

PAGE

MANQUANTE

## Volumineux sarcome de la conjonctive bulbo-palpébrale (1)

PAR LE DR J. N. ROY

L'observation suivante nous semble avoir un certain intérêt, si nous examinons soit séparément, ou dans leur ensemble, les symptômes observés chez notre petit malade. En effet, le sarcome primitif de la conjonctive bulbo-palpébrale est une affection relativement rare, et le pronostic est d'autant plus sérieux que le néoplasme semble vouloir envahir l'orbite. Ayant pour origine le chorion conjonctival, ou le tissu cellulaire qui lui est sousjacent, la tumeur en augmentant soulève la muqueuse oculo-palpébrale qui se distend avec elle. Dans notre cas, la rapidité d'évolution de ce sarcome spontané, sans pigmentation, développé dans l'espace d'environ sept semaines chez un enfant de six ans, doit attirer spécialement notre attention. Bien que ni les ganglions préauriculaires ni cervicaux ne fussent hypertrophiés, nous n'en avons pas moins considéré la maladie comme très grave, étant donné que la tumeur commençait déjà à se propager au tissu de la voûte orbitaire et à la capsule de Ténon, et qu'une biopsie antérieure nous avait renseigné sur sa nature sarcomateuse. Aussi nous n'avons pas hésité à sacrifier cet œil encore sain en faisant l'exentération de l'orbite.

**OBSERVATION.** — L'enfant D. R., âgé de six ans, nous est conduit à l'Hôtel-Dieu, le 11 janvier 1908, pour une tumeur volumineuse de l'œil droit. D'après sa mère, le début apparent du néoplasme remonterait à un mois, époque à laquelle elle remarqua que cet œil était plus petit que l'autre. Ce ptosis ayant un jour attiré davantage son attention, elle voulut faire ouvrir largement les yeux de son enfant, et s'aperçut qu'il y avait "une espèce de peau rougeâtre" entre le globe et la paupière supérieure. Aucun autre symptôme antérieurement n'avait été constaté, et cette tumeur, qui avait une tendance à l'hémorragie, commença dès lors à sécréter un liquide séro-purulent en proportion de la rapidité de son développement.

La famille de notre petit malade se compose de neuf enfants, dont un, mort à trois ans de méningite tuberculeuse, et les autres en bonne santé. Nous trouvons chez ses ancêtres une diathèse assez chargée de tuberculose, mais il semble ne pas y avoir de cancer.

Le patient jouit d'une constitution plutôt robuste pour son âge, et n'a jamais fait de maladie, à l'exception d'une adénite cervicale suppurée à droite, qui s'ouvre et se referme tous les mois depuis cinq ans.

Cependant la mère avoue que la respiration n'est pas

normale, qu'il dort la bouche ouverte, et fait du bruit pendant son sommeil.

Aucune histoire de traumatisme ou de corps étranger de l'œil droit, ni même de cataracte conjonctival.

A l'examen, nous constatons une tumeur, qui pend sur la joue et qui s'est développée au dépens d'un large pédicule inséré au fond du cul-de-sac supérieur de l'œil droit. Ce néoplasme est bourgeonnant, saigne au moindre contact, et son aspect est rougeâtre et sanieux. Il est recouvert en partie par la conjonctive oculaire fortement décollée, distendue et ulcérée par endroits, et par la conjonctive de la paupière supérieure ectropionnée. Une sécrétion séro-purulente s'échappe continuellement de cet œil et produit un léger érythème de la joue. Les mensurations de la tumeur dans son plus grand diamètre nous donnent environ deux centimètres d'épaisseur, cinq centimètres de hauteur et sept centimètres de largeur. Après l'avoir soulevée pour examiner la cornée, nous constatons que celle-ci est normale et que la pupille réagit. La tension oculaire n'est pas augmentée, il n'y a pas d'exophtalmie, ni d'abaissement du globe. Les mouvements de l'œil sont naturellement limités, mais la vision directe est aussi bonne à droite qu'à gauche.

Aucune douleur depuis le début de la maladie.

Etat absolument normal de l'œil gauche qui est emmétrope.

La rhinoscopie antérieure des deux côtés ne montre rien de bien intéressant, mais la rhinoscopie postérieure nous permet de constater des végétations adénoïdes.

Légère hypertrophie des amygdales palatines.

Les oreilles n'ont jamais été infectées.

Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions cervicaux ni préauriculaires.

Pas de syphilis héréditaire ni de symptômes apparents de tuberculose.

En présence de ce néoplasme nous faisons une biopsie, et la pièce anatomique est confiée au docteur St-Jacques, agrégé, qui voulut bien nous donner le rapport suivant.

"L'examen microscopique des préparations montre une agglomération de cellules disposées sans orientation, ici serrées, ailleurs espacées. Ça et là se voit des débris de travées ou plutôt de fibres conjonctives. Dans l'une des préparations on note une tendance à la disposition alvéolaire."

"Les éléments cellulaires sont petits et ronds, à noyaux plutôt gros, fort variables en dimension, et présentant des figures caryokynétiques nombreuses. Ils sont aussi à certains endroits fusiformes".

"Dans le champs microscopique apparaissent en grand nombre des formations vasculaires très caractéristiques du sarcome; entr'autres des trouées sans autres parois propres organisées que celles des cellules néoplasiques elles-mêmes. La plupart sont vides de globules sanguins".

"La surface de la tumeur est dépourvue de son épithélium de revêtement. On y trouve des capillaires en coupes tantôt perpendiculaires, tantôt longitudinale, remplis de globules rouges. Quelques-uns d'entr'eux

(1) Communication faite au IVe Congrès de l'Association de Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Québec, juillet 1908.



cependant offrent un nombre relativement élevé de globules blancs, ce qui se conçoit facilement quand on saura que la surface de cette tumeur donnait un muco-pus assez abondant. A peine remarque-t-on un peu d'infiltration des cellules inflammatoires".

" Ces préparations ne renferment aucune pigmentation."

"Diagnostic : sarcome globo-cellulaire à évolution apparemment rapide."

Pendant les quelques jours qui suivirent le premier examen, nous fûmes témoins du développement vraiment remarquable de cette tumeur, tel que nous l'indiquons sur nos deux photographies, la première prise le 12 janvier, et la seconde le 26 du même mois.

Aussi le microscope nous ayant renseignés sur sa nature maligne, nous proposons à la famille d'en faire immédiatement l'ablation, et l'opération étant acceptée fut pratiquée le 28 janvier.

**PREMIERE OPERATION.**—Le malade, endormi au chloroforme et le champ opératoire aseptisé, nous faisons d'abord une large canthotomie. Le néoplasme soulevé nous permet d'inciser la conjonctive oculaire décollée dans ses deux tiers supérieurs. Nous constatons alors que la capsule de Ténon a été envahie, et que la sclérotique est à nue sur cette étendue. La pédicule est implanté sur toute la longueur du cul-de-sac supérieur et plonge dans l'orbite sur une profondeur d'environ un centimètre et demi. La paupière ectropionnée n'est cependant pas adhérente à la tumeur, et celle-ci que l'on

décolle facilement des tissus sains est enlevée (et pèse 50 grammes). Les ravages considérables d'une partie de la capsule de Ténon et du toit de l'orbite nous laissent aucun doute sur la gravité de la maladie, et nous oblige à continuer l'opération par une exentération complète. Nous sacrifions alors cet œil normal dans ses membranes profondes, ainsi que les tissus rétro-bulbaires. Un grand soin est apporté à la toilette de la cavité, et afin de prévenir une récurrence, nous enlevons tout le périoste de la moitié supérieure de l'orbite. Les paupières sont ensuite débarrassées de tous les tissus douteux, et l'opération est terminée par un nettoyage soigneux de la plaie, quelques points de suture au cantus externe et un pansement approprié. Nous profitons également du sommeil chloroformique pour inciser et curetter le ganglion cervical suppuré, qui est en plus cautérisé à la teinture d'iode.

L'examen bactériologique de ce pus ne révèle rien de particulièrement intéressant, si ce n'est l'absence du bacille de Koch et de l'actinomycètes. Les suites post-opératoires sont des plus simples. La cavité lavée journellement au peroxyde d'hydrogène suppure très peu, et se tapisse rapidement d'une couche de bourgeons solides ; quant à ceux qui ont une tendance à l'hémorragie, ils sont cautérisés ou enlevés à la curette. Au bout d'un mois le petit malade est considéré à peu près guéri, et nous nous proposons de lui faire dans la semaine suivante une tarsorrhaphie médiane, lorsqu'une complication assez sérieuse vint se mettre de la partie. La scar-



latine et la varicelle lui furent apportées simultanément par des parents venus le voir à l'Hôtel-Dieu, et nous dûmes le diriger à l'Hôpital St-Paul pour les contagieux, où il fut admis le 28 février. Le 5 mars, étant en pleine éruption de scarlatine, le médecin de service remarqua qu'il commençait à avoir des pustules de varicelle, si bien qu'il contamina tous les petits malades de son pavillon. A partir de ce moment l'association microbienne lui donna des symptômes d'infection très prononcés, et le 13 mars se déclarait une néphrite aiguë. Deux jours après, on constatait de l'endocardite, et le 20 mars de l'anasarque. Pour terminer cette série de symptômes bruyants, le 24 mars il faisait une infection généralisée de son cuir chevelu. Malgré toutes ces complications, jamais la température ne dépassa 103°, et la maladie s'améliora suffisamment bien dans le mois d'avril pour permettre au petit patient de revenir à l'Hôtel-Dieu le 29, absolument rétabli de ses fièvres éruptives. Nous continuons alors à lui traiter sa cavité orbitaire qui s'était infectée pendant son séjour à l'Hôpital St-Paul, en lui enlevant des fongosités accumulées seulement sur la partie inférieure. Ces bourgeons examinés au microscope ne révèlent aucun élément sarcomateux, et nous rassure quant à la possibilité d'une récurrence. Au bout d'un mois son orbite est tout à fait guéri, ainsi que son adénite cervicale curettée et soignée au moyen de pansements humides.

Les tumeurs adénoïdes ayant été enlevées, il ne nous restait plus alors qu'à nous occuper de la partie esthétique de sa cavité orbitaire. En effet, la paupière supérieure s'étant rétractée sur elle-même, laissait cet orifice largement béant, de sorte qu'à part l'état disgracieux que présentait le malade, il était exposé aux infections extérieures.

Comme son orbite était légèrement rempli par un tissu granuleux solide, nous décidons alors de lui faire une tarsorrhaphie médiane qui fut pratiquée le 4 juin.

