

PAGE

MANQUANTE

## Autoplastie de la face pour un épithélioma des paupières

COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL,  
SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1908

PAR LE DR J.-N. ROY

Messieurs,

J'ai eu l'honneur de présenter à cette Société, à sa séance du 16 avril 1907, une malade que j'avais opérée d'une épithélioma des paupières. Afin de la débarrasser d'un larmolement qui la gênait beaucoup et qui datait du début de sa tumeur, je complétois l'opération en lui enlevant quelque temps après sa glande lacrymale oculaire. Permettez-moi aujourd'hui de vous donner cette observation en entier.

*Observation.*—Mlle M. P., âgée de 58 ans, m'est adressée par mon ami le Dr F. de Martigny, et vient me voir à mon bureau le 25 février 1907. Elle raconte qu'il y a environ cinq ans elle s'aperçut que l'angle interne de la paupière inférieure gauche augmentait de volume. Aucune douleur ni spontanée ni à la pression n'était ressentie, et il n'existait aucun symptôme d'inflammation locale. Dès lors la malade remarqua un peu de larmolement qui se fait de plus en plus abondant dans la suite. Vers la fin de l'année qui suivit le début de cette affection, ce néoplasme se présentait sous la forme d'une petite tache brunâtre d'environ deux millimètres de diamètre. Cette tumeur après s'être développée dans le derme et l'épiderme semblait vouloir envahir le point lacrymal inférieur. Durant la seconde année les parties environnantes s'infiltrèrent lentement, et ce ne fut qu'au bout de trois ans que la paupière supérieure fut prise.

La famille de notre malade semble avoir une excellente santé; cependant nous relevons deux cas douteux chez deux de ces oncles supposés morts de cancer.

Comme antécédents personnels elle n'accuse que la picotte et la rougeole dans son enfance.

La patiente jouit à l'heure actuelle d'une constitution plutôt robuste, et nous ne trouvons ni syphilis ni tuberculose.

Elle n'a jamais reçu aucun traumatisme de la face, et il n'y a aucune histoire d'irritation de la partie malade.

A l'examen nous constatons un néoplasme qui a envahi profondément l'angle interne de l'œil gauche et le

sac lacrymal. La paupière inférieure est prise dans son tiers interne, et l'infiltration se continue à la paupière supérieure sur une étendue d'environ un huitième. La caroncule a été respectée ainsi que la conjonctive oculaire. Cet épithélioma s'étend sur la joue en suivant la racine du nez sur une longueur de deux centimètres et un quart, et a plus ou moins la forme d'une pyramide à base palpébrale. Il n'y a pas d'inflammation périphérique, mais il existe un bourrelet assez saillant et dur qui délimite les parties saines des parties malades. De niveau avec les tissus avoisinants, la tumeur est recouverte de croûtes sèches et brunâtres, et n'a aucune tendance à l'ulcération.

Impossible de trouver d'adénopathie.

Il y a de l'épiphora, et la conjonctive est fortement hyperhémiee.

Absolument aucun trouble visuel à noter.

L'œil droit est normal.

La réfraction nous donne :

O.D. H m. 0.75 V = 1.

O.G. H m. 0.75 = V1.

A la rhinoscopie antérieure, nous constatons une rhinite hypertrophique double.

Le pharynx est légèrement hyperhémiee.

La rhinoscopie postérieure nous laisse voir des queues des cornets inférieurs.

En présence de cette tumeur il nous était facile de faire un diagnostic d'épithélioma, car le doute au sujet de toute autre lésion n'était pas possible.

La lenteur d'évolution de ce cancer n'a rien qui doive surprendre, puisque c'est le propre des épithéliomas pavimenteux de la face d'être généralement lents à se développer. Koenig rapporte ainsi le cas d'une femme de 90 ans chez qui un épithélioma de la paupière—dûment vérifié—prit "25 ans" à envahir la moitié de la figure.

Comme ce néoplasme semblait depuis six mois augmenter plus rapidement qu'antérieurement, nous proposons à la malade de lui en faire immédiatement l'ablation, et de combler cette perte de substance par l'autoplastie.

En effet, l'envahissement des parties profondes nous indiquait clairement notre ligne de conduite quant au traitement, et nous obligeait à nous servir du bistouri. Il est maintenant reconnu que seuls les épithéliomas superficiels, c'est-à-dire cutanés peuvent être guéris par les rayons de Roentgen. Lorsque le néoplasme dépasse les limites du derme et se propage au tissu sous-cutané, ces mêmes rayons X sont généralement impuissants à arrêter la marche de la maladie.

Pour ce qui est du radium, nous pouvons dire que ce nouvel agent thérapeutique encore à l'étude semble n'agir également que sur les tumeurs superficielles de la peau.

Inutile de mentionner le chlorure de zinc, le chlorate de potasse, l'arsenic, le violet de méthyle en application locale, dont les guérisons rapportées pour ce genre de tumeur sont des plus problématiques.

L'intervention opératoire étant acceptée, la malade entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mars pour y être opérée le lendemain.

*1ère opération.*—Anesthésie au chloroforme et antiseptie du champ opératoire. Nous faisons l'incision dans la peau saine à trois millimètres environ du bourrelet de la tumeur que nous contourignons parallèlement. Cette incision commence par la paupière inférieure et se rend jusqu'à l'os. La conjonctive oculaire est soigneusement respectée vu qu'elle n'est pas envahie par le néoplasme. Après avoir enlevé toute la partie malade ainsi que le sac lacrymal, qui était totalement pris, nous faisons un bon curettage du canal nasal. L'hémostase étant complète et la plaie attentivement débarrassée des débris qui pourraient plus tard donner une récurrence, nous nous appliquons à combler cette perte de substance par l'autoplastie. Nous faisons alors sur la joue une incision horizontale partant de la plaie et se rendant au cantus externe, à quatre millimètres environ du bord ciliaire, que nous continuons pour trois centimètres dans la direction verticale, le tout terminé par une descente oblique de un centimètre et demi vers le lobule de l'oreille correspondante. (Voir schéma). Toute la peau de ce côté de la face est ensuite décollée soigneusement avec son tissu cellulaire sous-cutané, et ce lambeau, mobilisé par les incisions, est alors glissé dans la direction du nez. Quelques points de suture sont ensuite appliqués et maintiennent la coaptation. Quant à la paupière supérieure, nous faisons sur le front une série de quatre incisions d'un centimètre chacune, ayant la forme d'un escalier incliné à droite, tel qu'indiqué sur notre schéma. La peau du nez et du front de chaque côté est également décollée, et le lambeau supérieur est abaissé et coapté aux tissus avoisnants. Un grand soin est apporté à la conjonction oculaire qui est suturée à la peau. Dans le cas présent, nous n'avons pas jugé à propos de faire une tarsorrhaphie. Nous avons ainsi comblé entièrement la perte de substance qui résultait de l'ablation de l'épithélioma et refait les paupières, tout en conservant l'axe normal des commissures et sans déranger l'arc sourcilier. L'opération est terminée par un panse-

ment légèrement compressif. Les suites post-opératoires sont excellentes; la malade a un peu d'œdème, mais il n'y a pas de suppuration. A partir de la cinquième journée, nous enlevons graduellement les points de suture qui n'ont pas cédés. Au bout de six semaines, la patiente est tout à fait guérie; son œil opéré est un peu plus grand que l'autre, mais les paupières se ferment bien. La diplopie, conséquence inévitable de l'opération, est très légère et existe seulement dans certains mouvements très prononcés des yeux.

Elle nous demande alors de la débarrasser de son larmolement qui l'ennuie beaucoup et qui entretient un peu de rougeur de la conjonctive. Comme nous ne voulions pas recourir à la canthotomie, et qu'il nous était impossible de retourner la paupière supérieure—par conséquent de lui enlever sa glande lacrymale palpébrale—, le 23 avril nous lui faisons l'ablation de sa glande lacrymale oculaire.

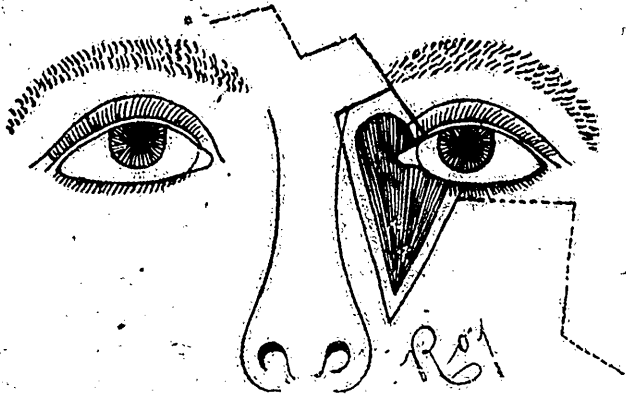
*2ème opération.*—Le sourcil étant rasé dans son tiers externe et le champ opératoire aseptisé, la malade est endormie au chloroforme. Nous faisons alors une incision de deux centimètres dans la queue du sourcil en longeant le rebord orbitaire. Cette incision légèrement concave sépare successivement la peau, l'orbiculaire et le tissu cellulaire. Les lèvres de la plaie étant écartées—à l'aide de l'écarteur de Chevallerau pour l'ablation du sac lacrymal—nous détachons avec les ciseaux le fascia tarso-orbitaire, et la glande se présente dans le champ opératoire. Après avoir attirée au dehors et soigneusement disséquée, nous en faisons l'ablation. Trois points de suture complètent cette petite intervention, avec un pansement légèrement compressif. Les suites opératoires sont des plus simples. Nous sommes heureux de constater dans les jours qui suivent que le larmolement a presque disparu; aussi le 8 mai la malade laisse l'hôpital tout-à-fait guérie.

