

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. VI

FÉVRIER 1900

N° 7

TRAVAIL ORIGINAL

Ostéo-périostite syphilitique localisée à l'apophyse mastoïde

PAR

LE DOCTEUR PAUL VIOLLET

(Médecin à l'hôpital Péan)

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le service du docteur Châtelier à l'hôpital St-Joseph, un cas d'ostéo-périostite syphilitique simulant une mastoïdite aiguë, qui m'a paru intéressant à plus d'un titre.

OBSERVATION : Il s'agissait d'un homme, âgé de 27 ans, employé, Auguste X. . ., qui avait eu un chancre de la verge à l'âge de 22 ans, en octobre 1893, suivi trois mois après, de chute de cheveux, accompagnée d'éruption papuleuse du cuir chevelu. Le malade a pris à cette époque des pilules de proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium, et il a continué ce traitement pendant 3 ans.

Au mois de janvier 1897 il se présente à la clinique du docteur Galezonski, où il est traité pour une iritis de l'œil gauche ; cinq mois après, en mai, l'œil droit est également pris d'iritis et l'œil gauche ne guérit pas. " Les manifestations spécifiques, ajoute M. le docteur Kopff, qui a eu l'obligeance de me fournir les détails que je donne ici sur les antécédents oculaires de ce malade, se sont localisées ; la choroïde n'a pas été touchée, ni le corps

vitré. Elles ont résisté au traitement mercuriel par les frictions faites pendant 8 mois.''

A peu près en même temps que l'iritis de l'œil droit, au début du mois de mai, le malade est pris de douleurs mastoïdiennes pour lesquelles on l'envoie consulter le docteur Châtellier.

Quand le malade se présente à nous, le 20 mai 1897, moins d'un mois après le début des accidents mastoïdiens il est dans un état de déchéance organique complet ; il se plaint au niveau des douleurs atroces qu'il ressent au niveau de sa mastoïde gauche et réclame à cors et à cris une intervention chirurgicale, tout repos lui étant devenu impossible.

A l'examen, on constate une tuméfaction de la grosseur d'une demi-orange au niveau de l'apophyse mastoïde gauche ; le sillon rétro-auriculaire est totalement comblé par la tumeur qui fait corps avec le conduit auditif externe ; la paroi postérieure de ce conduit, examinée par sa face interne, bombe au point de la réduire à l'état de simple fente ; le tympan est absolument dissimulé par cette saillie : le malade affirme du reste très catégoriquement n'avoir jamais eu d'écoulement d'oreille. Les téguments, au niveau de la tumeur, ont une coloration rouge plus sombre qu'elle ne l'est d'ordinaire dans les mastoïdites aiguës.

A première vue, on était frappé, chez ce malade, de son aspect profondément cachectique ; quand on apprenait ensuite qu'il avait fait des frictions mercurielles énergiques et, judicieusement administrée, sans interruption depuis 8 mois, on était tout naturellement porté à conclure que, si le mercure n'avait pas contribué à mettre cet homme dans l'état où il se trouvait, ce médicament, avait été tout au moins inefficace ; sa suppression s'imposait, il fut remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

En 4 jours, la transformation fut complète ; les douleurs atroces que ressentait le malade avaient disparu au point qu'il vint nous annoncer lui-même gaiement son amélioration ; la tumeur, moins tendue, était devenue fluctuante et avait déjà notablement diminué (volume d'une $\frac{1}{2}$ mandarine.)

En 10 jours, la fluctuation mastoïdienne avait complètement disparu ; trois semaines après, il était impossible de dire quelle mastoïde avait souffert ; le malade avait repris sa bonne mine et sa gaieté et quittait l'hôpital.

A l'occasion de cette observation, j'ai recherché dans la littérature médicale des faits du même genre. Si l'on en jugeait par le petit nombre de cas publiés il faudrait admettre que cette

forme d'ostéo-périostite gommeuse syphilitique, localisée à la mastoïde, est rare. Cependant il en est fait mention très courte, mais très explicite par Schwartz :

“ Le syphilome ou gomme, dit cet auteur, peut se développer sous la forme d'une périostite mastoïdienne et donner la sensation de fluctuation ; elle peut prendre une marche suffisamment aiguë et disparaître presque aussi vite sous l'influence d'un traitement spécifique.”

Le docteur Baratoux, qui a fait de la syphilis de l'oreille une longue étude bibliographique très complète il y a une quinzaine d'années (1), ne signale au cours de cette étude que deux observations analogues à celles que je publie ; l'une est due au docteur Pollak ; l'autre à J. L. Petit ; ce dernier trépana croyant à une mastoïde simple. Pollak s'était contenté d'une incision suivie d'un traitement ioduré quand l'examen histologique du pus retiré avait révélé la nature spécifique de la tumeur. Deux autres observations, cités également par Baratoux, dues à Dron (2) et à Gervais (3) rentreraient dans la même catégorie ; elles me paraissent insuffisamment explicites sur la nature et le siège des lésions pour pouvoir être avec certitude assimilées aux cas qui nous occupent.

Le docteur Baratoux lui-même nous a dit avoir observé, en juin 1896, chez un malade âgé de 35 ans, qui avait eu un chancre suivi d'accidents secondaires, une mastoïdite primitive douloureuse datant de 15 jours, qui guérit rapidement par l'iodure de potassium. C'est le troisième cas analogue au nôtre dont j'ai pu recueillir l'observation.

Sur ce total de 4 observations, deux fois une intervention inutile a été pratiquée : la mastoïde a été trépanée dans le cas de Petit, la tumeur incisée dans celui de Pollak.

Tout l'intérêt de cas de ce genre qui sont, au niveau de la mastoïde l'analogue des lésions syphilitiques, héréditaires ou tertiaires, que l'on peut constater au niveau des sinus de la face, (4) réside en effet dans le diagnostic et l'indication thérapeutique bien nette qui résulte de sa prompte détermination.

Les observations que je viens de relater prouvent que jamais, en présence d'un malade atteint de mastoïdite il ne faut

(1) Baratoux. Syphilis de l'oreille, *Revue de Mourv.*, 1883.

(2) Dron. *Lyon médical*, 1870, T. IV, p. 605, 607.

(3) Gervais. Abscess mastoïdiens, *Thèse Paris*, 1879.

(4) Voir à ce sujet A. Gilbert. De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite-crâne) *Thèse Doc. Paris Jouve* 1898.

négliger de s'enquérir des antécédents spécifiques possibles et si l'on a affaire à un malade comme le nôtre chez lequel une tuméfaction rouge sombre de la mastoïde est apparue sans écoulement d'oreille antérieur avec accompagnement de douleurs intolérables, si spéciales à la syphilis, alors même que l'interrogatoire ne permettrait pas d'établir un diagnostic aussi ferme que dans le cas de Baratoux, ou celui que je publie, si, d'autre part, le malade n'a pas de raison du côté de sa muqueuse nasale ou de la peau de la face ou du cuir chevelu de faire une adénite suppurée au voisinage de sa mastoïde, il me semble qu'on serait en droit de faire l'épreuve du traitement spécifique pendant quelques jours avant de s'armer du bistouri.

Je tiens à faire remarquer, en terminant, que chez notre malade, l'amélioration rapide que nous avons eu le plaisir de constater était sans doute la conséquence de la suppression du mercure bien plus que le résultat de l'administration de l'iodure de potassium ; le malade était profondément intoxiqué par le mercure quand nous le vîmes, et l'état de déchéance dans lequel il était, à son entrée à l'hôpital, avait vraisemblablement favorisé l'évolution de la syphilis. Constantin Paul admettait que l'abus du mercure pouvait favoriser l'évolution de cette maladie, je crois qu'il est difficile de trouver un exemple plus frappant que celui-ci, dans cet ordre d'idée. Il eut été plus démonstratif, à ce point de vue, de suivre l'évolution de la lésion, après la suppression du mercure, sans administrer immédiatement de nouveau médicament y eussions-nous songé, l'état de notre malade ne permettait pas cette attente.

MEDECINE PRATIQUE

Quelques mots sur l'opération du strabisme

PAR

A. TROUSSEAU

(Médecin de la clinique des Quinze-Vingts)

Les médecins non spécialistes sont souvent interrogés sur l'opportunité de l'opération du strabisme, les chances de succès ou les dangers qu'elle peut offrir, le moment le plus favorable pour la pratiquer, etc. Je vais chercher à répondre, en laissant de côté les détails trop techniques, aux questions le plus habituellement posées par les intéressés.

:

Généralités.—Il y a strabisme chaque fois que les lignes visuelles ne s'entre-croisent pas sur le point fixé. Il peut donc exister des strabismes peu ou pas apparents, qui ne sont découverts que par un examen approfondi de la fonction visuelle et de la réfraction du sujet, la déviation de l'œil n'étant pas manifeste pour l'observateur non éduqué. Je ne m'en occuperai pas ici, il s'agit d'un diagnostic trop spécial pour toucher la majorité des médecins.

En général, le strabisme est très apparent, un œil ou le plus souvent les deux yeux sont déviés, le malade louche. Le strabisme est interne ou externe, suivant que la déviation se fait en dedans vers le nez ou en dehors vers la tempe. Il est important de ne pas confondre le strabisme avec la paralysie d'un muscle de l'œil. L'erreur est facile à éviter, si on n'oublie pas que, malgré la déviation visible, tous les mouvements des muscles oculaires sont conservés dans le strabisme. Un des mouvements, celui opposé au sens de la déviation, est, au contraire, aboli ou diminué dans la paralysie musculaire. Prenons un exemple : Un enfant louche en dedans ; si on le fait regarder en dehors, en l'engageant à suivre le doigt promené dans ce sens, il exécute très facilement le mouvement demandé ; il est atteint de strabisme et non de paralysie ; en effet, si le muscle droit externe était paralysé, aucune force ne serait capable de porter l'œil en dehors. Donc, un œil dévié qui peut se mouvoir avec aisance dans le sens opposé à la déviation est atteint de strabisme et non de paralysie. Il faut

savoir résoudre cette question, car les parents rapportent volontiers l'origine du strabisme de leurs enfants à des convulsions survenues dans le bas âge, et il est capital de s'assurer qu'il n'y a pas eu de convulsions symptomatiques d'une altération méningée ayant engendré une véritable paralysie.

Est-il utile de corriger le strabisme ? — Oui, pour deux motifs : parce que la persistance de difformité, outre l'influence morale qu'elle peut avoir sur la victime, entraîne la suppression de la vision binoculaire, la mise hors de service d'un des yeux, et engendre ainsi une sérieuse conséquence individuelle ; parce qu'elle a aussi des conséquences sociales sur lesquelles l'attention n'est généralement pas assez fixée ; l'homme qui louche est frappé d'infériorité dans la lutte pour la vie ; certaines carrières (le métier militaire, par exemple) lui sont fermées, il a souvent de la peine à trouver un emploi. J'opère constamment des garçons de café, des employés de commerce qui ne peuvent se placer à cause de leur aspect physique. Sans compter que le strabique est souvent victime de plaisanteries désagréables dans les milieux où il travaille. Pour la jeune fille, mêmes difficultés pour trouver une position, et souvent impossibilité de se marier, soit à cause de la physionomie spéciale, soit à cause des craintes qu'on peut concevoir de voir la difformité se transmettre aux enfants.

Il est donc utile de corriger le strabisme.

Le strabisme guérit-il sans opération ? — Quelques cas très rares de strabisme peu marqué chez les enfants névropathes guérissent spontanément ; quelques cas de strabisme convergent chez les enfants hypermétropes guérissent par l'emploi de verres convexes bien choisis et portés constamment : mais il faut le proclamer hautement, ces guérisons sont des exceptions. Quant à l'emploi de l'atropine, des louchettes du stéréoscope et autres moyens analogues, il est à rejeter absolument, étant dénué d'efficacité ou exigeant une assiduité impossible à réaliser en pratique. Faut-il donc opérer d'emblée tous les strabismes qui se présentent ? Je ne le crois pas. Si le strabisme est de date récente et n'a pas été traité, si celui qui est atteint est encore un enfant et n'a pas dépassé l'âge de sept à huit ans, on peut surseoir à l'opération, donner des lunettes ou conseiller l'expectation et prévenir la famille qu'il ne faut guère compter sur une guérison exceptionnelle, quoique possible, et qu'il faudra probablement opérer plus tard. On sera ainsi en repos avec sa conscience. Mais, si le strabisme est ancien, si le port des lunettes est habituel et régulier depuis longtemps, s'il s'agit d'un adolescent ou d'un jeune homme, mieux vaut opérer d'emblée, à cause des chances qu'on a de rétablir la vision binoculaire.