DEUXIEME OPERATION. — Endormi de nouveau au chloroforme, nous détachons les paupières circulairement jusqu'au rebord osseux. Après avoir avivé la partie médiane de leurs lèvres meibomiennes sur une étendue de un centimètre, nous appliquons deux points de suture en conservant au champ ciliaire sa position normale. L'hémostase étant complète, nous terminons cette petite intervention par un pansement assez serré. Dans les jours suivants, nous faisons quelques lavages antiseptiques, et le 18 juin, le petit malade peut retourner dans sa famille absolument guéri.

Nous sommes heureux de constater que la fente palpébrale est entièrement close, et que malgré la tarsorrhaphie, l'orbitaire a conservé un certain pouvoir d'action.

La dépression orbitaire n'est pas bien apparente, et les paupières sont appliquées directement sur le fond de cette cavité.

La guérison maintenant se maintiendra-t-elle ? Nous avons droit de l'espérer, si nous considérons d'un côté, la rapidité d'évolution de ce sarcome, et de l'autre, la persistance de la guérison depuis bientôt dix mois.

## Remarques

### Sur un caractère dominant de l'état mental des psychasthéniques et des neurasthéniques (1)

*Par le Dr Maurice Renaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, Chef de laboratoire de la Faculté de Médecine à la Salpêtrière*

La psychologie nous apprend que notre vie psychique est entièrement construite de matériaux empruntés au monde extérieur et à la vie psychique de nos semblables. Il est donc légitime de rechercher comment se créent les états intellectuels et émotionnels anormaux des psychasthéniques et des neurasthéniques.

Nous avons eu l'occasion d'étudier à ce point de vue de nombreux malades et quand nous avons cherché après bien d'autres à dégager l'élément essentiel, à comprendre quel était le trouble intellectuel initial et dominant tous les autres, nous avons toujours pu reconnaître que toute la psychologie morbide pouvait s'expliquer par une rupture d'équilibre dans les phénomènes de conscience.

Nos psychasthéniques sont des individus dont l'hérédité physique et psychologique est le plus souvent déplorable. Mais ce fait ne saurait expliquer que dès leur enfance ils soient douteux, scrupuleux, timides, obsédés, sans caractère. Pour nous, l'éducation seule peut expliquer ce déplorable état mental.

On sait à quel point la psychasthénie est une maladie familiale, on la dit même héréditaire, mais si l'on adopte notre manière de voir on fera mieux de la dire contagieuse.

En effet, dans ces familles à hérédité névropathique, on n'a pas en général de stabilité mentale. La vie intellectuelle y manque de régularité et de méthode pour ne pas dire plus. Nous ne saurions insister sur un pareil sujet, mais tous ceux qui voudront y regarder de près constateront toujours à des degrés divers les mêmes défauts intellectuels chez leur malade et chez ses éducateurs.

Comment des individus qui ne savent se posséder eux-mêmes seraient-ils capables de donner à un enfant de bonnes habitudes intellectuelles, surtout quand le cerveau de l'enfant manque d'une certaine vigueur congénitale ?

Nous pensons que les premières impressions viscérales, les premières sensations, les premiers sentiments ont sur le développement ultérieur de la vie psychique une importance de premier ordre, car elles font sur l'âme encore neuve une ineffaçable impression. Or, nos psychasthéniques ont été généralement des "enfants gâtés", c'est-à-dire qu'on a enfreint dans leur éducation physique et morale toutes les règles de l'hygiène et de la logique. La

(1) Communication faite au Congrès des M. L. F. A. à Québec.

seule règle qu'on suive est le caprice, aussi bien pour appliquer les châtimens que pour attribuer les récompenses. Les modèles sont criards, turbulents, illogiques, emportés, l'enfant les imite et voilà son esprit faussé à tout jamais. On ne trouvera dans son esprit que désordre là où devrait régner une ordonnance régulière, que caprice, là où tout devrait s'enchaîner logiquement. Il a tellement vécu au hasard qu'il ignore presque le grand principe de causalité qui conduit le monde, car pour lui, grâce au caprice des parents, les mêmes causes n'ont pas toujours produit les mêmes effets. Il ne saurait avoir de règle ni de méthode. Il imite à peu près les autres et ne paraît différent d'eux que le jour où la vie devient pour lui plus complexe et que ses défauts d'esprit le mettent en désharmonie complète avec le monde extérieur. A ce moment éclatent aux yeux d'un médecin sagace les trois défauts psychologiques essentiels dont nous avons essayé d'établir la genèse et dont nous devons montrer maintenant l'importance. Les psychasthéniques manquent de " stabilité mentale, d'attention " et de " jugement."

Ils manquent de stabilité mentale et les voilà changeants, mobiles, capricieux, dominés par l'impression ou l'idée du moment, en proie tour à tour aux émotions, les plus différentes, tour à tour enthousiastes et découragés, excités ou déprimés.

Ils manquent de la faculté d'attention, sans laquelle il ne saurait y avoir de véritable intelligence ; ils ne peuvent s'astreindre à suivre logiquement et longtemps la même idée, toujours détournés de leur véritable étude par les mille riens futiles dont est seule meublée leur conscience.

Ils manquent de jugement et ne sauraient en avoir puisqu'ils sont mobiles et inattentifs. Aussi ne trouve-t-on en eux que des impressions et peu d'idées.

Ils ne portent guère sur le monde extérieur et les actions humaines que des jugemens sans maturité. Ils jugent faux aux regards des autres hommes, n'appréciant pas les choses à leur juste valeur, et tenant pour important ce que les autres considèrent comme négligeable. Ils ont donc des terreurs, des dégoûts, des craintes, des enthousiasmes exagérés jusqu'au ridicule. Et par là s'expliquent leurs tourmens, leurs doutes, leur impossibilité d'accepter la vie telle qu'elle se présente.

Ils manquent en un mot du sens réel de la vie et de l'action.

Tout ce que nous venons de dire des psychasthéniques est vrai pour un grand nombre de neurasthéniques auxquels peut s'appliquer notre analyse psychologique. Il faut seulement ajouter que les désordres sont chez eux moins profonds et ne deviennent apparents qu'à l'occasion d'une déchéance ou d'une insuffisance organique. Nous ne pouvons insister sur ce sujet qui demanderait à lui seul un long mémoire et voulons seulement indiquer qu'à notre point de vue, on retrouve chez les malades des deux catégories les mêmes troubles intellectuels initiaux et que dans une certaine mesure le même traitement leur est applicable.

Si l'on admet notre manière de voir et notre conception théorique des troubles mentaux on en déduira facilement une conception précise du traitement qui a, au point de vue pratique une importance énorme. Il est évident qu'il est nécessaire et suffisant de refaire l'éducation de nos malades.

Pour faire dans ces conditions de la bonne psychothérapie il ne faut pas s'adresser aux idées morbides et se borner, comme on le fait souvent, à montrer aux malades combien elles sont vaines et illogiques. Il faut voir les choses de plus haut et s'appliquant à rechercher les troubles initiaux du fonctionnement intellectuel s'efforcer de les faire disparaître. Il faut exercer le sens critique, développer la faculté d'attention, fortifier l'aptitude au travail intellectuel. Enfin et surtout il faut imposer de bonnes habitudes intellectuelles, forcer le malade à une vie régulière, laborieuse, logique, lui imposant sans brusquerie, mais avec fermeté des associations d'idées raisonnables et judicieuses. Et les cas seraient bien rares où l'on appliquerait cette gymnastique intellectuelle sans obtenir d'excellents résultats.

---

## Le mal de Pott

---

### Son traitement, par le Dr Cabot, de Berck

Nous faisons part récemment à nos lecteurs que le Dr Cabot allait donner une série de " leçons pratiques " sur les tuberculoses chirurgicales. Nous sommes heureux — grâce à l'obligeance d'un ami — de pouvoir offrir à nos lecteurs la primeur d'une de ces leçons si essentiellement pratiques. On reconnaîtra au style concis, la parole du maître français.

\*\*\*

#### I. — CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE (1). — CELA DEPEND DU CAS.

Rappelons les cas possibles : 10 Mal de Pott sans gibbosité, ni abcès, ni paralysie ; 20 gibbosité ; 30 abcès ; 40 fistule ; 50 paralysie.

##### 1er CAS : MAL DE POTT SANS GIBBOSITE

Il peut arriver, pour les enfants très surveillés, qu'on nous les amène avant l'apparition d'une gibbosité. — C'est assez rare.

---

(1) Il ne s'agit ici que du traitement local — car nous n'avons rien à apprendre aux praticiens sur le " traitement général anti-tuberculeux " indispensable pour tous ces malades, à savoir : bonne hygiène, suralimentation, traitement médicamenteux, et surtout vie au grand air : on doit les faire vivre à " la campagne ou à la mer " pendant " au moins 2 ans."

A. Indications thérapeutiques. — Favoriser la guérison du foyer tuberculeux et empêcher la gibbosité de se produire.

B.— Ce traitement comprend deux articles.

10 Le repos dans la position couchée ;

20 Un appareil plâtré.

10 Le repos. — On met le malade au repos dans la position couchée pendant " 1 an et demi à 2 ans."

20 L'appareil plâtré. — On l'appliquera dès le début, pendant la période de repos, et l'on conservera un corset après la mise sur pieds, pendant encore 2 ou 3 ans, au minimum (ce qui fait en tout de 4 à 5 ans). En un mot on ne le quittera qu'après la soudure vertébrale faite ; c'est ainsi que pour une fracture, on garde le plâtre jusqu'après la formation d'un cal solide. Nous verrons à quels signes on reconnaît que la soudure du rachis est faite.

Nécessité de l'appareil plâtré.— Personne ne discute sérieusement la nécessité du repos dans la position couchée ; mais il n'en va pas de même pour l'appareil plâtré.

Pourquoi pas le repos seulement, nous dirat-on ?

Pourquoi pas une gouttière Bonnet, ou bien encore un cadre avec ou sans extension ?

Pourquoi ?... Tout simplement parce que ces autres traitements sont trop souvent infidèles et insuffisants. Parce qu'ils donnent trop de mécomptes, en particulier chez les enfants.

Voici, sur le " repos simple ", le jugement de Lannelongue :

" On voit dans le mal de Pott la gibbosité se produire et augmenter malgré le décubitus horizontal. Je pourrais citer un nombre respectable de faits cliniques dans lesquels la gibbosité a continué de s'accroître malgré le décubitus assez rigoureux et de longue durée."

