pour aller s'asseoir dans la cuisine. Il répond très bien aux questions, mais il a le faciès encore un peu hébété [avec dilatation pupillaire : a toussé 2 à 3 fois dans le cours de la journée. A l'auscultation je ne constate qu'une légère diminution du murmure vésiculaire ; pas de matité à la pression ni douleur.

Je modifie donc mon traitement en vue d'une entérite spécifique et je donne l'ac. borique, le Salol et Naphthol a. a. zss. toutes les 4 heures ; puis j'ordonne des lavages de la tête, du cou et des bras toutes les 3 hrs. avec de l'eau vinaigrée froide.

28 Sept. 7 hrs. P. M.

La journée a été moins bonne que la précédente ; la temp. est remontée à 103° et le pouls est immobilisé à 120 ; respiration 34.

Le malade n'a pas toussé de la journée, mais il fait entendre à la fin de chaque expiration un court gémissement. Pas de diarrhée, ce qui m'agace fort, moi qui l'avais annoncée ! Elle ne vient pas confirmer mon nouveau diagnostic ! pas plus que la toux et les crachats n'étaient venus confirmer mon diagnostic précédent.

Je continue le même traitement.

29, 8 hrs. A. M.

Mon malade m'inquiète ; il est somnolent, et se plaint presque continuellement ; cependant, il me dit ne se sentir du mal *qu'au ventre*, bien que la douleur à la pression soit moindre que la veille. Il a eu du délire cette nuit et n'a presque pas reposé au dire de la famille. Pas de diarrhée. Temp. 103.1. Pouls 120 un peu faible. Pas de balonnement. Pas de toux. (bien que ma visite ait duré une heure.) Seulement à l'auscultation je constate quelques râles muqueux dans les bronches ; ce qui ne m'inquiète pas vu mon dernier diagnostic.



Je continue la désinfection de l'intestin et de plus je laisse un cachet de Phénacétine et caféine à prendre dans la journée. Je fais boire le malade en abondance et j'ajoute les stimulants alcooliques. (La langue dans tout le cours de la maladie s'est à peine couverte d'un léger enduit jaunâtre, pas de tremblement ni fuliginosités ; pas de surdité)

29—7hrs P. M. Je suis sur les épines et pour un moment je perd courage. La température malgré l'aconit, malgré la phénacétine et malgré les lotions froides n'a jamais voulu descendre en bas de 103° excepté l'abaissement momentané qui a suivi l'action du Calomel. Le pouls est toujours à 120, 125. La respiration revêt le type costo supérieur. Il répond moins bien que la veille. Pas de toux ! pas d'expectorations ; pas de diarrhée ! A l'auscultation je constate les mêmes petits râles muqueux bronchiques. Je percute la poitrine Je cogne en tous sens et le malade ne ressent aucune douleur. Je ne trouve de matité nulle part.

Je continue à peu près le même traitement tout en forçant un peu les alcooliques. Puis pour modérer l'agitation je laisse 10 grs de Dover.

30 Sept. Grâce à un accouchement qui m'a retenu longtemps, je ne puis voir mon malade qu'à 1 hre P. M. et à mon arrivée je constate avec terreur une double congestion pulmonaire, ou plutôt un œdème aigu avec râles disséminés dans toute la poitrine. On me dit que l'oppression et les râles sont survenus tout à coup vers 10 hrs a. m. après une très mauvaise nuit dans l'agitation et le délire. Je suis alors témoin des premières et seules secousses de toux qu'il ait eues dans le cours de la maladie ; puis je recueille sur un mouchoir 3 à 4 crachats (les seuls !) de sang noirâtre bien difficilement expectorés. Le pouls presque imperceptible est à 140. Je fais administrer les derniers sacrements ; puis j'injecte inutilement de la strychnine, de la caféine. Je fais une révulsion à bruler tout l'épiderme. Je pense bien à la saignée, mais la jugeant (peut-être à tort) inutile, je tâche de réchauffer mon malade qui se couvre de sueurs, froides ; d'ailleurs il me reconnaît à peine et ne peut parler. Finalement à 5 hrs la mort vient terminer la scène.

*Conclusion.* Ce cas de maladie s'est conduit envers moi d'une manière tout à fait étrange, pour ne pas dire plus. Il y a eu des signes certains de Pneumonie tels que : absence et diminution du murmure respiratoire au début, point de côté et râle de bronchites ; mais les symptômes les plus caractéristiques ont manqué. v. g. toux, expectoration et matité signe d'hépatisation. D'un autre côté le malade a présenté des signes indéniables d'un état typhoïde tels que . épistaxis, stupeur, délire et symptômes abdo-

minaux avec, cependant, absence des signes les plus caractéristiques. Aussi, la température est montée brusquement à 103° pour ne descendre qu'une fois à 101° le soir du troisième jour. Le début a été brusque, sans cause d'infection connue

Les intestins après avoir réagi à l'action du Calomel se sont montrés bien naturels (Je regrette de n'avoir pu faire le sero-diagnostic.)

En résumé, dans ce malheureux cas, le système nerveux paraît avoir été fortement touché dès le début ; puis le cœur avec une pulsation de 120 à la minute et sous une température de 103° et au-dessus s'est vite épuisé à la peine.

De tout cela, il résulte que cette affection à marche sur-aiguë, avec son cortège de symptômes appartenant à la pneumonie et à la fièvre typhoïde ne peut être, grâce à l'absence de *signes pathognomoniques*, que j'attendais en vain, classé avec certitude. Je le soumetts à mes confrères comme un sujet d'études.

S. V. VÉZINA M. D. L.

St-François de Montmagny.



---

## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

---

### **Comment on doit traiter l'hydarthrose traumatique du genou.**

---

Les chutes sur le genou, mais surtout l'entorse du genou, s'accompagnent fréquemment d'un épanchement important dans la synoviale articulaire. Quelle doit être la conduite du praticien en présence d'un cas de ce genre?

Si l'épanchement est extrêmement abondant, quelques heures après l'accident, que les culs-de-sac paraissent fortement distendus, le mieux est de pratiquer séance tenante la ponction antiseptique de la synoviale dans le point où elle est le plus facilement accessible. La région est soigneusement brossée au savon et à l'eau chaude, puis dégraissée à l'éther, et enfin désinfectée au sublimé au millième. Des compresses stérilisées protègent convenablement le champ opératoire. La ponction est pratiquée avec l'aiguille n° 2 d'un aspirateur Potain stérilisé par l'ébullition prolongée dans un bain contenant 2 pour 100 de carbonate de soude. Le liquide évacué, l'aiguille est retirée rapidement en détruisant le parallélisme des tissus. Une couche d'ouate et de collodion obture complètement l'orifice cutané.

Avec quelques précautions, cette ponction est sans danger et à la portée de tous les praticiens. Mais nous déconseillons absolument tout lavage de la cavité, même à l'eau phéniquée d'abord parce qu'il n'augmente pas sensiblement l'efficacité de l'acte opératoire, ensuite parce qu'il le complique et, pour la moindre faute de technique, la moindre erreur de robinet dans le maniement de l'aspirateur est susceptible d'entraîner l'infection de l'article.

Si l'épanchement est moyen, la ponction est inutile, mais l'immobilisation dans une gouttière plâtrée est la règle absolue. Tous les autres procédés d'immobilisation, l'appareil silicaté notamment, les bandages compressifs sont insuffisants et toujours inférieurs à l'appareil plâtré.

Faut-il appliquer sur la région antérieure du genou des révulsifs variés, tels que teinture d'iode, vésicatoires pointes de feu? En principe ce sont là des moyens complètement inutiles, dans l'hydarthrose traumatique, l'immobilisation seule suffisant, dans l'immense majorité des cas, à

amener la résorption rapide de l'épanchement. Il va sans dire que la question ne se posera même pas si l'on a pratiqué la ponction.

La compression elle-même n'a qu'une action médiocre : elle peut être combinée à l'appareil plâtré sans améliorer sensiblement les résultats.