Donc, malgré quelques observations, le strabisme ne guérit pas sans opération.

A quel âge doit-on opérer ? — Il est mauvais d'opérer avant quatre ou cinq ans, à cause de la possibilité des guérisons spontanées encore assez fréquentes à cette période de la vie ; il vaut

mieux intervenir vers sept ou huit ans, si le strabisme date déjà de deux ou trois ans. S'il est très récent, malgré les sept ou huit ans révolus, on reculerait l'opération.

On peut opérer à tout âge. Je pratique constamment avec succès des opérations chez des sujets de vingt-cinq à trente-cinq ans ; même dans l'âge mûr, les interventions réussissent bien. Il y a intérêt à opérer aussi tôt que possible, afin de tâcher d'obtenir la fusion des deux yeux, qui constitue, pour les ophtalmologistes, un idéal, rarement réalisé d'ailleurs.

Donc, si possible, on opérera vers sept ou huit ans.

L'opération améliore-t-elle la vision ?—Il est indispensable de prévenir les sujets ou leurs parents que le redressement de l'œil ne change en rien la qualité de cet œil, ceci si on veut s'éviter, par la suite, des reproches désagréables. Beaucoup de gens, en effet, amblyopes d'un œil, se figurent que celui-ci, redressé, retrouvera une vue semblable à celle de son congénère. Dans ces cas l'opération ne peut avoir qu'un effet esthétique et non visuel ; il faut bien insister sur ce point.

Mais quand les deux yeux sont d'égale force, de même réfraction, le redressement permet de les soumettre, par la suite, à une série d'exercices destinés à rétablir la vision binoculaire et, là, elle a réellement un effet visuel en même temps qu'esthétique. C'est ici que peuvent servir les verres bien choisis et l'emploi du stéréoscope, dont je méconnais l'utilité dans la plupart des cas avant l'opération.

Si le strabique est emmétrope, c'est-à-dire à une vue normale, il pourra se passer de verres une fois opéré ; si, au contraire, il a un trouble quelconque de réfraction, il va sans dire qu'il devra le corriger et porter des lunettes qui auront pour effet de lui assurer une vision régulière et d'affermir le résultat opératoire.

L'opération est-elle grave ?—Pouvant être faite avec la cocaïne, ne nécessitant pas le chloroforme, guérissant en quelques jours, sans séjour au lit, exempte de toute répercussion sur l'œil même ou sur la santé générale, cette opération est certainement la moins grave de celles que les ophtalmologistes ont à pratiquer.

Les dents des fumeurs.—Le *Weekly-Dentist* est très rassurant pour les fumeurs. Son comité de rédaction doit compter bien des fervents de la plante à Nicot.

Il est bien prouvé, dit-il, que les dents des fumeurs sont moins exposées à la carie que les dents de ceux qui ne fument pas. Il est également prouvé que le leptothrix buccalis et autres germes qui pullulent dans la bouche sont rendus presque inoffensifs par la fumée du tabac. Certains d'entre eux, comme le bacille du choléra, de l'anthrax, de la pneumonie sont atténués et même détruits par la fumée.

Traitement de la salpingo-ovarite par l'ablation des deux trompes avec conservation partielle ou totale d'un ovaire

PAR

F. JAYLE

Assistant de gynécologie à l'hôpital Broca

La salpingite double suppurée et même la salpingite double parenchymateuse est chirurgicalement traitée, depuis Lawson-Tait, par la castration annexielle double ; depuis Péan, par la castration utérine ou utéro-ovarienne vaginale : depuis les Américains, par la castration utéro-annexielle abdominale. Suivant les chirurgiens, c'est une de ces trois pratiques qui est plus particulièrement adoptée.

Le résultat de cette chirurgie radicale est l'établissement de la ménopause à une époque en général anticipée, les femmes traitées étant le plus souvent jeunes ou peu avancées en bas âge.

Au point de vue de la disparition des douleurs, ces trois interventions donnent en bloc d'excellents résultats et la très grande majorité de femmes sont satisfaites de leur état ultérieur.

Mais il faut bien ajouter que cette même grande majorité souffre aussi de l'apparition de nouveaux troubles, dus à l'établissement de la ménopause artificielle, que ces troubles sont si gênants et parfois si persistants qu'un chirurgien expérimenté comme Chrobak n'a pas hésité à écrire : " Les nombreux malaises dont se plaignent la plupart des femmes à qui on a enlevé les ovaires m'ont de tout temps gâté la joie de les avoir opérées."

L'opération de Péan n'est pas aussi régulièrement suivie que l'opération de Lawson-Tait de troubles ménopausiques, et j'ai essayé de prouver que la cause de ce meilleur résultat tient à ce que les annexes sont assez souvent laissées au cours de l'hystérectomie vaginale.

La castration utérine simple serait, au point de vue des troubles post-opératoires, supérieure à la castration utéro-ovarienne. Mais les annexes laissées en place sont souvent elles-mêmes la cause de douleurs persistantes et peuvent être l'objet de laparotomies complémentaires ; aussi nombre de chirurgiens se décident-ils finalement à la castration ultéro-ovarienne. Cette dernière intervention se pratique même de plus en plus depuis que la voie sus-pubienne reprend sur la voie vaginale la prépondérance qui lui est due. Finalement, c'est la castration totale qui reste l'opération de choix.

Les troubles post-opératoires n'en persistent cependant pas

moins et si on pouvait, tout en assurant la guérison thérapeutique, les éviter, peut-être verrait-on se substituer à une pratique bonne, une pratique meilleure.

Pourquoi préfère-t-on, en général, la castration totale à une opération conservatrice ? Parce qu'on a remarqué qu'après cette dernière les malades continuent souvent à souffrir, et le fait est vrai. En cherchant une explication à la persistance de ces douleurs, il semble qu'on trouve des raisons variables ; dans l'opération de Lawson-Tait, la continuation des douleurs peut tenir, soit à la présence d'un utérus infecté et non désinfectable, soit à un défaut de technique consistant dans la création au niveau d'une des cornes utérines d'un moignon douloureux.

Dans l'opération de Péan, la persistance des phénomènes s'explique aisément par ce fait qu'il existe encore une trompe enflammée, ou un ovaire dégénéré ou infecté qui n'a pas été enlevé. Ces défauts de technique ne sauraient permettre de préconiser toujours la castration totale. Parce qu'un organe enflammé ou une portion d'organe enflammé a été laissé à tort, ce n'est point une raison suffisante pour préconiser l'ablation de ce même organe sain ou partiellement affecté, quand cet organe paraît jouir d'une fonction physiologique importante, d'ordre général. Or, l'ovaire semble bien être doué d'une fonction de ce genre ; il ne sert pas qu'à la fécondation, comme j'ai essayé de le prouver depuis 1898. Des auteurs dont la voix est plus autorisée que la mienne soutiennent, d'ailleurs, la même opinion. Chrobak respecte les deux ovaires ou même l'un d'entre eux dans la myomectomie et il lui semble " que la plupart des femmes opérées de la sorte ont présenté des troubles de ménopause moins accentués que celles à qui il avait enlevé les deux ovaires." Howard A. Kelly publie un tableau de 28 cas d'hystérectomies abdominales dans lesquels il a conservé tout au moins un ovaire, et il arrive à cette conclusion que les troubles climatériques sont dans ces cas nuls ou presque nuls. Cette même pratique est, je crois, celle de Tuffier, de Legueu, et sans doute de beaucoup d'autres. W. Gill Wylie a essayé également de conserver les ovaires après l'ablation des trompes et des ovaires et en a retiré de bons résultats, ses malades n'ayant pas eu de troubles postopératoires.

Matthey D. Mann a remarqué que, lorsqu'on laisse les ovaires, la plupart des symptômes qui suivent l'ablation totale des annexes ne font pas leur apparition ; Palmer Dudley estime aussi que des troubles fort gênants suivent l'ablation des annexes, et c'est pourquoi il préconise ardemment une chirurgie très conservatrice.

* * *

La conservation *systematique* de l'ovaire sain, au titre d'organe à sécrétion interne, gagne donc du chemin. Dans cette voie conservatrice, on peut gagner du terrain en substituant à la salpingectomie double avec ovariectomie double, la salpingectomie double avec ovariectomie partielle. La maladie des

deux trompes ne doit pas entraîner comme corollaire forcé ni l'ablation des deux ovaires ni l'ablation de l'utérus, toutes les fois que ces derniers organes pourront être conservés en totalité ou en partie.

Auprès de mon maître, S. Pozzi, et grâce à sa bienveillance, j'ai pu mettre en pratique cette idée que je soutiens, et qui, d'ailleurs, pas plus qu'une autre, n'a le mérite de la nouveauté en soi ; en effet, je viens de trouver un court article de Polk, que je ne connaissais pas et qui n'est cité nulle part, excepté par mon ami, E. Montana, auquel je n'ai qu'à souscrire : " Même vis-à-vis des annexes, dit Polk, la chirurgie peut être conservatrice, en se bornant à détacher des adhérences, à n'enlever qu'un ovaire, quand il n'est pas absolument démontré que l'autre est irrémédiablement atteint, et même *n'enlever que la trompe quand l'ovaire est sain*. A quoi bon dira-t-on ? Pour conserver à la femme le bénéfice de l'ovulation, de la menstruation et de leur bonne influence sur l'état mental." J'ai fait un pas de plus, en essayant de démontrer que l'ovaire est une glande à sécrétion interne, qu'il paraît bon de conserver, même en dehors de la menstruation, seulement pour elle-même. J'ai poussé la conservation plus loin en faisant des opérations conservatrices à la fois sur les ovaires et sur l'utérus.

* * *

Pour pratiquer la salpingectomie double avec ovariectomie partielle, on peut avoir recours au manuel opératoire suivant :

La malade sera mise d'emblée en déclive et, comme le recommande toujours S. Pozzi, l'incision sera petite, bas située, ne dépassant pas 8 à 10 centimètres de long. Une compresse assez large, assez épaisse, de mousseline stérilisée, trempée dans l'eau stérilisée très chaude, puis immédiatement essorée, est introduite ensuite dans la partie supérieure de l'incision et disposée, au moyen d'une pince, avec soin, de manière à bien protéger la cavité abdominale, les anses intestinales ne devant jamais être touchées au cours de l'opération ; la compresse placée, il reste toujours suffisamment de place pour introduire deux doigts dans le petit bassin à la recherche des annexes. La recherche des annexes sera, autant que possible, faite avec le doigt et non avec l'œil. Si l'on veut tenir compte de ce principe, on arrivera à extirper par de petites incisions des annexes volumineuses et paraissant nécessiter d'emblée une large ouverture. Le ventre ouvert, on examine les annexes et on extirpe toutes parties malades en procédant de la façon suivante :

1. *Examen des annexes des deux côtés.*—Avant l'extirpation des annexes d'un côté, on examinera toujours les annexes de l'autre côté, pour savoir si un des deux ovaires peut être conservé, et si ni l'un ni l'autre ne peut l'être, quel est celui des deux qui est le plus justifiable d'une résection partielle (en principe, on doit enlever le plus scléreux qui est le plus douloureux, et non pas le

kystique). On aura toujours soin, pour ce faire, d'examiner l'ovaire au niveau du hile, la partie opposée étant en général la plus atteinte. Quand on a pris une décision au sujet de l'ovaire à respecter, on procède à l'ablation des annexes du côté opposé.

2. *Extirpation des trompes.*—Le point important dans l'extirpation des trompes est de les enlever jusqu'à la corne utérine, extirpant même au besoin cette dernière, comme il a été fait dans l'observation V. Pour cela, on peut, soit placer immédiatement une ligature sur la partie supérieure du ligament large et couper ensuite au-dessus des ligatures en allant du pavillon vers la corne utérine, soit placer une pince-clamp au-dessus de la trompe, détacher celle-ci toujours du pavillon vers la corne et lier ensuite la partie supérieure du ligament large par une ligature en chaîne au catgut de moyenne grosseur. On peut suivre d'ailleurs la voie inverse, et commencer par la corne utérine. Le seul point important, je le répète, est de s'appliquer à l'extirpation de l'extrémité utérine, en ayant soin de ne jamais laisser ni de noyaux tubaires, ni de nodule utérin inflammatoire préexistant, qui pourraient devenir l'origine de nouvelles douleurs.