Passons à la " valeur " des " gouttières " : " J'ai vu à Berck-sur-Mer, dit un autre chirurgien, des gibbosités naître et se développer dans les gouttières." Et Lannelongue de même : " On retire souvent de la gouttière des enfants difformes."

Ces citations me dispensent d'apporter les observations personnelles de nombreux malades que j'ai pu voir, soignés ailleurs par ces moyens, et chez qui s'était produite une gibbosité plus ou moins volumineuse.

D'ailleurs, cela ne saurait étonner que ceux qui ont oublié que " tout mal de Pott est une fracture " (pathologique), de la colonne vertébrale avec une tendance très marquée au chevauchement des fragments (fracture déjà produite ou très imminente.

" Il faut conjurer le danger de déplacement des deux fragments."

Il est facile de comprendre que " le repos seul n'y suffit pas. On n'y pourra réussir d'une manière sûre que par un grand plâtre " qui maintiendra bien exactement les deux segments du rachis.

N'hésitez donc pas à appliquer immédiatement un corset plâtré.

L'hésitation est d'autant moins permise que ce " traitement par le plâtre " n'est pas seulement de beaucoup " le plus efficace " ; mais qu'il est encore, en y regardant bien, " le plus simple et le plus pratique pour tous : " parents, malades et médecins.

Les autres traitements : gouttières, cadres à extension, lits spéciaux, lits plâtrés, etc., corsets en coutil avec décubitus sur une planche, " malgré leur apparence de simplicité ", sont, tout compte fait, beaucoup plus compliqués, plus difficiles à appliquer et à surveiller, et bien moins agréables pour les enfants.

## 2e CAS : MAL DE POTT AVEC GIBBOSITE (de beaucoup le plus fréquent).

A.— Indications du traitement local.

10 Arrêter la gibbosité ; 20 La corriger si possible ; Cette correction est-elle logique ? — Oui.

On l'a contesté, on l'a nié violemment. Mais " nous avons aujourd'hui la preuve clinique et radiographique de cette légitimité."

Des séries de photographies cliniques démontrent que la " gibbosité dorsale s'est effacée en même temps que le rachis s'est soudé en avant."

Si la chose a été possible pour certaines gibbosités volumineuses, à plus forte raison le sera-t-elle pour les " gibbosités petites et moyennes, les seules que vous aurez à soigner dans votre clientèle (2).

Mais cette correction, même en cas de petite gibbosité, un " médecin non spécialiste peut-il et doit-il l'entreprendre ? Oui," au même titre qu'une correction de coxalgie ou de tumeur blanche du genou ; car un rachis peut être redressé aussi facilement sinon plus, qu'une hanche ou un genou, et redressé sans " l'ombre de danger." En effet, " tout se réduit à appliquer un grand plâtre " dans la position debout, " tendre et non suspendre " ; donc, pas de traumatisme), et à ouvrir ensuite dans ce plâtre une fenêtre dorsale, par où l'on fait " une pression directe sur les vertèbres saillantes," pression ouatée, donc inoffensive et douce, mais en même temps énergique et efficace.

Et puisque vous le pouvez, vous devez corriger, ne fût-ce que pour empêcher un mal plus grand — car " on est obligé de corriger, au moins un peu, pour être sûr d'arrêter " le développement de cette gibbosité amorcée.

B.— " Traitement à faire " dans ce 2e cas (le plus fréquent).

Nous venons de le dire. Un plâtre avec fenêtre dor-

(2) Mais ne perdez pas de temps ; gardez-vous de laisser grossir une petite gibbosité. A ce moment il n'y a guère encore qu'une moitié de corps vertébral rongée par la tuberculose. Plus tard, après une ou plusieurs années, lorsque 3, 4, 5 corps vertébraux auront été détruits, vous ne pourrez plus grand chose ; et le traitement sera alors du ressort des spécialistes qui eux-mêmes ne peuvent plus tout, hélas ! dans les cas de gibbosités anciennes et volumineuses.

sale permet d'obtenir non seulement la contention, mais encore la correction.

Si la "nécessité du corset plâtré" pouvait à la rigueur se discuter un instant pour le mal de Pott sans gibbosité, il "n'y a plus de discussion possible, en présence d'une gibbosité déjà constituée."

Avec tous les autres traitements, on ne réalise pas la pression immédiate sur les vertèbres déplacées, et il est bien évident que ce chevauchement, déjà amorcé, des deux segments rachidiens ne peut qu'augmenter, et augmentera peu ou beaucoup. Pas plus que les autres procédés, l'extension simple des pieds et de la tête n'échapperait à ce reproche; cette "extension" est trop "irrégulière," trop "difficile à faire", et surtout "trop indirecte" pour avoir une valeur pratique réelle. J'ai dit trop indirecte: en effet, lorsqu'il existe une gibbosité de la 10e vertèbre dorsale par exemple, maintenue par des adhérences scléreuses ou ostéofibreuses, une extension de quelques kilogrammes faite aux pieds ou à la tête aura peut-être pour effet de distendre les deux extrémités du rachis; mais elle ne fera certainement pas rentrer dans le rang la 10e vertèbre dorsale, qui continuera, au contraire, à s'énulcléer davantage par un mouvement autonome, dû à des conditions locales contre lesquelles ne peut rien cette extension trop éloignée et trop faible.

Au contraire, avec le grand plâtre fenêtré, qui permet une pression précise et directe sur les vertèbres déplacées, non seulement celles-ci ne pourront pas reculer davantage, mais, sous l'influence de cette poussée continue d'arrière en avant, elles rentreront dans le rang petit à petit.

La raison le dit et l'expérience l'a démontré. Pour s'en convaincre, l'on n'a qu'à regarder les exemples données ici de corrections obtenues par nous de cette manière.

Conclusion: De même que fracture signifie plâtre immédiat, "mal de Pott doit" désormais "signifier" pour vous "corset plâtré." Il serait même facile de soutenir que le plâtre est beaucoup plus indispensable, dans le cas de mal de Pott avec gibbosité, c'est-à-dire avec déjà un déplacement des fragments, que dans le cas d'une fracture traumatique ordinaire, où ce déplacement n'existe pas toujours.

### 3e CAS: MAL DE POTT AVEC ABCÈS

A. Axiome.— "Se garder par dessus tout d'ouvrir l'abcès ou de le laisser s'ouvrir"; car s'il est ouvert, il ne guérit presque jamais; il reste une fistule, qui s'infecte et se termine presque fatalement par la mort, un peu plus tôt, un peu plus tard.

Ici, pas de discussion sur le traitement qu'il convient de faire. L'accord est unanime.

Même au cas "d'abcès rétropharyngien", dans le mal de Pott sous-occipital, "il ne faut pas ouvrir," mais si les troubles fonctionnels sont graves et pressants,

"ponctionner" la collection par le cou, en piquant la peau sur le côté.

B. Ce qu'il convient de faire.

Voici en quelques mots la formule de ce traitement des abcès:

a) "Défense de toucher à l'abcès" s'il n'est pas facilement accessible et ne menace pas la peau.

b) "Permission d'y toucher" s'il est facilement accessible, lors même qu'il ne menace pas la peau.

c) Devoir urgent d'y toucher" lorsqu'il menace la peau, auquel cas il est toujours facilement accessible.

Y toucher, cela veut dire le traiter par des ponctions et des injections:

"Ponctions", avec une aiguille No 4 de Collin et notre petit aspirateur.

"Injections" de liquides modificateurs ordinaires: huile ou éther iodoformés, ou bien naphitol camphré dans la glycérine.

### 4e CAS.— MAL DE POTT AVEC FISTULE

La fistule provient de l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un abcès.

Deux cas se présentent bien distincts:

a) La Fistule n'est pas infectée;

b) Elle est infectée.

"Infectée" veut dire qu'au bacille tuberculeux se sont associés des micro-organismes septiques venus du dehors.

A quoi l'on reconnaît qu'une fistule est infectée ou ne l'est pas.— C'est là une distinction capitale pour le pronostic et pour le traitement.

Une fistule récente est généralement une fistule non infectée. Une fistule ancienne est généralement une fistule infectée.

Mais cela n'a rien d'absolu.

Il y a un signe plus certain de l'infection qui s'applique à toutes les fistules, quelle qu'en soit l'origine. "Fuite fistule qui s'accompagne de fièvre", ne fût-elle que de 37° à 38° tous les soirs, est infectée.

Avec une fièvre qui n'apparaît que de temps en temps elle est également infectée, mais à un degré moindre.

L'infection est sérieuse si le malade maigrit, si le teint devient terreux ou jaune paille, malgré son séjour dans un bon climat.

Des accès de fièvre hectique de 39° et 40°, qui se reproduisent tous les soirs avec une régularité désespérante et qu'on ne peut pas rapporter à une maladie intercurrente, sont la signature d'une "infection grave."

Si le malade a une dégénérescence viscérale, c'est-à-dire de l'albumine, ou un gros foie qui dépasse sensiblement le rebord des côtes, l'infection "est encore plus évidente et plus profonde."

Une fistule qui vient de se produire par l'ouverture spontanée d'un abcès "qui n'a jamais été traité", n'est pas infectée d'emblée. Elle peut rester un temps plus ou moins long sans s'infecter, si l'on fait des pansements d'une aseptie parfaite.

De même, quand il se produit une fistule après une ou plusieurs injections, uniquement " parce que l'aiguille était trop grosse ", ou parce que le " pus trop abondant " a forcé la peau au niveau de la piqure, cette fistule n'est pas encore infectée d'emblée — si l'ouverture ne s'est pas accompagnée de fièvre.

Mais si, pendant qu'on faisait les ponctions de l'abcès fermé, il est survenu une fièvre de 39° ou plus, ce qui est dû à une faute d'asepsie, et que cette fièvre dure, malgré l'évacuation du contenu poursuivie par ponctions non suivies d'injections, si cette fièvre persistante oblige à ouvrir la collection ou si l'ouverture se fait d'elle-même par ulcération de la peau, on est en présence d'une fistule infectée d'emblée.

Par contre, il est de vieilles fistules bien pansées et dans lesquelles on n'a pas encore " fourragé ", qui ne sont pas encore infectées.

Quel sera le traitement ? — Dans une fistule non infectée, c'est-à-dire sans jamais de fièvre, on fera les mêmes injections modificatrices que dans les abcès fermés (une injection quotidienne, pendant 10 jours).