Quelle doit être la dureté de l'immobilisation ? A notre avis, elle doit être très courte, au moins dans sa forme absolue. En général, cinq à six jours suffisent, mais il est bon de ne dépasser dans aucun cas huit jours. Habituellement, le sixième jour, l'épanchement s'est réduit dans la proportion de trois quarts ou des quatries cinquièmes. Si vous ne voulez pas de raideurs articulaires consécutives, et surtout si vous ne voulez pas risquer une atrophie du triceps capable de gêner la marche de votre malade pendant longtemps, le moment est venu de commencer la mobilisation et le massage. La gouttière plâtrée se prête admirablement aux exigences de la situation. Si votre appareil est bien fait, il est assez souple pour qu'on puisse l'écarter sans le casser et en sortir le membre pour lui appliquer la seconde partie du traitement.

Les premiers jours, c'est à-dire en général du sixième au douzième ou quinzième jour, on fait deux séances de mobilisation et de massage par jour, d'une durée de dix à quinze minutes environ. On débute par un effleurage de toute la région articulaire dans le sens du courant veineux, suivie bientôt d'une friction plus énergique portant sur les culs-de-sac et sur la masse musculaire antérieure de la cuisse sur laquelle on insistera particulièrement. Quelques mouvements de flexion et d'extension d'abord passifs ensuite en résistance, terminent les manœuvres de massage.

Après chaque séance, le malade est replacé dans la gouttière plâtrée que l'on maintient suffisamment appliquée par quelques tours de bande.

Le membre est laissé libre dans la journée, vers le douzième jour, entre les deux séances de massage, et les mouvements actifs sont autorisés dans la position horizontale. L'appareil est rétabli pour la nuit. Si l'épanchement n'a pas tendance à se reproduire après deux jours d'épreuve, la marche est autorisée en général vers le quatorzième jour. A ce moment on ne fait plus qu'un seul massage par jour : l'entraînement doit être progressif. Au bout de huit jours, la guérison est complète et le malade a pu reprendre ses occupations. Il n'y a plus le moindre vestige de liquide,

on ne constate aucune raideur, ni aucune gêne dans la marche : le massage a cessé d'être indispensable dès la fin de la troisième semaine.

G. MAURANGE.

(*Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*)

---

### **Des végétations adénoïdes dans les petits pharynx.**

---

Le type clinique des végétations adénoïdes dans les pharynx atrophies des enfants est bien connu des spécialistes: il l'est moins des médecins. Il montre l'utilité de l'intervention, même lorsque les résultats immédiats ont paru à l'opérateur et au médecin insuffisants pour la justifier, car l'obstacle que ces végétations apportaient à la fonction respiratoire, pour si minime qu'il parût, était cependant assez important pour arrêter, dans leur développement, les fosses nasales et leurs cavités accessoires, les sinus et le pharynx nasal.

Il s'agit, en général, d'enfants de 4 à 10 ans, dont la tête est grosse, le visage arrondi, peu développé; le nez est petit, les narines sont rondes et dilatées, tandis que les os propres, arc-boutés sur une cloison embryonnaire, font penser à la forme dite en pied de marmite. L'enfant a tous les signes extérieurs du type adénoïdien, la bouche ouverte, les pommettes et les yeux tirés, de grosses lèvres pendantes, l'air apathique et distrait; en un mot, la description serait complète si on n'observait, dans plus d'un cas du moins, que la voûte n'est pas en ogive ou qu'elle ne l'est guère, que les dents ne sont pas mal placées.

Par ailleurs, ce ne sont pas des manifestations très bruyantes qui ont amené les parents ou le médecin à s'occuper du pharynx nasal. En dehors de quelques rhumes, voire même de quelque bronchite tenace, c'est souvent l'arrêt de développement général qui a éveillé l'attention: arrêt dont le praticien et les familles, éclairés par les beaux résultats d'opérations similaires, voudraient trouver la cause dans le pharynx nasal.

Le spécialiste est donc appelé: mais il éprouve les plus grandes difficultés à faire un diagnostic objectif, la rhinoscopie postérieure étant à peu près impossible dans un pharynx atrophie. Dans les cas où il y parvient il aperçoit une masse de végétations adénoïdes qui bourre le pharynx et qui ne laisse pas percevoir les choanes.

Le toucher donne la même impression. Quand le doigt a doublé avec peine le voile du palais et la luette il se sent gêné dans le cavum, resserré entre la masse d'adénoïdes qu'il touche dans le haut, et le voile du palais en bas, ne sentant qu'avec peine les orifices postérieurs des fosses nasales qu'il est inutile d'essayer de pénétrer, car elles sont fort petites. Il y a donc des végétations adénoïdes : il y en a même beaucoup ; peu s'en faut qu'on ne promette de ramener l'énorme masse.

Avec l'opération, commence la désillusion. Si on se sert d'un couteau à végétations adénoïdes de dimension moyenne, on éprouve une réelle difficulté à évoluer dans le pharynx nasal : on passe avec peine entre la végétation et la choane, et on bute vite contre la voûte ; il n'y a plus qu'à couper. Mais au lieu de la masse annoncée ou pressentie, on ne ramène que de rares fragments. Le toucher rend compte qu'il n'y a plus de végétations, et en même temps apprend que, s'il y en avait assez pour combler le pharynx, celui-ci était petit et à peine développé.

Les résultats immédiats sont peu encourageants : l'enfant, revu deux semaines plus tard, n'a éprouvé aucun ou presque aucun soulagement. Sa bouche est toujours aussi ouverte, sa respiration nasale est sensiblement la même, en tout cas insuffisante. Il ne faut pas se décourager, l'avenir justifiera de la façon la plus absolue tout ce qui a été fait. En effet, l'enfant, six mois ou un an après, est tout changé. Non seulement il ne s'est plus enrhumé, mais sa figure est bien modifiée, elle s'est allongée ; son nez est en voie de prendre un autre aspect, il se développe enfin. Ces choanes, ce rhinopharynx, ces fosses nasales qui ne servaient à rien et ne restaient inactives sont devenues perméables du fait de l'intervention. L'air les a enfin traversées, la respiration nasale s'est établie. La fonction désormais fera l'organe ; deux ans plus tard, cette opération que vous aviez craint inutile le premier jour est devenue un de vos meilleurs résultats.

Pour résumer disons qu'il y a des enfants, adénoïdiens de bonne heure, dont le nez et le cavum ne sont pas développés. Leur pharynx nasal étant petit, de petites masses d'adénoïdes suffisent pour le remplir. Il faut opérer ces adénoïdiens au même titre et de la même façon que les autres. L'amélioration qui suit n'est pas immédiate, elle ne vient que plus tard l'orsque le pharynx nasal lui-même s'est développé, ce qu'il fera désormais, la respiration nasale étant devenue possible.

### Traitement de la pneumonie grave.

(DULEAU.)

Y a-t-il des cas où la saignée soit vraiment utile ? oui, quand l'oppression est très vive, l'expectoration sanglante et que le malade est robuste— Une seule saignée assez copieuse ou des sangsues sur le point le plus hépatisé.

Dans les formes graves, adynamiques infectieuses, c'est surtout sur l'alcool, la quinine, que l'on doit insister ; au besoin, on combattra l'hyperthermie par la balnéation froide, et l'adynamie ou le collapsus par les injections hypodermiques de strychnine et de caféine—Voici deux formules :

R) Sulfate de strychnine.. ..... 1 centigr.  
Eau distillée..... 10 grammes.

Trois seringues par jour—environ 20 gouttes chaque fois.

R) Benzoate de soude. .... } àà 2 grammes  
Caféine..... }  
Eau distillée..... 10 grammes

Trois seringues par jour.

Si on n'a pas ce qu'il faut, ou que le cas ne soit pas trop pressant, donner toutes les heures une cuillerée à bouche de la potion suivante, qui pourra d'ailleurs être administré concurremment avec les injections :

R) Extrait de quinquina..... 3 grammes  
Teinture de canelle..... 5 —  
Acétate d'ammoniaque.... 10 —  
Sirop d'écorce d'orange... } àà 50 grammes  
Eau-de-vie..... }  
Eau distillée de mélisse.... 120 —

F. S. A.

C'est une bonne potion stimulante.