3. *Réséction de l'ovaire.*—Si l'ovaire est sain, il sera laissé en place simplement ; on évitera avec soin de lui faire subir un traumatisme quelconque ; si, au contraire, il ne peut être que partiellement conservé, on en pratiquera la réséction suivant les règles données par mon maître, S. Pozzi. Il faut remarquer ce fait, c'est qu'il n'est pas nécessaire de conserver une grande partie de la surface ovarienne, d'une part, et que, d'autre part, on trouvera pour ainsi dire toujours au niveau de l'un ou de l'autre ovaire un segment sain que l'on pourra garder.

Quant au manuel opératoire propre de la réséction ovarienne, nous ne pouvons mieux faire que de citer la technique donnée par S. Pozzi. Il faut saisir l'ovaire à sa base, entre le pouce et l'index, et l'y maintenir solidement, ce qui assure à la fois l'immobilité et l'hémostase provisoire. La partie à sacrifier est inscrites par deux incisions profondes ; puis on résèque le segment malade et on fait un évidement plus ou moins profond de l'organe, jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu sain. La forme du segment réséqué est variable : cunéiforme, en languette ; la partie enlevée correspond parfois aux $\frac{2}{3}$ de l'ovaire.

L'hémostase est la partie délicate : on y parvient en plaçant des fils de catgut fin, placé sur une aiguille fine et affrontant parfaitement un côté de la plaie à l'autre ; ces fils doivent être intra-ovariens sur tout leur parcours, et, par conséquent, ne jamais être vus dans le fond de la plaie, à l'instar des fils passés avec l'aiguille d'Emmet dans les périnéorrhaphies. Enfin, ils seront assez rapprochés, distants de 5 millimètres en moyenne, et serrés très doucement, mais à fond, pour que l'affrontement soit parfait.

Ces manœuvres sont toutes délicates, longues et augmentent la durée de l'opération : la ligature d'un pédicule annexiel et sa section demandant deux à trois minutes, l'extirpation de la

trompe et la résection de l'ovaire exigent quinze ou vingt minutes en moyenne.

::

Quels sont les résultats ? *A priori*, ils ne peuvent pas être mauvais.

Au point de vue opératoire, la gravité ne saurait être supérieure à celle d'une laparotomie en général. Au point de vue thérapeutique, cette opération doit supprimer les douleurs, puisqu'elles étaient causées par l'organe malade enlevé, et elle ne doit pas être suivie de troubles bien gênants puisqu'elle n'amène par la ménopause. J'ai opéré plusieurs jeunes femmes de cette manière et les résultats sont favorables, comme les observations ci-jointes.

OBSERVATIONS I.—B. . . , vingt-neuf ans. Salpingo-ovarite gauche ; salpingite droite avec appendicite.

15 mars 1893.—Laparotomie : ablation des annexes gauches (trompe parenchymateuse, oblitérée, ovaires à kystes hématisés) ablation de la trompe droite, parenchymateuse, oblitérée, adhérente à l'appendice, qui est aussi enlevé. Ovaire droit sain, laissé en place.

25 juillet 1889.—Va très bien, est réglée, n'a aucun trouble post-opératoire.

29 décembre 1899.—Va très bien. Réglée régulièrement. Ebauche des troubles consécutifs à la castration. Pas de douleurs. Au toucher, ovaire droit sensible.

OBSERVATION II.—B. . . , vingt-deux ans. Salpingo-ovarite double. Métrite avec large ulcération du col.

29 mars 1899.—Laparotomie : ablation des annexes gauches ; ablation de la trompe droite, résection d'un kyste hématisé, gros comme une noisette, de l'ovaire droit.

15 juillet 1899.—Va très bien, a repris toutes ses occupations. N'a pas de phénomène post-opératoire. A eu ses règles le 20 avril, au début de mai, du 2 au 5 juin, du 3 au 6 juillet ; les règles ont été d'abord douloureuses et elles le sont de moins en moins.

29 décembre 1899.—La malade a subi ultérieurement un curetage et une amputation du col. Actuellement, va très bien. Réglée régulièrement. Comme troubles, bouffées de chaleur qui cessent sous l'influence de l'ovarine.

OBSERVATION III.—B. . . , trente ans. Annexite double et petit fibrome utérin.

7 avril 1899.—Laparotomie : ablation des annexes gauches formant une tumeur kystique du volume du poing ; ablation de la trompe droite et de la presque totalité de l'ovaire correspondant qui est le siège d'un kyste : on arrive cependant à en conserver une portion saine, au niveau du hile.

18 juillet 1899.—Va très bien, a repris toutes ses occupa-

tions. Comme troubles, on ne relève qu'un affaiblissement de la mémoire. A eu ses règles en mai, juin et juillet ; les premières seules ont été douloureuses.

29 décembre 1899.—Le petit fibrome a été ultérieurement énucléé par la voie vaginale. Actuellement va très bien, est régulièrement réglée (quatre jours). Aucune douleur. Aucun trouble.

OBSERVATION IV.—V. . . , vingt-deux ans. Salpingite double suppurée, tuberculeuse.

2 mai 1899.—Laparotomie : ablation des deux trompes et de l'ovaire droit. Ovaire gauche sain laissé en place.

13 juillet 1899.—Va bien. Pas de phénomène post-opératoire. A eu ses règles du 25 au 30 juin.

29 décembre 1899.—Va très bien, pleine de santé. Régulée régulièrement. Pas de douleurs.

OBSERVATION V.—L. . . dix-huit ans. Salpingo-ovarite double. Nodules utérins inflammatoires au niveau des cornes.

27 juin 1899.—Laparotomie : ablation des annexes gauches (pyosalpinx, ovaire polykystique) et de la trompe droite. Résection cunéiforme des cornes utérines au niveau desquelles était un gros nodule inflammatoire.

27 Juillet 1899.—Guérison opératoire. Jusqu'à présent pas de troubles. A eu ses règles, douloureuses, à la date régulière, le 20 juin. Ne souffre plus.

25 octobre 1899.—A très bien été jusqu'à présent. Régulée régulièrement. A contracté, ces jours-ci, une blennorrhagie aiguë.

OBSERVATION VI.—C. . . , vingt-six ans. Salpingo-ovarite double. Métrite avec large ulcération du col.

17 juillet 1899.—Laparotomie : ablation des annexes droites (trompe parenchymateuse, oblitérée, ovaire à kystes hématisés), de la trompe gauche, parenchymateuse, oblitérée, et des trois quarts de l'ovaire gauche contenant des kystes hématisés.

27 juillet 1899.—Suites opératoires normales. La cicatrisation abdominale est complète. Va très bien.

2 novembre 1899.—A subi ultérieurement (4 septembre) une amputation du col avec curettage pour métrite et large ulcération des deux lèvres du col.

Va très bien ; plus de douleurs, plus de perte ; bien réglée ; dernières règles, du 26 au 30 octobre, d'abondance moyenne, non douloureuses (régulée à dix-sept ans, règles duraient une dizaine de jours, étaient douloureuses, très abondantes).

On peut reprocher à ces observations de n'avoir pas l'épreuve du temps. Celles de Polk ne sont pas non plus très démonstratives, mais il n'en est pas de même de celle de Lejars, publiée par Blagny et que je résume succinctement :

OBSERVATION.—M. . . , trente-quatre ans. Annexite double.

23 mars 1897.—Laparotomie : ablation des annexes gauches et de la trompe droite. Ovaire sain laissé en place.

25 mai 1899. — Va très bien, ne souffre pas, ne perd pas. Pas de troubles post-opératoires. A ses règles régulières, non abondantes, peu douloureuses, durant quatre ou cinq jours.

::

Il appartient assurément à l'avenir de dire en quels cas il faudra quand même, dans les salpingo-ovarites, faire la castration totale, mais il semble dès maintenant rationnel et soutenable de substituer à l'ablation systématique des ovaires leur conservation systématique. En gardant avec l'utérus un ovaire sain ou un segment d'ovaire sain, la femme jeune conserve, à part la fécondation, son état physiologique naturel, et mieux vaut peut-être suivre la nature que la contrarier dans ses fins.

Traitement de l'eczéma de l'oreille

PAR

MARCEL LERMOYER

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Affection des plus fréquentes, qui désespère le malade par sa ténacité et décourage le médecin en raison des exacerbations que produit la moindre faute de thérapeutique. Impossible, malheureusement, d'indiquer une ligne de conduite simple et constante ; il faut respecter les caprices de chaque peau. De là résulte, dans les traités classiques, confusion et même contradictions qui ne sont pourtant qu'apparentes.

En schématisant le plus qu'il est permis, on peut ramener à deux types principaux les différentes formes admises par les dermatologistes :

Eczéma aigu, généralement humide.

Eczéma chronique, généralement sec.

D'autre part, au point de vue de la technique même du traitement, il importe que remarquer de l'eczéma aigu ou chronique peut frapper simultanément ou isolément : a) le pavillon de l'oreille, dont le traitement est d'une technique assez banale ; b) le conduit auditif, dont le traitement très spécial est rendu complexe grâce à la facile obstruction du conduit et à ses conséquences (furoncles, otite moyenne, etc.).

ECZÉMA AIGU.

Il présente dans son évolution deux périodes distinctes, réclamant chacune un traitement différent.

Première période.—Nous sommes en pleine phase d'irritation. Indication : Calmer les démangeaisons. Donc : instituons une médication sédative.

Avant tout, voici une règle générale à observer strictement : L'oreille eczémateuse n'aime pas l'eau. En conséquence, pas d'applications humides, pas de grands lavages du pavillon, pas de seringuages du conduit, sauf de très rares exceptions.

Que devons-nous donc faire ?

a) Tout au début : s'il y a seulement de la rougeur du pavillon, il faut poudrer.

Comment ?—Saupoudrer légèrement les deux faces du pavillon, soit avec un lance-poudre, soit tout simplement avec une petite houppe d'ouate. Avoir soin, pendant cette opération, de fermer momentanément le méat avec un tampon d'ouate pour éviter que la poudre ne remplisse le conduit auditif.

Avec quelle poudre ?—Peu importe, à condition qu'elle soit : a) inerte ; b) non fermentescible.

Par exemple :

Talc..... 30 grammes.
Oxyde de zinc..... 10 —

Comment agit cette poudre ?—Simplement en mettant les parties malades à l'abri de l'air, d'où cessation des démangeaisons.

Renouveler ce poudrage deux à trois fois par jour et recouvrir l'oreille d'un peu de ouate retenue par un foulard noué autour de la tête.

b) Un peu plus tard : quand commence la phase de suintement et de croûtes, il faut, avant tout, décaper les parties malades : c'est à dire faire tomber les croûtes pour permettre l'action directe des topiques.

Pour décaper le pavillon, jamais d'humidité, toujours des corps gras.

Badigeonner largement toutes les surfaces malades avec un pinceau propre, imprégné du corps gras inerte aussi aseptique que possible : huile d'olive, de vaseline. Recouvrir d'ouate et le lendemain détacher les croûtes ainsi ramollies en faisant des frictions très douces avec de petits tampons d'ouate. On s'attachera surtout à bien décaper : 1. toutes les anfractuosités du pavillon ; 2. le conduit auditif, en remplaçant l'application du spéculum, ici douloureuse, par l'écartement du méat avec les doigts.

Les parties malades étant ainsi bien décapées, on y fera des applications permanentes de corps gras.