Mais si la fistule est infectée (c'est-à-dire avec fièvre, même légère), les injections sont mauvaises — il faut alors s'en abstenir, s'en tenir à des pansements à plat et à un bon traitement général. Tout au plus peut-on tenter quelques débridements et drainages pour empêcher les rétentions du pus ; mais surtout " pas de grandes interventions ", à prétentions de cures radicales, qui ont vingt fois plus de chances d'aggraver l'infection et le " sort du malade ", que de l'améliorer.

Trop souvent, nous serons désarmés ; la fièvre persistera et conduira petit à petit, en quelques années, aux dégénérescences viscérales mortelles : albuminurie et foie amyloïde.

C'est pour cela que je vous crie à nouveau : " N'ouvrez pas, ne laissez pas s'ouvrir les maux de Pott. "

Il est cent fois plus facile d'éviter les fistules du mal de Pott que de les guérir.

Cependant je dois avouer que les fistules du cou se ferment moins rarement que les fistules des lombes ; c'est que, dans les premières, l'infection est moins fatale que dans les deuxièmes ; ce qui tient à la situation superficielle des os dans le 1er cas, et à leur situation profonde dans le 2e, d'où la facilité beaucoup plus grande d'un bon drainage dans les fistules cervicales.

#### 5e CAS.— MAL DE POTT AVEC PARALYSIE.

A. Indication : Dégager la moelle et modifier sa nutrition par une légère tension des deux extrémités du rachis et par une pression directe sur les vertèbres saillantes.

B. Le traitement à faire.— Ici, de même que pour les abcès, tout le monde est aujourd'hui d'accord pour condamner définitivement les opérations sanglantes. Ces opérations faisaient, presque toujours, beaucoup plus de mal que de bien, non pas seulement parce qu'elles avaient

une gravité réelle, mais encore et surtout parce qu'elles, aissaient une fistule. Or, la fistule, nous l'avons dit, est la complication la plus grave qui puisse survenir au cours d'un mal de Pott ; bien plus grave, sans contredit, que la paralysie qu'on voulait supprimer. Car la paralysie guérit spontanément en bon nombre de cas. Mais surtout, elle guérit par le seul traitement orthopédique.

Ce traitement consiste à appliquer un grand plâtre, identique à celui que nous avons recommandé pour les deux premiers cas.

Il amène, dix-neuf fois sur vingt, la guérison de la paralysie.

## De quelques emplois du collargol dans les maladies aiguës

### LEÇON CLINIQUE

PAR LE Dr. H. TRIBOULET, MEDECIN DE  
L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Messieurs. Déjà pourvu de sérums divers dont l'emploi répond à des indications variées dans le traitement des maladies aiguës (sérums spécifiques, diphtérie, tétanos), sérums frais activant la leucocytose ou combattant les tendances hémorrhagiques, le médecin — et le chirurgien aussi, d'ailleurs — peut encore, dans les cas douteux, hésitants, recourir à l'action stimulatrice de crise, soit de la saignée, soit de l'abcès de fixation.

Mais l'appétit thérapeutique vient en soignant, et, non contents de favoriser les réactions critiques, nos contemporains mettent tout leur effort à chercher la provocation de la crise de plus en plus précoce, et quelques-uns pensent avoir, dans ce sens, mis la main sur un médicament de valeur spécifique, dans un grand nombre de cas, — le " collargol ".

Depuis la communication sensationnelle de Netter, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, en 1902, on a tour à tour attribué au produit thérapeutique en question des miracles saisissants, et on l'a aussi accusé d'échecs retentissants, de véritables faillites. Aussi serais-je heureux, dans la mesure de mes moyens, de pouvoir contribuer ici à fixer les idées de beaucoup de nos confrères à son sujet, d'après ce que j'ai cru pouvoir tirer de ce que j'ai lu et de ce que j'ai vu.

Il n'est que juste de rappeler, dans leur ordre historique, les divers modes d'emploi du médicament, ce qui n'est pas sans intérêt dans l'étude physiologique des découvertes médicales, et, aussi bien, les différentes méthodes ont-elles leur application encore souvent très justifiée.

Le chirurgien allemand Crede se servit d'abord de la pommade, de formule aujourd'hui classique, à 10 p.c.,



pour panser des suppurations rebelles. En présence de quelques résultats encourageants, il songea à utiliser cette pommade en frictions destinées à réaliser une absorption argyrique, valable, peut-être, contre les septico-pyolémies. Il ne s'était pas trompé, et nous rappellerons, tout à l'heure, quelques-unes des cures merveilleuses ainsi obtenues.

Peu à peu on se rendit compte que la friction argyrique, inspirée par la comparaison avec la friction mercurielle, n'était pas la seule façon de faire absorber l'argent colloïdal ; on proposa des potions, des lavements, puis des injections, sous-cutanées, intra-veineuses, ou intra-musculaires. Il y a lieu de nous arrêter un instant sur ces détails.

#### MODES D'EMPLOI

Je n'insisterai pas sur les potions au collargol. Elles peuvent, toutefois être ainsi formulées :

Eau distillée bouillie ... .. 50 grammes.

Argent colloïdal (Collargol) 1 —

une cuillerée à soupe matin et soir, soit 0,60 centigrammes pour la journée.

La même formule peut être proposée pour un lavement, à conserver (0,50 centigr.). (Se rappeler que toutes ces solutions sont jaune-brunâtre foncé).

Ces doses, applicables à l'adulte, seront réduites " de moitié " pour les enfants.

#### METHODE DES FRICTIONS

Nous connaissons tous cette pommade noire, analogue à un cirage, et qui se formule ainsi à 15 p.c. ou à 7,5 p.c. :

Axonge, vaseline ou lanoline (1) 20 grammes.

Collargol..... 3 —

ou bien seulement :

Excipient... 40 —

Collargol... 3 —

et il est recommandé, d'après Crede et Netter, d'employer de la première, environ 1 gramme pour un enfant, 2 grammes pour un adolescent, 3 grammes pour un adulte, pour chaque friction.

Que la dose soit un peu moindre ou un peu plus forte, ce qui importe ici surtout, c'est le mode d'application.

La friction se fera, non en simple friction mercurielle, mais je dirai en friction chirurgicale, voulant bien indiquer par là qu'il faut brosser la peau avec cette vigueur soutenue et continue qui ne va pas jusqu'à l'excoriation, mais qui amène pourtant, sous la brosse mouillée, le piqueté hémorrhagique des champs cutanés opératoires. Sur cette surface prête à l'absorption, la pommade est appliquée, appuyée plutôt comme un mastic, pendant au moins dix minutes. Faite ainsi, la friction peut donner de beaux résultats ; si l'on néglige ces indications, on peut n'en rien obtenir du tout ; ne l'oublions pas.

(1) Crede se sert d'axonge.

#### METHODE DES INJECTIONS

Celles-ci seront hypodermiques, intra-musculaires ou intra-veineuses.

Je n'ai pas à insister sur la technique qui est connue de tout le monde. Qu'on se serve de solutions préparées extemporanément, ou, mieux, d'ampoules, comme celles préparées par la maison Clin, ampoules dont le contenu est de 5 centigrammes d'électrargol, on s'arrangera pour charger la seringue stérilisée (bouillie au préalable) d'une dose de solution de 2 à 5 centigrammes.

Au début, on a recommandé de commencer toujours par une faible dose (2 centigr.), mais, " sauf chez l'enfant ", on peut toujours, chez l'adulte, commencer par 5 centigrammes (1).

Enfants :

1re injection ... .. 2 centigr.

2e — (le lendemain ou

deux jours plus tard. 5 —

Adolescents et adultes :

1re injection ..... 5 —

1e — (24 ou 48 h. plus

tard). ..... 10 —

Voilà des formules qui peuvent vous donner toute sécurité sinon contre les accidents (il n'y en a pas), du moins contre les responsabilités, et qui peuvent, dans le plus grand nombre des cas, garantir le succès.

" L'injection sous-cutanée " est, dit-on, aussi efficace que les autres, je ne le crois pas, d'après mon expérience personnelle, et je recommande chaque fois qu'il est possible l'injection intra-veineuse au pli du coude, ou ailleurs, là où il y a une veine bien apparente.

Vous poussez l'aiguille obliquement, en empêchant la veine de fuir, et dès qu'apparaît la gouttelette rouge révélatrice, vous armez l'aiguille de la seringue chargée de la solution de collargol et vous injectez doucement.

Contre-indications locales. — J'ai rencontré une seule fois la suivante : chez une grande fillette, nous n'avons pu, ni les uns, ni les autres, trouver une veine injectable.

En dehors de cela, ni contre-indications, ni accidents possibles. Si vous manquez une première veine, vous en choisissez une autre ; le pis qui puisse arriver c'est que vous ayez un petit hémato-argyrome sous-cutané.

Si la difficulté est si grande, recourez à l'injection intra-musculaire, que vous ferez comme une injection mercurielle, dans les muscles fessiers, ou dans la masse sacro-lombaire.

Les mêmes doses de 5 à 10 centigrammes vous serviront ici encore. Une seule chose à signaler : ou bien pas de réaction apparente, ou bien une petite réaction fébrile ; ou bien — et de cela il faut être averti — quel-

(1) Se rappeler que le produit est soluble dans l'eau à 1-25e. On peut alors prescrire :

Eau distillée bouillie ..... 5 centim. cubes

Collargol ..... 5 centigr.

dont on prendra telle proportion désirée.

ques minutes ou une heure, rarement plus tard, après l'injection, un grand frisson thermique, prélude de la réaction leucocytaire, et suivi quelques heures plus tard d'une défervescence brusque (voy. Obs. II).

En résumé, la technique est simple et si, comme il est présumable, les ampoules d'électrargol deviennent d'usage courant, tout le monde pourra recourir à la médication argyrique des plus aisément. Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, qu'on se trouvât désarmé pour n'avoir pas de ces ampoules ; les solutions de collargol préparées "séance tenante" peuvent rendre les plus grands services. Si un pharmacien peut vous procurer une solution d'argent à petits grains, que vous utiliserez "sans délai", vous pourrez obtenir, comme je l'ai vu personnellement maintes fois, de beaux succès. Mais ces préparations ont le grave défaut d'être éminemment "instables" : aussi, très efficaces, à un moment, elles peuvent, en un autre, ne se comporter plus que comme de l'eau stérilisée trouble, sans efficacité.— D'où, répéterai-je, la nécessité de recourir aux solutions stables d'électrargol.

