

TRAVAUX ORIGINAUX

OPÉRATION « DE WERTHEIM » POUR CANCER DU COL UTÉRIN

Ses indications et contre-indications. — Son opérabilité. — Sa mortalité.

Sa technique.

L'opération de Wertheim est l'hystérectomie avec évidemment pelvien ou bien l'opération abdominale élargie pour cancer du col utérin.

Indications et contre-indications

Comme règle générale, il n'y a à étudier que les contre-indications : Tous les cas qui n'ont pas une contre-indication formelle doivent être opérés.

Pour M. le Professeur Pollosson, (Professeur de Clinique gynecologique à Lyon), les plus graves difficultés opératoires siègent le plus souvent en avant, dans la zone du bas fonds de la vessie et des embouchures des uretères. Pour se renseigner sur le dé-

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Toduro Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX,

57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de Levurine.

gré d'envahissement de la vessie, le toucher vaginal associé au palper abdominal est insuffisant. La cystoscopie vient fournir des renseignements précieux en faisant connaître les lésions visibles de la muqueuse vésicale. Le cathétérisme des uretères fournit souvent aussi des informations utiles en nous montrant le fonctionnement d'un de ces conduits.

Mais il est un moyen trop peu usité et sur lequel M. Pollosson attire l'attention parce qu'il lui a fourni parfois des indications précieuses; c'est le toucher digital intra-vésical (dilatation de l'urèthre avec des bougies de Hégar).

Quant à l'envahissement du paramètre, il est surtout révélé par l'examen clinique en pratiquant un toucher bi-digital, l'index dans le vagin et le medius dans le rectum, pendant que la main droite palpe l'abdomen.

Les contre-indications tiennent soit à l'état général (age avancé, état cachectique, complications pulmonaires, cardiaques, rénales, obésité) soit à des difficultés locales (extension à la vessie, au rectum). Mais ces diverses contre-indications ne sont pas absolues. Ainsi chez une malade présentant un bon état local, l'âge, l'obésité, les lésions rénales ne devront pas arrêter le chirurgien. De même l'extension nécessitant la résection partielle de la vessie ou d'un uretère n'arrêtera pas l'intervention si le malade offre un bon état général.

La laparatomie exploratrice donne des indications précieuses pour le cancer du corps, tandis qu'elle en donne peu pour le cancer du col.

Une exploration particulière due à M. le professeur Pollosson, consiste, après la laparatomie, à pratiquer de la main gauche un toucher bi-digital vaginal et rectal en même temps que la main droite, pénétrant dans le bassin, palpe l'utérus, les annexes, les ligaments larges. Il est bien entendu qu'on ne peut faire une

semblable exploration qu'à la condition d'utiliser des gants de caoutchouc qui sont quittés et changés pour l'opération.

Wertheim conseille la laparatomie exploratrice. Il l'a pratiquée 73 fois sur 500 malades. Pour lui, elle seule permet de se rendre compte exactement de l'état des ganglions, des uretères et de la vessie. Il convient de commencer l'exploration par l'examen des ganglions dont l'état peut fournir une contre-indication immédiate.

CHIFFRE D'OPÉRABILITÉ

M. Pollosson a quatre séries d'observations s'étendant de 1904 à 1908.

Dans la 1 ^{ère} série,	l'opération	était de	54. %
Dans la 2 ^{ème}	"	"	88. %
Dans la 3 ^{ème}	"	"	76. %
Dans la 4 ^{ème}	"	"	77. %

Dans les hystérectomies vaginales pour cancer du col, l'opérabilité était de 12 à 14%.

L'opérabilité du cancer du col utérin était, à la clinique de Vienne, avant que l'on intervint par la méthode de Wertheim, d'environ 15%. Depuis l'emploi de sa méthode, l'opération atteint 30, puis 50, puis 61.9%.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Depuis plus de 11 ans que Wertheim pratique son opération, il a pu réunir 500 observations.

Pour le premier cent, la mortalité a été de 30

" " 2^{ème} " " " " 22

Pour le 3ème cent, la mortalité a été de	17
“ “ 4ème “ “ “ “ “	9
“ “ 5ème “ “ “ “ “	15

Soit 93 morts pour 500.

Cause de mort.

Iléus mécanique.....	3 cas
Occlusion duodénale par l'artère mésenté- rique supérieure.....	1 “
Hémorragie secondaire.....	2 “
Embolie de l'artère pulmonaire.....	4 “
Embolie cérébrale.....	1 “
Asphyxie par vomissement.....	1 “
Anesthésie rachidienne.....	1 “
Tuberculose aiguë.....	1 “
Broncho-pneumonie.....	2 “
Diphthérie colo-rectale (?).....	3 “
Urémie après ligature de l'uretère.....	1 “
Pyélonéphrite.....	9 “
Péritonite.....	39 “
Faiblesse cardiaque et cachexie.....	22 “
Pyhémie.....	3 “

M. Pollosson compte 211 malades opérées de 1904 à 1908 avec une mortalité de 30, c'est à dire 15.8%.

Cause de mort.

Phlébite.....	1 “
Péritonite.....	12 “

Apoplexie (au 12ème jour)	1	"
Shock.....	7	"
Hémorragie secondaire	3	"
Hémiplégie	1	"
Hernie de tout l'intestin grêle dans la fos-		
sette retro-duodénale.....	1	"
Infection urinaire ascendante.....	3	"
Pneumonie	1	"

D'octobre 1906 à octobre 1907, M. Pollosson a une série de 36 opérations consécutives du cancer du col, sans aucun décès.

RÉCIDIVES

Sur les 250 premières opérations, faites depuis au moins 5 ans, Wertheim retrouve 78 malades qui sont restés indemnes. Les récidives diminuent de fréquence à mesure que l'on s'éloigne de la date de l'opération.

41 récidives la première année

24 " " deuxième "

6 " " troisième "

4 " " quatrième "

3 " " cinquième "

Pour Wertheim, ces récidives partent de la région des ganglions iliaques, moins fréquemment de la cicatrice elle-même.

M. Pollosson, sur les 211 malades opérées présente les résultats durables suivants :

1re série, 35% de guérisons durables

2ème " 61% " " "

3ème " 69% " " "

OPÉRATIONS POUR RÉCIDIVES

Pour Wertheim la cure opératoire des récidives est très rarement praticable. Sur cent opérations, il ne l'a fait qu'une fois. Cette difficulté d'opérer les récidives après une première intervention très large où toutes les lésions accessibles ont été enlevées se comprend d'ailleurs, et l'on peut dire que plus l'opération primitive a été radicale, moins il est probable qu'une opération itérative sera praticable.

M. Pollosson a fait 7 opérations pour récidives : 2 ont présenté peu de temps après une nouvelle ; une troisième est morte de shock et d'infection au bout de 3 jours ; 3 autres, (opérées pour récidives vulvaires ou vaginales inférieures) ont été suivies de guérison opératoire mais aussi de récidives locales, accompagnées dans chaque cas, chose curieuse, de généralisation dans le squelette (2 fois dans le tibia, 1 fois dans le maxillaire inférieur). Enfin la septième malade présentait une énorme récidive dans la cicatrice abdominale, envahissant la vessie. Cette malade, quatre mois après l'opération, ne présentait pas de nouvelle récidive et fut perdue de vue.

« Nous serions donc tentés de répéter d'une manière définitive, les interventions pour récidives si nous ne connaissions quelques résultats favorables obtenus en Allemagne par Von Rosthorn et par Franz et en Belgique par Jacobs ».

(Pollosson).

RECHERCHE DES GANGLIONS

Pour M. Pollosson, les ganglions tuméfiés s'observent environ dans $\frac{1}{3}$ des cas. Les ganglions non néoplasiques correspondent à des processus inflammatoires partis du néoplasme ;

deux fois il a trouvé des ganglions suppurés ; une fois, chose curieuse, des ganglions tuberculeux.

« Nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer combien
« la discordance est grande entre le volume du néoplasme ou son
« ancienneté d'une part et l'envahissement ganglionnaire d'autre
« part. Des cas de néoplasmes extrêmement étendus, presque
« inopérables, ne sont accompagnés parfois d'aucun ganglion
« néoplasique et même d'aucune tuméfaction ganglionnaire in-
« flammatoire. Par contre, on observe des cancers petits et
« récents accompagnés de ganglions néoplasiques déjà volumi-
« neux. En tout cas, le nombre important des ganglions ma-
« lades démontre la nécessité de leur recherche. Si, pour des
« cancers d'autres régions, du sein par exemple, la recherche des
« ganglions s'impose comme une règle absolue et s'effectue dans
« des conditions satisfaisantes, nous pouvons dire que pour les
« cancers de l'utérus, la nécessité de chercher les ganglions est
« tout aussi absolue, bien que l'exécution soit plus difficile. En
« outre des ganglions enlevés avec la pièce principale et inclus
« dans le paramètre, il est nécessaire de chercher les ganglions
« sur les parois pelviennes. C'est toujours au niveau de la bi-
« furcation des iliaques et entre ces deux vaisseaux que nous
« avons constaté des ganglions. Ils sont souvent localisés en ce
« point. D'autres fois, ils existent en outre, soit dans la direc-
« tion de la fosse obturatrice, soit le long des vaisseaux iliaques
« primitifs. La constatation de ganglions pathologiques est
« d'ailleurs, en général facile : ils sont en effet contenus dans un
« tissu cellulaire très lache, de sorte que si leur tuméfaction
« n'est pas appréciable à la vue, elle est facile à constater par le
« toucher, d'autant plus que les recherches ont lieu contre les
« parois résistantes du pelvis. » (Pollosson)

La présence des ganglions étant constatée, leur dissection doit

être faite avec soin ; il importe de ne pas les écraser, les déchirer, pour ne pas créer des inoculations cancéreuses. On doit s'efforcer d'enlever avec eux le tissu cellulaire dans lequel ils sont plongés. Des difficultés assez grandes peuvent survenir pendant cette dissection, résultant surtout de blessures veineuses et d'hémorragies très difficiles à maîtriser. Dans certains cas, l'adhérence des ganglions aux veines iliaques nécessite la ligature ou la résection d'un gros tronc veineux. Deux fois, M. Pollosson a dû lier la veine iliaque externe et une fois il a été obligé de réséquer 2 à 3 centimètres de ce vaisseau.

Cette recherche des ganglions est d'une grande utilité pratique. En dehors de la conception générale qui exige pour tout néoplasme, l'ablation des ganglions, M. Pollosson cite dans sa statistique, des cas où des ganglions extirpés et reconnus néoplasiques et où la récurrence n'est pas survenue.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

« La condition fondamentale des opérations abdominales
« larges, réside dans la dissection des uretères dans tout leur
« trajet pelvien ; cette condition est nécessaire pour pouvoir dé-
« passer le cancer et enlever largement les tissus péri-utérins.
« L'ablation des ganglions malades néoplasiques ou simplement
« tuméfiés, constitue le second point important. » (Pollosson).

Exposons d'abord la technique classique, telle que pratiquée par Wertheim lui-même, nous verrons ensuite les diverses modifications qu'y ont apportés les chirurgiens lyonnais. Immédiatement avant la laparotomie, nettoyage du cancer à la curette tranchante et au thermocautère, tamponnement de tout le vagin avec de la gaze au sublimé. Laparotomie médiane, fond utérin

saisi et attiré en haut par une pince. On amorce sur le milieu le décollement de la vessie sans, pour le moment, le pousser plus loin, que dans une hystérectomie ordinaire. Ligature et section du ligament infundibulo-pelvien d'un côté, séparation au doigt des deux feuillets du ligament large, section du feuillet antérieur pour rejoindre le décollement vésical, ligature et section du ligament rond. On tend le feuillet postérieur du ligament large et on cherche l'uretère qui, sitôt trouvé, est isolé jusque dans son paramètre. La dissection des uretères et de la vessie présente ordinairement les plus grandes difficultés. La recherche de l'uretère peut être faite dans la portion pariétale de ce conduit, en arrière du ligament large, la découverte de l'uretère à ce niveau est plus aisée, mais il vaut mieux l'aller trouver entre les deux feuillets du ligament large, on a ainsi l'avantage de le dénuder moins haut et de ménager la continuité du feuillet postérieur du ligament large en vue de la péritonisation.

L'envahissement cancéreux de l'uretère est exceptionnel et par conséquent la résection urétérale très rare (Wertheim sur 500 cas d'hystérectomie, n'a fait que six résections et encore sur ces six cas, une fois seulement le microscope démontra l'envahissement cancéreux des tuniques urétérales).

L'index poussé, la pulpe en avant, à travers le paramètre, disèque l'uretère en même temps qu'il charge les vaisseaux utérins sus-jacents avec le paramètre correspondant, les vaisseaux sont liés et sectionnés.

Dissection de la partie de l'uretère attenante à la vessie et libération de la vessie à ce niveau. On répète toutes ces manœuvres du côté opposé.

La libération vésicale peut être très difficile ou impossible en cas d'adhérence néoplasique.

Wertheim s'est bien trouvé d'un procédé qu'il appelle la « dis-

section à partir des uretères » et qui consiste à ne pas attaquer d'abord la vessie sur la ligne médiane, mais à commencer à la séparer sur les côtés, au voisinage des uretères.

Lorsqu'on remarque, au cours de l'opération, l'amaigrissement extrême de la paroi vésicale, on la capitone de façon à enfouir la région suspecte (Mackeurodt). Si l'on voulait faire la résection de cette région, il serait nécessaire de pratiquer une très large résection pour ne pas s'exposer à suturer des parties amincies.

Libération du rectum après avoir soulevé avec des pinces le péritoine du cul de sac de Douglas, on le sectionne et on pénètre dans le tissu cellulaire lache intervagino-rectal. On achève la section du péritoine des replis du Douglas. On sépare le paramètre de la paroi pelvienne après l'avoir pincé dans des pinces spéciales (Doyen courbes peuvent servir) dont il faut ordinairement 3 ou 4 de chaque côté, en les disposant d'arrière en avant de façon à prendre les racines de la base du ligament large depuis les ligaments utéro-sacrés jusqu'aux côtés du vagin. On retire le tamponnement avant d'ouvrir le vagin, on le nettoie avec de la gaze, enfin, après avoir vérifié sa libération, on le saisit entre deux pinces courbes, on le fait nettoyer une dernière fois et on le sectionne au-dessous des pinces.

La paroi vaginale est ourlée avec des fils dont les chefs sont laissés longs pour servir de tracteurs. L'hémostase du côté du vagin est vérifiée et complétée et on introduit dans la lumière de ce conduit deux mèches de gaze iodoformée courtes et minces. Les pinces à paramètre sont remplacées par des ligatures.

Le dernier temps consiste dans l'ablation des ganglions lymphatiques régionaux lorsqu'ils sont hypertrophiés; on ira les chercher dans la région des vaisseaux iliaques externes, jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal profond, puis dans le triangle

compris entre l'iliaque et l'hypogastrique, et l'index poussera jusque dans la fosse obturatrice où des ganglions hypertrophiés entourent parfois le nerf obturateur.

La dissection et l'ablation des ganglions lymphatiques régionaux tributaires du col utérin, n'est faite que lorsqu'ils sont hypertrophiés. Wertheim ne cherche pas à faire l'ablation en un bloc de l'utérus, du paramètre et des ganglions lymphatiques parce qu'elle présente trop de difficultés. On en éprouve déjà assez en faisant à la fin de l'opération le curage ganglionnaire au voisinage des vaisseaux iliaques dont la blessure est souvent difficile à éviter.

Péritonisation, fermeture de l'abdomen.

La durée de l'opération varie de trois quarts à trois heures. Les mèches commencent à être retirées au 4^{ième} ou 5^{ième} jour. On les enlève complètement le 8^{ième} ou le 9^{ième}.

Anesthésie.—L'état général des malades indique souvent la nécessité de réduire autant que possible l'anesthésie. Aussi, n'est-elle commencée qu'immédiatement avant la laparatomie, le curettage et la cautérisation du col cancéreux se font sans son secours.

Dans le cas où le cœur est mauvais, il est préférable de faire l'anesthésie rachidienne à laquelle Wertheim a eu recours 33 fois, employant d'abord la stovaïne, puis la tropococaïne (0.06 à 0.10).

Telle est dans ses détails la technique employée par Wertheim. Voyons maintenant quelles sont les modifications qu'y ont apportées quelques chirurgiens lyonnais.

Technique de M. Gaullioud.—M. Gaullioud est convaincu que le danger de l'hystérectomie vient de la communication du vagin avec la cavité abdominale, mais surtout du transport des germes de provenance vaginale ou utérine dans la grande cavité péritonéale par l'intermédiaire des doigts ou des instruments. Il

n'y a qu'un moyen d'éviter cela, c'est de fermer le vagin avec une pince et d'opérer en « vase clos. » Ce procédé a d'ailleurs l'avantage de dispenser d'un premier temps opératoire vaginal d'exérèse ou de destruction partielle du cancer.

On peut, dans ce cas, se contenter d'une simple toilette vaginale faite par une infirmière, très soigneusement, d'abord au savon, au sublimé faible ensuite. Il faut que cette toilette soit aussi peu traumatisante que possible et fasse saigner la tumeur le moins qu'il le pourra.

M. Gaullioud emploie l'incision médiane qu'il trouve plus familière et qu'il croit plus rapide et se sert de la valve sus-pubienne de Doyen avec points d'appui latéraux.

Perforation avec instrument mousse de l'espace avasculaire du ligament large, ce qui permet immédiatement de faire un pédicule sur les vaisseaux utéro-ovariens, en dehors des annexes. Section et ligature des ligaments ronds.

Décollement de la vessie en se tenant contre la paroi vésicale.

Ligature de l'hypogastrique et de l'utérin : On arrive sur l'hypogastrique près de l'angle de bifurcation de l'hypogastrique et de l'iliaque externe par la plaie qui résulte de la déchirure de l'espace avasculaire du ligament large et de la constitution du pédicule de l'utéro-ovarienne.