Quelle pommade employer ?—Ni l'excipient, ni le contenu ne sont indifférents.

a) *Excipient.*—Tenir ici le plus grand compte des susceptibilités de chaque peau : 1. ordinairement mélange de vasiline et lanoline ; 2. ou axonge, celle-ci étant mieux tolérée par les peaux sensibles, à condition de l'employer très fraîche et de renouveler souvent la pommade ; 3. *cold-cream* parfois.

b) *Contenu.*—Incorporer la substance la moins active possible, la pommade n'ayant d'autre but à cette période que : 1. d'éviter le contact de l'air qui est la cause des démangeaisons ; 2. d'empêcher la formation de croûtes qui irritent secondairement la peau. Par exemple :

Vaseline.....	} à 10 grammes.
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	

Comment appliquer cette pommade ?—Ces détails de technique, d'apparence puérile, sont très importants ; car la manière de donner vaut mieux que ce que l'on donne.

a) *Sur le pavillon.*—Étaler une bonne couche de pommade sur un morceau de toile très fine ; envelopper le pavillon avec ce linge gras, en ayant soin de l'appliquer exactement dans toutes les anfractuosités ; recouvrir d'ouate ; maintenir avec un tour de bande. Et renouveler ce pansement chaque jour, jusqu'à ce que l'épiderme se répare.

b) *Dans le conduit.*—Lutter contre la sténose du conduit est l'indication capitale. Chaque jour, introduire dans le conduit, avec une pince coudée, une mèche d'ouate enduite de pommade, de grosseur croissante. A chaque renouvellement de mèche, bien débayer le conduit encombré de squames ; et faire ce nettoyage avec un porte-coton, jamais en seringuant.

Seconde période.—L'irritation initiale est calmée. Indication nouvelle : Prévenir la chronicité. Donc : instituons une médication modificatrice.

C'est ici qu'il va falloir tenir un grand compte de la susceptibilité individuelle des différentes peaux.

a) Dans les cas les plus simples : Dès que les croûtes cessent de se reproduire, on doit interrompre les enveloppements gras.

L'épiderme nouveau sera pendant quelque temps protégé par une fine couche de pâte de Lassar.

Vaseline.....	20 grammes.
Amidon	} à 10 grammes.
Oxyde de zinc.....	
Acide salicylique	

b) Si malgré cela la guérison tarde : S'adresser à des topiques plus actifs.

a) Les substances les plus actives sont : le calomel, 1,20 ; l'oxyde jaune de mercure, 1,20 ; l'huile de cade, 1,10 ; le goudron, 1,10 ; l'ichthyol, 1,10.

b) A incorporer dans la vaseline, pour le pavillon ; dans l'huile d'olive pour le conduit.

c) L'application en sera faite deux fois par jour par le malade lui-même : avec un tampon d'ouate, sur le pavillon ; avec un petit pinceau de blaireau, dans le conduit. Mais deux fois par semaine il devra montrer son oreille au médecin, pour éviter la surdité par engouement du conduit : celui-ci devra être dé-

blayé avec le stilet et le porte-ouate, et jamais avec la seringue.
 c) Si les pommades échouent : Il va falloir agir plus vigou-
 reusement.

L'eczéma aigu tend à devenir chronique ; cette transforma-
 tion est surtout à craindre dans le conduit auditif.

Dans ce cas s'adresser à un médicament presque spécifique
 en l'espèce, le nitrate d'argent, surtout efficace quand le conduit
 se comble incessamment de squames humides, épaisses.

Voici quelle est la technique de son emploi :

a—Pour commencer, agir doucement avec la solution de ni-
 trate d'argent à 1/40, qui est presque indolore.

D'abord, nettoyer très soigneusement le conduit au porte-
 coton, pour mettre partout l'épiderme malade à découvert ; y in-
 troduire une mèche d'ouate imbibée de cette solution, après avoir
 enduit la conque de vaseline pour éviter les taches noires dues à
 la diffusion du nitrate ; laisser le tout en place deux jours.

Au bout de ce temps, retirer soi-même la mèche. Alors, de
 deux choses l'une :

1. Ou le conduit est sec, la peau, rose vif, seulement recouverte
 de squames noircis par l'argent réduit : se contenter alors d'in-
 troduire une mèche d'ouate imprégnée de pommade inerte à
 l'oxyde de zinc ;

2. Ou le conduit est encore humide : recommencer le panse-
 ment au nitrate d'argent à 1/40, jusqu'à obtention de la siccité.

b) Si ce traitement est insuffisant, il faut agir plus énergique-
 ment, avec une solution de nitrate d'argent à 1/10.

D'abord enduire de vaseline la conque et le lobule ; remplir
 le conduit de la solution au 1/10 (tiédie dans une cuiller momen-
 tanément tenue audessus d'une flamme), la tête du malade étant
 penchée du côté sain ; laisser ce bain au maximum trois minutes
 dans l'oreille ; neutraliser alors en faisant une injection d'eau
 salée tiède ; sécher ensuite le conduit très minutieusement avec
 des mèches d'ouate hydrophile ; terminer en mettant à demeure
 une mèche d'ouate imbibée de pommade à l'oxyde de zinc.

Il est bien rare que, par ces divers moyens méthodiquement
 appliqués, on ne vienne pas à bout de l'eczéma du conduit. Dans
 tous les cas, on recommandera au malade, une fois guéri, de ne
 pas introduire d'eau dans son oreille en faisant sa toilette.

ECZÉMA CHRONIQUE.

C'est presque toujours un eczéma sec.

Il est très tenace, rebelle et récidivant ; et comme il est fort
 peu gênant, rarement on a la patience de le guérir. Cependant,
 il n'est pas quantité négligeable, attendu que presque fatalement,
 tôt ou tard, il engendre une des affections les plus douloureuses
 qui existent, la furonculose du conduit.

Et voici pourquoi. L'eczéma provoque des démangeaisons ;
 les démangeaisons appellent des grattages ; les grattages pro-
 duisent des inoculations ; les inoculations amènent des furoncles.

L'eczéma chronique occupe : 1. le plus souvent le conduit auditif ; 2. rarement le pavillon de l'oreille.

Eczéma chronique du conduit.—Les symptômes de son traitement varient suivant son intensité.

a) L'eczéma est léger.—Subjectivement, démangeaisons : objectivement, simple desquamation furfuracée.

Le traitement en est facile. Trois recommandations à faire au malade :

1. Éviter soigneusement, quand il se lave, de faire pénétrer de l'eau dans ses oreilles ;

2. Ne pas se gratter avec tous les objets à sa portée (épingles à cheveux, allumette, tête de crayon, etc.) ;

3. Badigeonner trois fois par jour le conduit avec un pinceau légèrement imbibé d'un des mélanges suivants : huile d'olive mentholée, 1,740 ; huile d'olive goudronnée, 1,710 ; huile d'olive cadique, 1,710 ; huile d'olive salicylée, 1,200.

b) L'eczéma est plus accentué.—Subjectivement, surdité ; objectivement, accumulation dans le conduit de squames épidermiques formant bouchon et très adhérentes aux parois.

Il faut, avant toute chose, enlever ce bouchon. En le chassant avec une injection ? mais le bouchon, très adhérent, ne se laisserait pas détacher. En l'extrayant avec une pince ? mais on n'en aurait ainsi que des fragments : d'ailleurs, cette manœuvre, très douloureuse, produirait des excoriations pouvant être le point de départ d'une lymphangite.

Il faut d'abord ramollir le bouchon épidermique. Pour cela, pendant quarante-huit heures, remplir trois fois par jour le conduit avec une petite quantité du mélange suivant :

Carbonnate de soude..... 1^o centigrammes.
Glycérine neutre..... 10 grammes.

et fermer le méat avec un tampon d'ouate non hydrophile.

Au bout de ce temps : déblayer le conduit avec des injections d'eau tiède, comme s'il s'agissait d'un bouchon de cérumen ; puis, sécher très soigneusement le conduit avec des mèches d'ouate hydrophile ; et appliquer le traitement indiqué plus haut contre l'eczéma subaigu du conduit (corps gras au nitrate d'argent).

Eczéma chronique du pavillon.—Sa résistance au traitement est très variable.

a) La forme légère cède généralement aux pommades indiquées plus haut à propos du traitement de l'eczéma subaigu du pavillon ;

b) La forme intense, eczéma lichénifié (pavillon de carton) réclame un traitement tout spécial.

Il faut, avant tout, décaper le pavillon, c'est-à-dire : 1. ramollir, 2. détacher les couches cornées qui lui forment une carapace.

Cela s'obtient à l'aide d'une solution alcoolique de savon mou de potasse.

La technique en est la suivante : Frictionner énergiquement la peau, presque "jusqu'au sang" avec des tampons d'ouate imbibés de cette solution ; essuyer soigneusement avec des tampons humides, puis secs ; et appliquer sur le pavillon : a) soit une pommade inerte à base d'oxyde de zinc ; b) soit une pommade active à base d'ichthyol 1/10 ou de styrax 1/10. Et recommencer ce traitement tous les trois ou quatre jours.

La forme séborrhéique sera plus spécialement traitée par les pommades soufrées.

S'il y a des rhagades, les fermer en y promenant une pointe très fine de crayon de nitrate d'argent.

Quand l'amélioration sera notable, on remplacera ce traitement énergique par l'application des pommades diverses prescrites plus haut.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Il est nécessaire, mais insuffisant. Les médecins ont le tort de s'y borner ; les auristes ont le tort de le négliger.

Régime.—Boissons interdites : café et thé, alcool, liqueurs, vin pur.—Aliments défendus : charcuterie, sauf le maigre de jambon ; gibier, si faisandé ; poissons de mer transportés ; aliments épicés ; fromages faits.

Hygiène.—Aller régulièrement et suffisamment à la garde-robe. Ne pas prendre de bains chauds.

Médication médicale.—Elle vise naturellement le terrain. On prescrira, autant que possible (?) :

Aux arthritiques : les alcalins, une saison à Vichy, Royat ou une saison sulfureuse, Luchon ;

Aux goutteux : la lithine, ou une saison à Contrexéville, Vittel, Evian ;

Aux scrofuleux : l'iode, l'huile de foie de morue, ou une saison aux eaux salines, Salies, Kreuznach, ou chlorurées arsénicales, la Bourboule ;

Aux névropathes : les bromures, la valériane, ou une saison à Nérès, Divonne, Bigorre.

Médication spécifique (?)—Il n'y a pas de médicament spécifique de l'eczéma, pas même l'arsenic, qui prétend à ce titre.

Cependant, faut-il oui ou non le prescrire ?

a) Non, tant qu'il y a encore la moindre trace d'un état inflammatoire ;

b) Oui, dans les eczémas très nettement chroniques, ptyriasiques ou lichénifiés :

Arseniate de soude.....	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise.....	50 gr.
Eau distillée.....	200 gr.

Une à quatre cuillerées à café par jour, en mangeant,

PROPHYLAXIE.

Rechercher la cause de l'eczéma de l'oreille et la supprimer. Cela est facile dans les cas rares où elle est locale, comme dans les circonstances suivantes :

1. *Pansements d'oreilles insuffisants chez les otorrhéiques.*—a) Instituer des pansements propres et rationnels ; b) rapprocher les pansements, s'ils sont trop espacés.

2. *Emploi de substances mal tolérées par le conduit des otorrhéiques.*—Iodoforme, salol, aïrol, traumatol ; à supprimer ;

3. *Cas de phthiriose ; cas de séborrhée du cuir chevelu.*

Mais, en dehors de ces cas rares, s'est surtout en traitant l'état général qu'on fera la meilleure prophylaxie de l'eczéma de l'oreille.

Les vomissements des tuberculeux et leur traitement

En 1737, Morton écrivait : “ La disposition à vomir jointe à la toux est un des signes pathognomoniques les plus certains de la phtisie.” Ce signe n'a pas seulement une grande valeur de certitude, il a souvent le très grand avantage d'être extrêmement précoce. Son étude offre donc tout l'intérêt clinique du diagnostic, si difficile et si important, de la tuberculose au début. De plus, par leur fréquence, par leur répétition, ces vomissements deviennent une cause de dépérissement rapide ; chez des malades qu'il faut non seulement alimenter, leur traitement offre donc un intérêt pratique urgent.

La toux avec vomissements ne se voit guère que dans les cas de coqueluche et de tuberculose ; théoriquement, on pourrait ajouter un troisième les tumeurs du médiastin. La toux coquet luchoïde émétisante peut être, en effet, due aux compressions du pneumo-gastrique par ces tumeurs ; mais celles-ci sont rares et les plus communes, les adénopathies, sont neuf fois sur dix au moins de nature tuberculeuse. C'est cette nature qui fait l'intérêt du diagnostic ; elle dépasse, à cet égard, le siège anatomique précis de la lésion.

Pratiquement le problème se trouve donc circonscrit entre la coqueluche et la tuberculose au début. Rarement sa solution offre des difficultés réelles. L'âge du malade, le milieu épidémique, le terrain, la notion d'une coqueluche antérieure fourni-

ront déjà d'importantes présomptions. La toux de la tuberculose est plus émetisante encore que celle de la coqueluche, mais elle est moins quinteuse, elle n'offre pas la reprise caractéristique. Elle s'accompagne très souvent d'un état anémique marqué, très souvent aussi de palpitations. Les nausées font défaut dans un cas comme dans l'autre. Dans un cas comme dans l'autre, les premières heures de la nuit amènent une aggravation. C'est le repas du soir qui est le plus souvent vomi.