La pièce anatomique examinée par mon ami le Dr Dupont a permis les constatations suivantes.

Le spécimen fourni bien que petit est néanmoins suffisant pour nous permettre de porter le diagnostic d'épithélioma cutané. Il ne présente en effet que des masses de cellules pavimenteuses groupées sous forme de boyaux sectionnés dans le sens longitudinal et transversal.

Au centre de la préparation, ces cordons cellulaires ont effondré la membrane basale qui manque totalement dans le reste de la coupe. Le plan musculaire est nettement dissocié et envahi. Ça et là apparaissent quelques globes épidermiques. En plus de ces caractères nous apercevons une petite portion d'un poil et de son bulbe, et nous concluons à un cancer de la peau.

Le résultat autoplastique obtenu chez notre malade montre combien encourageantes sont les suites opératoires de grands délabrements faits à la face, nécessaires pour la guérison d'un néoplasme. En effet la peau de la figure se prête bien à ce genre d'opération, et la méthode par glissement après incisions préalables est certainement la meilleure pour combler une perte de substance.



Dans notre cas nous ne nous sommes pas arrêtés à une méthode par greffe épidermique ou dermo-épidermique, puisque ces greffes n'ont pas pour but ce genre de réparation, n'étant jamais appliquées sur une plaie fraîche.

Pour ce qui est du procédé de LeFort qui consiste à emprunter au bras ou à la jambe un lambeau cutané

pour remplacer la perte de substance, son plus grand inconvénient est que cette greffe vient toujours à la longue à se résorber. En plus les complications post-opératoires peuvent être nombreuses, et chez notre malade l'esthétique des paupières en aurait certainement souffert.

Nous aurions pu faire cette autoplastie par la méthode indienne. Mais celle-ci n'aurait pas été pratique pour le genre de brèche que nous avions à réparer.

Quant à la méthode italienne, on peut lui faire le même reproche qu'à la précédente. De plus il ne faut pas oublier tous les inconvénients de l'appareil à immobilisation du bras que le malade est obligé de porter pendant les quinze jours qui suivent l'opération.

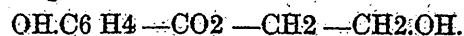
Nous avons alors préféré la méthode française et comblé la perte de substance par glissement et abaissement des lambeaux taillés directement au voisinage de la plaie. Nous nous sommes appliqués à laisser au pédicule le plus d'ampleur et la meilleure nutrition possible en conservant tout le tissu cellulaire sous-cutané.

Pien que nous ayions à réparer une plaie de la figure nous avons faits la suture à points séparés; car pour ce genre d'opération il vaut mieux employer cette méthode de préférence aux agraffes de Michel et à la suture intra-dermique.

La guérison maintenant se maintiendra-t-elle? Il serait difficile de faire un pronostic certain; cependant nous croyons que oui, vu le soin minutieux que nous avons apporté au nettoyage de la plaie et au curettage du canal nasal; vu la distance à laquelle les incisions ont été faites; et vu surtout le laps de temps—dix mois—écoulé depuis l'opération sans trace aucune de récidence.

## SPIROSAL.

Le spiro-sal est un éther de l'acide salicylique et du glycol; il a pour formule



C'est un liquide incolore, presque inodore, de consistance huileuse, bouillant vers 169°-170°, sous la pression de 12 millimètres, facilement soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme et la benzine; soluble dans 100 parties d'eau et dans 8 parties d'olive; il est facilement miscible à son poids de vaseline ou de corps gras.

On l'utilise, en nature, sous forme de frictions, contre les douleurs rhumatismales ou contre les sueurs fétides. Il ne pas d'action irritante et son absorption est rapide.—*Journal de Pharmacie et de Chimie.*

## Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame

### Périhépatite suppurée

Par le Dr E.-P. Benoit, médecin de l'hôpital et agrégé  
à la clinique de la Faculté

25 novembre.—Voici, messieurs, un malade qui revient dans le service, après quelques semaines d'absence, plus amaigri, plus faible, plus pâle que lorsqu'il nous quitta. Certains symptômes, après une amélioration passagère, ont apparu de nouveau ; d'autres se sont surajoutés. Si bien qu'aujourd'hui nous allons pouvoir, je crois, reconnaître la nature de la maladie, alors qu'il nous avait été impossible, précédemment, de nous prononcer d'une manière certaine. C'est qu'il s'agit d'un cas un peu spécial, que l'on rencontre peu fréquemment dans ce pays en dehors des traumatismes : un abcès du foie.

Pour bien nous rendre compte de l'évolution de la maladie, il est bon de remonter à ses débuts.

#### OBSERVATION

*Histoire antérieure.*—F. H., âgé de 36 ans, est arrivé récemment au Canada après avoir été, pendant sept ans, soldat dans l'armée anglaise. Il a fait cinq ans de son service militaire dans l'Inde. Jusque là, il n'avait jamais été malade. C'est un homme de bonne constitution, ne prenant pas d'alcool, n'ayant pas contracté la syphilis.

En 1902, son régiment étant stationné sur les monts Himalaya, F. H. fut atteint, pendant la saison des grandes pluies qu'amène le mousson, le vent alizé de l'Océan Indien, d'une attaque de dysenterie qui dura onze mois : il souffrait d'épreintes et de ténésme ; il eut des selles glaireuses et sanguinolentes. Il persista cependant à faire son service militaire et finit par guérir.

Deux ans plus tard (1904), il fut pris de douleurs au foie, bientôt suivies de jaunisse, et dut garder le lit pendant trois semaines. Il se remit cette fois encore, mais resta avec le côté droit endolori. La douleur ne disparut jamais complètement. Elle finit par augmenter, par rendre le travail impossible. Quelque temps après son arrivée au Canada, le 7 août 1907, le malade demanda son entrée à l'hôpital Notre-Dame.

*Observation antérieure.*—Pendant les quarante-neuf jours de son premier séjour à l'hôpital, du 7 août au 24 septembre 1907, F. H. a souffert d'une douleur marquée, persistante, récidivante à l'hypochondre droit, douleur qui procédait par poussées d'exacerbation, et qu'il était facile de réveiller en comprimant le bord des fausses côtes et la région vésiculaire. Ce symptôme douleur était le seul présenté par le foie, lequel ne dépassait pas le bord des fausses côtes ; pas d'ictère, pas de décoloration des selles, pas de veines abdominales dilatées, pas d'ascite. Une légère dyspnée, une toux sèche peu fréquente auraient pu faire croire que la douleur venait du poumon ; mais l'auscultation était négative, et c'était bien la pression du foie qui réveillait la douleur. Du côté du tube digestif, on notait : la flatulence à certains moments, une constipation continuelle exigeant l'emploi fréquent des laxatifs, la langue saburrale, l'inappétence sans dégoût marqué, la pesanteur après les repas sans nausées ni vomissements. La figure était pâle, amincie, amaigrie, le teint légèrement subictérique, l'urine normale, mais diminuée de volume (800 grammes).

L'état général était caractérisé, outre l'amaigrissement, par trois symptômes importants : la faiblesse musculaire, la petitesse et l'instabilité du pouls, la fièvre. Le malade gardait le lit, n'ayant pas envie de se lever, ne s'en sentant pas capable. Le pouls, petit et faible, variait d'un jour à l'autre, battant à 70, à 80 ou à 100, souvent plus rapide le matin (100) que le soir (72), parfois aussi s'accélérait (114-120) pendant quelques jours sans que la température ne s'élevât considérablement ni que la douleur fût très prononcée. La température était presque toujours normale le matin ; le soir, la fièvre existait (100°-101°-102° F), avec des montées lentes et progressives, des descentes pouvant aller jusqu'à l'hypothermie. Pas de frissons ni de transpiration marquée.

À la fin de septembre, le malade quitta le service, ayant commencé de se lever depuis quelques jours, un peu moins souffrant, un peu moins fébrile, mais désappointé que son amélioration fût si peu considérable.

*Observation actuelle.*—Le voici revenu avec toute sa douleur au côté ; le foie déborde les fausses côtes ; la rate a augmenté de volume ; la ligne de matité hépatique remonte jusqu'au mamelon. Si l'on mesure les deux côtés du thorax, au niveau de la dixième côte, on constate que le côté droit mesure trois centimètres de plus que le côté gauche. La paroi thoracique est également plus immobile de ce côté. La constipation existe toujours. L'état général est devenu beaucoup plus mauvais ; le fa-

ciës est pâle, souffrant, altéré, l'amaigrissement est grand, l'adynamie générale considérable, la fièvre assez prononcée. Il y a de l'albumine dans l'urine.

\* \*  
\* \*

L'observation de ce malade nous offre trois faits qui me paraissent caractéristiques: il s'agit d'une inflammation douloureuse et fébrile du foie; cette inflammation détermine une altération générale très marquée de l'organisme; elle s'est constituée lentement, progressivement, et son point de départ remonte à 1904, et même à 1902. Je vais essayer de vous démontrer que l'étude de ces trois points nous fournit des renseignements qui se complètent les uns les autres et nous permettent de nous faire une idée assez juste de la maladie.