#### APPLICATIONS

Connaissant le produit, et ses modes d'emploi, il nous reste maintenant à l'appliquer à bon escient à nos faits cliniques, et nous allons voir que la chirurgie, l'obstétrique et la médecine sont toutes justifiables de la nouvelle thérapeutique.

En chirurgie, Crede, je l'ai dit, avait appliqué le collargol au traitement de diverses suppurations, et je ne saurais trop, pour ma part, conseiller les solutions pour lavages de plaies anfractueuses, et notamment de certaines pleurésies purulentes.

En chirurgie, comme en obstétrique, comme en médecine, on applique les frictions et les injections au traitement des lymphangites, érysipèles, septico-pyohémies, fièvres puerpérales, bronchites putrides, rhumatismes articulaires graves, endocardite infectieuse, voire même au traitement du charbon, des scarlatines graves et des méningites cérébro-spinales.

"Non seulement, disait Netter, dès 1902, on peut s'attaquer "aux suppurations", mais aussi "aux affections spécifiques", avec succès."

Et en présence de l'abaissement thermique qui a pu se faire, en lysis rapide, ou même brusquement, instantanément, "définitivement" ; en présence surtout des transformations "stupéfiantes", du bien-être soudain ressenti et constaté par les malades, on a pu parler de "résurrections", de "miracles."

Ces coups de médecins ont abandonné la méthode, l'ont rejetée, ont voulu la discréditer. Eh bien, il faut déclarer que l'argent colloïdal

..... n'a mérité

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité !

qu'il est, comme tant d'autres choses, doué de propriétés et de qualités qui demandent à être utilisées à leur juste valeur, et voilà le chapitre de ce sujet sur lequel on n'insistera jamais trop, celui des indications thérapeutiques.

#### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les faits thérapeutiques, vrais alors (en 1902), sont encore vrais aujourd'hui. Le produit, bon alors, est certainement meilleur encore aujourd'hui ; le mode d'emploi (la friction), bon alors, et utilisable d'ailleurs toujours, fait place à une méthode meilleure, plus sûre, plus puissante : celle des injections (de 2 à 20 centigrammes), surtout recommandables aujourd'hui, et, alors comme aujourd'hui, on aura de magnifiques succès, comme on aura des échecs relatifs ou absolus, suivant qu'on saura s'adresser, avec le discernement voulu, aux cas "qui peuvent répondre" au traitement argyrique, et en évitant, si possible, les cas qui peuvent discréditer la méthode.

C'est n'est pas le produit (convenablement préparé) qui a tort, ce ne sont pas non plus les malades, hélas ! c'est nous, nous seuls, cliniciens insuffisamment avertis.

Le collargol, comme le bain, comme la saignée, comme l'abcès de fixation, peut préparer, activer une crise leucocytaire ; il le peut plus puissamment qu'aucun des autres moyens, parce qu'il intervient : contre le microbe, par action empêchante de son développement ; pour l'organisme, par action favorisant de la leucocytose ; mais, si on facilite une crise, si on la provoque, dans une certaine mesure, "on ne la crée pas."

Vouloir créer ainsi, voilà l'origine des illusions qui conduisent aux prompts désenchantements. Dans des communications dont je n'ai pu lire les textes, certains auteurs ont signalé, paraît-il, des faits surprenants de pneumonies écourtées, avortées même. En attendant confirmation de ces données, voilà, je crois, comment on peut interpréter avec prudence en clinique générale.

Dans toutes les maladies infectieuses de haute spécificité, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc., tout se passe comme s'il y avait deux périodes, et souvent elles sont bien distinctes.

a) Il y a la période d'évolution spécifique, de maladie générale, avec ou sans localisation de parenchyme (infectin dans la fièvre typhoïde), et pour nous, cliniciens, j'appellerai cette première période de spécificité la phase initiale, "non thérapeutique", la phase des précautions hygiéniques (ainsi en va-t-il bien, notamment, dans la fièvre typhoïde). Tout peut, d'ailleurs, en rester là, et l'effort curateur organique suffit à la destruction du microbe et à l'élimination des toxines. (Obs. I.).

b) A cette première phase peut succéder une deuxième période dans laquelle, infecté, intoxiqué, plus ou moins profondément, l'organisme va laisser revivre le germe spécifique (suppurations métapneumoniques, ou suppurations typhiques, etc.), ou va céder le terrain aux microbes d'infections secondaires (staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles, etc.).

Alors, dans cette deuxième période, peut, doit intervenir la thérapeutique de secours ; alors, le collargol est indiqué ; alors, il peut réaliser le miracle, et faire passer le malade d'un grave état d'infection à la guérison, rapide, soudaine, immédiate, définitive. On n'a pas "jugulé

une maladie", vaine et inutile jactance ; mais on a "guéri" des malades, ce qui vaut autant.

Ceci, messieurs, ce n'est pas de la "Théorie", c'est le guide indispensable de la "Pratique." Appliquez ce raisonnement à tous les faits de notre observation clinique, et je puis vous dire qu'il vous sauvera toujours dans vos interventions.

Contre la septicémie puerpérale sans localisation, la lutte est disproportionnée, et trop souvent vous n'obtiendrez rien ;

Contre la septico-pyohémie avec soupçon de phlébite, alors que le tableau clinique apparent reste aussi terrible, vous pouvez aider l'effort naturel, vous pouvez déjà quelque chose, souvent, et parfois, tout.

J'en dirai autant de la scarlatine, du rhumatisme, etc., et je résumerai ces réflexions en insistant de toutes mes forces sur l'indication "sine quâ non" : pour que nous puissions agir, il faut que "l'affection nous donne prise."

### EXEMPLES CLINIQUES

Parmi les innombrables faits d'observation en faveur de la médication par le collargol, je retiendrai les suivants, de notre pratique courante.

OBS. I.— Voici un court schéma de défervescence normale de fièvre typhoïde, en lysis, du 18e au 21e jour.

"Effort spontané de l'organisme, guérison sans thérapeutique."

Or, la défervescence d'un bon nombre de dothiéntériques est loin d'être de cette simplicité. Au moment de la cédente présumée, la température peut se mettre à osciller de façon bizarre, et toujours préoccupante, parce qu'alors, pour nous, l'inconnu commence.

Nous voici au "stade amphibole", et que va-t-il advenir ?

D'abord, c'est une rechute toujours possible, et (peut-être) resterons-nous aussi impuissants, la seconde fois que la première, contre le bacille d'Eberth.

Où bien, c'est l'apparition d'un furoncle, d'un abcès sous-cutané, d'une otite, et après hésitation, après ce phénomène critique, température et pouls rentrent dans l'ordre ; puis c'est la crise urinaire et la convalescence.

Mais la fièvre peut se prolonger, sans rien d'apparent qui la justifie, et la clinique nous a appris à prévoir, dans de telles conditions, les pires complications : broncho-pneumonies graves, pleurésies séreuses ou purulentes, endocardites, néphrites, etc.

OBS. II.— Après une première phase de fièvre typhoïde, sans défervescence vraie, après une rechute, une malade de vingt-cinq ans nous fait une hémorragie intestinale grave, de l'hématurie, puis des oscillations thermiques indéfinies et indéfinissables, le pouls monte à 140, à 160. En vain a-t-on cessé, repris et cessé les bains ; en vain, donne-t-on les antithermiques et les toniques cardiaques (huile camphrée, spartéine, etc.), la malade est à la fin de sa résistance. On injecte dans la veine, timidement, et sans espoir, 5 centigr. d'une solution de col-

largol, préparée séance tenante à l'hôpital ; la température de 39 degrés monte à 41 degrés, pour tomber le lendemain à 35°,5. Le pouls s'améliore dans les vingt-quatre heures, et la malade qui allait mourir est sauvée.

Miracle—oui et non—miracle, par opposition du lendemain à la veille, mais il s'agissait en réalité de mettre en jeu une leucocytose possible, d'aider la nature hésitante. Et alors se montra la réaction leucocytaire à qui nous dûmes de petites alertes, sous forme de "phénomènes critiques" intempestifs : otite suppurée, et abcès de fixation spontanés, au niveau de certaines piqûres anciennes ; mais, malgré quelques oscillations thermiques, la malade guérit.

OBS. III. — Je ne détaillerai pas cette observation, calquée sur la précédente, mais j'en relaterai deux incidents qui mettent davantage encore en relief la valeur de la médication générale et locale au collargol.

Comme réaction générale, le collargol en injection intra-musculaire de 20 centigr. réalisa une crise leucocytaire puissante et triompha d'un laryngo-typhus, d'une otite suppurée, d'une broncho-pneumonie double, avec vaste pleurésie purulente de près de deux litres. Comme réaction locale, l'électrargol guérit la pleurésie purulente, après opération d'empyème, simple, sans résection costale, et ceci vaut bien de fixer l'attention en terminant. Injection de collargol (20 centigr.) dans la cavité pleurale, défervescence progressive, lente, mais réelle : arrêt du collargol, reprise de la fièvre ; reprise du collargol, à 0,20 centigr., de nouveau succès lent ; reprise du collargol, 0,30 centigr., défervescence rapide, et guérison, avec fermeture complète de l'abcès pleural. !

Messieurs, je n'insisterai pas davantage. Il y aura lieu de revenir en diverses leçons sur les faits thérapeutiques afférents aux pneumonies graves, aux phlébites, aux endocardites du rhumatisme, ou infectieuses, aux arthrites, etc.

Je suis, pour ma part, résolu à appliquer cette méthode thérapeutique puissante pour tout ce qui me paraîtra de son ressort, et je vous engage, messieurs, à agir de même. Mais, de grâce, pas de traitement au hasard, pas de mérication à bâtons rompus, fol espoir aujourd'hui, découragement demain. A l'impossible nul n'est tenu, pas même le collargol. Je ne refuse pas le miracle, je l'attends ; mais, en attendant, nous nous efforcerons de surveiller l'heure favorable de la réaction leucocytaire, nous contenter, en bons disciples d'Hippocrate "d'aider la nature". Heureux si, dans la limite de mes moyens, j'ai pu, messieurs, vous intéresser assez à cette médication nouvelle pour vous permettre d'en faire bénéficier quelques-uns de vos malades, votre bon renom de thérapeutes, et celui de la médecine "qui n'a pas, déclare toujours Joseph Prudhomme, encore fait les progrès de la chirurgie."