D'aucuns ont préconisé la digitale quand il y a défaillance cardiaque, que le pouls est très faible, etc.

Mais il vaut infiniment mieux recourir aux injections de strychnine et de caféine.

Les injections de sérum artificiel (eau salée à 7 pour 1000) qu'on a toujours sous la main, pourront remplacer dans une certaine mesure, celles de strychnine et de caféine et en tout cas leur venir en aide.

De nombreuses communications annexes auraient pu trouver place dans cette description, mais elles visent soit des cas spéciaux, soit des théories encore incertaines ; aussi n'avons nous pas voulu en parler.

Une exception cependant doit être faite en faveur d'une médication originale qui, dans des cas désespérés, a réussi plusieurs fois.

Avec une seringue stérilisée, on pratique à la partie externe et moyenne des deux cuisses, à la région deltoïdienne des deux bras, une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit en tout 4 centimètres cubes.

La douleur est fort vive, et le lendemain on trouve un empâtement suivi bientôt d'un phlegmon qu'on ouvre et qu'on traite comme à l'ordinaire.

C'est le Professeur Fochier (de Lyon) qui ayant observé des guérisons inattendues, à la suite d'abcès survenus dans les cas de pneumonie fort graves, a eu l'idée de ce traitement.

Le professeur Lépine a obtenu, après Fochier, un succès, et le professeur Dieulafoy, deux chez des femmes atteintes de pneumonie très grave et en imminence de suppuration.

(*Journ. de Méd. de Paris*)

---

### **La diète hydrique.**

Par M. L. BABONNEIX,

Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

---

Préconisée depuis longtemps par Luton dans le traitement du choléra infantile, la diète hydrique est aujourd'hui couramment employée dans la plupart des gastro-entérites : elle consiste dans la suppression de tout aliment et dans l'administration exclusive d'eau pendant tout le temps que persistent les phénomènes aigus.

Quel liquide employer pour la diète hydrique ? On a recommandé successivement l'eau bouillie pure, sucrée ou alcoolisée, l'eau albumineuse, les eaux naturelles alcalines. De toutes, celles qui donne de beaucoup les meilleurs résultats, est l'eau absolument pure, préparée et administrée de



la façon que nous allons indiquer dans un instant ; mais il est sans inconvénient de l'additionner d'un peu de sucre ou d'une infusion de thé léger. Dans beaucoup de cas, l'eau bouillie alcoolisée avec du champagne (une cuillerée à bouche par biberon) ou d'un peu de cognac ou de rhum, rend les plus grands services, et MM. d'Espine et Picot recommandent formellement cette préparation, à laquelle M. Marfan reproche d'irriter un intestin déjà fort enflammé. Quant à l'eau albumineuse, sa valeur est très discutée. Si, d'une part, elle semble diminuer réellement les troubles intestinaux en *collant* pour ainsi dire les parois du tube digestif, elle subit trop facilement, d'autre part, la fermentation et il est difficile de la conserver longtemps intacte. Elle ne doit être employée qu'en solution fraîche et fréquemment renouvelée. Beaucoup d'auteurs accordent la préférence aux eaux minérales alcalines, de Vals, de Vichy, de Soultz-matt.

L'eau bouillie pure semble préférable, pour M. Marfan, à toutes les autres préparations. Il est sans inconvénients, et cette petite modification est très bien acceptée des familles, de l'additionner d'un peu de thé léger ou d'alcool ; l'eau albumineuse ne doit jamais être employée que fraîche ; les eaux minérales naturelles seront utilisées dans les cas d'extrême urgence.

*Comment préparer et administrer l'eau bouillie ?* La solution de cette question est particulièrement importante, parce que d'elle dépend le succès de la médication. A cet égard, il convient de suivre pas à pas les conseils qu'a si souvent donnés M. Marfan. On prend une grande casserole de 2 à 3 litres bien étamée et bien propre ; on y fait bouillir, pendant un quart d'heure environ, une grande quantité — 2 à 3 litres — d'eau pure. Puis on retire la casserole du feu, on la recouvre et on laisse refroidir l'eau. Il est très important de laisser l'eau refroidir dans le vase même où elle a bouillie, pour éviter tout transvasement inutile, et par suite toute contamination. Lorsque le liquide est amené à la température de la chambre, il peut être administré à l'enfant. Sa température doit être de 15 à 18 degrés environ, et nous ne saurions approuver la pratique des auteurs qui recommandent de donner l'eau froide ou même glacée : cette pratique, dans les cas où les phénomènes de collapsus sont accentués, peut en effet faire courir à l'enfant les plus grands dangers.

L'eau bouillie sera administrée régulièrement à la dose de 30, 40, 50 grammes toutes les demi-heures ou de 60, 80, 100 grammes toutes les heures. Il est d'ailleurs sans inconvénient d'en donner à l'enfant toutes les fois

qu'il a soif. " Enfin, dit M. Marfan, et c'est sur ce conseil qu'il faut toujours avoir soin de terminer, il faut bien recommander aux parents de ne rien donner d'autre chose pendant toute la durée de la diète. Beaucoup de parents écoutent attentivement les explications qu'on leur donne, et lorsqu'on a fini vous disent tranquillement " Et quelle nourriture donner à mon enfant pendant toute cette période ? " ou encore " Ne pourrai-je pas, pour éviter la déperdition rapide des forces, donner à mon enfant un peu de bouillon, de lait, etc. ? " D'autres reviennent le lendemain avec un enfant plus malade et expliquent avec candeur que la diète hydrique n'a rien fait, bien qu'ils aient donné en même temps du lait, des panades, etc. Aux uns comme aux autres, il faut faire bien comprendre que la diète hydrique, pour être utile, doit être absolue et que l'enfant ne mourra pas de la suppression des aliments pendant toute la durée de la phase aiguë.

La quantité d'eau bouillie à donner en vingt-quatre heures varie avec l'âge de l'enfant : elle sera toujours facile à apprécier si l'on tient compte de cette remarque de M. Marfan que la quantité d'eau à faire absorber doit être exactement proportionnelle à la quantité de lait qui devrait être prise.

" Il faut, dit M. Marfan, remplacer autant que possible la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau au moins équivalente. " On donnera donc par jour 100 grammes environ à un bébé de deux mois 600 à 800 grammes à un bébé de six mois, 1 litre à un bébé de neuf mois, etc.

*Quelle doit être la durée de la diète ?* Vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Certains auteurs ne craignent pas de la prolonger trois, quatre jours et même quelquefois plus. C'est là une erreur dont les conséquences peuvent être des plus graves pour le bébé. D'habitude, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures d'une diète hydrique bien comprise, les phénomènes aigus s'amendent, les vomissements et la diarrhée disparaissent ou diminuent, l'état général se remonte. Que si ces troubles persistent, il faut essayer d'autres médications, tels que les lavages de l'estomac ou de l'intestin. Au superflus, à ce moment, il est prudent de ne pas redonner immédiatement à l'enfant la quantité de lait qu'il prenait au début des accidents, mais de diminuer sensiblement cette quantité, de la couper d'un tiers et même de moitié d'eau bouillie ; ou encore, pendant quelques heures, de donner alternativement un biberon d'eau bouillie et un biberon

de lait coupé. Ces précautions prolongeront en quelque sorte la diète hydrique et assureront les meilleurs résultats.