M. Gaullioud convient que cette ligature n'est pas très utile, elle est facile et doit faciliter l'hémostase des artérioles. Wertheim y a renoncé parce qu'elle n'empêche pas l'utérine sectionnée de donner un jet de sang.

La ligature de l'utérine se fait en dehors de l'uretère ou près de son croisement.

Pour les ganglions, M. Gaullioud croit que l'espoir de la guérison durable réside dans leur ablation large, mais avant qu'ils ne soit fixés et adhérents aux vaisseaux. Les ganglions qu'il a

eu l'occasion d'enlever au cours d'hystérectomies pour cancers ont été, suivant les cas, satellites de l'artère utérine et enlevés avec le tissu cellulaire qui entoure cette artère, ou bien ils ont été trouvés plaqués contre la paroi pelvienne, remontant le long de l'hypogastrique jusqu'à la naissance de celle-ci ou même au-dessus, descendant aussi dans la direction de l'origine inguinale du ligament rond. Ce sont ces ganglions qui sont le point de départ des douleurs irradiées aux régions fessières et crurales, indiquant un envahissement des nerfs du plexus sacré.

Isolement du vagin.—Il faut prolonger la dénudation du vagin sur plusieurs centimètres, sur les faces antérieure, postérieure et latérales. En avant on achève de décoller la vessie; en arrière c'est sur le gros intestin plutôt que dans le Douglas même qu'on sectionne la séreuse péritonéale. M. Gaullioud s'efforce d'isoler le rectum en laissant le parametrium postérieur adhérent à l'utérus. Presque toujours il faut lier quelques artères hémorroïdales. C'est pendant ce temps de dénudation de la face postérieure du vagin que l'on coupe le plus profondément possible le ligament utéro-sacré, pendant qu'un aide tire l'utérus en avant.

Sur les parois latérales du vagin, chercher, pour bien libérer celui-ci à faire des pédicules profonds sur les artères vaginales.

Pincement du vagin; Dénudation vagiale poussée très loin pour pouvoir mettre facilement, bien au dessous du col cancéreux, la pince courbe vaginale (pince de Gaullioud).

Pour empêcher le glissement possible de l'extrémité libre des mors, appliquer au-dessous une pince coudée de Wertheim ou la pince utérine de J. L. Faure.

Section du vagin.—Le bassin bien protégé par des compreses, la vessie relevée par une longue valve carrée ou mieux par la valve vésicale de M. A. Pollosson, ouverture du vagin (après

une dernière toilette) au-dessous de la pince occlusive, avec la lame coudée du thermocautère. Pas une goutte de liquide n'apparaît. Un aide saisit la muqueuse vaginale avec des pinces longuettes de Kocher à mesure que l'on sectionne le vagin. En même temps que l'on pratique cette section, on peut, avec la lame du thermo, posée à plat, cautériser superficiellement la muqueuse vaginale, sur huit ou dix millimètres. Un ou deux tampons de gaze sont introduits dans la cavité vaginale et refoulés avec une pince ou avec la lame du thermo. Une mèche de drainage vagino-sous-péritonéale est aussitôt introduite à la suite des tampons. Une compresse propre recouvre son extrémité péritonéale pendant qu'on termine la toilette du bassin.

Péritonisation.— Le surjet se fait avec le colon pelvien, après avoir eu soin de mettre un premier point médian vésico-intestinal d'où partent deux surjets allant à droite et à gauche, pour limiter le froncement du colon. Quand on redoute un suintement pelvien un peu fort ou des causes d'infection du surjet, on peut faire celui-ci double (aller et retour). Exceptionnellement en semblable occurrence, un drain péritonéal peut être indiqué.

Fermeture de l'abdomen.—Le dixième jour : ablation des fils de la suture cutanée et des mèches du drainage vaginal. Ni les doigts ni les instruments ne doivent avoir de contact avec le cancer ou avec le vagin, et tout instrument suspect doit être mis de côté.

Technique de MM. Pollosson et Tixier.— C'est M. le professeur Pollosson qui a fait connaître à Lyon le procédé de Wertheim, aussi sa technique n'est-elle guère différente de celle du chirurgien viennois.

MM. Pollosson et Tixier substituent l'incision de Pfannensteil à l'incision ordinaire, médiane de la laparotomie.

Les temps caractéristiques du Pfannensteil sont les suivants ;

1° Section transversale de la peau, de l'aponévrose.

2° Isolement et séparation des grands droits.

3° Section médiane du péritoine.

Pour refermer, on fait la suture des différents plans sectionnés dans l'ordre inverse.

Cette incision, outre les avantages qu'elle donne au point de vue de la solidité ultérieure de la paroi, constitue un mode de contention parfait des anses intestinales durant l'intervention. Sous le couvercle formé par la lèvre supérieure de l'incision pariétale, on loge les anses intestinales, très aisément et très facilement maintenues par des compresses que l'on tasse tout entières dans le ventre. En agissant ainsi on n'a pas à lutter contre l'issue intempestive des anses intestinales.

MM. Pollosson et Tixier ne pratiquent jamais la ligature de l'hypogastrique, qu'ils considèrent comme inutile et peut-être même comme dangereuse.

Elle est inutile, car en liant l'artère utérine très en dehors, au niveau du croisement de l'uretère, on fait l'hémostase de toutes les branches de cette artère allant à l'utérus, au vagin et à la vessie. Cette ligature de l'hypogastrique serait dangereuse au point de vue de la nutrition ultérieure des organes laissés dans le pelvis après l'ablation de l'utérus, surtout de la vessie.

Quant à l'uretère, ces chirurgiens conseillent de le chercher au niveau même de son croisement avec l'utérine, une fois trouvé, le suivre avec soin en avant du côté de la vessie en le séparant de la cangue néoplasique qui l'encercle souvent.

Une fois disséqué et refoulé sur les côtés du bassin, l'uretère doit être soigneusement repéré et constamment écarté. Pour cela MM. Pollosson et Albertin se servent de grands écarteurs spéciaux.

M. Tixier avoue qu'il ne s'en est jamais servi parce qu'il n'en

a jamais eu besoin, et de plus, que dans les interventions intra-pelviennes il n'aime pas multiplier les instruments qui gênent le jeu des doigts.

Et cependant il faut que l'uretère soit sûrement et facilement écarté. Voici le procédé qu'il utilise et qui est emprunté à la médecine opératoire courante. Sous l'uretère bien dissocié il passe, à l'aiguillon de Cooper, un long fil de catgut comme sous une artère dans le cas d'une ligature préventive. Le fil n'est pas noué, mais simplement fixé en anse par une pince hémostatique appliquée sur les chefs libres, en dehors du ventre.

A ce moment l'utérus saisi par des prises latérales au niveau de l'abouchement des trompes dans l'utérus, à l'aide de solides pinces de Museux, monte ordinairement déjà beaucoup. Mais il reste pour exagérer cette ascension et pour permettre de descendre très bas sur le vagin, à couper les ligaments utéro-lombaires et utéro-sacrés. L'utérus étant attiré en haut et en avant ces ligaments apparaissent sous la forme de deux cornes circonscrivant le Douglas et allant se perdre sur les côtés du rectum, très loin en arrière; il faut, avant de les sectionner, les saisir dans de fortes pinces hémostatiques courbes, lesquelles pinces sont immédiatement remplacées par des ligatures correspondances. Cette hémostase préventive dispense de la ligature préalable de l'artère iliaque interne, d'autre part elle met à l'abri de ces hémorragies veineuses en nappe qui viennent plus tard de la profondeur et qui sont d'autant plus difficiles à combattre que l'utérus une fois enlevé, tout le plancher pelvien est comme effondré, sans tissu résistant offrant de bonnes prises aux pinces hémostatiques.

Après refoulement progressif de la vessie en avant, reste la section vaginale. M. Tixier trouve que la pince de M. Gaul-

lioud gêne pour la section basse du vagin et diminue toujours la collerette vaginale.

Voici comment il s'efforce de se mettre à l'abri de l'issue des produits septiques vaginaux. La paroi antérieure du vagin étant largement mise à nu, il saisit le col utérin qui apparaît alors à travers le cul de sac vaginal comme un gland recouvert de son prépuce, à l'aide d'une forte pince de Museux qui l'attire en haut et déplisse ainsi la cavité vaginale. A portée de la main sont placées une pince courbe armée d'un tampon de gaze et deux pinces de Museux.

Section transversale au bistouri du cul de sac vaginal antérieur et de suite. par cette fenêtre ouverte sur le vagin dans le cul de sac postérieur, faire pénétrer la pince armée de son tampon de gaze. C'est un véritable écouvillon, qui de haut en bas, de dedans en dehors, chasse vers la vulve les produits septiques. Refouler ainsi deux ou trois petits tampons de gaze pour bien assécher le vagin. Une des pinces de Museux a entretemps saisi la lèvre vaginale antérieure. Aux ciseaux courbes, section de la collerette vaginale et saisie avec la deuxième pince de Museux de la tranche vaginale postérieure.