L'essentiel pour le diagnostic est d'accorder à la toux émetisante de Morton sa signification réelle. Quand la coqueluche ne vient pas l'expliquer, elle constitue un signe de tuberculose presque certain. Sa valeur est au moins égale à celle d'une pleurésie, d'une hémoptysie, d'une respiration rude au sommet. L'important est de ne pas croire à de simples indigestions, à une dyspepsie chlorodique.

Le diagnostic erroné de la dyspepsie simple réserve d'ailleurs une période de réelle mais temporaire satisfaction. Ces vomissements, très pénibles au début, tendent en effet à aller d'eux-mêmes s'atténuant. Les révoltes stomacales s'apaisent à mesure que la tuberculose du poumon progresse. Il est naturel d'attribuer cette amélioration spontanée au traitement dirigé contre la dyspepsie. Un peu d'attention évitera cette grosse faute de pronostic. Le malade vomit de moins en moins ; mais il dépérit et s'affaiblit de plus en plus.

En dehors des vomissements, il n'y a le plus souvent chez ces malades que peu de troubles stomacaux. L'appétit peut même être assez bon ; la langue reste presque toujours remarquablement nette et propre. Lasègue avait bien insisté sur la valeur de cette langue humide non saburrale chez un malade fébricitant, qui ne se rencontre guère en dehors des tuberculeux. L'estomac est souvent dilaté, toujours même d'après Marfan. Cette dilatation risque plutôt d'égarer que de guider le diagnostic ; mais elle fournit au régime sec ou demi sec une indication utile ; la diminution des liquides facilite beaucoup la tolérance stomacale.

Plus tard, chez les tuberculeux avancés, on peut, au contraire, voir les vomissements dans des conditions toutes différentes. Ils n'ont plus de rapport avec la toux ; ils sont précédés de nausées, et s'accompagnent de signes d'embarras gastrique, de douleurs épigastriques. Ces vomissements ultimes sont surtout justiciables des injections de morphine, de l'opium et du régime lacté absolu. Ils n'offrent pas le grand intérêt pratique des vomissements du début.

* * *

L'indication thérapeutique fondamentale est évidemment dans ceux-ci le traitement de l'état général et de la tuberculose. La cure d'air, la cure de repos, le séjour à la campagne ont parfois une action décisive sur les vomissements. Mais, le plus souvent, pour obtenir une alimentation suffisante, ceux-ci doivent être directement combattus.

La révulsion constitue un moyen de premier ordre. Elle peut être faite au moyen de petits vésicatoires ou de pointes de feu. On l'essaiera, en général, au creux épigastrique. Les injections sous-cutanées d'eau dilatée, préconisées par Tripier (de Lyon), réussissent souvent très bien. Mais, quand l'auscultation donne des signes, même très légers, à un des sommets, la révulsion en ce point a souvent sur les vomissements une action des plus favorables ; cette particularité pratique importante a été bien mise en relief par Potain.

Les calmants de la toux les plus divers ont été essayés. Tous comptent des succès. Fonssagrives donnait par jour 4 à 5 grammes d'eau de laurier-cerise. Peter préférait, au moment de la quinte, cinq ou six gouttes de la solution de morphine au cinquantième. Le laudanum à dose de trois à quatre gouttes, les gouttes noires anglaises à dose d'une à deux gouttes sont indiqués quand les vomissements s'accompagnent d'une tendance à la diarrhée. Les bromures, la valériane peuvent trouver exceptionnellement leur emploi chez quelques sujets d'un nervosisme excessif. Guéneau de Mussy se servait beaucoup de la belladone. Il donnait après chaque repas une à deux des pilules suivantes :

Extrait mou de quinquina.....	0 gr. 10
Extrait de belladone.....	0 01

Pour une pilule.

La cocaïne, le menthol ont été également utilisés avec succès. Voici deux formules dues la première à Barié, la seconde à Leichtenstein.

1° Eau de laitue	150 grammes.
Sirop de quinquina.....	20 "
Cocaïne.....	0,25 centigr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

2° Menthol.....	1 gramme.
Cognac.....	20 "
Sirop simple.....	30 "

Par cuillerées à café dans un peu d'eau d'heure en heure.

Mais le médicament le mieux indiqué est la créosote. Celle-ci est doublement indiquée et contre les vomissements et contre la tuberculose. Son action spéciale contre la toux émétisante a été bien démontrée par M. Jaccoud. Comment s'exerce-t-elle ? Peut-être la légère irritation stomacale déterminée par la créosote est-elle utile. Cette action se retrouve, en effet, avec d'autres irritants, la teinture d'iode à dose de cinq à dix gouttes dans un peu d'eau, l'acide phénique sous forme de cuillerée à bouche de sirop phénique. La créosote peut être donnée de la façon suivante :

Créosote.....	10 grammes.
Teinture de gentiane.....	20 "
Cognac.....	200 "
Vin de Xérès.....	800 "

Une à deux cuillerées à bouche après chaque repas. (Frantzel).

Tous ces moyens suffisent, en général. Quand le succès n'est pas rapide, l'alimentation à la sonde par le procédé de Debove triomphera sûrement des vomissements les plus incoercibles. Son mode d'action est encore mal connu. L'explication la plus plausible a été donnée par Marfan : le passage répété de la sonde émousserait la sensibilité des rameaux œsophagiens du pneumogastrique. Il est rare que plus de quatre à cinq lavages soient nécessaires. Le lait mêlé de jaunes d'œufs ou de poudre de viande, constitue pour l'introduction par la sonde l'aliment le plus pratique. Avant le gavage, il est quelquefois utile de faire avec un peu d'eau alcalinisée un lavage de l'estomac.

En dehors du gavage, Dettweiler de Falkenstein a indiqué un certain nombre d'aliments mieux tolérés. Ce sont, en général, ceux qui exigent peu d'efforts de mastication : bouillies, laitage au riz, à la semoule, au tapioca, potages à la reine, potages avec viande pulpée, hachis, gelées au gluten, cervelles, huîtres, crèmes, etc. Les repas doivent être fréquents et peu copieux ; le repas du soir sera, en particulier, très léger. Une excellente pratique est d'obtenir du malade qu'il mange de nouveau aussitôt après le vomissement. Ce deuxième repas exige un réel effort d'énergie, mais il est presque toujours gardé. Une infusion aromatique chaude, café, thé, camomille est utile à la fin du repas. La noix vomique, souvent employée par Pidoux, trouvera surtout son indication quand l'estomac est atone, très dilaté.

En cas de vomissements exceptionnellement tenaces et si le malade se refusait au gavage, la galvanisation du pneumogastrique constituerait une dernière ressource. Le procédé serait analogue à celui pour les vomissements incoercible de la grossesse. Le pôle positif sera placé au niveau des scalènes sur le pneumogastrique du côté précocément atteint ; le pôle négatif sera mis sur l'estomac. Une intensité de cinq à six milliampères avec une durée de dix minutes est suffisante. L'essentiel est de procéder avec lenteur dans la mise en train, l'augmentation progressive, puis la diminution du courant. Il importe aussi d'éviter les interruptions brusques et de bien fixer les électrodes à leur point d'application.

Le *Medical* rapporte (*Medical Age*, 10 Nov. 1899) qu'une dame de Londres se plaignait à son médecin qui lui avait prescrit une potion tonique, que cette potion lui faisait mal. Afin de prouver à sa cliente que le médicament était inoffensif, il en prit quelques gorgées. En arrivant chez lui, il eut une convulsion et mourut peu après. L'analyse démontra que la potion contenait une forte proportion de strychnine, que le médecin avait prescrit par erreur, au lieu d'eau chloroformée.

Paul Hendrick Kruger, neveu du président Kruger, est un gradué en médecine de l'université d'Edinbourg où il a remporté le prix de chirurgie Syrne.

L'ÉPISTAXIE ET SON TRAITEMENT

PAR

LE D^r PAUL RAUGÉ.

Bien qu'elle se passe sur le terrain rhinologique, l'hémorragie nasale appartient de plein droit à la médecine courante. Elle est le type des accidents d'urgence, que tout le monde doit connaître parce que tout le monde peut avoir à les combattre. Les spécialistes la décrivent ; mais ce sont, quatre fois sur cinq, les médecins qui ont à la traiter. Ils la traitent même assez mal, soit dit sans vouloir leur déplaire ; et cela parce qu'ils agissent suivant des traditions fâcheuses, et pratiquent, sans examiner la région, sans se soucier d'où vient le sang, une médication tantôt insuffisante, tantôt excessive et brutale. Voyez plutôt dans quel esprit on généralement traite, dans les concours, ce "cas de garde" cher aux jurys d'internat. Après avoir énuméré les subdivisions scolastiques en épistaxis active et passive, essentielle et symptomatique, dyscrasique et supplémentaire, les candidats tombent d'accord pour appliquer en bloc à toute hémorragie nasale, pour peu qu'elle soit abondante, un traitement égalitaire et simple : le tamponnement postérieur. Et les voilà décrivant tous, avec de complaisants détails, cette opération néfaste qu'on pratique presque toujours à contre-temps, et qu'ils devraient précisément avoir appris à ne pas faire.

C'est avec ces idées sommaires sur les causes de l'épistaxis, et surtout sur son traitement, qu'on arrive généralement dans la pratique. Aussi n'est-il pas d'accident qui, sous un air plus banal et plus simple fasse commettre plus de fautes.

En présence d'un nez qui saigne, que fait généralement le praticien ? Il commence par le laisser saigner, ou bien, ce qui revient au même, il épuise, sans conviction, la série inutile et bizarre des petits moyens débonnaires que pratiquent les gens du monde : glace sur le scrotum et sur les seins, compresses froides sur la tête, élévation du bras correspondant à la narine qui saigne (Négrier), constriction violente des oreilles, et jusqu'au procédé populaire et classique de la clef entre les épaules.

Il se peut que, pendant ce temps, l'écoulement sanguin s'arrête, quand il veut bien s'arrêter seul. Mais le plus souvent il persiste et la nécessité s'impose d'une intervention plus active. C'est alors que le médecin, qui n'était jusque-là qu'inutile, devient quelquefois dangereux. Tout de suite, sans transition, il prend un parti suprême, tire sa sonde de Belloc et pratique classiquement, l'inéluctable tamponnement : non pas un tamponnement méthodique, chirurgicalement exécuté par l'orifice de la

narine, mais le tamponnement postérieur, opération malencontreuse qu'il faut assurément pratiquer quelquefois, quand on ne peut faire autrement, mais dont on doit, je le répète, savoir avant tout se passer, pour peu qu'elle soit évitable, c'est-à-dire presque toujours.

Il est superflu d'insister sur ce qu'a de rudimentaire ce traitement tout d'une pièce, qui ne fait rien ou qui fait trop, et passe sans ménagement de l'indifférence à l'excès de zèle. Outre que le tamponnement postérieur est un procédé d'ignorance qui élude une exploration nécessaire, c'est surtout un procédé dangereux : dangereux pour l'oreille et pour la trompe, dont il menace l'embouchure pharyngienne ; dangereux pour la santé générale par les complications septiques qui en sont quelquefois la conséquence. Je ne parle pas de la torture que représente pour le malade l'introduction souvent laborieuse et la présence prolongée du corps étranger qu'on met à demeure au fond de son naso-pharynx.