Les effets de la diète hydrique sont ainsi exposés par M. Marfan : Tout d'abord, la diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions intestinales en supprimant tout aliment aux microbes du tube digestif. De plus, elle laisse reposer l'estomac et l'intestin : en somme, elle substitue au lait un liquide aseptique et difficilement fermentescible, elle nettoye mécaniquement la muqueuse digestive et facilite le retour des fonctions absorbantes de cette dernière, mais, en même temps, et par le fait même, une certaine quantité de liquide passe dans la circulation générale et tend à relever, dans une certaine mesure, la tension artérielle et à augmenter la force des contractions cardiaques, " Donc, action locale tout à la fois d'asepsie et d'antisepsie, action générale toni-cardiaque et toni-vasculaire. "

Les indications de la diète hydrique sont des plus faciles à résumer. Cette médication s'impose dans toutes les formes de gastro-entérite aiguës et dans les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques. Elle est nettement indiquée dans le choléra infantile où, avec les injections de sérum et la balnéation, elle constitue la médication par excellence de l'affection ; elle diminue l'intensité des phénomènes généraux et locaux dans les formes aiguës pyrétiques ; elle réussit enfin lorsque, au cours d'une gastro-entérite chronique, survient une poussée aiguë caractérisée par l'augmentation du nombre des vomissements et les modifications des selles, qui deviennent plus fétides, plus liquides, plus fréquentes que d'habitude. En somme, la diète hydrique est indiquée dans tous les cas d'inflammation aiguë du tube digestif chez le nourrisson : elle donne les meilleurs résultats à condition d'être appliquée rigoureusement pendant tout le temps convenable.

### Le poids des tuberculeux curables

De tout temps les individus atteints de tuberculose pulmonaire, aussi bien que les médecins appelés à leurs donner leurs soins, se sont intéressés aux modifications du poids qui semble marcher de pair avec l'évolution

de l'affection pulmonaire. Maintenant que la cure hygiéno-diététique est systématiquement appliquée dans les sanatoria du monde entier, la balance est devenue un objet de première nécessité presque aussi utile que le thermomètre. De tous côtés se sont publiés d'intéressants travaux sur cette question, parmi lesquels : en Allemagne un opuscule de Wolff (1898) sur "Les variations de la tuberculose curable"; en France, plusieurs communications de M. Letulle, l' "Essai de cure libre en Normandie" de M. Brunoy, et le travail récent de M. Cosset (*Th. de Paris*, 1901).

Pour tirer quelques conclusions des recherches entreprises, il importe d'abord de n'apporter aucune cause d'erreur dans la manière de faire les pesées : régulièrement tous les huit jours, à la même heure, les réservoirs vésical et rectal étant vidés, le corps recouvert des mêmes vêtements ; ensuite pour avoir des résultats comparables et probants n'avoir en vue que des tuberculeux curables, c'est-à-dire (étant donnée la rareté d'arrêt de la tuberculose chronique au premier ou au second degré) des tuberculeux à la période de germination et de conglomération.

Ces deux conditions étant obtenues, le premier soin du médecin sera de fixer le degré d'amaigrissement du malade par la différence entre le chiffre de la pesée actuelle et le chiffre qu'il devrait avoir jugé approximativement par la mensuration de la hauteur de la circonférence du thorax et de l'abdomen, par le chiffre et la date de la dernière pesée ; tout en ayant comme point de contrôle le degré de diminution de la graisse obtenu par la constatation du rapport des téguments ou plans profonds. Cependant s'il est intéressant de noter la quantité de kilogrammes acquise à la fin du traitement, il est encore plus important de connaître la façon dont se fait cette augmentation de poids.

Voici quel est le schéma de cette courbe de poids :

1<sup>o</sup> Le sujet, au début de la cure, engraisse volontiers de 1 à 2 kilogrammes les 15 premiers jours, et comme le dit M. Lalesque ; "au début, les premières pesées hebdomadaires signalent des augmentations de poids supérieures à celles des pesées ultérieures."

2<sup>o</sup> La période suivante est marquée par une moyenne d'augmentation hebdomadaire qui varie un peu suivant les auteurs : 360 grammes pour Cosset au sanatorium de Feydey-sur-Leysin ; 125 à 140 grammes pour Turban de Davos, alors que Messen de Hohenhonnef donne, comme moyenne 467 grammes.

3° Vers le quatrième mois, il est très fréquent de voir la courbe rester stationnaire en plateau.

4° Enfin il est rare que les malades gardent à leur sortie le plus haut poids qu'ils aient atteint dans l'établissement, aussi remarque-t-on en général une légère diminution vers le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> mois.

Il faut remarquer aussi la grande sensibilité du poids à la moindre modification du régime, *la moindre complication provoquant en un temps très court une baisse très notable*. Une très légère influence, même purement moral, retentit tout de suite sur la courbe de poids puisqu'on a été jusqu'à constater qu'un décès survenu dans l'établissement provoquait une diminution dans la moyenne d'augmentation.

Quelle est la valeur pronostique de la courbe des poids au point de vue de la lésion pulmonaire?—Prenons les deux thèmes opposés.

Peut-on guérir physiquement sans engraisser? Peut-on voir des malades dont le poids augmente à mesure que la phtisie progresse et que la mort surprend alors qu'ils ont subi un véritable engraissement?—Tout d'abord on peut affirmer qu'il n'y a pas d'exemple de tuberculeux pulmonaires guérissant sans engraisser, quoiqu'il existe certains individus guérissant sans une augmentation de poids très notable.—En second lieu il faut bien admettre qu'il existe des arthritiques qui, en devenant phtisiques, conservent leur embonpoint et ont une tendance remarquable à augmenter rapidement de poids sous l'influence du traitement.

Dans la plus grande majorité des cas on voit le poids augmenter et les lésions physiques se guérir, mais contrairement à ce que peuvent penser les malades et leur entourage, les lésions physiques ne rétrocedent que lentement au bout de plusieurs années.—L'embonpoint paraît d'abord sans que la guérison locale ait fait un pas. D'ordinaire même le médecin assiste pendant les premiers mois à ce paradoxe thérapeutique: l'état général s'améliore et l'état local s'aggrave. Ce n'est que longtemps après le retour des forces que les lésions pulmonaire s'arrêtent d'abord et enfin rétrocedent lentement.

Aussi, pour conclure, pourrions-nous dire avec Gaucher: "Quand la tuberculose a causé des lésions pulmonaires représentées par les signes classiques de la première période, elle exige un traitement long et monotone. Donc pour guérir, il faut avant toutes choses, le vouloir, le vouloir bien, vouloir longtemps," et ajouter avec Marfan: "La balance ne fait pas

« le pronostic, mais elle a néanmoins une importance considérable pour  
« pour contrôler les résultats obtenus. » — R. B.

*Journal des Praticiens.*

---

### Sérum antistreptococcique.

---

M. Verdelet qui a eu l'occasion d'employer le sérum de Marmorek dans nombre de ces cas relevant de ces infections puerpérales, mentionne deux cas où le sérum semble avoir donné de bons résultats.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, ayant fait le 21 septembre 1901, une fausse couche de 2 mois. Déjà infectée à son entrée à l'hôpital et ayant encore de la rétention placentaire, on lui fait, le 26 septembre 1901, un curetage qui fait descendre la température pendant quelque temps et supprime les hémorragies. Mais bientôt les phénomènes d'infection se rallument (8 octobre), surtout sous la forme péritonitique (T. 39°, 8.) Concurrément aux injections vaginales et à l'emploi de la glace, on lui fait, dès le 3ème jour de cette nouvelle poussée, des injections de sérum qui amènent peu à peu la chute de la température, comme le fait voir la courbe que je vous présente, et la guérison s'obtient d'une manière parfaite.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans, entrée dans le service de M. le Professeur Demons, pour des métrorrhagies intenses datant de 2 mois. Elles étaient dues à une môle hydatiforme qui n'avait point été expulsée complètement.

Devant cet état, on pratiqua un curetage qui débarassa l'utérus de tout ce qu'il contenait ; mais dès le lendemain, la température s'élevait à 40° et l'infection septicémique s'établissait avec tous ses signes classiques. Malgré le traitement local et général de mise en pareils cas (quinine, injections intra utérines, etc.), la situation restait très grave ; aussi, le 4ème jour, on eut recours au sérum de Marmorek (20 centimètres cubes, puis 10 centimètres cubes) pendant plusieurs jours et de suite on obtint une rémission de température assez marquée, mais beaucoup plus lente que dans le cas précédent. A un moment, il y eut une poussée inflammatoire du côté de la parotide gauche, et cette poussée céda aussi à de nouvelles injections de sérum.