L'ablation est exécutée.

Hémostase terminale, quelques points au catgut sur la demi-circonférence postérieure. Ces points séparés ont l'avantage sur le surjet de ne point trop retrécir le dome vaginal. Deux points passés au niveau des commissures, et c'est tout.

Drainage.—Une simple mèche de gaze peu serrée, est placée de haut en bas dans le vagin. Cette mèche recouverte par le péritoine, drainera uniquement et simplement l'espace mort sous-séreux correspondant à la base des ligaments larges. Cette mèche est enlevée au haut de 48 heures, le jour même où la malade est purgée. Cela détermine la chute définitive de la

température qui oscille ordinairement à ce moment entre $38^{\circ}.2$ et $38^{\circ}.5$. Pas de lavages vaginaux avant le cinquième ou le sixième jour.

Péritonisation.—Elle est exécutée au-dessus de la mèche vaginale et le plus bas possible à l'aide du grand lambeau péritonal antérieur, fixé soit aux débris du péritoine postérieur, soit à l'S illiaque. Surjet à la soie fine.

Fermeture de la paroi.—MM. Gaullioud et Tixier emploient l'anesthésie par le chlorure d'éthyle et éther.

M. Pollosson se sert de la rachistovainisation (0.06 ou 0.07 centigrammes) après deux injections de scopolamine-morphine.

Technique de M. Albertin.—Incision médiane. Une fois dans le ventre, recherche et ligature de l'hypogastrique.

Dissection de l'uretère sur presque tout son trajet pelvien.

Pour faciliter les manœuvres d'ablation, les écarteurs de M. Pollosson donnent une parfaite sécurité vis-à-vis des uretères et de la vessie. Une pince Gaullioud pour la section du vagin.

Péritonisation basse plutôt que péritonisation avec l'anse sigmoïdo-rectale, parce que la première laisse libre la totalité de l'anse, ne la fixe en aucun point, n'expose pas à des coutures, à des tractions sur le conduit intestinal pouvant produire des phénomènes d'obstruction passagers ou durables.

Le péritoine vésical vient, par sa concavité, s'appliquer directement sur la ligne d'incision péritonéale convexe pré-rectale, là où le péritoine finit, où le tissu cellulaire sous-jacent, dénudé, doit être isolé. M. Albertin ne recourait à l'abaissement de l'anse sigmoïde à la façon d'un couvercle sur le fond du bassin qu'en cas de blessure du rectum à un niveau un peu élevé.

BLESSURES DES URETÈRES, DE LA VESSIE ET DU RECTUM

Urètre.—Wertheim, sur 500 cas, a blessé 11 fois l'urètre involontairement.

3 fois il s'agissait de plaies longitudinales qui furent immédiatement suturées et qui guérèrent, l'une d'elles après une fistule temporaire.

1 fois : ligature complète du conduit pris dans la suture d'une perforation vésicale.

7 fois : section transversale.

Ces 7 sections ajoutées aux 6 résections volontaires, font un total de 13 solutions de continuité complètes de l'urètre que Wertheim a traitées 11 fois par l'anastomose urétéro-vésicale. Les deux autres fois, la lésion étant trop élevée pour permettre une implantation vésicale, on fit une fois l'implantation dans un urètre surnuméraire qui se trouvait heureusement du même côté; l'autre fois, l'état de la malade ne permit que de faire une ligature avec enfouissement. Les deux malades succombèrent d'ailleurs peu après (pneumonie, péritonite).

Les 11 utéro-cysto-néostomies pratiquées sur 10 malades (chez une des deux côtés) ont donné les résultats suivants : 3 morts indépendantes de la suture urétéro-vésicale ; 1 mort (la double implantation) due à ce que la suture, trop distendue par la traction de l'urètre avait lâché. Les six autres implantations ont guéri.

Les fistules urétérales figurent au nombre de 32 dans la statistique de Wertheim et se présentent sous deux types cliniques : ou bien l'urine trouve un libre écoulement vers le vagin et la fistule se signale seulement parce que la malade se sent mouillée ; ou cet écoulement n'est pas libre, il se fait de la rétention avec des manifestations plus ou moins graves d'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal.

La guérison spontanée, démontrée par la cystoscopie, survint 15 fois.

Si la guérison spontanée ne se produit pas, le danger de ces fistules est la pyélonéphrite et il faut alors intervenir.

Wertheim conseille de patienter pendant quatre mois en usant de soins de propreté et de cautérisations à la teinture d'iode et au nitrate d'argent. Si, au bout de quatre mois, la fistule ne se ferme pas, tenter l'implantation vésicale de l'uretère et si celle-ci n'est pas possible ou si le rein est trop altéré: pratiquer la néphrectomie.

M. Pollosson a eu 8 blessures de l'uretère dont 3 associées à des blessures de la vessie.

Sur les 5 blessures atteignant l'uretère seule, 3 fois il s'agissait de plaies latérales et l'on s'est contenté d'une suture de rapprochement, pratiquée sur l'adventice. Résultats: 1 guérison immédiate, 1 guérison après fistule temporaire, 1 fistule chez une malade qui depuis n'a pas été revue. Dans les deux autres cas, il y avait section complète de l'uretère. Dans l'un, l'on a pratiqué une urétéro-cysto-anastomose, qui a donné une guérison après une petite fistule qui a duré deux mois. Dans l'autre, la section urétérale était si élevée que la ligature oblitérante s'imposait. L'exclusion rénale a été bien supportée, mais la malade a eu une récurrence au bout de quelques mois.

Pour les trois cas de lésions associées de l'uretère et de la vessie: une fois restauration immédiate (suture de la vessie et implantation de l'uretère). Fistule ultérieurement et mort à la suite d'accidents urinaires.

Les deux autres ont été laissées sans suture, l'une a été ultérieurement opérée par colpoclésis, l'autre reste encore avec sa fistule.

M. Gaullioud a blessé deux fois l'uretère, une fois l'uretère

seule était intéressée, l'autre fois la blessure intéressait l'uretère et la vessie. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un noyau cancéreux isolé dans le parametrium, avec des douleurs vives et cependant avec des lésions paraissant susceptibles d'une ablation suffisante.

BLESSURES DE LA VESSIE

Malgré toutes les précautions, Wertheim ouvrit 45 fois la vessie. Ces perforations étaient les unes primitives, les autres secondaires, dues à l'amincissement excessif de la paroi vésicale, dont la musculieuse avait été enlevée avec le conduit utéro-vaginal. Les perforations primitives ont été suturées immédiatement, mais cette suture n'a pas toujours tenu, une seule fistule a guéri spontanément après échec de la suture. En cas de fistule vésicale persistante, Wertheim en pratique l'avivement et la suture, il n'a jamais été obligé de recourir à l'occlusion du vagin. En dehors de toute lésion de la vessie, la paralysie de cet organe s'observe encore assez fréquemment. Il est de règle que les malades n'urinent spontanément que lorsqu'elles se lèvent et encore l'évacuation n'est-elle pas complète. Le résidu urinaire ne disparaît qu'après plusieurs semaines.

M. Pollosson a eu 18 plaies ou résections de la vessie: 12 fois la vessie seule était intéressée, 3 fois la blessure intéressait la vessie et l'uretère, 3 fois la vessie et le rectum.

Blessures intéressant seulement la vessie.— Dans 6 cas la suture a été faite, 5 fois avec succès, 1 fois avec fistule consécutive ayant entraîné la mort par accidents urinaires. Dans 6 cas, les sutures n'ont pas été faites, les interventions ayant été longues et graves. Deux de ces malades moururent de shock. Parmi les 4 autres, on oblitéra une des vessies par une opération ulté-

rieure ; l'une est morte d'accidents urinaires, l'autre a eu une récurrence avant d'être opérée et la dernière a été perdue de vue.

Blessures intéressant la vessie et l'uretère.— Nous avons vu précédemment ce qu'il en est advenu.

Blessures intéressant vessie et rectum.— Ces opérations étaient très graves et très difficiles. Deux malades sont mortes peu de temps après leur opération, l'autre a succombé tardivement. Dans ces trois cas, on avait pratiqué la suture du rectum, sans restauration de la vessie.

Blessures du rectum.— M. Pollosson a observé 7 cas de blessures du rectum, dont 3 associées à des blessures de la vessie, et dont il vient d'être question.

Les quatre plaies du rectum seul ont été suturées et ont donné 3 guérisons avec réunion per primam et 81 cas de fistule.

CONCLUSIONS

« Le progrès à faire est surtout dans une perfection, dans une exactitude plus grande de l'opération, celle-ci peut être recherchée sans augmenter la mortalité, il n'en serait pas de même des tentatives pour reculer encore les limites de l'opérabilité. » (Wertheim).

« L'opération de Wertheim est longue, pénible, fatigante, mais c'est une opération bien réglée. Malgré la longueur de l'anesthésie (souvent deux heures, habituellement une heure et demie), les malades ne présentent pas de complications pulmonaires ; malgré les énormes délabrements pelviens, elles sont relativement peu shockées, l'intervention est bien supportée. » (Tixier.)