C'est la douleur qui a amené le malade à l'hôpital. Depuis la poussée aiguë de 1904 et l'ictère de courte durée qui a suivi, cet homme n'a jamais été bien de son côté droit. Ce fut d'abord du malaise, des douleurs sourdes, lesquelles, après trois ans, ont fini par s'accroître, par devenir vives, par s'irradier à la ceinture et à l'épaule, sans déterminer—et il est bon d'en tenir compte—de vomissements réflexes du côté de l'estomac. Les cirrhoses ne donnent pas de douleurs de ce genre, la lithiase biliaire, le cancer, procèdent autrement, et leurs crises ont une toute autre allure; la fièvre est dans ce cas un symptôme exceptionnel, et ne peut apparaître qu'avec une complication. Remarquez d'ailleurs comme, en dehors de l'endolorissement progressif du foie, les symptômes hépatiques sont peu nets. Il n'y a pas, à l'heure qu'il est, d'ictère; la circulation portale ne paraît pas gênée; vous cherchez en vain la dilatation des veines de l'abdomen, l'ascite, les hémorragies de l'estomac ou de l'intestin, les hémorroïdes. Les symptômes que l'on remarque du côté du tube digestif—inappétence, langue saburrale, constipation, flatulence relèvent autant de l'état général que du malaise hépatique. La douleur est certainement l'élément primordial; elle est provoquée par une cause persistante, et qui s'aggrave.

Le fait que cette douleur s'accompagne de fièvre doit aussi attirer notre attention. L'allure de cette fièvre, sa persistance, son irrégularité, ses poussées vespérales, ont une signification qu'il ne faut pas négliger. La sclérose d'un organe, une tumeur qui se développe, des poussées congestives simples ne sauraient influencer ainsi la température. Il y a là plus que l'indice d'un trouble vasculaire ou d'une irritation cellulaire; il faut, pour déterminer une fièvre de ce genre, une altération profonde, une inflammation microbienne, disons le mot, une suppuration.

C'est bien d'ailleurs ce que traduit l'état général. La cachexie de ce malade se caractérise par l'amaigrissement, la perte des forces, l'anémie, l'anémie surtout. Regardez ce teint; ce n'est pas celui d'un cancéreux, ni d'un cirrhotique, ni d'un calculeux, le teint floride contresigné par la dilatation capillaire de l'arthritique, le teint subictérique ou terreux du néoplasique. Vous avez ici le masque pâle, blafard, débile de l'anémique, de l'anémique par infection, avec ses yeux mats, sa muqueuse buccale décolorée, sa langue large, blanche, oedématisée. Le pouls est petit et mou, sans consistance; les muscles sont flasques. Enfin la perte des forces et la langueur s'accroissent de jour en jour. Cet homme là s'épuise parce que son organisme est intoxiqué par une infection, une infection vraisemblablement purulente, une pyohémie.

Ce qui est évident aussi, c'est que l'inflammation date de plusieurs mois. La période aiguë a débuté dès le mois de juillet, mais longtemps avant, depuis son attaque d'ictère de 1904, le malade sentait du malaise dans la région hépatique. Il y a donc eu d'abord, au foie, une infection qui a duré trois semaines, et qui, probablement, s'est localisée aux voies biliaires: un ictère catarrhal, une angiocholite ou une cholécystite, il est assez difficile, à cette distance, de préciser. Chose certaine, c'est qu'il n'y a pas eu, à ce moment, de crise douloureuse, de colique, comme en aurait donnée la lithiase biliaire. D'un autre côté, nous savons que peu de temps auparavant, en 1902, pendant de longs mois, la dysenterie avait existé; ceci veut dire qu'une infection, une infection grave, tropicale, a lésé l'intestin, et l'on sait quelle large porte d'entrée ceci constitue vis à vis de la circulation portale et du foie. L'infection hépatique a donc eu pour point de départ une infection intestinale; ce fait me paraît bien établi. Je place à côté de cela l'absence d'ictère et d'ascite, et je puis, dès lors, éliminer le cancer, la cirrhose, la lithiase, à cause de cela d'abord, et ensuite à cause de la cachexie spéciale qui existe et qui s'est lentement et progressivement constituée.

Il y aurait là également de bonnes raisons pour éliminer la suppuration des voies biliaires seules, l'angiocholite suppurée, par exemple, ou la cholécystite. Mais j'en trouve de meilleures dans les signes physiques locaux. Ce n'est pas du côté de l'abdomen que pointe la lésion; la vésicule biliaire n'est pas augmentée de volume, n'est pas palpable. C'est la masse hépatique toute entière qui augmente de volume, repousse le diaphragme vers le mamelon et les fausses côtes vers l'extérieur: de ceci, la percussion et la mensuration du périmètre thoracique bi-latéral nous rendent bien compte. Ni l'angio-



cholite ni la cholécystite, lesquelles d'ailleurs évoluent plus rapidement, ne peuvent créer un déplacement semblable. La pleurésie sus-diaphragmatique nous donnerait des troubles respiratoires qui n'ont jamais existé chez le malade. Nous avons déjà éliminé le cancer à cause de la fièvre, de l'hypertrophie de la rate : nous pouvons le rejeter de nouveau devant cet élargissement considérable de la matité qui demanderait un cancer massif énorme. Le kyste hydatique peut donner une déformation semblable ; mais dans le cas actuel, il faudrait que le kyste fut devenu suppuré : c'est là un accident subit dont la rapidité est bien connue des chirurgiens, qui s'accompagne d'intoxication grave, d'urticaire, et qui ne saurait s'appliquer à notre malade.

Ainsi, à quelque point de vue que nous nous plaçons : celui de la cause, celui des symptômes, celui de l'évolution de la maladie, nous sommes amenés constamment à une conclusion qui s'impose cliniquement : ce malade, à la suite d'une dysenterie grave, a fait une infection au foie qui a déterminé secondairement la formation d'une collection purulente, d'un abcès.

C'est là, vous le comprenez aisément, un cas un peu spécial. Nous n'avons pas souvent l'occasion, au Canada, d'en rencontrer de semblables. L'abcès de cause traumatique, l'abcès chirurgical, se rencontre quelquefois ; l'abcès médical est rare. C'est pourquoi j'ai tenu à l'analyser en détail avec vous.

Le traitement d'une suppuration, vous vous en rendez compte, ne peut être que chirurgical. La seule chance possible de guérison, c'est d'évacuer le pus. Le malade pourra ensuite réparer la lésion, si elle n'est pas trop considérable. Nous allons donc le transférer dans le service de chirurgie, où il devra subir un second examen avant que l'opération ne soit décidée définitivement. Quant au malade lui-même, il est prêt à tout pour guérir ; c'est un ancien soldat, il sait ce que c'est que de s'exposer au danger.

29 novembre.—Vous allez voir opérer demain, messieurs, le malade que je vous ai présenté lundi. L'examen chirurgical a révélé que la rénitence est surtout marquée à la partie inférieure et postérieure du thorax. Une ponction faite à ce niveau, avec une aiguille courte, a ramené du liquide hémorragique. Ce liquide, évidemment, vient de la plèvre ; il indique le voisinage du foyer d'inflammation ; ou encore un commencement de propagation à travers le diaphragme ; mais il ne saurait nous faire changer notre diagnostic en face de l'observation que nous connaissons. La gêne respiratoire, la toux, chez notre malade, sont à peine marquées ; elles relèvent uniquement du refoulement du diaphragme ; la pleurésie diaphragmatique est autrement bruyante par sa dyspnée et sa douleur.

## OPÉRATION

(Dr O.-F. Mercier, hôpital Notre-Dame)

30 novembre.—Le chirurgien fait son incision le long de la 8e côte, en arrière. La côte réséquée, il incise le périoste sous-jacent et les deux feuillets de la plèvre. Cette dernière renferme très peu de liquide. Les trois couches—périoste et feuillets pleuraux—sont suturés en surjet pour isoler la cavité pleurale. Puis le chirurgien perfore le diaphragme. Un flot de pus gris-verdâtre, mêlé de grumeaux, inonde la table d'opération : c'est un pus non infecté sans odeur, sans gaz ; il s'en écoule plus de deux litres (1). Lavage de la cavité. Drainage avec un gros tube. Pansement à la gaze iodiformée et au coton absorbant.

Le drainage, favorisé par le décubitus dorsal, se fait très bien. L'écoulement est très abondant les premiers jours. Le surlendemain de l'opération, la bile apparaît dans le pansement. Deux jours plus tard, élimination d'une certaine quantité de bile visqueuse et de pus épais venant vraisemblablement de la vésicule. Puis l'écoulement diminue peu à peu et la convalescence suit une marche ininterrompue.