M. Mongour considère qu'on doit n'être point absolu au sujet de la spécificité des sérums. Il a démontré que le sérum de Marmorek, en particu-

lier, agissait également dans les infections à streptocoques, à staphylocoques ou à colibacilles. Le sérum antidiphthéritique a fourni les mêmes résultats. Par le sérum de Marmorek, M. Mongour a obtenu la résolution de fausses membranes diphthéritiques. Par le sérum antidiphthérique il a agi sur les pleurésies à streptocoques. Il y aurait donc à côté de l'action dite spécifique, une action bien plus puissante encore : c'est celle qui augmente les forces de réaction de l'organisme et qui, elle, est absolument indépendante de la spécificité d'un sérum.

*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*

---

### Traitement et pathogénie de la gastro-succorrhée.

---

D'après M. Soupault, la gastro-succorrhée, ou maladie de Reichmann, est due toujours à un ulcère siégeant dans le voisinage du pylore. Cette opinion, déjà soutenue par M. Hayem, ne fait donc du syndrome de Reichmann, qu'une variété de la maladie de Cruveilhier, empruntant des caractères spéciaux à sa localisation pylorique.

A cet ulcère du pylore vient s'ajouter un trouble physiologique fonctionnel, qui est le spasme, la contracture du pylore, provoquée par la lésion ulcéreuse. Cet élément spasmodique surajouté est la cause des troubles fonctionnels intermittents : douleurs, vomissements, hypersécrétion. Sans cette contracture, l'ulcère du pylore resterait silencieux, et ne déterminerait pas ces crises si pénibles et si caractéristiques qu'accusent périodiquement les malades.

Voici comment M. Soupault traite cette affection. (*Soc. de Thérap.*, 20 novembre.) Il ordonne d'abord le repos physique et moral, car l'influence est grande du système nerveux général sur la marche du syndrome de Reichmann. Si les malades sont dans une crise grave, avec phénomènes subjectifs intenses, douleurs vives et vomissements répétés, le repos complet au lit est nécessaire pendant huit jours. Si les symptômes fonctionnels sont moins intenses, il prescrit le repos au lit pendant 12 à 15 heures avec défense absolue de se livrer le reste du jour à une occupation fatigante, qu'elle soit intellectuelle ou manuelle.

En même temps, l'on cherche à réaliser le repos local de l'estomac ; et pour cela, il faut éviter à l'organe un travail trop grand de la musculature et une irritation trop vive de la muqueuse en prescrivant un régime

alimentaire exigeant de l'estomac un travail minimum. Lorsque les phénomènes réactionnels sont très marqués, on prescrira la diète absolue pendant 24 à 48 heures, durant lesquelles les malades sont traités par des lavements d'eau salée et des injections de sérum artificiel. Quand la phase aiguë sera passée, on conseillera le régime lacté; pur d'abord, puis mitigé : d'abord les œufs crus battus dans du bouillon, les potages aux farines délayées, puis après une période de huit ou dix jours, les légumes en purée, les crèmes, la viande crue, les viandes râpées ou hachées avec le masticateur, la poudre de viande donnée le matin et à 4 heures de l'après-midi, en dehors des repas. On évitera tous les mets irritants, les boissons alcooliques, les légumes ou les fruits trop grossièrement divisés pouvant laisser un résidu dans l'estomac.

Le traitement médicamenteux consiste uniquement dans l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude, craie préparée, magnésie calcinée associée au sous-nitrate de bismuth.) On donnera un cachet ou un paquet de ce mélange toutes les deux heures pour maintenir constamment saturé le suc gastrique hyperacide. La dose exacte ne peut en être indiquée d'emblée ; il faut tâtonner pour connaître les susceptibilités particulières de chaque malade.

La révulsion sur le creux de l'estomac est très utile ; l'application de la compresse froide de Priessnitz ou de cataplasmes sinapisés sont suivis d'effets calmants des plus marqués.

Le catéthérisme, les lavages de l'estomac fatiguent beaucoup les malades, et ne seront employés avec prudence qu'une ou deux fois par semaine

Ce traitement médical produit souvent d'heureux résultats ; mais trop fréquemment encore, il échoue, et presque toujours il ne produit de bons effets que temporairement.

En effet, le syndrome de Reichmann est essentiellement une maladie à rechutes, qui se produisent à des intervalles plus ou moins longs, sous l'influence de fatigues, d'écarts de régime, et même sans causes appréciables, pour devenir ensuite très rapprochées.

Le traitement médical est donc purement palliatif, et d'après M. Soupault, le traitement véritablement curateur de la gastro-succorrhée est l'intervention chirurgicale.

Il faut savoir en effet que cette affection peut subitement s'aggraver, que des complications graves peuvent survenir : hématomèse parfois très



marquée, et surtout perforation de l'estomac, accident toujours mortel, développement d'un cancer greffé sur un ancien ulcère.

Voici ce que l'on observe après la gastro-entérostomie, conseillée par cet auteur et d'après ses propres observations :

1<sup>o</sup> L'état général s'améliore. Les malades engraisent, reprennent leur appétit, leur embonpoint, leurs forces.

2<sup>o</sup> Les troubles subjectifs disparaissent, On ne constate plus de douleurs, plus de vomissements, plus de malaises gastriques. La pression de l'estomac est indolore. Ces résultats se maintiennent même chez les malades qui au bout de quelque temps abandonnent tout régime. Les fonctions intestinales reprennent leur régularité.

Cependant, les signes physiques persistent, quoique très atténués. La dilatation de l'estomac reste souvent très marquée ; la stase ne diminue que très lentement et peut même rester d'une façon définitive. Enfin, le chimisme gastrique n'est pas toujours aussi heureusement modifié qu'on pourrait l'imaginer. Souvent l'hyperacidité est moindre ; mais souvent aussi, on constate encore un taux élevé d'acide chlorhydrique et une hypersécrétion marquée.

Quoi qu'il en soit, les résultats favorables du traitement chirurgical résistent à l'épreuve du temps, et peuvent être considérés comme définitifs.—H. M.

*Journal des praticiens.*

---

### **Traitement de la constipation chez les enfants**

---

*Lavements avec de l'eau de son ou de guimauve*

Sirop de chicorée (1 cuillerée à café).

Le sirop de séné (*pharmacopée anglaise*) peut produire quelque coliques que l'on peut éviter par des onctions sur l'abdomen avec l'huile de camomille camphrée.

Sirop de mauve (1 cuillerée à café).

Calomel, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 (6 mois à 1 an).

Magnésie calcinée (1 cuillerée dans de l'eau bien sucrée).

*Lavements froids* (2 à 5 par jour) et huile de foie de morue (1 à 2 cuillerées à café par jour).

## Formule de BOUCHUT.

Podophyllin.....	0 gr. 05
Sirop de guimauve.....	95 gr.
Cognac.....	5 gr.

1 à 2 cuillerées à café tous les 3 ou 4 jours.

Ou:

Sirop de fleurs d'oranger.....	} àà 10 gr.
Sirop de fleurs de pêcher.. ..	
Eau distillée de fenouil .....	
Eau distillée de tilleul .....	

$\frac{1}{2}$  cuillerée à café ou 1 cuillerée à café trois fois par jour, avant la tétée

## Formule de WIDERHOPHER.

Eau chaude.....	40 gr.
Mannite cristallisée .....	0 gr. 40

1 cuillerée à café chez les nouveau-nés.

Ou:

Manne (5 à 15 gr.) dans du lait.

Ou:

Mannite.....	0 gr, 05 à 0gr. 15
--------------	--------------------

De 6 mois à 2 ans:

Huile de ricin..... 1 cuillerée à café.

Ou:

Huile de ricin.....	} àà 5 à 10 gr.
Vin de Malaga.....	

*On peut remplacer le malaga par le bouillon, le jus d'orange, le sirop de groseille.*

WIDERHOFER conseille la formule suivante :

Poudre de racine de rhubarbe.....	} àà 5 gr.
Magnésie calcinée.....	
Oléosaccharure de fenouil.....	