Lyon, 29 décembre 1911.

DR GEO. AHERN

BIBLIOGRAPHIE

Prof. Wertheim : L'opération abdominale élargie pour cancer du col utérin. (Vienne, 1911).

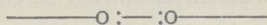
Prof. Aug. Pollosson : Revue de gynécologie (1905).

“ “ “ Lyon chirurgical (1909).

MM. Tixier, Gaullioud, Albertin : Lyon chirurgical (1911).

L. Laroyenne : Lyon chirurgical (1911)

P. Giocardy : Thèse de Lyon (1911)

DE L'EXAMEN DES URINES DANS LA
PRATIQUE JOURNALIERE

(Suite)¹.

Réaction.—L'urine normale est franchement *acide*. Pour reconnaître cette réaction, il suffit de plonger dans l'urine à examiner un papier de tournesol qui rougit fortement si l'urine est acide.

Les urines peuvent être alcalines si par suite de la médication ou de l'alimentation, (absorption d'eaux minérales ou de médicaments alcalins, régime végétarien etc.), l'individu absorbe beaucoup de sels alcalins. Elles le deviennent après un séjour à l'air

(1) Cf. *Bulletin Médical*, novembre 1910, page 120.

plus ou moins prolongé par la formation de substances ammoniacales.

Enfin, à l'état pathologique, les urines alcalines indiquent le plus souvent une suppuration des voies urinaires, à moins que cette alcalinité ne soit due tout simplement à de la phosphaturie.

Quels sont les principes normaux de l'urine ?

L'urine contient normalement un grand nombre de substances diverses dont les plus importantes à connaître au point de vue pratique, sont l'urée, l'acide urique, les chlorures et les phosphates. L'étude de ces substances suffit à donner au praticien les renseignements nécessaires à la clinique journalière.

Urée.— Les substances albuminoïdes au cours des transformations qu'elles subissent dans l'organisme fournissent entre autres produits des sels ammoniacaux qui se transforment finalement en urée dans le foie. On peut donc déduire de la connaissance de l'urée, des renseignements sur le fonctionnement du foie et sur la transformation des albuminoïdes dans l'organisme.

L'urine contient normalement de 18 à 26 grammes d'urée par litre. Mais un régime pauvre en albuminoïdes, une vie sédentaire diminuent nécessairement la quantité d'urée éliminée.

Pathologiquement l'élimination de ce corps augmente au cours des maladies fébriles, pour diminuer toutefois au moment de la crise. Cette élimination est aussi plus abondante dans le diabète et surtout le diabète azoturique. La quantité d'urée tombe, au contraire, au cours des maladies chroniques, anémie, cancer, paludisme, etc., et dans les affections où il existe des épanchements séreux, ainsi que toutes les fois qu'il existe de l'insuffisance hépatique.

Acide urique.—L'acide urique est le produit de la désassimilation des nucléines des diverses cellules de l'organisme. L'urine en contient normalement de 40 à 50 centigrammes par litre. L'alimentation carnée et le défaut d'exercice musculaire font augmenter l'élimination de ce corps.

L'élimination en est abondante au moment de l'attaque de goutte. Elle est considérable aussi dans les affections hépatiques avec suractivité de l'organe, dans les suppurations, les pyrexies. Dans les affections atrophiques du foie, les états cachectiques et les intervalles de crises chez les gouteux, l'acide urique diminue au contraire.

Chlorures.—Le chlorure de sodium représente dans l'urine la plus grande partie des sels éliminés. L'urine normale contient 8 à 12 grammes de chlorures par litre. Cette élimination est physiologiquement sous la dépendance directe de l'absorption plus ou moins considérable de chlorure de sodium. Elle s'accroît par l'absorption de boissons abondantes, par l'exercice, elle diminue par le régime lacté.

Au point de vue pathologique, on remarque, le plus souvent, une diminution considérable des chlorures dans les états fébriles, parfois ils disparaissent presque complètement au cours de la pneumonie. On connaît aujourd'hui le mécanisme de l'œdème brightique par imperméabilité rénale d'après la théorie de Widal. Le taux des chlorures diminue en général lorsqu'il y a formation d'exsudats.

Les chlorures augmentent, au contraire, dans certaines formes de diabète, dans la résorption des exsudats, dans toutes les affections amenant une déminéralisation plus ou moins rapide de l'organisme.

Phosphates.—L'acide phosphorique qui provient de l'alimentation et de la désassimilation des tissus de l'organisme existe

dans l'urine à l'état de phosphates de diverses bases, phosphate de chaux, phosphate de soude, etc. L'urine normale contient de 1.50 gr. à 2.50 gr. de phosphates par litre.

L'alimentation carnée, le travail cérébral augmentent la quantité de phosphates éliminés, il en est de même dans le diabète phosphatique, dans l'ostéomalacie et toutes les affections amenant une déminéralisation de l'organisme.

Ils diminuent, au contraire, par le régime végétarien et l'abstinence, ainsi que dans les cas où il existe un obstacle à la perméabilité rénale. Certains auteurs citent des chiffres très peu élevés de phosphates pendant la grossesse, mais on sait aussi qu'ils sont éliminés quelquefois en grande quantité au moins pendant les premiers mois.

A. VALLÉE, M. D.

(à suivre)

— :00 : —

REVUE DES JOURNAUX

TUBERCULOSE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Par M. le professeur PAUL RECLUS

De tout temps, les relations de la tuberculose avec le traumatisme ont préoccupé les chirurgiens et l'ancienne clinique admet-

1. *La Presse Médicale*, Paris, 3 janvier 1912.

tait que celui-ci peut engendrer celle-là. Cependant les opinions contraires s'opposaient sans trop de heurt jusqu'au moment où fut promulguée dans la plupart des pays civilisés, les lois sur les accidents du travail. Dès lors de puissants intérêts furent en jeu, qui dépendent de la solution du problème et, comme les juges, en pareil cas, ne décident que sur les avis du médecin, vous voyez la nécessité d'étudier cette question délicate.

*
* * *

Tant que la clinique seule fut consultée, la réponse fut positive. On avait vu trop souvent un traumatisme articulaire, une entorse, s'éterniser au lieu de guérir dans les huit ou quinze jours réglementaires et finir par se muer en tumeur blanche pour ne pas admettre entre l'accident et la maladie une relation de cause à effet : la violence extérieure pouvait créer la tuberculose et, vers la fin du siècle dernier on en donnait de frappants exemples, comme ceux de ces mariniers du Rhône, véritables hercules, peu disposés à la phtisie, et dont le poumon était souvent miné par des cavernes, justement sous la clavicule droite, point du thorax que frappait incessamment la perche professionnelle. Chacun de nous citait des cas où un heurt préparait « un lieu de moindre résistance » propice au développement des masses caséuses et, dans une thèse inaugurale, en 1876, je publiais plusieurs observations de tuberculose génitale ayant eu pour origine la contusion de la glande spermatique.

Mais, lorsque Villemin eut démontré l'origine infectieuse de la tuberculose, lorsque Koch en eut découvert la bacille, les laboratoires, par des expériences contradictoires, vinrent terriblement compliquer le problème. Non pas au tout premier début,

car Max Schüller fournit aux tenants du traumatisme un argument qui, pendant de longues années, parut irrésistible ; il injectait dans la trachée du lapin des crachats de tuberculeux après avoir contusionné une de leurs articulations qui, dans les délais voulus, était envahie par la tumeur blanche et nous jouissions en paix de notre triomphe lorsque, d'années en années, parut une série de mémoires, dus à des hommes d'une haute autorité, et qui vinrent tout remettre en question. D'abord, nous dirent-ils, l'expérience de Max Schüller est sans valeur : les crachats de ses phthisiques contiennent bien des germes tuberculeux, mais aussi une foule d'autres microbes et ces associations bactériennes provoquent, dans les articulations contuses ou entorsées, non une tumeur blanche, mais l'arthrite des infections purulentes.

Aussi recourent-ils à des injections de cultures pures de bacilles, et Lannelongue et Achard, Friedrich, Honsell, Jeanbrau menèrent leurs expériences avec une si parfaite méthode, et elles se montrèrent si régulièrement négatives, que la croyance à la tuberculose d'origine traumatique perdit le plus grand nombre de ses adeptes. Ne voyait-on pas que, chez les animaux, les jointures, entorsées ou contusionnées, après ou avant des injections sous-cutanées, intra-péritonéales ou intra-vasculaires de bacille, ne se tuberculisaient pas plus rapidement et plus fréquemment que les jointures respectées ? En un mot, et pour me servir du langage consacré, le traumatisme ne « localise » pas la tuberculose, comme Verneuil le prétendait.

A ce moment, et pendant une période de plusieurs années, nombre d'experts n'hésitaient pas à regarder les violences extérieures comme incapables de provoquer l'apparition d'une lésion bacillaire.