Pourquoi, d'ailleurs, dès qu'il s'agit d'une hémorragie par le nez, songe-t-on immédiatement à un traitement d'exception, et n'agit-on pas tout l'abord comme si l'on était en présence d'une hémorragie ordinaire. La première idée, quand une plaie saigne, est de rechercher le vaisseau qui donne, pour le lier, le pincer ou le tordre, tout au moins pour appliquer un tampon directement compressif. Pour arrêter une perte de sang, comme pour "aveugler" une voie d'eau, il faut commencer par la reconnaître. Au lieu de cela, dans les fosses nasales, on ne songe pas un instant à trouver la source du mal. On se hâte de boucher les orifices, enfermant l'ennemi dans la place et laissant se faire à loisir une véritable hémorragie interne. Que diriez-vous d'un ouvrier gazier qui, mandé pour boucher une fuite, négligerait de rechercher la fissure par où perd le conduit et s'en irait tranquillement après avoir fermé les portes et les fenêtres, confiant que ça s'arrêtera quand l'appartement sera plein. Qu'on me passe cet apologue ; mais n'est-ce pas exactement ainsi que fait le médecin, quand il part, laissant son malade tamponné en avant et en arrière, et saignant entre ses deux tampon ; c'est, en petit, la faute déplorable qui consiste à tamponner le col pour une inertie utérine. Dans le nez, comme partout ailleurs, il faut d'abord essayer d'y voir clair, et là aussi on doit "chercher la fuite" pour y porter directement soit le tampon, soit le caustère, soit les agents hémostatiques.

On va, je pense, me répondre que tout cela est bon à dire, mais que si rien n'est plus aisé que de saisir et de lier une artère dans une plaie à ciel ouvert, il est loin d'en être de même pour une cavité profonde, anfractueuse, inondée de sang, remplie de caillots, et qui ne peut être explorée qu'avec des instruments spéciaux et des procédés d'éclairage que le praticien de campagne n'a pas souvent entre les mains. Et, partant de cette idée préconçue que l'entreprise est impossible, que le point qui saigne est inabordable, on ne tente pas de l'atteindre, on ne cherche même pas à le voir. Au lieu de traitement précis qu'on pourrait au moins essayer, on applique au petit bonheur, une occlu-

sion problématique ; au lieu de porter la compression sur le seul point qui la demande on eutasse aveuglément des tampons, comptant qu'il y en aura un dans le nombre qui ira se mettre au bon endroit.

Et pendant qu'on perd un temps précieux à ce traitement à la fois insuffisant et excessif, on ne se doute pas que, presque toujours, la fissure est là, sous vos yeux, à la portée d'une action directe, et ne demandant qu'à être bouchée ; qu'elle n'est pas, comme on le croit, cachée au fond des cavités nasales, mais presque à l'entrée des narines ; qu'il suffirait d'inspecter la cloison, en relevant l'aile du nez, pour atteindre de l'œil ou du doigt le lieu précis d'où vient le sang : et cela, la plupart du temps, sans qu'il soit besoin de spéculum ni d'éclairage artificiel, mais simplement en se plaçant devant le grand jour d'une fenêtre.

Il est un détail, en effet, que tout praticien devrait connaître, car il domine, sans qu'il y paraisse, la question de l'épistaxis et donne, comme le dit Lermoyez, " la clef " de son vrai traitement : c'est que le point d'où vient le sang est presque toujours un point limité, de siège à peu près invariable et, qui plus est, très accessible. C'est à la partie antéro-inférieure de la cloison, un peu au-dessus et en arrière de l'orifice de la narine, qu'est exactement circonscrite cette zone hémorragipare. Il faut seulement le savoir et surtout il faut y penser. Or, on l'oublie ou on l'ignore, et, partant de cette idée fautive que les hémorragies nasales sont toujours des hémorragies diffuses, en tout cas des hémorragies profondes on renonce de parti pris à les tarir directement.

C'est là justement qu'est l'erreur. Dans le nez, aussi bien qu'ailleurs, la source du sang est, sinon toujours, du moins généralement abordable, aussi bien presque et parfois mieux que dans une plaie de la main. Car il est souvent plus facile de tamponner une cloison qui saigne que de lier, dans une blessure profonde, les bouts des arcades palmaires, des digitales ou des inter-osseuses. Cette origine régulière, constante, presque mathématiquement délimitable, est une chose bien connue des rhinologistes et signalée depuis longtemps : une statistique de Chiari a montré que, sur 25 cas d'épistaxis spontanée, le sang provenait 22 fois de la partie antérieure de la cloison. Cependant ce fait important est encore assez ignoré dans la pratique générale, et l'on ne saurait assez insister pour y attirer l'attention. M. Lermoyez, plus que personne, s'est efforcé avec raison d'en vulgariser la connaissance. Pour qui sait ce détail topographique, l'épistaxis cesse d'être une hémorragie particulière, d'origine mystérieuse et de traitement indécis ; c'est une perte de sang comme une autre qu'on peut et qu'on doit attaquer comme toute perte de sang, c'est-à-dire directement, et mettant, comme on dit, la pièce sur le trou.

Je ne dis pas qu'on n'ait un peu abusé de cette notion si commode, si précise et à la fois si pratique. Comme il arrive quand un fait est très séduisant ou très simple, on a peut-être la tendance, à mesure qu'on le connaît mieux, de le généraliser avec quelque excès. Il semble que la cavité nasale a perdu le droit

de saigner autre part qu'au lieu d'élection, que les autres régions de la muqueuse sont devenues invulnérables, et que toutes les épistaxis viennent fatalement de là. C'est assurément aller trop loin. Sans doute la zone en question saigne plus fréquemment que d'autres, nous essaierons bientôt de rechercher pourquoi. Mais le sang dans les fosses nasales comme dans toute autre cavité, peut fort bien provenir d'ailleurs. Il peut sourdre de tous les points de cette muqueuse si vasculaire. Il peut même venir, quoiqu'assez rarement, de plusieurs régions à la fois : bien que je ne crois pas beaucoup à ces hémorragies profuses, véritable pluie de sang, qu'on se plaît à imaginer suintant de toute la muqueuse sous l'action de dyscrasies plus ou moins vagues, il est certain qu'ici comme ailleurs on observe, dans quelques cas, de véritables hémorragies en nappe.

Cette notion topographique a une importance capitale au point de vue du traitement. Aussi va-t-elle nous donner les bases d'une division qui doit être avant tout pratique. Ce point de vue assurément nous fournira des données plus utiles que les classifications surannées plus ou moins confusément déduites des causes de l'hémorragie. Puisque l'étiologie n'apporte aucune indication thérapeutique utile et que le traitement causal ne conduit qu'à des moyens médicaux notoirement insuffisants, il est temps de renoncer enfin à des subdivisions gothiques qui ne répondent ni à la réalité des choses, ni aux besoins du traitement, d'oublier l'épistaxis idiopathique, complémentaire ou cachectique, et de s'occuper un peu plus de la lésion qui la produit. Ce qui nous importe, après tout, c'est moins de savoir pourquoi le nez saigne que de savoir où et comment il saigne, de chercher enfin la source du mal pour tâcher, si nous ne pouvons, d'y porter directement le remède.

Voici la classification qui semble la plus naturelle pour catégoriser les hémorragies nasales. Elle est uniquement basée sur le siège des lésions, sur leur nombre et sur leur étendue, c'est-à-dire qu'elle contient en substance l'indication du traitement probable qui convient à chaque variété :

- a) Hémorragie circonscrite au lieu d'élection.
- b) Hémorragie circonscrite à siège indéterminé ou profond.
- c) Hémorragie diffuse.

a) *Hémorragie au lieu d'élection.*—Si l'on examine avec soin, sur le visage, ou mieux sur le cadavre, la partie antéro-inférieure d'un cloison nasale saine, on y observe certains détails, assez peu apparents d'ailleurs, et qui, sans parler ici de leur signification anatomique abstraite ont une très grande importance au point de vue pathologique. Il n'est peut-être pas de région, sauf celle de l'infundibulum, qui, dans toute la cavité, offre plus d'intérêt chirurgical.

On y rencontre tout d'abord, un peu en arrière et au-dessus de l'épine nasale antérieure, une saillie cartilagineuse allongée d'avant en arrière et de bas en haut suivant la suture qui unit la pointe antérieure du vomer au bord postéro-intérieur du cartilage quadrilatère : c'est le cartilage de Jacobson (carrillage ac-

cessoire de Sappey, cartilage vomérien de Huschke). Un peu au-dessus de cette saillie, on aperçoit, non sans difficulté, l'orifice étroit d'un cul-de-sac : indiqué dès longtemps par Ruysch (1703), Sømmering (1809), Merkel (1820), Dursy (1869), A. Kœlliber (1877), Th. Kœllifer (1882), Schwalbe (1887), Løwe (1890), Quain (1882), Zuckerhandl (1888), il a été plus récemment fort bien étudié par M. Potiquet qui en a résumé l'histoire et fixé d'une façon très précise l'aspect et la situation.

Cette dépression de la muqueuse représente, dans l'espèce humaine, le vestige atavique et déchu de l'organe de Jacobson, ce long tube à paroi membraneuse, qui s'observe très développé chez les ruminants et les rongeurs, et qui, chez l'homme s'est réduit à cet aspect rudimentaire. A moins qu'elle corresponde, comme le soutient Gegenbaur, à cette glande de la cloison qui atteint, chez les prosimiens, un développement beaucoup plus complet. Mais s'il n'a conservé chez nous qu'une signification purement phylogénique et, si l'on peut dire, représentative, cet organe désaffecté et physiologiquement inutile manifeste encore sa présence par des méfaits pathogéniques : il joue, dans la chirurgie de la région, un rôle étiologique intéressant sur lequel des travaux récents (Løwe, Onodi, Sandmann, Voltolini, Rossbach, Hajek), ont attiré l'attention. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur l'hypothèse ingénieuse qui rapporte à l'hypertrophie des cartillages de Jacobson les épaisissements de la cloison si fréquents dans cette région antérieure. Nous n'avons à nous occuper que de la part étiologique qu'on accorde depuis quelques temps à ces languettes cartilagineuses et au cul-de-sac qui les surmonte, dans les ulcérations et les hémorragies.

Tendue sur les saillies résistantes, la muqueuse est, à ce niveau, plus mince, partant plus vulnérable que dans tout autre région : les contacts et les frottements peuvent, plus aisément qu'ailleurs, y déterminer des éraillures, surtout chez les jeunes sujets, dont on connaît la fâcheuse tendance à gratter continuellement avec l'ongle cette partie trop accessible à leurs atteintes. D'autre part, la dépression formée par le cul-de-sac jacobsonien est une sorte de réceptacle particulièrement disposé aux inflammations chroniques (Potiquet). Arrêtées dans sa cavité, les poussières atmosphériques et les germes microbiens, qui traversent les fosses nasales, s'y accumulent, s'y multiplient et y produisent à la longue un état d'irritation permanente. Le malade écorche du doigt ce point devenu prurigineux et finit, mécaniquement, par exulcérer sa muqueuse. Une petite croûte se forme ; il l'arrache, elle se reproduit ; il gratte et il l'enlève encore. Si bien que l'érosion, d'abord superficielle, gagne peu à peu en profondeur et devient une véritable ulcération.

Deux cas alors peuvent se présenter : tantôt il se produit à sec, sans hémorragie, sans plaie apparente, une perte de substance de la muqueuse, puis du cartilage lui-même, qui est lentement aminci et parfois complètement transpercé. Ainsi se forment vraisemblablement ces perforations si fréquentes dans cette région du septum, perforations qu'on déclarait naguère invaria-

blement spécifiques, mais dont Weichselbaum et Voltolini ont fait triompher l'innocence en montrant qu'une cloison perforée n'est pas toujours, quoi qu'on en dise, un certificat de syphilis et que les pertes de substance qui siègent dans la région jacobsonnienne peuvent notamment relever d'une origine tout à fait honnête: c'est l'ulcère perforant du septum, si bien étudié par Hajek.

Mais ce travail de destruction n'a pas toujours cette marche silencieuse, qui s'accomplit le plus souvent à l'insu même des malades, et qui explique leur surprise quand un beau jour, on leur apprend, en les examinant pour autre chose, qu'ils ont un trou dans la cloison. Il arrive assez fréquemment que l'ulcération s'accompagne d'hémorragies plus ou moins abondantes. Suscitée par le processus inflammatoire, les vaisseaux se multiplient et se dilatent, les veines deviennent variqueuses, plus fragiles et plus friables: véritables télangiectasies nasales qui sont l'origine ordinaire des épistaxis répétées si fréquentes chez les adolescents.

Ces pertes de sang se produisent d'autant plus aisément en ce point qu'il est particulièrement vasculaire: c'est, en effet, à ce niveau que l'artère de la cloison (branche interne de la sphéno-palatine) fournit ses divisions terminales et forme un réseau assez riche répondant aux anastomoses avec les rameaux descendants de l'artère sus-orbitaire et de la palatine postérieure. L'hémorragie est, d'autre part, favorisée encore par ce fait que les vaisseaux, à ce niveau, reposent sur un plan de cartilage résistant, inflexible et rigide, incapable de rétraction, et sur lequel les artères ulcérées demeurent forcément béantes.