*Une pointe de couteau le matin pendant plusieurs jours.*

Lavement :

Sulfate de soude.....	15 gr.
Follicule de séné.....	5 gr.
Miel de mercuriale .....	30 gr.

Pour 1 lavement.

Calomel à la vapeur.....	5 gr. 10
Scammonée d'alep pulvérisée.....	0 gr. 20
Sucre de lait .....	4 gr.

En 10 prises, 1 toutes les heures.

De 3 à 7 ans :

Purgatifs salins..... 10 gr. environ.

HUCHARD :

Eau distillée..... 80 gr.

Sirop de cerises..... 20 gr.

Citrate de magnésie..... 20 gr.

En 2 fois, à  $\frac{1}{2}$  d'heure d'intervalle.

J. SIMON :

Teinture de cascariile.....	} à 10 gr.
Teinture de colombo.....	
Teinture de rhubarbe.....	
Teinture de cannelle.....	
Teinture de gentiane.....	

Teinture de noix vomique..... 5 gr.

X gouttes dans un peu d'eau froide avant chaque repas.

*Journal de Médecine de Paris.*


---

### Affections inflammatoires de la main et des doigts

#### PANARIS & PHLEGMONS

---

INFORMATIONS CLINIQUES.—1° Une domestique, en nettoyant, s'enfonce une écharde dans l'annulaire. La plaie est tellement minime, que l'on n'y prête aucune attention. Cependant le soir il y a un peu de sensibilité à la pression ; c'est plutôt de l'agacement que de la douleur. Il y a à peine une légère rougeur autour de la piqûre. Le lendemain, la douleur augmente, puis devient pulsatile, la malade ne peut plus se servir de sa main. On met des cataplasmes, toute la série : mie de pain, verts de poireaux, farine de lin, voire même quand on en trouve, de la bouse de vache. Mais ces cataplasmes calment à peine la douleur, la malade ne dort plus, mange à peine. Le doigt est augmenté de volume, à la rougeur a succédé une teinte blanc laiteux des téguments : c'est le *doigt blanc*, le *panaris* vulgaire.

2° Un terrassier s'aperçoit qu'un durillon est devenu sensible. Le maniement de la pelle lui est presque impossible. Rien de bien appréciable à la vue. Peu à peu, les téguments de la face dorsale de la main s'œdéma-

tient et prennent une teinte bleuâtre. les mouvements des doigts deviennent pénibles. A la face palmaire, les phénomènes inflammatoires paraissent peu accusés, cependant, on voit la portion kératinisée s'entourer d'une auréole blanche, très sensible à la pression, quelquefois fluctuante. C'est la petite bourse séreuse située sous le durillon qui s'est enflammée et qui contient du pus, c'est le *durillon forcé*.

3° Un ouvrier s'enfoncé un vieux clou dans la face palmaire du pouce assez profondément. Quelques heures après, la région blessée devient sensible, la nuit est agitée. Le malade est févreux. Le lendemain les phénomènes sont plus accentués encore, le pouce augmente de volume devient rouge, douloureux. La fièvre s'installe. Le gonflement atteint rapidement la main, les doigts, l'avant bras. Toute la main est le siège d'un œdème bleuâtre considérable; les doigts sont comme boudinés. Les mouvements sont impossibles. Les ganglions axillaires sont gros, douloureux. Parfois on distingue la trainée rougeâtre des vaisseaux lymphatiques enflammés (lymphatique tronculaire). L'état général est mauvais, la langue saburrale, la température oscille entre 38 et 40°5. Le malade est atteint de *plegmon de la main*, avec infection des gaines synoviales tendineuses.

4° Un médecin examine une femme atteinte d'infection puerpérale. Le soir l'index est sensible, un peu engourdi. L'examen ne révèle que peu de chose; une « envie », une excoriation à peine visible, puis brusquement le malade est pris d'un frisson, la température monte rapidement, atteint 38°5 à 39°. L'examen du membre montre seulement un léger gonflement rougeâtre. Au niveau de l'avant-bras et du bras des trainées nettes, rouges, montrent l'envahissement des troncs lymphatiques. Les ganglions axillaires sont douloureux. L'état général est mauvais, la peau chaude, le pouls rapide, l'anorexie complète. En quelques heures, l'infection partie du doigt a envahi toute l'organisme.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.—La gravité et même la forme clinique qu'affectent les lésions inflammatoires de la main dépendent de deux facteurs principaux :

- 1° La virulence plus ou moins grande de l'agent microbien ;
- 2° Le point d'inoculation.

Les variations de virulence nous expliquent pourquoi certaines inoculations ne donneront naissance qu'à des phénomènes locaux sans grande importance, tandis que d'autres vont prendre d'emblée une allure grave infectant et intoxiquant l'organisme entier.

La connaissance du point d'inoculation a une importance pratique énorme. Une infection sous épidermique ou sous-cutanée sera en générale bénigne, si on ne la laisse pas se propager vers les parties profondes, tandis qu'une inoculation plus profonde se propage rapidement le long de la gaine synoviale des fléchisseurs par exemple. Si la piqûre atteint l'index, le médius ou l'annulaire, la lésion restera en général limitée au doigt malade, tandis que s'il s'agit du pouce ou de l'annulaire, dont les gaines, on ne l'ignore pas, communiquent avec les gaines du poignet, l'infection va déterminer une lésion beaucoup plus grave : le plegmon par diffusion. Le phlegmon sous-cutané de la phalange unguéale peut toujours devenir grave, puisqu'il atteint rapidement le périoste, le détruit, et, si le débridement n'est pas fait de bonne heure, amène la nécrose de la phalange.

**TRAITEMENT.**—A: **TRAITEMENT LOCAL.**—L'indication primordiale du traitement, c'est d'aller au pus, de lui donner issue au dehors, largement, mais sans dépasser la région infectée, de façon à ne pas inoculer soi-même des régions saines jusques-là.

Voyons successivement les divers cas qui peuvent se présenter :

**1° L'infection est tout à fait au début.**—LAVEZ SOIGNEUSEMENT la région inoculée à la liqueur de Van Swieten chaude et au savon ; ENLEVEZ L'ECHARDE, si elle est encore dans les tissus ; DEBRIDEZ au besoin l'épiderme et même le derme ; NETTOYEZ à fond. Donnez un BAIN LOCAL, pendant une heure dans le sublimé à 1/3000 ou dans l'eau phéniquée à 1/200. Puis faite un PANSEMENT HUMIDE avec un peu de ouate hydrophile imbibée des mêmes antiseptiques et recouverte d'un morceau de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

D'une façon générale PROSCRIVEZ LES CATAPLASMES : ils apaisent bien la douleur, mais augmentent la suppuration aussi bien vers les parties profondes que vers les parties superficielles, sans que vous puissiez limiter ni surveiller leur action. Un pansement humide, antiseptique, les remplacera très avantageusement.

Ayez soin cependant de NE JAMAIS EMPLOYER UNE SOLUTION FORTE D'ACIDE PHÉNIQUE, de NE PAS SERRER LE DOIGT MALADE ; vous auriez très facilement une gangrène du doigt.

**2° Il y a une collection purulente superficielle.**—a) Il s'agit par exemple d'une *tourniole*. Autour de l'ongle, l'épiderme, soulevé, de couleur laitage, contient un liquide puriforme. Le

pus s'infiltrer sous l'un des côtés de l'ongle, provoquant des douleurs très vives. Les mouvements du doigt sont restés complètement libres. **OUVREZ IMMÉDIATEMENT**, d'autant plus volontiers que votre incision sera absolument insensible sur cet épiderme sphacélé. Mais ne **DÉPASSEZ PAS LA ZONE PURULENTE** et n'allez pas dans une intention louable inoculer des parties saines, et transformer une tourniole en panaris de la gaine. **SERVEZ-VOUS PLUTÔT DES CISEAUX**. Réséquez tout l'épiderme mortifié, lavez les moindres replis et débarrassez-les de leurs grumeaux purulents.

b) Si vous voyez la nappe purulente s'engager sous l'ongle (*panaris sous unguéal*) abrasez toute la portion de l'ongle, jusqu'à ce que vous arriviez sur le tissu sain.

c) S'il s'agit d'une *bourse séreuse enflammée* de la paume de la main, assurez-vous, une fois la calotte épidermique enlevée, qu'il n'existe point d'orifice à travers l'aponévrose palmaire ni d'abcès en bouton de chemise.

d) On rencontre fréquemment sur la face dorsale des doigts, au niveau de la première phalange, de véritables furoncles anthracoides, c'est le *panaris pileux*. Au début de l'infection on peut tenter de les faire avorter avec un attouchement à la **TEINTURE D'IODE** ou mieux au **THERMO-CAUTÈRE**.