Mais d'autres, cependant, ne laissaient pas entamer leur conviction, et, malgré les expérimentations, nous continuions à voir

des tuberculoses indiscutables succéder à des traumatismes incontestés : des statistiques importantes étaient publiées par Wiener, Lemhey, Hahn, par Kœnig, Horzetzky, Taylor, Bauer, qui montraient le traumatisme agissant dans une proportion qui ne descendait pas au-dessous de 6 pour 100 et qui pouvait monter à 40, 50 et même plus. En vérité, n'avions-nous pas le droit de demander aux bactériologistes un supplément d'informations et des conclusions moins absolues ? Or, Petrow, il y a quelques années, et tout récemment les élèves de Jose Ribera y Sans, ont publié des résultats plus conciliants.

*
* *

Je vous ai déjà parlé ailleurs des expériences de Petrow. Cet auteur a démontré que les synoviales articulaires — ce qu'on savait d'ailleurs pour nombre de tissus et d'organes : amygdales, muqueuses nasales, rhino-pharynx, peau, ganglions lymphatiques — peuvent donner asile à des bacilles de Koch ; ils y vivent en saprophytes, sans réaction d'aucune sorte : séreuse, cartilage, os ne sont nullement influencés par leur présence, qui n'y déchaîne pas la tuberculose. Mais qu'un traumatisme survienne et, de neutres ou indifférents, les germes deviennent pathogènes et peuvent d'autant plus pulluler que les moyens de défense de l'organisme diminueront. Ne sait-on pas, en effet, depuis les travaux de Bouchard, de Roger, de Charrin, que les violences extérieures paralysent la défense phagocytaire : les globules blancs inhibés laissent le champ libre aux bacilles et à leur toxine ; la tuberculose envahit les jointures et l'entorse primitive devient une tumeur blanche.

De son côté, dans son mémoire, que contient, dans son numéro

du 13 Mai 1611, *La Presse Médicale*, le professeur José Ribera y Sans (de Madrid) établit d'abord la fréquence clinique de la tuberculose traumatique et montre que, sur 141 cas de tumeurs blanches où des commémoratifs précis permettent de fixer la cause du mal, 64 fois une entorse, un heurt direct, une luxation ont été nettement observés, et notre collègue a pu écrire que, dans ces cas, « le traumatisme est en connexion telle avec l'apparition des symptômes qu'on ne peut cliniquement les séparer ; il est impossible de ne pas admettre entre eux une relation de cause à effet ». Or, ne l'oublions pas, ces conditions indiscutables se sont rencontrées chez 45 pour cent de ses malades.

Cette partie clinique est complétée par des recherches expérimentales dues à la collaboration de Velasco, Duran y Cottos et Arquellada. Je ne puis vous en donner une analyse même sommaire et je ne ferai qu'en résumer les conclusions. Comme Lannelongue et Achard, les auteurs ont constaté que les injections sous-cutanées, intra-veineuses ou intra-péritonéales de bacilles de Koch, chez le lapin, ne vont pas, de préférence, provoquer une tumeur blanche dans une jointure traumatisée après ou avant l'injection : dans ces cas, la violence ne paraît pas « localiser » la tuberculose et « lui faire son lit », suivant l'expression de Landouzy. Mais les auteurs ont vu — et ceci est le point important de leurs recherches — que les bacilles injectés vont s'amasser dans les os et plus particulièrement dans la moelle des épiphyses, qui, avec les ganglions lymphatiques, constitue un de ces foyers où s'emmagentent en plus grande abondance les germes pathogènes ; ils peuvent y séjourner à l'état de saprophytes, sans réaction sur les éléments anatomiques ambiants, maintenus en échec qu'ils sont par ces éléments eux-mêmes. Mais qu'un traumatisme survienne, aidé sans doute d'autres facteurs encore inconnus, et les agents défensifs de l'or-

ganisme sont inhibés, les bacilles, jusqu'alors inactifs, deviennent virulents et la tuberculose va se constituer.

Une autre de leurs expériences mérite d'être signalée : s'ils ont fait suivre une injection intra-veineuse de bacilles de Koch d'une injection intra-articulaire de staphylocoques, une arthrite aiguë survient dont les exsudats renferment à la fois des staphylocoques et des bacilles. Est-ce qu'il n'y aurait pas là une sorte de réhabilitation de l'expérience de Max-Schüller, actuellement si malmenée ? Les crachats injectés dans la trachée de ces lapins ne constituaient-ils pas une de ces associations bactériennes où l'action combinée de microbes d'espèces différentes permet l'accomplissement d'une tâche morbide que des individus d'une seule espèce n'auraient pu exécuter ? En tous cas, grâce à ces expériences, nous sommes en mesure de mettre d'accord la clinique et l'expérimentation et d'expliquer, mieux que l'on ne l'avait fait jusqu'alors, comment, à la suite d'un traumatisme, une tuberculose peut éclater dans les tissus contusionnés, comment, puisque c'est le cas le plus fréquemment observé, une tumeur blanche se développe dans une jointure atteinte par un traumatisme.

*
* *

On sait combien sont nombreuses les théories pathogéniques. Pour Lannelongue et Achard, le traumatisme n'aurait aucune influence sur le développement de la bacillose, et un foyer tuberculeux, apparu au niveau d'une région frappée par la violence extérieure, ne signifierait nullement que le coup a provoqué l'infection ; ce coup aurait appelé l'attention sur un point malade préexistant, mais insoupçonné jusqu'alors. — Certes, les traumatismes sont trop fréquents et aussi les tuberculoses localisées,

pour que de telles coïncidences soient impossibles, mais elles doivent être d'autant plus exceptionnelles que, si le dépôt de noyaux caséux *indolores* est possible dans les viscères, il ne s'observe guère dans les os, au niveau des articulations, où ils s'accompagnent le plus souvent de souffrances si vives et de troubles fonctionnels si importants qu'ils ne sauraient échapper à l'attention du malade ou de sa famille. L'hypothèse ingénieuse de mes éminents collègues ne peut correspondre à la généralité des cas, car elle vient se heurter à des faits trop précis, observés par trop de praticiens.

Aussi le nombre de ceux qui admettent que le traumatisme peut « localiser » ou, mieux, « créer » la tuberculose, s'augmente chaque jour, et l'infection, pour s'expliquer, n'a plus recours à la déjà vieille théorie invoquée, il y a quelque vingt-cinq ans, par notre maître Verneuil. Lui et ses élèves directs admirent que le traumatisme déchire les vaisseaux de la région contuse, artères, veines ou capillaires : les bacilles, que le sang entraîne, pénétreraient avec lui dans les mailles des tissus ambiants ; ils les enseigneraient avec d'autant plus de facilité qu'ils trouvent, dans les « espaces morts du sang, de la lymphe et des sérosités, bouillon de culture favorable à la pullulation des germes ; tandis que, dans la région dilacérée, les éléments anatomiques, préposés à la défense de l'organisme ne constituent plus un rempart contre l'infection. L'expérience, maintenant contestée, alors triomphante, de Max Schüller avait donné un appui considérable à cette théorie.

On dut modifier cette thèse lorsque les expériences de Lannelongue et Achard démontrèrent que le sang chargé de bacilles et répandu par les vaisseaux ouverts dans l'articulation traumatisée n'engendre pas une arthrite tuberculeuse. On fait intervenir maintenant les recherches de Powel et de Ribera y Sans :

les bactériologistes modernes ont démontré que les microbes charriés par le sang et par la lymphe peuvent pénétrer par « la voie sanguine » dans l'épaisseur des muqueuses, s'emmagasinier dans certains organes. Là, dans ces régions para-articulaires ou viscérales, les germes végètent sans réaction jusqu'à ce qu'une cause accidentelle éveille leur virulence. N'est-ce pas, d'ailleurs, toute la théorie du « microbisme latent » imaginée naguère par Verneuil?

Seulement, on sait maintenant mieux en mesurer les étapes. Les bacilles, arrêtés au niveau des muqueuses buccale, nasale, pharyngienne, bronchique et intestinale, pénètrent dans les vaisseaux blancs et rouges qui les charrient dans les ganglions, puis dans divers tissus, dans diverses séreuses, dans l'épididyme, dans la moelle osseuse des épiphyses, tout près des articulations, ce qui nous explique la fréquence des tumeurs blanches. Parfois, le bacille de Koch rencontrerait le staphylocoque et cette association bactérienne d'une grande énergie, pourrait expliquer certaines inflammations à la fois suppurantes et tuberculeuses et survenues à l'occasion d'un traumatisme. Nous faisons ici allusion à ces formes particulières d'arthrites et d'épididymites aiguës, à ces orchites « galopantes », dont le professeur Duplay et nous avons publié des exemples. Pour nous servir d'une expression de cuisine, avec les seuls bacilles de Koch, la tuberculose se prépare, au feu doux ; au feu vif avec la co-existence des staphylocoques.

De cet exposé pathogénique, il résulte que le laboratoire n'est plus en opposition directe avec l'observation clinique, à laquelle il prête plutôt l'appui de quelques expériences intéressantes. L'expert peut donc sans crainte conclure à la responsabilité patronale dans certains cas de tuberculose. Mais, bien entendu, il lui faudra, avant tout, asseoir sur des bases solides la réalité de l'*accident* que nous définissons, vous le savez, un « événement

imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail et provoquant dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager ».