Telle est l'origine ordinaire de ces épistaxis soi-disant spontanées, et qui sont, en réalité, l'effet d'un véritable traumatisme: tramatisme imperceptible et lent, se produisant, si je puis dire, à froid et d'une façon presque chronique, mais permanent, réitéré, et provoquant l'hémorragie avec d'autant plus de certitude qu'il détermine sourdement à la fois la dilatation des vaisseaux et leur érosion mécanique. (*A continuer.*)

Une compagnie vient de se former à New-York, dit le *Medical Age*, pour ériger près de Nyack un fourneau pour la création rapide, au moyen de l'air liquide.

Le même journal dit qu'un Montréalais vient d'inventer une semelle de botte pneumatique. Quand on lève le pied la semelle se remplit d'air, que la pression chasse autour du pied quand on l'appuie sur le sol. L'inventeur prétend que ce moyen de ventilation tient le pied sec et frais.

Du même journal. Doyen, le chirurgien français, a exhibé aux étudiants de Kiel, des vues cinématographiques de diverses opérations. Il affirme que ces vues sont beaucoup plus avantageuses aux étudiants en médecine que la description la plus élaborée.

Emploi thérapeutique des lavements alimentaires

PAR

F. REBREYEND

(Interne des Hôpitaux.)

Les perfectionnements de la chirurgie de l'estomac, son application de plus en plus étendue aux affections chroniques de cet organe, ont remis d'actualité la question des lavements nutritifs.

De nombreux travaux, conçus, les uns dans un sens plus particulièrement physiologique, les autres dans un esprit plus directement pratique et médical, nous ont permis de nous faire aujourd'hui une idée précise des services que nous pouvons attendre de ce mode d'alimentation. On les trouvera très complètement résumés et leurs conclusions judicieusement discutées dans le travail de notre collègue et ami J. Ch. Roux.

D'une façon générale, on peut dire qu'une des principales indications des lavement nutritifs, est de suppléer l'alimentation par la voie normale, pendant une période plus ou moins prolongée d'immobilisation des voies digestives supérieures rendue nécessaire soit par une opération portant sur l'estomac, soit par une lésion traumatique ou ulcéreuse de cet organe. Voyons, dans ces conditions, quels services ils peuvent rendre.

Nous passerons rapidement sur la théorie proprement dite, nous bornant à en retenir ce qui est strictement indispensable.

La notion la plus ancienne en date, celle aussi qui domine toute la question, c'est que si l'on peut tenter dans la cavité du gros intestin l'absorption alimentaire, on n'y peut espérer aucune espèce de digestion. Les aliments introduits en nature, sous la forme où ils sont normalement déglutis, s'y putréfient, ne s'y digèrent point, aucun ferment capable de les modifier utilement n'étant sécrété par les glandes propres de la muqueuse, aucun ferment n'y parvenant des voies digestives supérieures.

Donc, et en se plaçant dans les conditions les plus favorables, il faudra faire de deux choses l'une : ou introduire en lavement des produits immédiatement assimilables, tels que les peptones, les liquides, les graisses émulsionnées, ou introduire en même temps que la substance nutritive le ferment modificateur, par exemple des lavements préparés au jus de viande avec du suc de pancréas à l'état frais.

Une seconde notion résulte de la presque unanimité des cas qui furent l'objet d'une expérimentation : l'alimentation rectale,

faite dans les meilleures conditions possibles, n'a jamais pu remplacer complètement l'alimentation par la voie normale. La perte de poids se produit fatalement, suivant une formule presque constante, et l'inanition, plus ou moins retardée, en est la conséquence.

Il faut donc renoncer à la chimère séduisante d'une alimentation rectale suppléant totalement à l'alimentation gastrique et pouvant être la ressource suprême des cas inopérables, des atrésies œsophagiennes ou pyloriques définitives. En lui accordant son caractère d'utilité comme méthode essentiellement transitoire, elle présente des indications limitées et précises, suivant son mode d'emploi.



Nous pouvons distinguer deux éventualités tout à fait différentes où l'alimentation par la voie rectale peut et doit rendre de réels services.

Premier cas : une intervention chirurgicale portant sur l'estomac, l'œsophage, les premiers segments de l'intestin grêle, condamne pendant une durée variable ces organes à un repos absolu (gastro-entérostomie, pylorectomie, entéro-anastomose). Il y a un intérêt majeur à éviter, au début, aux surfaces réuasiées par la suture l'effort mécanique des aliments, sans parler des fermentations inséparables d'une digestion normale. De plus, ces interventions étant pratiquées, dans la presque totalité des cas sur des individus amaigris, sinon cachectisés, il importe de conserver, d'augmenter même, pendant la période post-opératoire, leur résistance physiologique.

La tendance actuelle des chirurgiens est d'abrégier, autant qu'il est possible, cette période d'inanition relative ; et l'on entendait tout récemment, au Congrès de chirurgie, M. Roux, de Lausanne, et ses élèves, présenter l'alimentation rapide comme un avantage, et non des moindres, de la gastro-entérostomie en Y. Que l'on tente l'alimentation à la façon de ces chirurgiens, dès le premier ou le second jour, ou que, moins hardi, on attende le troisième ou le quatrième, il y aura là une période transitoire pendant laquelle le lavement nutritif pourra être très utilement employé.

On se trouvera même bien toujours, d'après M. Roux, de Lausanne, de pratiquer l'alimentation rectale préventivement plusieurs jours avant l'opération, dans le but de remonter momentanément des malades très faibles et impossibles à alimenter.

Ceci dit sur les indications de la méthode, sous quelle forme les lavements devront-ils être administrés ?

Une première condition, c'est de leur donner, dans tous les cas, un très petit volume. A ce point de vue, il faudra tenir un grand compte de la nervosité plus ou moins grande du malade, de sa docilité, de son accoutumance aux lavements. Certains conserveront aisément sans les rejeter des lavements de 550 grammes ; mais, pour la plupart, il faudra se borner à 250 ou 300 grammes

de liquide, quitte à les renouveler, si besoin est, plusieurs fois dans la journée, de trois à quatre fois en général.

Un lavement simple, purement évacuateur, précédera utilement le lavement alimentaire : en débarrassant l'intestin des matières qui peuvent y séjourner, il facilitera la tolérance du rectum.

Le lavement nutritif pourra être composé d'une façon très variable. Nous avons le choix entre les lavements de suc de viande additionné de suc pancréatique, préconisés par Leube, et les lavements à la peptone animale ou végétale.

La formule la plus répandue pour les peptones animales est celle de Dujardin Beaumetz ; pour une tasse de lait, deux à trois cuillerées à soupe de peptone liquide ou solide ; un jaune d'œuf ; on y ajoute cinq gouttes de laudanum pour prévenir la diarrhée observée parfois par suite de l'irritation rectale. Ce lavement a pour lui la facilité de sa préparation ; il n'entre, en effet, dans celle-ci que des substances usuelles, faciles à se procurer.

Un peu plus compliquée est la formule proposée par Penzoldt pour les peptones végétales :

Farine de pois	250 grammes
Eau	500 "
Acide salicylique	1 "
Glycérine pancréatique	X gouttes.

Penzoldt attribuait à l'acide salicylique la propriété de favoriser la digestion artificielle au même titre que l'acide chlorhydrique, mais il semble que si, aux doses indiquées, l'acide salicylique ne s'oppose pas absolument à la digestion, il la retarde et l'entrave considérablement (Catillon).

Si l'on a recours aux peptones végétales on pourrait donc employer des peptones fabriquées industriellement comme les peptones animales.

Celles-ci doivent être choisies avec la plus grande attention. Leur acidité doit être écartée surtout, et elles doivent être dans un état parfait de conservation. Autant que possible, quand on a reconnu qu'une peptone n'amène pas d'irritation de la muqueuse, il faut s'en tenir à elle.

On aurait tort d'oublier, dans la catégorie des lavements alimentaires, les lavements de sérum artificiel, de tout point analogue à celui qu'on emploie en injections hypodermiques, ou intra-veineuses. Ce n'est pas un paradoxe que de considérer ces lavements comme une véritable alimentation. On sait, en effet, que dans l'inanition par atrophie œsophagienne, la survie peut être longue avec une intolérance absolue de solides ; que la mort survient à bref délai, au contraire, si le malade ne peut compenser, par ingestion de liquide, la déshydratation physiologique. Les lavements de sérum seront donc une ressource précieuse pour faire gagner au malade les quelques heures ou les quelques journées pendant lesquelles existe le danger d'inanition.

Dans les cas où les formules courantes ne donneraient pas les résultats espérés, on pourrait avoir recours aux lavements d'ali-

ments d'épargne, comme l'infusion de café, qui possèdent la propriété curieuse d'être généralement mieux tolérés.

Il est une autre indication de l'emploi du lavement alimentaire, toute aussi importante et intéressante que celle que nous venons de signaler ; c'est, non plus comme ressource temporaire au cours d'une période qu'on peut appeler post-opératoire, mais en qualité de méthode proprement dite, l'alimentation rectale formant, pendant une durée qui peut atteindre plusieurs semaines, la base même du traitement.

C'est dans l'ulcère de l'estomac, dans l'ulcère saignant de préférence et dans la dilatation stomacale, que l'on a tenté d'ériger en méthode thérapeutique le repos momentané de l'organe. On fait ainsi, si l'on veut nous permettre cette comparaison, quelque chose d'analogue à la cystostomie chez les prostatiques ; chez ces derniers, on compte sur la décongestion de la prostate pour rendre un jour aux urines la voie urétrale désobstruée ; dans le cas présent, on espère que la cicatrisation, au moins partielle de l'ulcère, s'opérant à l'abri des irritations alimentaires, permettra de rétablir la tolérance stomacale compromise.

En pareille circonstance il faut forcément compter avec l'inanition relative que les lavements alimentaires ne sauront complètement enrayer ; ils aideront au moins le malade à supporter ces *cures de jeûne* plus ou moins prolongées auxquelles on les soumettra suivant la limite de leur résistance individuelle.

On observera les mêmes précautions que pour les lavements alimentaires post-opératoires. Ici surtout, en prévision d'une durée relativement longue, on veillera à éviter autant que possible l'irritation rectale et la diarrhée qui en est la conséquence. On y arrivera en fragmentant les lavements par petites doses, en veillant à leur alcalinité, en les additionnant au besoin de quelques gouttes de laudanum, enfin, en les faisant précéder d'irrigations rectales évacuantes.

Le poids du malade devra être noté d'une façon d'autant plus précise, que c'est sur ses variations que doit se baser la direction du traitement. C'est lui, plus encore que les sensations subjectives du malade, qui renseignera le médecin sur la possibilité de continuer le traitement, sur l'utilité ou l'urgence de l'interrompre.

Les résultats de cette méthode, jusqu'à ce jour, ont paru très encourageants, non seulement, comme on pouvait logiquement s'y attendre, dans des cas aigus, mais aussi, ce qui paraît plus étrange, dans des ulcères chroniques. Ce repos infligé à l'estomac lui est des plus favorables, bien qu'il ne soit pas absolu, car l'introduction de substances dans le gros intestin détermine des réflexes sur tout le tube digestif. Et, en fait, lorsque l'alimentation est reprise par la bouche, on observe d'une manière constante le retour de l'appétit et une augmentation de poids très notable ; si bien que, pour emprunter la conclusion de J.-Ch. Roux : "L'inanition relative des malades soumis aux lavements alimentaires est largement compensée par leur engraissement consécutif."

CORRESPONDANCE D'AFRIQUE

Nous sommes heureux de pouvoir offrir à nos lecteurs la lettre que nous adresse d'Afrique notre confrère et ami le docteur Eugène Fiset. Malgré son énorme et fatigante besogne, malgré l'épuisement causé par le soleil brulant de ces journées torrides de l'Afrique du Sud, le chirurgien-major du premier contingent ne craint pas de s'imposer un surcroît de travail pour transcrire ses intéressantes observations et les adresser à ses confrères restés au Canada.