Si la lésion est installée, préconisez les pansements humides et les bains antiseptiques. Faites une **INCISION ASSEZ HATIVE**. C'est le meilleur moyen de soulager les souffrances du malade et de permettre une élimination facile du bourbillon. Pratiquez une **ANTISEPSIE RIGOREUSE**; car dans cette forme d'infection les inoculations secondaires se font avec la plus grande facilité, aussi bien sur les doigts qu'au niveau de l'avant-bras.

e) Si l'infection a gagné jusqu'au périoste de la phalangette, il y a *panaris profond*. **DÉBRIDEZ**, c'est le meilleur moyen de calmer les douleurs. Donnez des **BAINS LOCAUX** antiseptiques d'au moins une heure chaque. En dehors des bains, faites appliquer des **PANSEMENTS HUMIDES**, en cloche. Si plus tard la phalangette se nécrose, vous en pratiquez la **RÉSECTION**.

f) Tout le doigt, l'annulaire par exemple, est augmenté de volume, la gaine des fléchisseurs contient du pus qui s'est fait jour au dehors et s'écoule d'une façon interminable. Le tendon s'exfolie, très souvent les articulations participent à l'infection; on est en présence d'un *panaris de la gaine*.

Dans ces cas il est inutile de songer à la conservation. Après beaucoup de peine et de souffrance on arriverait peut-être à conserver un doigt, mais

dans quel état ? un doigt rigide, ankylosé, en flèche, plus nuisible qu'utile. Une seule thérapeutique s'impose : l'AMPUTATION DU DOIGT. Elle seule arrivera à débarrasser le malade de son interminable suppuration.

g) Dans le *phlegmon de la main*, l'affection est grave et commande une thérapeutique énergique. DÉBRIDEZ TOUS LES FOYERS PURULENTS, faites au besoin une CONTRE-OUVERTURE au niveau de la paume de la main, en ayant soin de ne pas blesser l'arcade palmaire. DRAINEZ les parties qui se vident mal. Soumettez le malade à la BALNÉATION ANTI-SEPTIQUE PRESQUE CONTINUE. Un bain de bras deux à trois heures le matin et un autre le soir. Dans l'intervalle, enveloppez le membre malade d'un large enveloppement humide.

B. TRAITEMENT GÉNÉRAL.—Le traitement général a une importance considérable dans les formes graves et particulièrement dans les formes infectieuses. Et en réalité dans certains cas, il s'agit plus d'infection générale, d'intoxication organique que d'un accident local.

Dans les formes infectueuses, on proscriera le RÉGIME LACTÉ soit mixte, soit exclusif (cinq à six litres de lait par jour). La QUININE, les extraits mous de quinquina sont des adjuvants précieux qu'il ne faut pas négliger.

ON DONNERA PEU OU PAS D'ALCOOL. On surveillera le fonctionnement digestif et on facilitera la diurèse. Dans les cas graves, accompagnés d'une anorexie invincible, on se trouvera bien des INJECTIONS DE SÉRUM DE HAYEM.

C.—TRAITEMENT DES COMPLICATIONS ÉLOIGNÉES.—Les lésions inflammatoires de la main et des doigts s'accompagnent très fréquemment de *raideurs articulaires*, soit que l'inflammation ait gagné les gaines synoviales et amené une soudure entre le tendon et la paroi synoviale, soit que les articulations aient participé au processus, soit même dans les cas plus légers, qu'une longue immobilisation ait amené un demi-ankylose

Dans un grand nombre de cas on voit persister un gonflement dur, plus ou moins considérable avec état lardacé du tissu cellulaire.

Aussitôt que l'on pourra mobiliser les articulations, dès que l'inflammation aura disparu, on devra par un MASSAGE TRÈS DOUX, par des frictions à l'huile camphrée tiède, essayer de rendre la mobilité à toutes les jointures, de la souplesse au tissu cellulaire. Les mouvements seront d'abord très douloureux, aussi faut-il s'en rapporter peu au malade, et mobiliser soi-même toutes les articulations. Ces raideurs peuvent persister plusieurs mois. Elles finissent en général par disparaître à conditions que

les tendons ne soient pas exfoliés, et les gaines soudées à des tendons inutiles ou les articulations complètement ankylosés. Dans ces cas, où le doigt rigide accroche à chaque instant, et constitue pour le malade une cause perpétuelle de gêne, de sensibilité et de maladresse, il ne faut pas hésiter à faire l'amputation, car ces doigts " en flèche " ne sont pas seulement inutiles, ils sont gênants.

Prof. L. DUBAR et Dr. G. POTEL.

*L'Echo Médical du Nord.*

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

AIDE-MÉMOIRE DE CHIRURGIE INFANTILE, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 324 p., cart. (Librairie J.B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris).. 3 fr.

L'accueil favorable que praticiens et étudiants ont réservé à ses précédentes publications ont encouragé le professeur Paul Lefert à publier une nouvelle série d'*Aide mémoires*. où il donne un exposé succinct mais complet de chacune des branches des sciences médicales. Après la Dermatologie, la Gynécologie, la Neurologie, il vient d'aborder la *Médecine* puis la *Chirurgie infantile*.

Si l'on parcourt la série des traités de pédiatrie actuellement parus on constate que la plupart sont trop étendus pour le médecin désireux de se tenir au courant de l'état actuel des connaissances, pour l'étudiant qui veut revoir rapidement les matières d'un examen.

M. Lefert s'est efforcé, dans son *Aide-mémoire de Chirurgie infantile*, de renfermer de la façon la plus brève, la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir en matière de pédiatrie. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qu'il est indispensable de connaître. Des notions étiologiques il a élagué les causes sujettes à caution ; l'étiologie vraie a été mise au point des recherches les plus récentes. Le plus grand développement possible a été donné à la symptomatologie, dont la connaissance importe au plus haut point.

Le diagnostic différentiel a été longuement débattu pour les affections les plus importantes par leur gravité ou leur fréquence. Enfin on a indi-



qué les modes de traitement les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris.

Cet *Aide-mémoire* répondra au vœu du médecin qui demande à être tiré promptement d'un embarras de pratique comme à celui de l'étudiant désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

### CONFÉRENCES POUR L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS.

par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr, in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'ANATOMIE, nous citerons les *muscles intrinsèques du larynx*, la *trachée*, les *vaisseaux sanguins du poumon*, la *configuration et les rapports du cœur*, les *espaces intercostaux*, le *diaphragme*, le *nerf facial*, les *circonvolutions cérébrales*, les *artères du cerveau*, les *sinus de la dure mère*, le *quatrième ventricule*, etc.

Comme sujets de PATHOLOGIE INTERNE, nous signalerons le *croup*, la *tuberculose pulmonaire*, la *gangrène pulmonaire*, l'*adénopathie trachéobronchique*, la *grippe*, l'*érysipèle de la face*, l'*hémorragie cérébrale*, la *méningite tuberculeuse*, l'*hémiplégié*, le *tabes*, etc.