*
* *

Du moins, il est un premier cas sur lequel les médecins sont d'accord, je veux parler de l'inoculation directe du bacille de Koch. Un équarrisseur, par exemple, se blesse en dépeçant un animal tuberculeux ; les germes, introduits dans la plaie, comme ils le seraient, dans une inoculation expérimentale, pullulent, et un foyer caséeux s'édifie au point de pénétration. Si notre profession médicale était protégée par la loi de 1898, notre « employeur », l'Assistance publique, eût été tenue comme responsable dans cinq observations que j'ai recueillies et où, à la suite d'une piqûre, au cours d'une autopsie ou d'une opération un tubercule anatomique s'est d'abord constitué sur le doigt et le dos de la main. Là ne s'arrête pas le mal ; une synovite fongueuse, une lymphangite chronique de l'avant-bras et du bras, une adénite du pli du coude et surtout de l'aisselle sont survenues et, en définitive, dans quatre de nos cinq cas une opération importante a dû être pratiquée, une amputation de l'index chez un de mes externes et trois évidements du creux axillaire chez trois de nos collègues blessés au cours d'une autopsie.

Les controverses commencent lorsque l'agent vulnérant contusionne les tissus sans y introduire en même temps le bacille. Ce sont les cas de beaucoup les plus fréquents et nous avons déjà fait prévoir notre opinion en exposant les recherches de Petrow et de Jose Ribera y Sans. Elles nous ont permis d'admettre que la synoviale articulaire et surtout les épiphyses sont

habitées par les bacilles qu'apportent les vaisseaux ; ils y sont neutres, indifférents, à l'état de saprophytes, et auraient pu le rester indéfiniment si l'accident du travail n'était pas survenu. Ainsi, qu'une tuberculose apparaisse au point traumatisé, et le traumatisme doit en être rendu responsable puisque rien ne nous permet d'affirmer que, sans ce traumatisme, la formation caséuse se fût édifiée.

Cependant, vous n'amettrez cette conclusion que si le mode d'évolution du mal vous y autorise : les certificats médicaux des premiers jours ont noté les signes de la contusion ou de l'entorse : la douleur articulaire très vive, l'impossibilité des mouvements ou leur grande limitation, le gonflement, parfois les ecchymoses ; au début, un traitement approprié, des massages des applications d'eau très chaude, la bande élastique ont atténué les souffrances, mais elles reparaissent, la tuméfaction persiste ; huit jours, quinze jours se passent, et la jointure, loin de guérir, est plus malade qu'au moment du traumatisme ; des fongosités soulèvent la peau, des abcès s'ouvrent des fistules s'organisent, et si l'on prend l'image radiographique de la région, on constate souvent que l'épiphyse est plus blanche, plus transparente, nettement décalcifiée. C'est là un bon signe, mais dont on a beaucoup exagéré la valeur.

Un troisième cas peut se présenter, que Lannelongue semble croire le plus fréquent : un foyer tuberculeux articulaire existerait, déjà prévu par quelques troubles prémonitoires, un léger gonflement, des souffrances intermittentes, un point où la pression réveille une douleur vive. C'est alors qu'un accident de travail survient, et tout à coup une arthrite se déclare. Il est évident qu'ici le traumatisme n'a pas créé la tuberculose, mais qu'il l'a aggravée ; le patron reste responsable de cette aggravation et il devra payer le déchet professionnel subi par l'ouvrier :

que gagnait celui-ci avant, que peut-il gagner après? tel est le sens des arrêts de la Cour de cassation. Et, si l'on nous objecte que cette tuberculose commençante devait, par l'évolution rationnelle du mal, prendre un jour une allure rapide et que nous faisons jouer au traumatisme un rôle trop actif, nous répondrons que nous n'en savons rien et que, sans le traumatisme, dont le rôle aggravateur est indiscutable, il se peut, au contraire, qu'on ait vu le foyer s'enkyster et guérir.

Alors, nous réplique-t-on, la porte est ouverte à tous les abus : n'y a-t-il pas à craindre, lorsque, chez un tuberculeux avéré, survient un traumatisme, que l'expert ne considère comme une aggravation ce qui n'est, au demeurant, que la marche envahissante du mal? L'abcès apparu dans les os, les fistules articulaires, le deuxième sommet pulmonaire qui s'est creusé de cavernes, tout cela n'était-il pas à prévoir sans faire intervenir l'appoint d'une violence? Sans doute, mais ne donnons pas à cet argument plus de valeur qu'il n'en a; l'objection, en effet, est beaucoup plus théorique que pratique, car l'individu, atteint d'une tuberculose telle que les pires complications sont inéluctables, est déjà dans un état de faiblesse si grande que ce n'est pas au chantier où à l'atelier qu'il se trouve, mais bien dans un hôpital, où la loi sur les accidents du travail ne le protège plus.

*
* *

De ces longs développements il résulte que la clinique et le laboratoire, au lieu de s'opposer l'une à l'autre, sont d'accord pour établir que la tuberculose peut être « créée » aussi bien qu'« aggravée » par le traumatisme, et que, par conséquent, il serait injuste de l'exclure des maladies que protège la loi du 9 avril 1898.

—:00:—

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ARTHROPATHIES ET OSTEOPATHIES NEVROPATHIQUES

(Suite)

—
Par le Dr MAUCLAIRE, Agrégé

Chargé de Cours de cliniques annexe.

Le quatrième cas, que j'ai eu l'occasion d'examiner en ville, concerne une jeune fille de quinze ans, fille d'un chef de gare.

Assez brusquement, un jour, elle fut prise de contracture du genou qui se mit en extension complète. Tout le membre inférieur était raide et il était impossible de le fléchir du fait de la contracture. Celle-ci persistait d'ailleurs d'une façon continue, le jour et la nuit. J'ai éliminé l'hypothèse de tumeur blanche, car habituellement cette affection entraîne une légère flexion de la cuisse par prédominance des muscles fléchisseurs. J'ai pensé à une arthropathie hystérique, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen sous chloroforme qui fit disparaître immédiatement la contracture.

J'ai observé une femme de vingt ans qui présentait depuis longtemps, des crises nerveuses. Elle avait un pied bot varus équin, il s'agissait ici d'une contracture névropathique que l'anesthésie générale a fait disparaître. Dans ce cas, l'ancienneté de la lésion avait donné lieu à un peu d'arthrite sèche, car même après réduction sous le chloroforme, les mouvements des articulations du pied étaient accompagnés de craquements très nets.

Enfin, j'ai observé un cas de *torticolis hystérique* pendant mon internat à l'hôpital Trousseau. Il s'agit d'une petite fille qui avait pour voisine à l'école une compagne atteinte de torticolis. Un beau jour elle se réveilla avec une contracture très violente de son sterno-cléido-mastoïdien. Chez elle aussi, il a suffi d'une anesthésie pour amener la disparition de la contracture.

Vous trouverez dans le beau livre si richement documenté que le Dr Cruchet a consacré aux torticolis spasmodiques, de nombreux exemples de ces contractures névropathiques du cou.

Ces contractures hystériques, vous les rencontrerez assez fréquemment dans votre pratique. Et même, si le diagnostic n'en était pas parfois si délicat, certainement les exemples seraient encore plus nombreux. Cependant il me semble un peu exagéré de prétendre, comme le déclarait Brodie, que chez les dames de l'aristocratie anglaise les 4/5 des douleurs articulaires sont des douleurs hystériques!

Pour Briquet 5% seulement des douleurs articulaires sont des douleurs hystériques. La vérité nous semble être entre ces deux chiffres extrêmes.

La localisation de ces arthropathies névropathiques a été bien étudiée surtout par Charcot. Dans une leçon de 1888, sur « une arthralgie hystéro-traumatique du genou », cet auteur dit : « Des arthrodynies hystériques, celle du genou est la plus fréquente. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie a occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le col du poignet. »

Nous autres chirurgiens, l'arthropathie nerveuse que nous observons le plus fréquemment est la coxalgie hystérique.

PATHOGÉNIE.—L'observation des faits et aussi l'expérimentation montrent qu'il faut faire jouer un rôle dans la genèse de ce sar-

thralgies hystériques à des causes très diverses qui se rattachent toutes à la suggestion.

a) *L'auto suggestion par imitation* joue sans doute un rôle dans le cas où, comme chez nos malades de l'observation n° II et VI, se trouvent dans l'entourage de l'hystérique un sujet atteint d'une affection articulaire organique qu'il se met un jour ou l'autre à imiter, plus ou moins inconsciemment.

b) *La suggestion traumatique* est une cause d'arthralgie hystérique; il est rare qu'à l'origine de cette affection, on n'ait point à noter quelque traumatisme. Mais ce qui est frappant, en pareil cas, c'est qu'il s'agit habituellement d'un accident insignifiant, relativement à l'intensité des phénomènes consécutifs.

c) *La suggestion expérimentale* sur laquelle a particulièrement insisté Charcot, est un troisième mode de production des arthralgies hystériques.