La correspondance que l'on va lire n'est pas un travail didactique écrit dans le calme du cabinet et avec l'assistance d'une bibliothèque nombreuse. Notre ami écrit "sur son genou," les tables étant rares. Mais on y trouvera la peinture fidèle d'un état sanitaire minutieusement étudié ; on y trouvera la description exacte et frappante de cas que ne décrivent point les auteurs ; on y verra la mise en œuvre de traitements énergiques dus au seul raisonnement du médecin mis subitement en présence de cas nouveaux autant que graves.

Qu'il nous soit donc permis de remercier chaleureusement notre confrère et ami de ce qu'il a pensé à nous au milieu même de ses graves et nombreuses tribulations. Mais, surtout, nous croyons exprimer l'opinion de tous ses confrères, et lui offrant les plus sincères et les plus vives félicitations pour les hautes qualités qu'il a montrées, de praticien dévoué, d'observateur sagace et de travailleur infatigable.

A. DE MARTIGNY.

Belmont Camp, 17 déc. 1899.

Au DR ADELSTAN DE MARTIGNY,

Directeur de LA CLINIQUE, Montréal, Canada.

Mon cher Confrère,

Le but de ma présente lettre est de vous tenir au courant de l'état de santé des mille hommes que le gouvernement canadien a jugé à propos d'envoyer sur cette terre d'Afrique. Je ne ferai autre chose que de vous rapporter les différents cas de maladie que le brusque changement de climat a amenés chez nos Canadiens, et de vous donner le texte de la médication que nous avons cru devoir employer, m'abstenant de tout commentaire.

Je ne vous parlerai pas de notre traversée de Québec à Cape-

town, car, contre notre attente, nous n'avons rien d'important à rapporter, et les quelques cas enregistrés dans notre livre de prescription ont été si légers qu'on doit les passer sous silence. Aussi, le texte de ma lettre ne datera que depuis notre séjour à D. Aar, c'est-à-dire à 400 milles dans l'intérieur de l'Afrique. C'est là que nos soldats ont commencé à sentir les premiers effets de ce soleil brûlant, qui nous cuit pendant le jour, tandis que nous gelons durant la nuit. Dès notre premier jour au camp, notre état de parade nous donnait 42 cas de diarrhée et de crampes horribles de l'intestin; nos soldats nous arrivaient "coupés en deux," suivant leur expression. Au thermomètre, nous constatons de 100 à 103 degrés de température; pouls lent et mou, dépression très grande et vomissements. Ordonnance: Brandy, par cuillerée à soupe toutes les heures, et opium toutes les quatre heures. Mais nous n'avons pas tardé à constater que, grâce à cette médication, nous avons 2 à 3 trois jours après une constipation, qui amenait tout autant de douleurs que le choléra lui-même. Nous avons essayé de libérer l'intestin d'un seul coup, en donnant de fortes doses de sel d'epsom ou de jalap. Pour quelques jours ce traitement a semblé devoir agir et nos malades soulagés du coup, mais dès qu'ils abandonnent la diète pour reprendre le régime régimentaire, les mêmes symptômes nous sont revenus. C'est alors que nous avons eu recours à une médication mixte. Tous les matins nous donnons à nos malades une pastille contenant:

R Calomel gr. 1
Opium..... gr. 1

Et nous répétons la dose le soir au coucher. Nous avons ainsi deux selles régulières, soir et matin. Après deux à trois jours de ce traitement, nos malades sortent de l'hôpital sans aucun malaise, et aucun d'eux ne nous est revenu. Vous trouvez peut-être le sujet un peu futile pour être si longuement traité, mais si vous vous y trouviez, vous changeriez sans doute d'avis. Voilà pour ce qu'ils appellent dans le pays le choléra mitigé. C'est le seul que j'ai eu à traiter jusqu'ici—Dieu merci.

Laissez-moi vous parler maintenant des nombreux cas d'amygdalite folliculaire, qui semble exister ici à l'état endémique. C'est à Belmont où nous sommes depuis 11 jours, que nous en avons constaté les premiers symptômes, et je puis en parler, en connaissance de cause, parce qu'un de mes malades, le soldat Chappell, de la compagnie H, en est mort la semaine dernière. *Etiologie.* Cette maladie est due au brusque changement de température. s'élevé qu'elle est dans le jour (110 à 130°) au froid qu'il fait la nuit. De plus l'air très sec et très pur le jour devient très humide vers le milieu de la nuit. Joignant à cela les tourbillons de cendres et de poussières que le vent soulève à tout moment, et qui sont pires que nos fameuses poudreries, pendant nos hivers en Canada, et vous aurez de suite la seule et vraie explication de ces nombreux maux de gorges. Ces sables sont très irritants pour la gorge, et remplis de microbes, si nous en jugeons par les désastres qu'ils causent. Nos malades se rapportent à l'hôpital

le matin se plaignant de brûlement dans la gorge, difficulté à respirer et à avaler. Nous examinons la gorge et constatons le premier jour : gonflement des amygdales, rougeur et surtout, chose caractéristique, pustules blanchâtres, s'étendant du côté postérieur à toute l'arrière-gorge, jusqu'au bord postérieur de l'amygdale opposée. Si nous essayons de détacher ces flegmes blanchâtres, qui, à première vue semblent peu adhérentes, nous constatons une surface rugueuse reconverte d'une substance limoneuse blanchâtre, laquelle surface est très sensible à la pression. Température généralement de 101 à 103° degrés, mais monte presque toujours à 104° vers le soir, pouls lent et filiforme, dépression générale très prononcée, plus même que les symptômes premiers semblent l'annoncer.

Traitement.—J'ai tout naturellement essayé au début les gargarismes au chlorate de potasse étant la première chose qui se présente à l'idée vu que cela abonde dans nos paniers militaires, mais sans aucun résultat ; j'ai souvent touché les deux amygdales au début avec le nitrate d'argent sans résultat bien apparent. Mais le traitement par excellence, et auquel nous devons notre succès, ce sont les inhalations sulfureuses combinées avec les pulvérisations au bichlorure de mercure, un pour mille. Je puis vous assurer que ce traitement, appliqué régulièrement toutes les heures, agit merveilleusement bien. Le seul cas malheureux que nous avons eu a été rapporté trop tard. Les deux amygdales et l'arrière-gorge étaient complètement prises, et notre malade avait toutes les difficultés du monde à respirer ; j'ai opéré l'amygdale gauche le matin, et j'ai retiré plus d'un once de pus, et l'autre dans l'après-midi. Mon patient en a eu un soulagement immédiat, malheureusement, l'inflammation de l'arrière-gorge a continué, la température était de 105 et mon malade est mort le lendemain d'infection généralisée. C'est le seul cas fatal sur les 57 cas que nous avons eu à traiter. Malgré la gravité des symptômes que nous avons constatés chez ces malades, nous en sommes arrivés à la conclusion, que cette affection n'était pas de nature diphtérique, surtout depuis que nous constatons tous les jours, l'efficacité du traitement antiseptique que nous appliquons avec vigueur et le même pour tous.

Je voudrais aussi vous parler de ces formidables *coups de soleil*, dont nos pauvres soldats tombent comme frappés par la foudre. Généralement, cela arrive le matin, à l'unique parade de dix heures du matin. La forme comateuse est la plus générale. Ainsi, sans que rien ne le fasse prévoir, un soldat se laisse aller dans les rangs, figure pâle, traits tirés, insensibilité complète. Ses compagnons lui appliquent sans résultat de l'eau froide à la figure et aux extrémités ; même insensibilité. On nous l'amène à l'hôpital et nous constatons une dépression excessive ; pouls imperceptible, pupille très dilatée, sueur glacée sur tout le corps. Nous appliquons immédiatement des briques chaudes aux pieds et des serviettes chaudes sur la tête, en même temps que des frictions énergiques sur le corps ; peu à peu le malade revient à lui, alors les vomissements commencent alimentaires, puis liquides et verdâtres, contenant beaucoup d'éléments bilieux, et la diarrhée

se déclare. Nous administrons dès le début une injection hypodermique de Brandy et de carbonate d'ammoniac, puis les vomissements terminés, une forte dose de brandy ; notre malade s'endort d'un sommeil paisible, et le lendemain est généralement très bien. Je vous parle ici de la forme grave, malheureusement la plus commune. Je ne vous parlerai pas de la forme apoplectiforme, que quelques ablutions froides et quelques heures de repos guérissent sans difficulté. Mais, chose remarquable, ces cas que nous considérons infiniment moins graves que les autres, en ont pour deux à trois jours à ressentir de légers étourdissements et sans pouvoir reprendre leur centre d'équilibre.

Quant aux fièvres malariennes, je vous dirai qu'elles changent un peu de type avec ce que nos auteurs nous en disent. Ainsi la première crise, ou plutôt le premier frisson commence généralement vers cinq heures du soir, dure quelques minutes, et notre homme prend le soir un souper copieux. Au milieu de la nuit, il s'éveille avec le frisson et des crampes à l'estomac, douleur dans les reins et les membres. Le lendemain, le pauvre diable se rapporte à l'hôpital ; il gèle malgré la chaleur du jour, visage crispé, langue très chargée, difficulté à entendre et perte complète du goût. Il trouve bon les remèdes les plus amers, ce qui nous permet de lui administrer la quinine avec facilité. De plus, ils se plaignent tous d'une sensation de brûlure dans toute la tête, qui leur est intolérable. La base de notre traitement est la quinine ; nous administrons de 20 à 40 grains de quinine par jour ; mais j'ai constaté que la quinine à dose moindre et combinée entre chaque dose, à la poudre suivante :

R Salicino..... 10 gr.
Antipyrine..... 5 gr.

soulage très vite cette douleur de la tête et cette sensation de douleur et de lassitude générales, qui est la partie de la maladie la plus désespérante à traiter. Cet état dure ainsi de 3 à 6 jours, et nos malades, malgré la diète généreuse que nous leur donnons, sont si faibles et si débiles au lever, que cela nous surprend à chaque nouveau cas. Sur 16 cas, que nous avons eu à traiter, pas un cas malheureux, mais leur convalescence a été très lente.

Voilà, mon cher confrère, la triste étude que je vous adresse du fond de l'Afrique. Si vous la croyez digne de publication, veuillez me le dire. Nous nous attendons à entrer en action de jour en jour, et je vous prie de croire qu'au train où les Boers y vont, nous allons avoir plus d'ouvrage que nous n'en pourrons faire. A Modder River, dimanche dernier, une brigade anglaise a été presque anéantie, et les blessés se chiffraient dans les 950. Si les choses continuent comme cela, je serai sans doute à même de vous donner une autre lecture présentant quelque intérêt.

Veuillez excuser ce qu'il y a d'imparfait dans mon travail, ainsi que l'ensemble : c'est écrit sur mon genou, car les tables sont excessivement rares dans nos tentes.

Bien à vous,

EUG. FISET,

Chirurgien-Major, R. C. R. I.

Le Comité d'Etudes Médicales

A l'avenir les séances du comité d'études auront lieu le mardi soir au lieu du jeudi.

Tous les médecins sont amicalement invités à assister à ces réunions toujours intéressantes et utiles.

Les confrères de la campagne ou des autres villes, qui ne pourraient venir aux séances et auraient des observations à relater, n'auront qu'à les adresser à l'université Laval, comité d'études. Le secrétaire du comité se fera un devoir et un plaisir d'en faire la lecture au comité.

MES CHERS LECTEURS,

Depuis deux ans, monsieur Victor Rougier, à mon grand plaisir, et à votre avantage, avait bien voulu se charger de l'administration financière de LA CLINIQUE.

Aujourd'hui, le développement de son commerce d'importations de produits français absorbe tous ses soins et le met dans l'impossibilité matérielle de continuer à administrer une revue. Me voilà donc forcé à revenir à l'ancien état de choses, et à m'occuper tout ensemble de la direction scientifique et de l'administration de LA CLINIQUE.

J'espère que les lecteurs de LA CLINIQUE ne souffriront pas de ce nouveau changement et je puis promettre de faire tous mes efforts pour obtenir ce résultat.

Pour y réussir il est important, mes chers lecteurs, que votre concours me soit acquis. Il me sera d'autant plus précieux que les difficultés à vaincre seront plus grandes et plus nombreuses.

Aussi, profiterai-je de l'occasion pour rappeler à ceux d'entre vous dont l'abonnement n'est pas encore payé, d'y voir sans trop tarder.

J'ai confiance qu'ils se feront un plaisir et un devoir de réparer cette négligence et je leur adresse, d'avance, mes remerciements sincères.

ADELSTAN DE MARTIGNY.