La PATHOLOGIE CHIRURGICALE est représentée par les questions : *Cancer du larynx*, *corps étrangers des voies aériennes*, *cancer du sein*, *plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon*, *fracture du rocher*, *conjonctivites*, *mal de Pott*, *fracture du rachis*.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée, — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urètres, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes

génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture ; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

---

**L'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord  
et  
LE CONGRÈS MÉDICAL DE QUÉBEC.**

---

Le projet d'une association générale des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, a été accepté, nous sommes heureux de le faire connaître à nos lecteurs, avec un véritable enthousiasme par la masse des médecins français du Canada et des Etats-Unis auxquels il venait d'être soumis par une circulaire-prospectus du Comité d'organisation.

De toutes parts sont venus des retours empressés approuvant chaleureusement ce projet et appréciant de la manière la plus favorable l'organisation du congrès médical de Québec qui en sera la première manifestation.

La presse médicale française de notre pays n'a pas manqué de faire à ce projet l'accueil le plus encourageant et a donné à ses promoteurs l'assurance de son concours le plus efficace pour en assurer le succès. Nous avons eu le plaisir, d'un autre côté, de faire connaître à nos lecteurs l'expression des chaudes sympathies qui est venue de la vieille France, notre ancienne mère patrie, notamment du *Journal de Médecine Interne* et de la *Gazette Médicale de Paris*. Nous profitons de cette occasion pour offrir de nouveau à ces organes attitrés de la science française, toute notre reconnaissance pour leur haute appréciation et leur bienveillant encouragement.

Le Comité d'organisation avait soumis à chacun des médecins une série de questions, auxquelles tous se sont fait un devoir de répondre, et il les avait invités, en même temps, à ajouter les remarques qu'ils jugeraient à propos dans l'intérêt de la future association.

Quelques unes de ces remarques ont laissé soupçonner que la raison et le but de cette association, tels que l'ont entendu les promoteurs, n'étaient pas également bien compris par tous.

Notre distingué confrère du *Montreal Medical*, tout en donnant son adhésion la plus fervente au projet, ajoute, dans la livraison de février dernier, certaines remarques auxquelles nous croyons devoir donner une réponse qui sera trouvée satisfaisante, nous osons l'espérer. Voici comment il s'exprime :

“ Après avoir secondé leurs différentes propositions (circulaire adressée par le Comité) nous avons l'honneur de proposer un petit amendement.

“ Nous aurions aimé entendre la voix autorisée de nos confrères de Québec faire appel à *tous les médecins canadiens* de l'Amérique du Nord. Il est plus important de promouvoir les intérêts scientifiques de tout un peuple que de présider à la marche d'un seul élément qui le constitue. Pour rallier et concentrer toutes les forces vives de la nation, il faudrait que les portes du Congrès de Québec soient largement ouvertes aux médecins de toutes nationalités qui travaillent de concert au progrès médico-scientifique de notre pays et à nos compatriotes d'au-delà des lignes 45e qui, pour être éloignés de nous, n'en sont pas moins demeurés Canadiens.....”

Pour ce qui regarde les médecins canadiens-français, notre confrère admettra facilement que le titre seul de la nouvelle association indique assez que nous avons voulu en étendre les avantages aux médecins français non seulement du Canada mais à tous ceux des Etats-Unis dont la plupart, comme l'on sait, sont canadiens d'origine et diplômés de nos écoles de médecine.

Mais ce qui nous a principalement frappé dans l'interprétation de ces remarques c'est qu'elles semblent remettre de nouveau en question l'opportunité d'une association des médecins de langue française et de congrès de médecine française.

A cela nous répondrons que s'il s'agissait de fonder une association, comme notre confrère semble le suggérer, dans le seul but de rallier sur le terrain neutre de la science les éléments des différentes nationalités d'origine canadienne, en Amérique, nous ne pourrions pas nous empêcher de lui rappeler que telle institution existe déjà dans l'Association Médicale

du Canada fondée ici, à Québec même, (Canada Medical Association) et qui dans son principe, devait être ouverte aux médecins de toutes nationalités, dans notre pays. Nous sommes bien d'opinion que l'utilité de cette Association, d'ailleurs si conforme aux vues exprimées plus haut, n'a pas encore cessé et ne devra pas cesser non plus par le fait de l'existence de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Il n'a jamais été dans les intentions des promoteurs de ce projet de détourner les médecins canadiens-français, qui le désireront, de se mêler à leurs confrères de langue anglaise dans des congrès scientifiques *mixtes* où la fusion des croyances fait taire les ressentiments que des luttes âpres ont quelquefois fait naître et prépare à des concessions mutuelles qui engendrent l'harmonie et le bon ton."

Et comme preuve que la nouvelle association dont le but répond aux aspirations légitimes des médecins français, n'exclut pas rigoureusement les médecins de nationalités différentes, notre confrère n'aura qu'à jeter de nouveau les yeux sur la liste de ceux qui, parmi les représentants officiels de la profession apparaissent comme ayant donné leur adhésion à ce projet : il y verra les noms des principaux médecins de langue anglaise, tels que : ceux de M. le prof. Craik de l'Université McGill, de M. le prof. Campbell de Bishop, etc. Il est bien évident que ces hommes éminents qui ont eu assez de largeur de vue pour se mêler à nous, de même que tous ceux de nationalités différentes dont les sympathies nous seront acquises dans l'avenir, ne manqueront pas d'être admis avec la meilleure considération dans nos congrès de médecine où l'usage de la *langue française, seul*, sera une condition imposée pour la discussion et les travaux scientifiques, d'où qu'ils viennent ; et cela non pas par un sentiment étroit de nationalisme mais pour assurer à la masse de nos praticiens les plus grands avantages qu'ils ont le droit d'attendre de ces "banquets de la science."

Les raisons qui légitiment une association autonome pour les médecins canadiens-français dans ce pays, ont été assez longuement développées dans la circulaire du Comité pour que nous n'ayons pas besoin d'y revenir. Qu'il nous suffise de rappeler ce qui se passe, depuis des années, chez nos voisins d'Ontario : Les médecins de la grande province-sœur, presque tous de langue anglaise, trouvent raison, malgré tout, de maintenir une association médicale de leur province, qui tient des congrès annuels, alors que cependant, l'Association Médicale du Canada, dont le but est essentiellement de rallier les médecins de toutes nationalités dans les

différentes provinces du Canada, les invite, chaque année, au nom de la fraternité nationale" à venir rencontrer leurs confrères canadiens de toutes races, dans des congrès où selon les desiderata exprimés par notre confrère " chacun apporte sa note, le fruit de ses observations personnelles et ses idées mûries en même temps qu'il prend connaissance de celles des autres. "

Cette Association médicale du Canada étant aujourd'hui une institution où la langue anglaise est, de fait exclusive, nous sommes d'opinion que les médecins canadiens français ont cent fois plus de raison que leur confrères d'Ontario d'avoir une association autonome, dans laquelle la différence de langage ne nuira pas à l'expansion du savoir et des talents et où le praticien plus familier avec la langue française pourra tirer un profit immédiat des travaux et des discussions scientifiques qui lui seront offerts et auxquels il pourra prendre une part plus active. Et personne ne contestera qu'il y ait encore place sur la terre d'Amérique pour cette nouvelle association.

Nous osons espérer que ces quelques considérations qui nous sont inspirées par les remarques de notre savant confrère du *Montreal-Medical* serviront à dissiper ses arrières pensées et qu'il ne verra dans la nouvelle Association qu'un élément de force et de vitalité pour la profession médicale du Canada : il sentira comme nous, nous n'en doutons pas, que c'est surtout à la faveur d'une telle institution que le médecin canadiens-français, longtemps tenu dans l'ombre au milieu des associations *mixtes* et un peu trop ignoré, par le fait de son isolement, prendra son rang vis-à-vis des autres nationalités, et cela, sans faire courir aucun risque de briser l'harmonie qui doit exister entre les différentes races de notre pays.

Nous ne pouvons terminer sans dire à notre zélé et patriotique confrère de la grande Métropole que nous nous plaisons à reconnaître le bon esprit et le sentiment de l'intérêt commun qui ont inspiré ses remarques : qu'il veuille bien croire que le Comité lui saura gré de ses suggestions comme de sa fervente et sincère adhésion à l'ensemble du projet.

D. B.