10 janvier.—Voici, messieurs, le cas d'abcès périhépatique que vous avez vu opérer avant les vacances. La plaie est cicatrisée ; le malade n'éprouve plus de douleur au côté droit ; la ligne de matité hépatique est redevenue normale ; les fonctions hépatiques se font bien, le poumon sus-jacent est absolument sain. Il s'agissait, vous vous en êtes rendu compte à l'opération, d'une collection purulente périhépatique localisée, entre le diaphragme et la foie. Aussi la guérison complète est-elle assurée. Cet homme n'a plus sa figure souffrante, il reprend graduellement son teint, ses forces et son poids ; l'appétit est bon. Dans quelques jours, il pourra quitter l'hôpital et compléter sa convalescence à domicile. Après l'odyssée pathologique qu'il vient de subir, il aura bien gagné sa guérison. On peut la résumer, cette odyssée en trois étapes importantes : 1902, infection dysentérique ; 1904, infection biliaire ; 1907, infection du péritoine sus hépatique et périhépatite suppurée. Si l'infection a évolué aussi lentement, c'est qu'elle a suivi vraisemblablement les voies lymphatiques. Elle aurait abouti à la mort sans la résistance organique du sujet et, disons le, sans l'intervention chirurgicale.

(1) Nous aurions aimé à en faire faire l'analyse bactériologique. Malheureusement les circonstances nous l'ont pas permis. Il en fut de même pour le cas de pachyméningite que nous avons rapporté dernièrement. Le docteur Lafleur, du Montréal General Hospital, nous a fourni à ce propos des renseignements intéressants. Il a observé dans son service un cas analogue où l'examen des foyers hémorragiques révéla la présence de méningocoques en quantité considérable. Le chef du laboratoire, le Dr Duval, pendant un séjour à l'hôpital de Boston, en a observé plusieurs cas semblables, qui étaient venus mourir dans les salles pendant une épidémie de méningite cérébro-spinale. Le méningoque de Weichselbaum pourrait donc, dans certains cas, déterminer une pachyméningite hémorragique.

## Expertise médico-légale

L'expertise médicale par devant les tribunaux étant chose tellement grave, nous ne pouvons qu'applaudir aux propositions faites tout dernièrement à la Société de Médecine Légale et à l'Académie de Médecine de Paris. A la suite de rapports aussi nombreux que contradictoires par des experts au cours d'un procès criminel d'assez grand retentissement, le procès de la femme Jeanne Weber, — se posait la question : les médecins experts préposés près les tribunaux le sont-ils vraiment ?

Examinons les faits. Un enfant meurt et le médecin appelé pour constater le décès relate dans son rapport des signes de strangulation et conclut... à un empoisonnement !

1° Un expert préposé conclut après examen à une mort absolument naturelle, toute idée de criminalité devant être écartée.

2° La femme Weber ayant été soupçonnée et arrêtée, il est procédé à un nouvel examen par le précédent expert assisté de ses confrères. Ils conclurent en disant : violence certaine au cou et possible au cœur. Dans leur rapport on lit, textuellement : "les reins, la rate et les intestins, à l'examen et à la coupe sont absolument normaux".

3° Sur instances de l'avocat de la défense, MM. Thoinot et Socquet, médecins experts de Paris, sont nommés à une contre-expertise. Conclusion : pas de strangulation. De plus le larynx et l'intestin que les experts No 2 avaient cités comme le premier congestionné, le second normal, n'avaient même pas été ouverts ! MM. Thoinot et Socquet concluent avec preuves anatomo-pathologiques à l'appui à une fièvre typhoïde ambulatoire, ce qui coïncidait d'ailleurs avec l'histoire clinique de la maladie.

4° Enfin une quatrième re-contre-expertise a été nommée à cette affaire.

Ceci prouve "encore une fois" le danger, le très-grand danger de confier l'autopsie et les constatations pathologiques à des mains qui n'en ont pas une habitude et une expérience consommées.

"Le diplôme de docteur, disait M. Thoinot à l'Académie de Médecine, est actuellement en France la condition à la fois nécessaire et suffisante pour la délicate

mission de l'expert en matières criminelles et cette condition apparaît comme bien précaire. Si le diplôme confie bien des droits il ne donne pas toutes les capacités". Et qui niera la sagesse autant que l'exactitude de ces paroles.

Combien est-il de médecins qui ont la pratique des autopsies ? Combien en est-il qui, une fois un cadavre ouvert, sont en état de faire les constatations anatomo-pathologiques macroscopiques et de les soutenir avec raisons devant les tribunaux ? Il n'y a pas longtemps, nous voyions un rapport d'autopsie nécessité à la suite d'un accident, et sur lequel roulait un litige pour une somme assez rondelette. Or, le rapport portait : "Le cœur était absolument normal... Nous concluons à la mort subite par syncope cardiaque."

Aussi, est-ce avec grande raison que l'on demande tant à la Société de Médecine Légale qu'à l'Académie de Médecine, une réforme de l'organisation judiciaire sur ce point. Thoinot estime le régime actuel "dangereux" ; et il a raison. "Tout expert au criminel, disait-il, doit, avant de se voir confier sa redoutable tâche, avoir donné des gages absolus de sa compétence, gages que personne ne lui demande aujourd'hui."

Nous savons qu'ici, à Montréal, nos tribunaux peuvent s'assurer les services de deux experts. Mais hors la ville, où est-ils d'experts vrais, avec exception probable de Québec-compris par les tribunaux en cas de soupçon criminel. Nous reconnaissons les progrès déjà accomplis dans le fait que le gouvernement, depuis quelques années, a choisi les coroners parmi les médecins. C'est un pas important dans la bonne voie. Mais il y a encore place pour progrès.

Combien il serait à souhaiter que le stage à la morgue fut obligatoire pour nos futurs disciples d'Esculape. Ce serait là le complément rationnel et pratique des excellentes leçons de Médecine Légale qu'ils reçoivent à l'Université.

Pour qui désire prescrire la PIPERAZINE, il n'est pas de préparation pharmaceutique plus agréable et plus effective que la PIPERAZINE granulée effervescente-MIDY.



## De l'influence de la lumière sur la croissance

Que la lumière ait une sérieuse influence sur la croissance humaine et surtout sur le maintien de l'équilibre de santé,—voilà ce dont personne ne doute. Il s'agirait de rappeler l'étiollement des mineurs—hommes et enfants,—des pauvres qui vivent au fond des caves, pour en préciser des exemples. La lumière rouge n'est-elle pas recommandée pour les malades affectés de la petite vérole,—comme aidant à une plus parfaite cicatrisation des pustules varioliques !—

Aussi est-il intéressant de rappeler brièvement certaines communications qui viennent d'être faites à l'Académie des Sciences, de Paris, et les résultats obtenus par M. Camille Flammarion. M. Ricome a constaté une influence évidente des rayons lumineux sur certaines parties des plantes. Plus intéressantes encore sont les constatations expérimentales de Mr Flammarion, dans les jardins de l'observatoire de Juvisy.

Quatre serres ont été disposées spécialement pour des essais de culture sous lumière colorée : une rouge, une verte, une bleue et une blanche, pour les comparaisons;

Des photographies multiples sont là pour attester des modifications extraordinaires apportées dans la structure et l'épanouissement des végétaux. Des plantes sont devenues, non pas deux fois ou trois fois, mais quinze fois plus élevées sous une radiation que sous une autre. Dans le rouge, les sensibles, les coqueus, les laitues,....croissent avec une remarquable rapidité, tandis que dans le bleu, elles ne subissent presque aucun changement. Des chênes de deux ans, en lumière bleue, ont conservé leur *premières* feuilles, aussi vivaces et vertes qu'à leur plein épanouissement premier. Une laitue, venue en lumière rouge, est une véritable canne, très-résistante, tandis que ses feuilles ont perdu toutes leurs qualités et ne sont plus mangables.

*La lumière rouge exalte !* Les plantes, très certainement,—et les animaux aussi. Le taureau ne s'affolle-t-il pas à la vue du rouge ? Les grenouilles n'y sont-elles pas aussi attirées ? M. Flammarion a trouvé qu'il en était de même pour les vers à soie.

Et les hommes ! Écoutons ce fait. Dans les ateliers de MM. Lumière, à Lyon, l'émulsion des plaques photographiques se faisait naturellement en lumière rouge. Or, les ouvriers et les ouvrières de vinrent,

sous l'influence des radiations rouges, nerveux, irritables, et, un beau jour, les ouvrières se jetèrent sur les hommes (sic).

On ne put rétablir la paix dans cet atelier qu'en remplaçant la lumière rouge par la lumière violette !

*Voilà le fait.*

## LETTRE DE PARIS

(De notre correspondant spécial)

PARIS, février, 1908.

Laissez-moi vous causer de la très intéressante allocution que nous a faite, hier, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, Sir Dyce Duckworth. Le savant professeur de clinique médicale du Saint Bartholomew's Hospital, à Londres, a du être satisfait de son auditoire. C'était fête de grand gala et l'amphithéâtre était bondé à regorger. Les professeurs et les professeurs-agrégés de Paris assistaient en costume universitaire à la séance.

Cette fête était le résultat de l'*entente-cordiale médicale*, qui nous a valu l'an dernier la visite de nos collègues d'outre-Manche, et à notre tour la plus cordiale réception de leur part lorsque nous leur avons rendu visite.

En quelques mots choisis—dont notre doyen a le merveilleux secret—le professeur Landouzy souhaite la bienvenue au distingué visiteur. Il rappelle quelques-uns de ses travaux si méritoires sur l'étiologie du rétrécissement mitral, et plus récemment sur la goutte. Il termine avec un mot heureux de Lafontaine :

Les Anglais pensent profondément ;  
Leur esprit, en cela, suit le tempérament.