## Sociétés Médicales

### Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 3 NOVEMBRE 1908

*Présidence du Dr. Lesage*

Dr. Lebel, assistant au service médical de l'Hôtel-Dieu, présente une très intéressante pièce d'autopsie : c'est un cerveau affecté d'une tumeur à cheval sur la protubérance. La malade entrée dans le service en état de demi coma, en parésie générale, mourut subitement le soir même de son arrivée. Le Dr. Lasalle, qui le premier avait vu la malade à son dispensaire, où elle lui avait été amenée pour des troubles visuels, rapportera l'observation détaillée plus tard. Le Dr. Lebel fait remarquer que la tumeur, qui a environ 6 centimètres de long par 4 de large, est à cheval sur la protubérance et qu'elle semble avoir originé des méninges avec lesquelles elle se confond intimement. Elle avait aussi contracté des adhérences avec le crâne et la substance cérébrale.

Le Dr Saint-Jacques dit qu'il convient d'attendre le rapport du pathologiste avant de se prononcer sur la nature même de la tumeur : probablement s'agit nous en présence d'un endothéliome. Il relève le fait de la mort subite, ce qui n'est pas rare dans les cas de tumeur cérébrale. Quant aux troubles de cécité accompagnant les tumeurs cérébrales, il rappelle l'axiome posée par Sir Victor Hoarsley que lors de tumeur cérébrale en évolution évidente, le grand danger pour le malade est la cécité par dégénérescence du nerf optique, cécité rapide à se manifester, et que pour la prévenir il faut trépaner et trépaner hâtivement. Même si l'on n'a pu localiser le foyer de la tumeur, la trépanation hâtive, qui ne sera évidemment ici que palliative et parfois exploratoire, aura comme résultat de prévenir la cécité et généralement mettre fin à la céphalée et aux vomissements. En cas de céphalée intense et fixe, accompagnée de vomissements incontrôlables, avec anorexie pensons à une tumeur cérébrale et faisons immédiatement faire un examen du fond de l'œil : l'œdème papillaire et les lésions commençantes du nerf optique pourront nous renseigner peut-être sur l'hémisphère où loge la tumeur.

Dr Benoit rappelle une malade de son service de également une fin subite. La mort, dans ces cas, serait due à l'inhibition, amenée par l'œdème ventriculaire.

Notre-Dame, portant une tumeur cérébrale, et qui eut

Dr Marien accepte la probabilité endothéliomateuse de la tumeur. Il rappelle les progrès de la chirurgie cérébrale et se déclare interventionniste lorsqu'on a pu faire une localisation et que l'évolution clinique laisse entrevoir un espoir de guérison ou de soulagement pour le malade comme résultat opératoire.

Dr Elie Asselin, d'après l'évolution clinique, de la maladie et se basant sur l'expérimentation physiologique, ne croit pas que la tumeur ait originé de la substance cérébrale protubérantielle. Il eut été impossible à la tumeur d'atteindre à son développement actuel sans avoir amené une mort bien plus hâtive par lésion de quelqu'un des centres vitaux de cette région.

\* \* \*

Dr St-Jacques présente une pièce de grossesse extra-utérine enlevée le jour même. (Dix jours plus tard : la malade continue une convalescence sans incidents). C'est à une seconde rupture que la malade fut amenée à l'hôpital. Vu les lésions annexielles préexistantes, il fut trouvé bon de faire l'hystérectomie totale. La pièce présentée se compose de l'utérus flanqué de l'annexe gauche et du droit, la trompe duquel est rouge-violacée distendue, avec un pavillon entr'ouvert, dans lequel on trouve des caillots et un embryon résiduel. Cette pièce fera le sujet d'une communication ultérieure.

\* \* \*

Le nouveau projet de refonte des lois du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province est rappelé à la société, et le comité chargé de l'étudier est invité à faire rapport sous bref délai.

\* \* \*

Congrès Antituberculeux de Washington. Le Dr St-Jacques fait part à ses collègues du travail d'ensemble du Congrès et des impressions et conclusions qui s'en dégagent. (Voir numéro précédent.)

Le Dr St-Jacques fit suivre cette communication d'une série de projections lumineuses, rappelant le Congrès, les chefs du mouvement antituberculeux, et les principaux édifices de Washington.

Et la séance fut ajournée.

# PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

## Ulcère simple de la vessie. — Hématuries dans les néphrites

(Clinique du professeur Albarran)

Un malade du service a eu une hématurie il y a un an environ, hématurie qui ne se reproduit qu'une fois dans ces temps derniers, avant son entrée à l'hôpital, mais cette fois, accompagnée d'une douleur vive et de rétention. A son entrée on dut le sonder, et on enleva une grande quantité de caillots. Un second cathétérisme fut nécessaire un peu plus tard, la vessie étant de nouveau distendue, et amena encore une plus grande quantité de sang. Une sonde à demeure laissée dans la vessie donna encore issue à du sang. L'état général devenant plus grave, et un néoplasme étant probable, M. Albarran pratiqua la taille, mais ne trouva pas de tumeur ; il y avait seulement sur le bas-fond une surface dépolie, irrégulière, sur laquelle perlait un peu de sang, et dans le voisinage trois ou quatre autres petites ulcérations arrondies. En somme, il y avait une grande exulcération, puis cinq à six autres points ulcérés. M. Albarran enleva l'ulcération principale et cautérisa les autres. Malgré la gravité de cet état, les suites furent favorables, et l'hémorragie cessa.

Dans une autre circonstance, M. Albarran avait assisté M. Guyon pour opérer un malade ayant toutes les apparences d'une ulcération néoplasique.

On ne trouva qu'une petite ulcération d'où sortait le sang. Après une simple cautérisation la vessie fut refermée et le malade guérit. Ce fait n'a pas été publié mais on en a signalé un certain nombre d'analogues. On a cité des femmes présentant des hématuries abondantes avec de simples fissures dont une cautérisation a amené la guérison.

Il y a, également, des cas dans lesquels on ne trouve rien car la lésion est parfois si petite qu'elle peut échapper, et on se demande comment des lésions en apparence si légères peuvent donner lieu à des hémorragies si abondantes. L'examen de la plaque extirpée ne montre rien de bien spécial, mais il faut tenir compte de ce fait que, à l'ouverture des vessies atteintes de cystite, on voit parfois des muqueuses presque saines saigner abondamment.

Pour bien comprendre ce processus, le mieux est de comparer les ulcérations superficielles à "l'exulcération simple" de l'estomac, qui y ressemble beaucoup. Dans les deux cas, la lésion n'a pas de siège de prédilection, le début des accidents est brusque et soudain, l'hémorragie très abondante ; et, au point de vue histologique, les lésions sont à peu près les mêmes.

Les causes de l'ulcère gastrique peuvent être variables ; il peut être dû au contact direct du sublimé, du phosphore. Dans d'autres cas, il y a auto-intoxication comme dans les ulcérations duodénales, qui se produisent chez les brûlés ; certaines maladies infectieuses sont suivies de ces ulcérations ; enfin, dans beaucoup de cas, l'alcool joue un rôle étiologique important. Or, la plupart de ces causes peuvent intervenir pour produire l'ulcère de la vessie ; et comme pour l'estomac, c'est l'hémorragie qui en est la manifestation principale, hémorragie qui peut ne se produire qu'à de très longs intervalles.

Ces ulcérations sont ordinairement discrètes, ou disposées par petits groupes. Parfois, il n'y en a qu'une seule, ainsi que cela se produit pour l'estomac ; et quelquefois même, ce qui complète encore la ressemblance, l'ulcère amène une perforation suivie d'une péritonite mortelle : il y a de cette terminaison un certain nombre d'exemples.

M. Albarran a cité encore quelques observations personnelles très démonstratives. L'une concerne une jeune femme de 26 ans, atteinte d'une cystite légère avec des hématuries abondantes, ayant fait penser à une tumeur maligne. Il y avait chez elle une ulcération qui fut opérée et la guérison persiste maintenant depuis cinq ans.

Un homme de 54 ans, était atteint d'hématuries se produisant spontanément et s'étant répétées un bon nombre de fois. La cystoscopie montra une ulcération arrondie, sans cystite, qui fut extirpée aussi avec succès.

Une femme de 45 ans avait de la cystite avec des douleurs vives et des hématuries. L'ulcération fut enlevée et la guérison fut complète.

Ces faits ne sont donc pas très rares, et il faut les connaître. Mais à côté de ces cas d'allure très nette, il y en a qui sont dominés par la tuberculose : on voit alors de petites ulcérations disséminées, avec une cystite plus ou moins prononcée et qui peut atteindre l'intensité de la véritable cystite tuberculeuse.

D'autre part, dans certaines maladies du système nerveux, comme la syringomyélie, il peut se produire des ulcérations trophiques comparables au mal perforant du tabes et qui peuvent déterminer des hématuries.

La pathogénie de ces ulcérations est donc, en somme, très variable, puisqu'elle peut dépendre d'une intoxication générale ou locale, d'une infection, de troubles nerveux, etc. Et ces causes peuvent agir d'autant plus facilement que la muqueuse est souvent très amincie par la distension. Il est évident que la raison qui détermine la localisation de ces lésions soit à la vessie, soit à d'autres organes est difficile à déterminer. Il est vraisemblable qu'en pareil cas, le tissu atteint est déjà altéré par une cause accessoire. Mais, ce qu'il faut bien retenir au

point de vue pratique, c'est qu'à côté des cystites pouvant amener des ulcérations secondaires banales et sans caractère bien spécial, il y en a dans lesquelles l'ulcération prend une autonomie clinique particulière, se manifestant par des hématuries spontanées, brusques, accompagnées parfois de douleurs qui ne paraissent pas dues à l'inflammation de la muqueuse. Dans les cas de ce genre, il faut une cystoscopie très minutieuse, car la lésion est souvent infime. Une opération est alors le plus souvent nécessaire, mais le traitement interne peut aussi avoir son utilité, car il y a souvent, en même temps, intoxication ou infection.

—Le diagnostic de la cause des hématuries présente d'ailleurs souvent de grandes difficultés, cette cause pouvant être extrêmement variable. Les faits suivants en sont des exemples.

Un homme de 55 ans, qui a commencé à souffrir il y a 6 ans de douleurs attribuées à un lumbago, a été pris il y a 6 mois, sans cause apparente, d'une hématurie abondante, sans douleur, qui cessa la nuit, mais fut suivie cinq jours après d'une véritable colique néphrétique qui ne céda qu'à la morphine. Puis un peu plus tard, survinrent de nouvelles crises de coliques, suivies également d'hématuries lesquelles cependant manquaient quelquefois et étaient remplacées par de la polyurie.