Le maître anglais fut reçu par des tonnerres d'applaudissements. Avec la haute compétence que tous lui connaissent, il traita "des diathèses, comme facteurs dans les maladies."

Tout le long de sa causerie, le conférencier sema des réflexions philosophiques, que lui suggéraient son sujet et l'histoire de la médecine.

La doctrine des diathèses, dit-il, appliquée à la médecine pratique, est peu en vogue dans notre XXe siècle. Elle est ordinairement considérée comme la sur-

vivance de méthodes et d'idées du moyen-âge, appliquées à la pathologie humorale, idées qui seraient aujourd'hui éteintes et inutiles en face des révélations de la Bactériologie. Et il ajoute : "La tendance actuelle nous mène à adopter les révélations nouvelles et à ignorer ou mépriser les anciennes. Je crois que c'est une erreur dangereuse."

Il loue les progrès que nous devons à l'expérimentation, aux laboratoires de recherches, mais il réclame pour le "laboratoire clinique," le laboratoire de l'hôpital, la préséance.

Puis entrant pleinement dans son sujet : "Nous reconnaissons tous, dit-il, assurément que nos semblables n'ont pas tous le même type constitutionnel, mais nous avons cessé, depuis quelques années, de parler de divers tempéraments. Je vous le demande, ces types—les sanguins, les bilieux, les nerveux—ont-ils cessé d'exister parmi nous ?... Nous pouvons certainement reconnaître au moins quatre dispositions ou types spéciaux du corps humain : l'arthritique le scrofuleux ou lymphatique, le nerveux et le bilieux."

Il en veut à l'investigateur moderne de ne s'occuper "que de la semence," et de négliger le terrain ; il accepte "pleinement et avec gratitude tous les enseignements de la Bactériologie," mais il veut que l'on tienne compte de "la grande importance du sol ou des tissus spéciaux de l'individu attaqués par des microbes spécifiques."

L'arthritisme d'abord fixe son attention, et il commence par analyser sur ce point les idées et les propositions de M. Guyot.

"L'auteur français, dit-il, définit l'arthritisme une maladie générale causée par l'action sur les divers organes, systèmes ou tissus, du diplococque rhumatismal ou de ses toxines,—et il regarde le lien qui réunit les divers symptômes de la maladie comme le microbe en question."

Le conférencier accepte cette proposition, mais, ne la trouve pas suffisante et, poursuivant :

"J'ajouterai que pour provoquer les diverses manifestations de l'infection spécifique, il doit exister un penchant favorable spécial dans les tissus du malade. C'est de notoriété commune que ce genre de personnes, rhumatismalement disposées, existent et qu'elles sont distinctement plus sujettes aux infections rhumatismales que d'autres personnes."

Cette diathèse arthritique est très répandue et ses manifestations variées. Goutte et rhumatisme ne sont pas des entités pathologiques identiques, proclame le con-

férencier,—chacune à ses lésions spécifiques. De même dit-il, qu'il existe des personnes qui, dans certaines conditions provocatrices ne peuvent pas devenir rhumatisques, il en existe qui ne peuvent pas être sensiblement atteintes par la goutte sans des circonstances de prédisposition.

Puis il met en relief l'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose ;—la prédisposition des goutteux aux lésions articulaires de nature gonococcique, à la "main de Dupuytren", aux eczémats et à la glycosurie.

"Qu'est-ce donc alors qui est transmis dans les états diathésiques divers ? Assurément c'est la qualité du tissu ou du terrain, et non pas les microbes infectieux. La disposition, la vulnérabilité, le degré d'immunité ou de force de résistance sont transmis comme dotation vitale spéciale. Dans ce sens, chaque personne est une loi pour elle-même, et c'est ici que nous avons devant nous le *facteur personnel* dont nous autres médecins, avons toujours à nous occuper."

Le maître de St Bartholomew veut une *diathèse lymphatique et scrofuleuse*. Nous savons, dit-il, depuis longtemps, que les tissus du sujet scrofuleux sont beaucoup plus vulnérables que les autres et n'offrent que peu de résistance à l'introduction de toxines de tous genres, et que leurs surfaces muqueuses sont prédisposées à des lésions catarrhales. Ce sont de mauvais sujets pour toutes les maladies, s'en guérissant très lentement et y succombant souvent.

Avec beaucoup de justesse et d'expérience clinique, le savant professeur rappelle que si la dénomination de *diathèse nerveuse* n'est pas acceptée de tous, qu'assurément au moins nous rencontrons les sujets à système nerveux très sensitif et délicat, avec tendances à l'instabilité, aux diverses névroses et à l'aberration mentale. Qu'ils soient sous l'empire de certaines infections—telles que celles de la chorée ou du rhumatisme—et nous voyons de suite une modalité spéciale se dessiner et l'affection se manifester par des symptômes nerveux spéciaux.

La disposition *bilieuse* du corps humain est suffisamment bien connue. Il la montre chez Celtes et les Européens du Sud. Le terme bilieux suggère suractivité hépatique, mais l'incapacité digestive de ces sujets provient plutôt de l'insuffisance hépatique. Ils tolèrent merveilleusement le mercure, qui a d'ailleurs chez eux d'aussi excellents effets qu'il est mal supporté par les scrofuleux.

Le talentueux clinicien rappelle encore en terminant l'importance d'allier les observations de la clinique

aux constatations et aux vérifications du laboratoire. Il déplore le *Septicisme thérapeutique* moderne et cette espèce d'immobilité où l'on se cantonne trop souvent, le diagnostic une fois posé.

Sir William Jenner ne nous a-t-il pas appris, et avec raison, que nous n'avons que "deux grandes" questions à résoudre auprès du lit d'un malade : Qu'a-t-il ? et Qu'est-ce qui lui fera du bien ? Nous perdons trop de vue cette seconde partie, celle-là surtout qui donne à notre art sa valeur.

La conférence fut intéressante, l'assistance nombreuse et brillante : ce fut une belle séance. Ces échanges de bons procédés entre voisins doivent être approuvés et encouragés. Je suis sûr que vous en êtes coutumiers avec vos collègues anglais du Canada.

Vous dirai-je maintenant quelques mots de nos cliniques ? MM. Landouzy, Dieulafoy, Debove et Labbé, en remplacement de M. Hayems, sont à la clinique médicale, tandis que MM. Reclus, Berger, Segon et Auvray pour M. Le Dentu, sont à la clinique chirurgicale. Au vieux maître de Neckor, le professeur Guyon, a succédé M. Albarran. MM. Hutinel est aux Enfants Assistés et Kirmisson aux Enfants Malades. M. Raymond et Joffroy à La Salpêtrière et à Sainte-Anne ; de Laperrière aux yeux à l'Hôtel-Dieu, Pozzi toujours aux femmes à Broca, tandis que Pinard et Bar sont encore, aux accouchements. M. Robin préside toujours à la clinique thérapeutique.

Ces maîtres, si bien connus d'un si grand nombre de canadiens, font toujours honneur à l'École française, et se préparent des successeurs qui sauront bien maintenir aussi brillante la renommée traditionnelle.

## PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

### Médecine et Thérapeutique

*Paralysies diphtériques guéries par des injections répétées de sérum antidiphtérique.* - MM. Sicard et Barbé, rapportent à la Société Médicale l'histoire d'un adulte atteint, après angine diphtérique, de paralysie grave généralisée aux quatre membres et à tendance progressive bulbaire, et chez lequel la sédation des troubles paralytiques ne fut obtenue que par un traitement sérothérapique intensif à la dose quotidienne de 20 centimètres cubes durant vingt-sept jours consécutifs.

Dans un autre cas à manifestations cliniques analogues, la sérothérapie à des doses moindres (trois injections de 20 centimètres cubes, chacune d'elles pratiquée à une semaine d'intervalle) fut au contraire impuissante à arrêter l'évolution mortelle.

Ces observations rapprochées de celles de M. Comby, montrent qu'il y a tout intérêt à soumettre certains paralytiques diphtériques à un traitement sérothérapique sévère. MM. Sicard et Barbe n'ont observé dans leur cas aucun accident d'anaphylaxie, aucune réaction locale ou générale, malgré le pouvoir précipitant très net du sérum du malade vis-à-vis du sérum antidiphtérique.

*Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.* - A la Société Médicale des Hôpitaux, MM. Thiroloix et Georges Rosenthal, ont exposé, à l'occasion de deux nouveaux cas de rhumatisme articulaire aigu, des faits nouveaux que leurs recherches, poursuivies pendant ces derniers mois, ont permis de mettre en évidence.

Ces recherches les conduisent aux conclusions suivantes :

La bacille fourni par l'hémoculture des rhumatisants aigus présente, à sa phase initiale de culture, les grands caractères du bacille d'Achalmé (forme, vie anaérobie, réaction sur le cobaye), mais sa biologie (digestion lente des albumines, absence totale de fécondité, liquifaction lente de gélatine, culture difficile à la température de la chambre, fermentation de la saccharose, aérobisation rapide, polymorphisme, transformisme) est telle qu'il est impossible à un bactériologue de confondre le bacille sortant d'un rhumatisant avec un bacille perfringens de laboratoire.

Le transformisme du bacille du rhumatisme permet de comprendre et d'interpréter les recherches des auteurs qui ont attribué cette maladie à une septicémie diplococcique. L'interprétation rationnelle serait la suivante : à la sortie de l'organisme, le parasite du rhumatisme affecte uniquement la forme bacillaire ; mais, au

cours des développements en milieux de culture, certains éléments visent au type entérocoque.