Les crises de douleurs et les crises d'hématuries survenaient parfois après la marche ou la fatigue, mais parfois aussi la nuit sans raison apparente. C'est en raison de la fréquence et de la continuité des crises que ce malade a dû rentrer à l'hôpital.

A son entrée, on constata dans les urines des caillots moulés indiquant l'origine rénale du sang. Le rein droit était un peu sensible ; les urines étaient normales ; la radioscopie restait négative, mais le cathétérisme urétéral montrait que le rein droit fonctionnait moitié moins que l'autre.

Une première conclusion découlait de ces constatations : c'est que l'hématurie était d'origine rénale, comme l'indiquaient les douleurs, la forme des caillots, etc. Quant à la cause des hématuries de cette forme, on peut la rattacher à trois grandes lésions qui sont le cancer, la tuberculose et la lithiase. Les deux premières causes, en raison de la forme des accidents, pouvaient être éliminées immédiatement, mais pour la lithiase, la question était plus difficile.

Les hématuries, dans la lithiase, peuvent se présenter d'une façon très différente. Le plus habituellement, l'hématurie suit l'expulsion du calcul, et succède à la douleur. Mais, le calcul peut ne pas être expulsé et l'hémorragie se produire néanmoins sous l'influence de la fatigue et de la marche. Certains calculs n'amènent jamais d'hémorragie, quoiqu'ils soient libres dans le bassinet. Chez certains malades, au contraire, il y a des hématuries pour le moindre mouvement, et c'est ainsi qu'Hartman a pu observer un malade qui, immobilisé dans un appareil plâtré pour une opération chirurgicale,

eut néanmoins des hématuries qui durèrent plusieurs jours.

Enfin, certains malades, au lieu de gros calculs, n'ont que quelques cristaux d'oxalates, ou des poussières oxaliques ou uriques qui sont expulsées avec du sang.

Il peut donc y avoir des hématuries rénales lithiasiques sans calculs véritables, ou sans calculs mobiles mais avec des incrustations ou du sable rénal. Aussi, en voyant des faits de ce genre, on peut se demander si l'action mécanique et traumatique du calcul est si importante qu'on l'admet dans la genèse de l'hématurie, et cela surtout si l'on considère qu'il n'y a pas de rein calculeux qui soit absolument sain. Toutes les fois qu'il y a un calcul, il y a des lésions de néphrite plus ou moins diffuse.

Or, ces lésions de néphrite sont très susceptibles de déterminer des hématuries, et il faut admettre qu'à côté des hématuries calculeuses il y a des hématuries d'origine néphrétique. Dans le mal de Bright, d'ailleurs, il y a parfois des hémorragies, et chez quelques malades, c'est un premier phénomène qui se renouvellera plus tard.

Mais, il y a aussi des hémorragies survenant dans des néphrites méconnues, s'accompagnant de douleurs légères et qui n'attirent guère l'attention, et on peut se demander comment les lésions de néphrite aussi légères peuvent amener des hématuries parfois considérables. Mais c'est là un fait qui se produit pour la plupart des affections rénales. Des lésions tuberculeuses, très peu avancées, de très petits néoplasmes, peuvent provoquer de ces grandes hémorragies, et on doit admettre qu'il y a dans ces cas quelque chose de plus que l'action mécanique de la lésion.

Si ces lésions très légères et de forme très différente peuvent s'accompagner d'une congestion considérable. Cet peut amener des hématuries abondantes, c'est qu'elles élément congestif, auquel M. Guyon et M. Albarran ont fait jouer un rôle si considérable dans les rétentions, n'est pas moins important ici, il est pour beaucoup dans ces hématuries. Il suffit d'une très petite lésion rénale pour amener une congestion hémorragique.

En résumé, l'hématurie alors même qu'il existe de la lithiase, peut être sous la dépendance de la néphrite plus que sous celle de l'action mécanique du calcul, et dans certains cas même, des hématuries attribuées à la lithiase dépendent simplement de néphrites méconnues plus ou moins diffuses.

## Les métrorrhagies des vieilles femmes. — Que penser et que faire ?

### I

La ménopause est essentiellement caractérisée par la suppression de l'hémorragie périodique que présentent les femmes pendant toute la période de la vie génitale.

Elle survient quelquefois brusquement, le flux mens-

truel cessant de paraître à l'époque habituelle, et ne se montrant plus désormais.

Le plus souvent, elle est précédée d'irrégularités, d'interruptions, plus ou moins prolongées de l'écoulement sanguin, qui coïncident avec divers désordres du côté de l'appareil circulatoire et du système nerveux : bouffées de chaleur, poussées congestives à la face, sueurs profuses, sensations d'étouffement, battements de cœur, etc. Ces troubles diminuent peu à peu ; les pertes de sang s'espacent davantage, elles cessent, et l'appareil génital reste dans le calme le plus complet.

Cet apaisement se fait sentir même sur certains états pathologiques dont l'utérus peut être le siège. Les accidents occasionnés par des métrites, des tumeurs fibreuses, d'anciennes annexites, s'atténuent très notablement, et les incommodités résultant de ces diverses affections deviennent de plus en plus supportables, ou finissent même par disparaître.

Ces changements coïncident d'ailleurs avec des modifications anatomiques, qui aboutissent à une atrophie assez marquée de l'utérus et des ovaires.

Aussi à mesure que la femme s'éloigne de la ménopause, cette accalmie ne fait que s'accroître, et l'on doit tenir pour suspect tout symptôme, douleur ou écoulement sanguin qui semble témoigner d'une activité insolite de l'utérus.

Les pertes de sang méritent à ce point de vue une attention toute particulière.

## II

Certes, les fonctions menstruelles ne se suppriment pas toujours d'emblée définitivement ; il n'est pas rare pendant des mois, parfois même, pendant les premières années qui suivent la ménopause, de voir survenir un écoulement de sang qui aura la durée habituelle du flux périodique, puis reparaitra plusieurs mois plus tard. Parfois on observera une hémorragie abondante qui ne durera que quelques heures.

Ces incidents ont d'autant moins d'importance qu'on les observe à des époques plus rapprochées de la ménopause.

Il s'agit là sans doute d'ovulations tardives, en quelque sorte aberrantes, qui se produisent capricieusement à de longs intervalles, et ne laissent aucune trace.

Ces phénomènes, assez exceptionnels dans les conditions normales, sont plus fréquents lorsqu'il existe quelque altération de l'utérus ou des annexes.

Les femmes qui ont des corps fibreux, ou une annexite ancienne sont assez sujettes à ces hémorragies passagères.

On les observe également chez des ptosées et particulièrement lorsqu'il existe un prolapsus utérin très prononcé ; elles ont tantôt un caractère franchement périodique (1), tantôt des allures irrégulières, capricieuses, mais elles restent dépourvues de gravité.

Des hémorragies analogues, affectant le plus habituellement le type continu, sont en rapport avec certaines variétés de métrite sénile qui s'accompagnent d'une sorte de ramollissement de la muqueuse utérine, ou de petits polypes.

Elles cèdent rapidement à un traitement approprié, curetage ou même cautérisations intra-utérines.

Ce sont des cas de ce genre qui ont contribué d'une manière excessive à la réhabilitation des métrorrhagies consécutives à la ménopause.

Tous les gynécologues ont rencontré de ces observations rassurantes. Dalché, dans une intéressante leçon, publiée récemment, a présenté encore un exemple remarquable de ces métrorrhagies bénignes des vieilles femmes.

Mais ces faits sont loin d'être la règle, et ils ne doivent pas faire oublier le " caractère éminemment suspect " de la plupart des métrorrhagies qui surviennent chez des femmes âgées, surtout à une époque éloignée de la ménopause, et qui sont souvent le " premier symptôme " d'une " tumeur maligne, épithélioma " ou " sarcome du corps utérin."

Les hémorragies qui surviennent après la ménopause ne doivent jamais être tenues pour négligeables.

Quand elles sont manifestement en rapport avec une lésion évidente, de nature bénigne, métrite polypeuse, villeuse, ou fongueuse, il est permis de ne pas s'en inquiéter, et de les combattre par un traitement rationnel ; repos au lit, injections très chaudes prolongées et répétées, instillations de chlorure de zinc, curetage, etc.

Mais si elles sont rebelles au traitement, on ne se laissera pas leurrer par les apparences, et on n'oubliera pas qu'une lésion bénigne telle qu'un petit polype, un prolapsus, des myomes, etc., n'est nullement incompatible avec le développement, dans la profondeur de l'utérus, d'une tumeur maligne.

A plus forte raison, doit-on se méfier de toutes les pertes de sang qui, chez des femmes âgées, surviennent sans cause appréciable ; qu'elles se produisent sous la forme d'hémorragies violentes, de courte durée, ne laissant aucune trace, mais revenant à des intervalles irréguliers, ou qu'elles se réduisent à de simples suintements d'apparence insignifiante.

En présence d'accidents de ce genre, si bénins soient-ils, il faut se hâter de déterminer le plus promptement possible leur véritable origine.

On pourra pendant quelques jours immobiliser les malades, faire l'essai des injections chaudes, pour se conformer à la tradition, mais il faut bien se garder d'en abuser, et de les porter à une température trop élevée, leur action est généralement nulle sur ces utérus séniles dont les vaisseaux sclérosés réagissent difficilement.

atteinte de prolapsus utérin, qui 22 ans après la ménopause, a présenté des hémorragies régulières, de mois en mois, avec une périodicité remarquable, pendant 11 années. Elle a succombé à l'âge de 84 ans, à une embolie pulmonaire.

(1) J'ai suivi pendant plus de 10 ans une malade

Il est plus rationnel de tenter quelques cautérisations au chlorure de zinc, soit par des attouchements, pratiqués sur la muqueuse, soit en faisant, suivant la méthode préconisée par Pierre Delbet, des instillations intra-utérines à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 1-100 ou 1-50 (de 1-2 à 1 centimètre cube au maximum).

Mais il est inutile de prolonger et surtout de varier ces essais thérapeutiques, s'ils ne sont pas, d'emblée, réellement efficaces, on risquerait de perdre un temps précieux.

Si l'écoulement de sang ne s'arrête pas après dix ou quinze jours de repos et quelques pansements appropriés, il est préférable de dilater l'utérus par l'introduction de laminaires, et d'explorer soigneusement sa cavité avec le doigt d'abord, puis en se servant d'une curette légèrement tranchante pour enlever les masses saillantes, pédiculées ou sessiles que l'on rencontre sur la muqueuse ; on les recueille soigneusement et après leur avoir fait subir les préparations nécessaires, on les étudie au microscope.