En réunissant cet ensemble de caractères (présence du bacille dans le sang des rhumatisants par examen direct, mise en évidence par hémoculture d'un bacille toujours identique dans toutes les formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu, possibilité de reproduire expérimentalement les localisations fondamentales viscérales de la polyarthrite fébrile, polymorphisme et transformisme du bacille, d'où dérivent les types microbiens décrits), ces auteurs concluent que le parasite isolé par la mise en culture du sang des rhumatisants est l'agent causal de la maladie de Bouillaud.

\* \*

*Rhumatisme cérébral suraigu.*—A la société Médicale des Hôpitaux MM. GANDY et BORNAIT-LEGUEULE, rapportent qu'un jeune homme de 21 ans est pris, le neuvième jour d'une troisième attaque de rhumatisme aigu d'allure banale, d'accidents cérébraux à forme délirante et à évolution foudroyante. La mort survient au bout de 11 heures. A l'autopsie, multiples déterminations sur les séreuses endocardite mitrale, aortique et tricuspide péricardite adhésive, pleurite double, lésions congestives banales du foie et des reins, congestion et suffusion sanguine des méninges cérébrales, lésions de chromatolyse diffuse de tous les éléments cellulaires de l'écorce. On sait que les accidents cérébraux apparaissent particulièrement dans les formes graves, à déterminations viscérales multiples. Tel était le cas présent. Les motifs attribués par quelques auteurs à l'apparition du rhumatisme cérébral—insuffisance rénale, insuffisance hépatique—ne peuvent être invoqués chez ce malade. Le foie, s'il était congestionné, ne présentait aucune trace de cirrhose ni de dégénérescence cellulaire; de même les reins ne montraient que quelques îlots congestifs. Cliniquement, ils avaient constaté de l'albumine dans les urines du vivant du sujet. Ce fait semblait insuffisant pour légitimer une origine rénale des accidents cérébraux; plus vraisemblablement, la congestion rénale et les accidents cérébraux procédaient d'une seule cause commune. Quant aux cellules nerveuses, elles présentaient une chromatolyse diffuse et généralisée; seuls, quelques éléments continuaient de présenter à leur périphérie quelques granulations chromatiques en voie de désintégration. Il semble toutefois hasardeux d'affirmer que de pareilles lésions suffisent à affirmer la malignité spéciale du cas et son évolution si rapidement fatale.

*Quand et comment doit-on faire une injection de sérum antitétanique.*—On est assez sceptique sur la valeur de la sérothérapie prophylactique du tétanos, et cependant, on la pratique très largement.

Pour M. Hardouin, de l'École de Rennes, il est formellement indiqué de recourir au sérum dans les conditions suivantes :

1o Dans tous les cas où l'on se trouve en présence d'une plaie anfractueuse dont on n'est pas certain de pouvoir obtenir une désinfection rigoureuse, et tout particulièrement dans le cas où le blessé, de par son métier, a été plus spécialement exposé à la contamination.

2o Cette injection se fera aussitôt que possible après l'accident; mais, si l'on voit le blessé seulement après 48 heures ou 3 jours avec une plaie anfractueuse qui suppure, on pratiquera quand même l'injection, car si l'on n'a pas plus d'action sur les toxines fabriquées, on détruira du moins celles à venir.

3o On renouvelera l'injection de sérum antitétanique deux ou trois fois à 8 jours d'intervalle, si la plaie continue à suppurer.

4o Enfin le praticien fera une injection antitoxique chaque fois qu'il pourra avoir le moindre doute sur son opportunité, car jamais on n'aura à se repentir d'en avoir fait une de trop, et l'on pourrait éprouver des remords d'en avoir fait une de moins.

\* \*

*Tabès et athérome.*—Strumpell, dans un récent article du Munch. Medical Woch, étudie les rapports entre le tabès et certains troubles cardiovasculaires. Chez les malades manifestant de l'insuffisance aortique, de la sclérose de l'aorte et des signes d'anévrysme aortique, une recherche sérieuse permet souvent de relever des traces de tabès telle que la pupille d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes tendineux, les douleurs fulgurantes. D'un autre côté, le tabès est souvent associé à la sclérose aortique et à l'insuffisance cardio-aortique. L'infection syphilitique est généralement, dans ces doubles cas, en cause; d'où découle l'indication du traitement antispécifique.

\* \*

*Provocation indirecte de la douleur au point de Mac Burney, dans l'appendicite et la typhlite.*—M. Roussin vient de faire connaître qu'il est possible de faire apparaître le point douloureux de Mac Burney, en exerçant une pression dans la fosse iliaque et le flanc gauches, le long du colon descendant.

Cette pression doit se faire de bas en haut, de façon à refouler les gaz dans le colon transverse et dans le colon ascendant, où ils exercent alors une pression qui manifeste le point douloureux.

Si la manœuvre ne détermine par la douleur iliaque droite, c'est qu'alors il ne s'agit ni d'appendicite, ni de typhlite : et il faut conclure à des accidents d'origine rénale artérielle, salpingitique, etc.

\* \*  
\* \*

*Hystérie.*—On a discuté de la définition et de la genèse de l'hystérie, non de la possibilité de la guérir définitivement ; à l'auteur cela paraît impossible ; on guérit, on supprime les accidents hystériques ; la diathèse hystérique demeure, prête à reproduire des accidents à l'occasion ; ainsi, des malades paraissent guéris depuis dix ans, ont été, à la première tentative, replongés en hypnose, pourvus de contractures, etc. On naît hystérique et on le reste toute sa vie. (*Therrien.*)

Les vomissements hystériques se reconnaissent en ce qu'ils ne surviennent qu'après ingestion d'aliments, qu'ils sont faciles et instantanés et qu'ils ne retentissent guère sur l'état général ; un certain passé dyspeptique lui sert souvent d'amorce ; une émotion, l'imitation les font s'établir définitivement ; les vomissements incrochables de la grossesse sont, pour une grande part, de nature hystérique ; la psychothérapie est le meilleur remède. (*Rioux.*)

---

## Quelques Aspects de la Méthode de Bier

---

Le Dr Scultze, ancien assistant de la clinique de M. le Prof. Bier, faisait dernièrement part à un public médical français de son expérience de la méthode du maître allemand. De son intéressante communication nous retenons les passages suivants :

Nous remarquons toujours, comme réaction de l'organisme vis-à-vis des substances étrangères une hyperémie et une inflammation plus ou moins fortes.

Nous sommes convaincus que les inflammations sont des manifestations utiles, des efforts naturels vers la guérison.

Elles tendent à écarter et à rendre innocentes les choses nuisibles : soit des corps étrangers relativement volumineux, soit des bactéries, soit des poisons ou des particules modifiées de l'organisme lui-même.

Étant convaincus de ce fait, nous ne pouvons plus traiter les inflammations comme nuisibles par elles-mêmes ; au contraire, nous devons essayer de les augmenter pour utiliser cette activité curative et pour favoriser l'hyperémie utile.

Le moyen le plus certain pour augmenter l'inflammation, c'est d'augmenter l'hyperémie.

Nous verrons qu'en augmentant ce symptôme, nous augmentons tous les autres : la chaleur, la rougeur, le gonflement. Un seul symptôme n'est pas augmenté : la douleur ; grand avantage pour le malade.

Mais l'augmentation de l'hyperémie est elle toujours la même.

Si nous étudions la manière dont agit la nature, nous verrons qu'il y a deux espèces d'hyperémie : l'une liée à un ralentissement, l'autre à une accélération du courant sanguin ; celle-ci est active, celle-là est passive.

Nous savons d'autre part que dans les inflammations aiguës, c'est le ralentissement du courant sanguin qui se produit.

Aussi, en traitant les inflammations aiguës, il faut que nous cherchions à *augmenter l'hyperémie et le ralentissement du courant sanguin.*

Nous voulons judicieusement imiter la nature et l'aider dans son combat. Le moyen souverain qui augmente l'hyperémie en ralentissant le courant sanguin est la bande élastique (ne la nommez pas bande d'Esmarch, puisque celle-là, construite pour une autre raison, n'est pas applicable pour le traitement de l'hyperémie.) Un autre moyen d'augmenter l'hyperémie est la ventouse, qui fait au commencement une accélération et provoque ensuite un ralentissement du courant sanguin.

D'ailleurs, il n'y a pas de démarcation précise entre ces modes d'action.

Quand nous voulons produire une hyperémie sans ralentissement, nous employons d'autres choses : les pansements humides et surtout l'air chaud, dans les cas par exemple où nous voulons obtenir la résorption d'un exsudant, d'un hématome, d'une hydarthrose.

Mais nous voulons parler aujourd'hui seulement du traitement des affections aiguës ; on emploie alors la bande élastique et la ventouse.

Maintenant nous voulons parler seulement de l'application de la bande élastique.

Il en existe deux variétés : l'une fine et mince, l'autre plus forte ; celle-ci nous l'employons pour les membres inférieurs, celle-là pour les membres supérieurs.