Souvent le toucher intra-utérin suffira pour conduire à un diagnostic. On peut d'ailleurs compléter l'examen en se servant de l'endoscopie utérine qui permettra de voir les lésions et de se rendre compte de leurs caractères, ou tout au moins de choisir les fragments nécessaires pour la biopsie.

Dès que l'étude histologique des fragments recueillis a fait reconnaître l'existence d'une tumeur maligne, épithélioma ou sarcome, on ne doit pas hésiter à conseiller l'ablation immédiate de l'utérus, si léger que paraissent les accidents, et si satisfaisante que soit encore la santé générale.

Seule, en effet, l'hystérectomie totale, pratiquée hâtivement, au début de la maladie, peut permettre d'espérer la guérison.

(A. Siredey. in Jnal de Med. et Chir. Pratiques. Oct. 1908.

## Le traitement de la lithiase biliaire

Le traitement de la lithiase se propose deux buts à atteindre : éviter la formation des calculs, "traitement préventif", d'une part, et d'autre part faciliter la migration ou l'élimination des calculs, quand ils sont formés, traitement de la lithiase constituée ou "traitement curatif." MM. Gilbert, Carnot et Jomier (Congrès français de médecine, Genève 1908.) viennent de faire une revue générale de ces traitements de la lithiase ; nous en résumerons les éléments essentiels.

**TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA LITHIASÉ BILIAIRE.**— Pour MM. Gilbert, Carnot et Jomier, la lithiase biliaire relève actuellement de deux facteurs étiologiques importants, l'infection atténuée de la vésicule biliaire, d'une part, et la stagnation biliaire relative, de l'autre. C'est là l'opinion la mieux justifiée à l'époque actuelle, l'expérimentation, d'une part, avec Lemierre et Abrami, avec Forster (de Strasbourg), d'autre part, a montré le rôle important qui revenait à l'infection des

voies biliaires. Cette infection, le plus souvent, se fait par voie descendante, les travaux de l'école de M. Vidal ne permettent pas de doute à ce sujet (Lemierre et Abrami, 1907-1908). Interrogeons les lithiasiques, il est fréquent de retrouver dans leurs antécédents une infection atténuée ou intense : fièvre typhoïde, pneumonie. Cette infection a créé en rejetant ses éléments pathogènes par les voies biliaires, une pullulation microbienne latente des voies biliaires : c'est cette dernière qui favorise le développement des calculs, ainsi que le démontre la présence au centre de ces calculs d'éléments microbiens (pneumocoque, bacille d'Eberth).

Ce n'est pas tout : ces sujets, ajoutent les auteurs, sont des cholémiques. Schéma de la cholémie. teint jaune, ou ictère fruste, taches de rousseur, grains de beauté, naevi pigmentaires, taches hépatiques, ou encore lunette pigmentaire avec yeux cerclés de noir, le xanthélasma, et surtout le xanthélasma plan des paupières. Chez d'autres, du prurit chez d'autres encore, de la neurasthénie et de l'hypochondrie ; chez d'autres enfin, des migraines, des dyspepsies, des entérites muco-membraneuses, des appendicites, des hémorroïdes, des hématomés dues au pseudo-ulcère stomacal. Ce tableau envahissant de la cholémie se retrouve chez tout lithiasique. Il est l'expression, pour M. le Pr Gilbert, de la diathèse "d'auto-infection."

Il convient donc de s'attaquer à cette singulière diathèse. Les antiseptiques biliaires sont insuffisants. Il faut instituer un régime lacto-végétarien.

Autoriser des quantités modérées de viandes blanches, de poissons maigres, d'œufs ; exclure les boissons alcooliques, les épices, les acides.

De plus, on prescrira l'hydrothérapie sous toutes ses formes et des frictions sèches ou aromatiques de tout le corps.

Il paraît que le corset comprime le cholédoque : on le supprime et on le remplace par une brassière à laquelle s'attachent les vêtements et par une ceinture faisant sangle abdominale, ou bien mieux par un corset hygiénique soutenant l'hypogastre et dégageant la partie supérieure de l'abdomen.

Voilà pour le traitement de la préolithiase. Reste à traiter la lithiase confirmée.

**TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ CONSTITUÉE.**— Le tableau clinique varie, suivant la nature des accidents : le traitement doit s'adapter à ces modalités cliniques.

Au premier rang de ces modalités cliniques vient la colique hépatique. La thérapeutique de la colique hépatique apparaît comme une thérapeutique à double pôle ; elle devra viser tantôt l'évacuation des calculs, tantôt la tolérance vésiculaire ; elle variera suivant qu'il s'agit d'une "colique hépatique ordinaire" ou de la "colique vésiculaire." Dans la seconde, la douleur est moins violente et l'ictère fait défaut.

**TRAITEMENT DE LA COLIQUE HEPATIQUE.**— On a recours à la médication cholalogue : huile d'olives à hautes doses, glycérine, bile desséchée et extrait de



bile, huile de Haarlem, remède de Durante sous la forme de capsules prises à raison d'une capsule de térébenthine pour deux d'éther, plusieurs fois dans la journée. On peut de même conseiller, avec M. Chauffard, le "salicylate de soude" et le "benzoate de soude." Ajoutons les "grands lavements froids," la glace en application locale, et ultérieurement une cure intensive à Vichy ou à Vittel.

Par contre, "dans la colique vésiculaire", on écarte l'emploi des cholagogues. Les calculs sont souvent trop volumineux pour être expulsés par les voies biliaires. M. le Pr Gilbert conseille le repos au lit, le régime exclusif du lait écrémé pris par petites fractions souvent répétées. Grâce à cette alimentation, on peut espérer une immobilisation de la vésicule. Ajoutons encore les applications "chaudes humides émollientes" sur la région vésiculaire, les "bains simples" chauds, "prolongés, les bains "dits de Plombières". Comme cure, conseiller une extrême prudence.

Durant les périodes douloureuses : applications chaudes locales, "compresses humides" ou "cataplasmes laudanisés"; comme médicaments internes, "sippopositoires belladonnés ou opiacés, lavement d'opium" et "d'analgésine." Pour ce lavement à garder, le malade aura des paquets de 0,50 d'analgésine et du laudanum de Sydenham; il mettra dans un lavement deux à trois paquets d'analgésine et de X à XL gouttes de laudanum. Si un lavement ne suffit pas, on en administre un second deux heures plus tard.

C'est là que s'arrête le traitement conseillé dans les lithiases vésiculaires, par MM. Gilbert, Carnot et Jomier. Souvent cette médication ne suffit pas : les malades se cachectisent et les douleurs persistent. Alors MM. Chauffard et Quénu conseillent l'intervention chirurgicale. Les statistiques sont actuellement nombreuses : Kehr, Terrier, Quénu, Mayo Robson, y ont apporté les contributions les plus puissantes. Le risque opératoire est presque nul; l'opération évacue la vésicule, souvent la résèque, et les guérisons sont souvent complètes, rapides et définitives.

Lorsque le calcul est arrêté "dans le cholédoque" et détermine un icère chronique, M. le Pr Gilbert conseille surtout l'ingestion, le matin à jeun de "quantités progressives d'huile d'olive" en ayant soin de laisser entre chaque prise un intervalle de deux à cinq jours suivant la violence des réactions digestives. La première dose sera communément de 25 à 50 cc.; les suivantes augmenteront progressivement de 25 à 50 cc., jusqu'à 150 à 200 cc. L'expulsion du calcul peut ainsi s'obtenir. On ne devra pas prendre pour des calculs biliaires les concrétions vert porracé, de consistance molle, rendues en abondance dans les matières fécales après l'absorption d'huile et qui sont constituées en réalité par des graisses insuffisamment saponifiées, colorées par la bile. En cas d'insuccès, avec une intervention chirurgicale, M. Gilbert conseille une cure à Vichy.

Si "l'infection des voies biliaires (poussées irréguliè-

res de température, subictère, etc.), se produit, nous nous garderons de perdre un temps précieux à administrer les antiseptiques biliaires trop souvent couronnés d'insuccès. En cela, nous préférons recourir à l'intervention chirurgicale précoce. Car, la révulsion locale, le salicylate de soude, le salol, le calomel, les frictions de collargol restent sans effet. MM. Gilbert, Carnot et Jomier se montrent moins interventionnistes et font une longue énumération de tous les traitements internes que l'on peut opposer aux accidents septicémiques.

M. Mongour (de Bordeaux) chargé du rapport chirurgical de la lithiase biliaire, ne se montre non plus très interventionniste. "L'intervention chirurgicale est une thérapeutique d'exception." Et cependant la cholécystite chronique doit être, de l'avis de l'auteur, opérée le plus tôt possible, en raison des adhérences qui s'organisent sans cesse et qui compliquent singulièrement l'opération. Dans la cholécystite calculeuse aiguë, M. Mongour conseille l'essai tout d'abord du traitement médical avant de recourir au bistouri. Il préconise par contre l'intervention dans l'infection biliaire à point de départ vésiculaire. L'obstruction chronique du cholédoque fait peur à M. Mongour. On ne doit l'opérer, dit-il, que lorsque l'ictère se transforme d'ortho-pigmentaire en méta-pigmentaire. Ce sera alors trop tard, le foie ne résistera pas au chloroforme et le malade mourra presque fatalement. Notre avis est différent. Il s'appuie sur l'observation de nombreux faits des statistiques étrangères et françaises rapportées par M. Cotte (Maloine, Paris 1908). Dès qu'après un ou deux mois d'ictère chronique, rien ne modifie ce tableau clinique, seul le traitement chirurgical peut être couronné de succès, il doit être institué le plus tôt possible et non pas à une époque, où la terminaison fatale ne fait pas l'ombre d'un doute.

## Sur l'emploi du nitrite d'amyle et du nitrite de soude dans les hémorragies

Par M. Campani, (*Gazzetta degli Ospedali*, 8 mars 1908)

M. Campani recommande les nitrites comme hémostatiques. Ces médicaments peuvent être employés contre les hémoptysies, les épistaxis, les érosions hémorragiques de l'estomac.

Ils sont contre-indiqués chez les tuberculeux dont le cœur est épuisé.

L'action du nitrite d'amyle en inhalation est instantanée, mais peu durable. Celle du nitrite de soude, pris par la bouche, est plus lente : elle demande quinze à vingt minutes, mais elle se prolonge quatre heures.