Cette différence n'est pas absolument nécessaire, mais elle est commode, puisqu'à la jambe, étant donnée, la grosse musculature, nous devons serrer plus fort et une bande mince se plisserait facilement. D'ailleurs, la bande forte n'est pas agréable sur le bras d'une personne sensible. La bande d'Esmarch serait insupportable. La bande doit être roulée sans plis sur une assez grande largeur et non sur un seul tour circulaire, cela ferait une compression douloureuse. La longueur de la bande sera d'un mètre à un mètre cinquante, ce qui donnera de 6 à 8 tours. La bande est arrêté avec une épingle de sûreté, ou bien on colle seulement avec de l'eau, en laissant le dernier demi tour très lâche. En ce cas, on met un tour de flanelle par dessus pour que la bande ne se déroule pas.

Pour l'application à l'épaule, à la tête et au testicule, il faut suivre une technique particulière, dont je ne vous parlerai pas maintenant. Le débutant fera mieux de ne pas commencer par ces cas difficiles, qui demandent une certaine sûreté de méthode.

Pour la tête, nous employons un lien de caoutchouc, tissé, ayant l'aspect d'une jarretière large de 2 centimètres. Pour l'épaule, c'est un tube de caoutchouc, très épais, recouvert de feutre mou, en forme d'anneau.

Pour le testicule enfin, nous nous servons d'un tube de caoutchouc mou; on le met autour de la racine du scrotum, protégée avec de l'ouate.

Mais ne parlons plus de ces détails. Nous allons nous occuper de l'application de la bande élastique.

Dans les infections aiguës, l'hyperémie par stase doit être appliquée et prolongée sans interruption pendant 20 à 22 heures. Pendant les autres deux ou quatre heures, on place le membre dans une position élevée pour diminuer l'œdème produit par la bande. L'hyperémie par stase doit être très soigneusement faite: elle exige une technique minutieuse. La bande ne doit être appliquée, ni trop serrée, ni trop lâche.

Il est évident que la bande mise trop lâchement n'apporte aucun avantage; est-elle au contraire trop serrée, elle peut être nuisible en provoquant des troubles de nutrition.

Les règles de cette application sont de la plus haute importance

1<sup>o</sup> La bande ne doit pas modifier le pouls artériel qui doit toujours être senti distinctement.

Nous ne voulons pas troubler l'afflux sanguin artériel, nous voulons seulement obtenir un ralentissement du courant veineux.

2<sup>o</sup> Les symptômes inflammatoires doivent augmenter fortement; les régions exposées au traitement doivent être bien chaudes, rouges ou bleu-rouges, jamais pâles et froides. Un œdème rouge et chaud ne doit développer.

Nous avons constaté souvent que le médecin, peu persuadé de la logique de la méthode et effrayé de la réaction énorme que produit la bande, cesse le traitement pour rentrer pénitent dans l'école antiphlogistique.

Mais pour son excuse il faut dire que l'aspect d'un membre enflammé sous la bande peut être vraiment effrayant pour celui qui le voit pour la première fois.

3<sup>o</sup> La stase ne doit jamais produire de douleurs, autrement elle est mal appliquée; au contraire, la douleur qui existait avant le traitement doit diminuer.

4<sup>o</sup> Les abcès et la rétention du pus doivent être toujours diagnostiqués aussitôt que possible et incisés de suite. C'est là une règle qu'on ne saurait trop répéter: Cherchez le pus et faites une incision pour l'évacuer quelles que soient les circonstances! La méthode du Bier ne va pas à l'encontre de cette règle fondamentale de la chirurgie. Mais je sais que la pensée de M. Bier a été quelquefois mal interprétée. Lui-même n'a quelquefois pas incisé des abcès parfaitement évidents lorsque les symptômes de l'affection le lui permettaient, à cause de certaines questions théoriques, pour étudier la valeur de sa méthode, pour démontrer clairement l'effet puissant de l'hyperémie qui peut changer en quelques jours un abcès-chaud, contenant des bactéries virulentes, en un sérum stérile. Et ce sont ces faits qui ont été mal interprétés. Jamais il n'a voulu que l'on prenne pour traitement ce qui était et devait rester une expérience particulière.

5<sup>o</sup> On renonce au tamponnement et au drainage. Ils sont souvent nuisibles, surtout dans les affections des articulations et des gaines, et presque toujours l'on peut s'en passer. Exceptionnellement, un petit drain sera permis dans les parties molles, quand l'écoulement du pus est empêché. Seules, les incisions doivent assurer le bon écoulement du pus. Bien entendu, on doit toujours se convaincre qu'il n'y a pas de rétention. Avec une pression douce, ou avec une ventouse — dont nous parlerons plus tard — on évitera, avec un peu d'attention, la stase du pus. Quand la sécrétion est très forte ou s'il s'agit d'une grande poche, on fera tous les jours une irrigation avec du sérum artificiel.

6<sup>o</sup> Dans les cas, où il s'agit d'articulations suppurrées ou de phlegmons des gaines, on doit faire exécuter



des mouvements aussitôt que la disparition des douleurs le permet. C'est absolument nécessaire pour conserver le fonctionnement.

7° Il ne faut pas appliquer la bande trop près du foyer inflammatoire, au contraire aussi loin que possible. Par exemple dans les suppurations des articulations de la main nous mettons la bande autour du bras. Nous voulons obtenir une réaction aussi étendue que possible et puisque la réaction inflammatoire remonte ordinairement jusqu'à la bande, nous augmentons de cette manière le foyer inflammatoire.

8° Il est très important d'appliquer tous les pansements sans les serrer. Quand nous sommes obligés comme dans toutes les suppurations, de faire un pansement, si nous le mettons trop serré nous empêchons la production de l'hyperémie et du gonflement justement dans la région infectée.

Nous avons dit au commencement que la bande élastique devait être appliquée pendant 20 à 22 heures.

Mais ce traitement se modifiera dans la suite. Quand le traitement produit une amélioration, on diminue de plus en plus la durée de la stase pour ne laisser finalement la bande que pendant quelques heures par jour. Si on l'enlève trop vite une aggravation se pourrait produire.

Je dois maintenant vous signaler les premières alarmes d'une stase trop forte : ce sont des taches rouges, des vésicules et des hémorragies de la peau.

Le malade lui-même a la sensation que sa main s'endort ; il y a des fourmillements et des douleurs.

La température également se modifie sous l'influence de ce traitement. En général, nous remarquons qu'elle tombe dès le début quelquefois très vite, quelquefois lentement.

Si on remarque pendant le traitement que la fièvre remonte, on doit toujours penser qu'un abcès se produit ; l'augmentation simultanée des phénomènes locaux confirme le fait.

Si ces accidents se produisent il faut relâcher la bande. Il vous arrivera souvent que la bande, quoique bien mise et bien supportée par le malade, détermine après quelques heures des symptômes de constriction. Qu'elle en est la cause ? L'œdème qui s'est produit très fort fait maintenant une compression des veines, et au lieu du ralentissement vous avez presque une interruption du courant veineux. Vous devez relâcher la bande de nouveau.

Ainsi donc la stase doit être dosée soigneusement et la plus grande attention est nécessaire. Suivant l'ex-

pression du Prof. Bier " il faut avoir un personnel absolument sûr ".

On doit toujours examiner les cas soi-même, ou les confier à un assistant qui s'en occupe avec zèle et plaisir et qui avant tout ait de l'expérience et de la conscience. " En procédant autrement, on n'obtiendra rien et on arrivera à décrier un excellent procédé de traitement. "

F. de M.

## Les Sociétés Médicales

### Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 3 MARS

Le Dr Boulet présente un malade âgé de 72 ans porteur d'une tumeur récidivante à l'œil gauche. En 1907, la tumeur primitive, qui était à cheval sur le limbe scléro-cornéen, fut enlevée et son point d'attache cautérisé au galvano-cautère. Aujourd'hui, cinq mois plus tard, la tumeur a récidivé et se présente sous forme d'un nodule noir, grosseur d'un poids situé vers la moitié de l'axe horizontal de l'œil et accompagné de quatre îlots de même apparence, plus petits et occupant le cul-de-sac conjonctival et la conjonctive palpébrale.

L'acuité visuelle de cet œil est des deux tiers. Fond de l'œil normal.

Œil droit : Peut compter les doigts à 30 centimètres. Myopie et plaques d'atrophie choroïdienne datant de la naissance.

Des tumeurs épibulbaires, le sarcome est l'exception. Ces tumeurs originent du tissu cellulaire sous-conjonctival et sont généralement à la fois fusos et globocellulaires. Les granulations mélaniques occupent le protoplasme cellulaire.

Dans quelques cas rares, la cornée est envahie, de même que la sclérotique. Au dire de Lagrange, la sclérotique et la cornée servent aux tumeurs sarcomateuses épibulbaires de point d'appui et non de point d'origine.

" La tumeur actuelle dont nous faisons du sarcome mélanique—ce sur quoi le microscope nous renseignera bientôt—peut être confondue avec un épithélioma pigmenté. Celui-ci—plus fréquent que le sarcome—siège généralement à l'angle interne ou externe de l'œil. "

Dans l'un ou l'autre cas, la conduite à tenir est la même, et quelle est-elle ? Si l'œil gauche était suffisamment bon pour permettre au malade de se conduire, le Dr Boulet n'hésiterait pas à faire l'énucléation de l'œil et de la conjonctive du cul-de-sac inférieur. Mais dési-

rant prolonger le plus longtemps la vision de l'œil sarcomateux, le spécialiste traitant se contentera d'une nouvelle intervention partielle. La radiothérapie sera un adjuvant précieux et pourra peut-être fournir à cette seconde intervention un effet permanent difficile à espérer ici sans son aide.

Le Dr Lasnier présente un malade âgé, apparemment guéri d'un épithélioma inopérable de l'angle de l'œil.

Un second malade, qu'il présente aussi, offre les traces d'un vieux foyer de lupus à forme destructive de la narine, qui avait récidivé après intervention chirurgicale, et maintenant apparemment arrêté dans son évolution par un traitement aux rayons X. Nous notons avec satisfaction ces deux guérisons par le rayon X, qui sont trop récentes pour pouvoir être jugées définitives, mais n'en sont pas moins fort encourageantes.

Le Dr St-Jacques présente avant l'opération un jeune malade âgé de 10 ans et porteur d'une énorme tumeur du cou, s'étendant du maxillaire à la clavicule, dépassant l'oreille en arrière et repoussant fortement la larynx à gauche. La tumeur, qui s'est développée depuis quelques mois, présente un élément de malignité évidente.

Dr Roy, qui a fait l'examen laryngoscopique, dit que le larynx est simplement repoussé et non tordu, et qu'il présente comme particularité intéressante une paralysie de la corde vocale du côté opposé à celui de la tumeur.

Quant aux yeux, les deux papilles sont un peu floues et les veines rétiniennes légèrement dilatées, d'ailleurs à un degré égal des deux côtés.

\* \*

Dr St-Jacques présente les photographies d'un cas rare d'ichthyose saurienne noire, qui est venu sous son observation récemment.

\* \*

Le Dr St-Jacques présente au nom du Dr Bruneau et du sien, les pièces d'une grossesse extra-utérine opérée. L'histoire unique est intéressante et peut être ainsi résumée. M<sup>de</sup> P. 32 ans, dernière grossesse il y a quatre ans. Aucun passé infectieux à relever. — Toujours

régulièrement réglée. Dernières règles, le 20 décembre. Amenorrhée en janvier. Le 2 février pertes rouges accompagnées bientôt d'un "gros caillot", qui ne fut pas examiné. Depuis lors, métrorrhagie continue en même temps que les douleurs abdominales s'accroissent, et et davantage à gauche. Le Dr Bruneau voit la malade le 18 et pose le diagnostic de grossesse extra-utérine. C'est alors que la malade est vue par le Dr St-Jacques.

La température qui, la veille, était de 100, est tombée à 98,5. Le pouls est près de la centaine. Le faciès est tiré et souffrant. Le palper abdominal est douloureux, davantage à gauche. Le col est ramolli et entrouvert, le corps utérin un peu gros. Dans la fosse iliaque gauche, une masse plutôt dure, accolée à l'utérus, repoussé à droite. Le douglass est bombant et mollasse. Le diagnostic premier est confirmé et l'opération conseillée d'urgence vu l'inondation péritonéale, dont témoigne le cul de sac postérieur.

Le laparotomie fait constater une cavité abdominale inondée de sang, et une fosse iliaque gauche remplie par une masse de caillots plus ou moins organisés, des adhérences de date récente et tout au fond l'annexe on cause. Celui-ci est enlevé, tandis que le droit, apparemment sain, est laissé en place. Véntrofixation. Drainage. Convalescence sans incidents et rapide.

La trompe enlevée est grosse et congestionnée, — son pavillon est très-rouge et dilaté. L'hémorragie s'est fait par l'orifice frangée. Dans la trompe on trouve un petit fœtus de quelques semaines.

Dr Harwood remarque que les cas de grossesse extra utérine sont plus fréquents que l'on est généralement porté à le croire. Le cas rapporté est de cette variété tubaire la plus fréquente et la terminaison est connue sous la rubrique habituelle d'avortement tubaire. Généralement la cause des grossesses extra-utérines réside dans une lésion inflammatoire antérieure de l'utérus ou des annexes : ce qui cependant ne semble pas le cas ici.

\* \*

Suit une intéressante communication par le Dr Valin sur la diététique, qu'il définit : la science qui règle l'usage raisonné des aliments en vue de prévenir ou guérir les maladies. De ce travail fort documenté nous tenons tout spécialement à retenir certaines données.

L'économie dépense une moyenne de 2430 calories au repos. Il n'est pas indifférent que les calories soient fournies par tel ou tel groupe d'aliments.

Le lait fournit 750 calories au litre. Trois litres de lait donnent 105 grammes d'albumine, 1<sup>er</sup> de graisse et 195 d'hydrates de carbone. Cette quantité quotidienne de trois litres serait trop considérable pour l'estomac, il vaut mieux corriger et, à un litre et demie de lait représentant un peu plus de 1 000 calories, ajouter environ 422 grammes de riz équivalent à 75 grammes d'albumine. Il faut moins qu'on le pense d'albuminoïdes.

Le lait seul est antitoxique et se digère, bien. Si on lui ajoute de la viande il augmente alors les fermentations intestinales. Excellent pour les nourrissons, le lait n'est plus suffisant pour les enfants qui marchent, il leur faut du pain, du riz, de l'avoine. Si le régime lacté est prescrit à un adulte, on doit tenir compte de son poids et du fait qu'il aura à travailler ou sera mis au repos : soit donc de 35 à 45 grammes de lait, suivant le cas, par kilogramme de poids du patient.

*Régime déchloruré* : consiste à faire prendre au malade des aliments pauvres en chlorure de sodium.

Voici un tableau montrant le pourcentage chloruré de certains aliments.

Riz . . . . . 0.02	Blé . . . . . 0.02
Oeufs . . . . . 0.07	Farine . . . . . 0.17
Viande crue 0.10 à 0.30	Poisson de Rivière 0.48
Patates . . . . . 0.57	Petits pois . . . . . 0.65
Haricots . . . . . 0.90	Lait . . . . . 1.50

#### RÉGIME LACTO-OVO-VÉGÉTAL.

Lait un à un et demie litre.  
Oeufs et fromage.  
Céréales Légumineuses.

#### RÉGIME HYPO-AZOTÉ

Riz, Patates, Tapioca, Pain blanc.  
Arrowroot, Légumes verts, Lait, Crème.

#### RÉGIME HYPER-AZOTÉ

Viandes, Fromages, Légumineuses.  
Extrait de Liebig, Poissons, Oeufs, Amandes.

#### RÉGIME RÉMINÉRALISATEUR

Orge, Avoine, Légumineuses, Pain, Poissons.  
Ovuléithines, Huitres, Cervelles, Bouillons.  
Lait, Vins de Bordeaux, Fruits.

## BROMURAL

Le bromural est un hypnotique introduit récemment dans la thérapeutique et dont l'emploi est recommandé dans les insomnies d'origine nerveuse ; c'est-à-dire quand la privation de sommeil n'est pas sous la dépendance d'une affection grave, centrale ou périphérique. Le bromural est l'a-monobromo-isovalérylurée. On obtient le bromural en maintenant quelque temps, vers 70°, un mélange de deux parties de bromure d'a-bromo-isovalérianyle et de une partie d'urée finement pulvérisée. On traite le produit de la réaction par le bicarbonate de sodium pour éliminer l'acide bromhydrique et l'acide bromovalérianique, puis on fait cristalliser dans le toluène.

Le bromural se présente en aiguilles blanches, sans odeur ni saveur sensibles, peu solubles dans l'eau froide, solubles dans l'alcool, l'éther et les liqueurs alcalines.

Le bromural est utilisé en poudre, en pastilles contenant 0 gr. 3 de médicament et 0 gr. 2 de lactose. La dose nécessaire pour amener le sommeil est de 0 gr. 3, à 0 gr. 6 ; l'action du bromural persiste de trois à cinq heures, puis le sommeil naturel succède au sommeil provoqué par l'hypnotique.

## Bibliographie

*Les Crises Vasculaires*, par le Professeur Pal, traduit de l'allemand sur la première édition, par le Docteur G. Bablon, Médecin-major de 2<sup>e</sup> classe ; Un volume in-18 de VIII-482 pages, broché, 5 fr.

Les maladies des artères sont à l'ordre du jour, et dans ces dernières années, l'expérimentation venant en aide à la clinique, est arrivée à reproduire les principales lésions et à étudier le mécanisme de leur développement. Mais on abuse peut-être un peu de ce diagnostic : *artérite*. Il est en effet un certain nombre de troubles fonctionnels, et même de syndromes parfaitement définis qui n'ont pas un caractère permanent, et qui doivent être rattachés à un autre mécanisme. Ce sont, proprement, les crises vasculaires qui sont étudiées dans ce petit volume avec une précision et une netteté remarquables, dans un esprit éminemment clinique par le professeur PAL, Médecin des hôpitaux de Vienne.

Il distingue, dans un aperçu de physiologie pathologique, les crises d'hypertension ou vaso-constrictives et les crises d'hypotension ou vaso-dilatatrices. Puis dans une partie spéciale il examine, avec observations cliniques à l'appui, les crises des saturnins, des artérioscléreux, des tabétiques, des lithiasiques du rein et du foie, etc.

La traduction difficile en des matières aussi neuves, est écrite dans un style bien français, très clair.

Ce petit livre sera également utile aux étudiants sérieux et aux médecins vraiment désireux de faire un bon diagnostic, et par là une saine thérapeutique.