SYMPTOMATOLOGIE.—L'analyse des observations des malades présentés au début de la leçon me dispense d'insister longuement sur la symptomatologie.

Il ressort en effet des observations citées que ces malades sont atteints de contracture musculaire permanente, persistant même parfois pendant le sommeil naturel. Ils accusent en outre de la douleur, mais il s'agit bien plutôt d'une douleur superficielle, d'une hyperesthésie même cutanée, produite par le simple effleurement de la région, que d'une douleur profonde due à une pression appuyée; ils offrent par ailleurs la plupart des symptômes de la névrose: troubles de la sensibilité, troubles des réflexes, crises nerveuses, état mental particulier. Enfin, symptôme capital, la contracture disparaît pendant le sommeil au chloroforme.

COMPLICATIONS.—Souvent ces arthropathies névropathiques se compliquent d'*altérations trophiques cartilagineuses* par com-

pression continue. Rarement, elles s'accompagnent d'œdème ou d'*atrophie musculaire*. Il est exceptionnel de voir par exemple dans la coxalgie hystérique, cette atrophie si considérable des fessiers et des muscles de la cuisse qu'on observe si souvent dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse coxo-fémorale.

Les arthralgies hystériques peuvent encore se compliquer, quoique moins souvent, de *rétractions fibro-tendineuses*, immobilisant absolument, même sous chloroforme, l'articulation atteinte dans la position où l'ont mise les contractures.

A suivre

Du *Journal de Médecine Interne*

Paris, 30 septembre 1911.

—: 00: —

SOLUTIONS STÉRILISÉES

Les ampoules de verres hermétiquement fermées qui contiennent des solutions stérilisées des principaux médicaments pour usage hypodermique, ont acquis très rapidement une place prépondérante en médecine. Devant cette tendance, Messieurs PARKE, DAVIS & Co. ont lancé sur le marché il y a deux ou trois ans quelque chose comme une demi-douzaine de formules parmi les plus notables desquelles on remarquait des solutions d'adrénaline, codrenine, et de cacodylate de soude. Après ce modeste début cette spécialité a pris des proportions telles, que la compagnie annonce aujourd'hui un total d'à peu près vingt formules différentes. La liste complète, nous dit-on, est maintenant publiée dans les principaux journaux de médecine du pays. Les médecins qui s'intéressent à ce progrès de la médication hypodermique (et tout médecin devrait s'y intéresser) feront bien de se procurer cette liste et de se familiariser avec la série des solutions qu'elle contient.

Les solutions préparées dans les ampoules de verre aseptique ont nécessairement de très multiples avantages sur celles préparées de la façon ordinaire. Elles peuvent être utilisées immédiatement : il n'est pas nécessaire d'attendre que l'eau soit stérilisée et refroidie.

La précision de la dose est assurée, puisque chaque ampoule contient une quantité définie du médicament. Les solutions sont aseptiques et stables.

NOUVELLES

MORT DE M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

La presse médicale française nous apporte l'écho de l'émotion profonde causée par la mort de Joachim Albarran, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et chargé de la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker. Sa mort, prévue et attendue depuis plus de trois ans déjà, crée un vide immense à la chaire d'Urologie française qu'il avait élevé en même temps que lui-même presque à l'apogée de la gloire. Né à Cuba en 1860, il meurt dans toute la force virile de son talent, précédant dans la tombe son maître Guyon à qui il avait succédé. Chercheur précis et original, il s'imposa dès le début de ses études par sa puissance de travail et sa merveilleuse intelligence. Ses travaux sur l'étude des voies urinaires sont innombrables; son volume sur l'« Exploration des fonctions rénales » et son dernier livre sur la « Technique opératoire des voies urinaires », font autorité. Nul plus que lui n'avait, en effet, plus profondément pénétré les secrets des affections urinaires. Ses travaux sur la bactériologie des voies urinaires, sur les tumeurs de la vessie, sur la prostatectomie, sur le cathétérisme des uretères auquel il apporta un perfectionnement de la plus haute importance—l'invention de l'onglet—lui avaient conquis la première place dans le monde de l'Urologie. Enfin il fit faire les plus grands progrès au traitement chirurgical de la tuberculose rénale, et son autorité en cette matière devint universelle.

Messieurs les docteurs Arthur Simard, P.-C. Dagneau et Odi-lon Leclerc quitteront Québec à la fin de mars prochain pour un

voyage de trois ou quatre mois en Europe, dans l'intérêt de l'enseignement qu'ils donnent en qualité de professeurs à la Faculté de Médecine de Québec. Le Docteur Arthur Simard représentera le *Conseil d'Hygiène de la Province de Québec* au *Congrès de la Tuberculose* qui aura lieu à Rome en avril prochain.

M. le Dr. A. Vallée, Professeur à l'Université Laval, est revenu à Québec après un séjour de trois mois à Paris où il était allé préparer les cours de chimie alimentaire et de Bactériologie qu'il donne actuellement aux Médecins de notre province désireux d'obtenir le diplôme d'hygiéniste expert. Le Dr. Vallée, en qualité de représentant de l'*Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, a assisté au congrès de l'*Association des Médecins de langue française* tenu à Lyon en octobre dernier. Nous avons été très heureux de publier le rapport que le Dr. Vallée nous a fait de ce Congrès de Médecine dans le *Bulletin Médical*, numéro de janvier dernier.

L'ouverture des *Cours d'Hygiène Publique* a eu lieu mardi, le 6 février, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Québec. Les premières leçons déjà données par Messieurs les Professeurs Brochu, Fortier, Vallée, Guérard et Faucher ont vivement intéressé les médecins qui suivent ce cours. Le programme tel qu'élaboré par Messieurs les professeurs à qui il a été conféré et que nous avons publié dans le dernier numéro du Bulletin, est la preuve évidente du grand soin avec lequel on s'est appliqué à préparer ce cours qui est de la plus haute importance pour le progrès de l'enseignement médical supérieur, à la Faculté.

Messieurs les Professeurs A. Simard et C.-R. Paquin commenceront leurs leçons respectives en mars prochain.

Nous venons de recevoir le premier numéro du *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, publié à Paris le 15 janvier 1912.

Après l'avoir parcouru presque en entier, nous nous faisons un devoir de le recommander à tous les membres de la profession médicale de cette province. Le *Journal d'Urologie* qui est une merveilleuse transformation des « Annales des maladies des organes génito-urinaires » fondées il y a 30 ans par le Dr E. Delafosse, est publié tous les mois par MM. F. Guyon, J. Albaran, Cartier, de Lille-Pousson, de Bordeaux, Widai, de Paris, Desnos, de Paris, Jeanbrau, de Montpellier, Lequen, de Paris, Rafin, de Lyon, ayant pour rédacteurs en chef MM. Marion et Heitz-Boyer, de Paris, et M. Saint-Cène comme secrétaire de la rédaction.

Le *Journal d'Urologie* nous semble devoir intéresser non seulement l'urologiste médecin ou chirurgien, mais aussi le praticien en général, puisque c'est une véritable encyclopédie scientifique et bibliographique.

« Chaque numéro comprendra en général : 1° des travaux originaux ; 2° une clinique médicale ou chirurgicale ; 3° une revue générale sur un sujet d'actualité d'ordre médical ou chirurgical ; 4° un recueil de faits ou de thérapeutique pratique ; 5° des analyses. »

Comme on le voit, voilà ce qu'on appelle « se placer sur les hauteurs pour faire plus vaste le champ d'observation », et le numéro que nous avons sous la main est très substantiel et très bien fait.

La disposition générale de la matière est calquée sur celle du *Journal de Chirurgie*, qui, plusieurs le savent, est le plus parfait qui existe actuellement. Des planches magnifiques dans le texte viennent s'ajouter à la clarté du langage scientifique français, que tout praticien doit avoir à cœur de faire sien.

Le 23 janvier dernier la « Société médicale de Québec » a repris ses séances dans la salle des cours de la Faculté. Les membres ont procédé à l'élection des nouveaux officiers pour l'année 1913, avec le résultat suivant :

Président M. le Dr D. Pagé.

1^{er} Vice-Président, M. le Dr Adjutor Savard.

2^{ième} Vice-Président, M. le Dr P.-C. Dagneau.

Secrétaire, M. le Dr Edgar Couillard.

Trésorier, M. le Dr Jos. DeVarennnes.

Le prochain congrès des *Médecins de langue française* aura lieu à Paris, à l'automne 1912, sous la présidence de M. le Professeur Chauffard. M. le docteur Teissier, de Paris, en est le secrétaire général.

(Extrait du rapport du Dr A. Vallée, Directeur du laboratoire municipal de la ville de Québec.)

Recherche du bacille de Koch : 1^o dans les crachats :

Positifs	62
----------------	----

Négatifs	182
----------------	-----

Total des examens	244
-------------------------	-----

2^o Dans l'urine : Deux examens avec résultats négatifs.

Séro-réaction de Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde :

Réaction positive	21
-------------------------	----

" négative	7
------------------	---

Total	28
-------------	----

Examen de fausses membranes (diphthérie)	5
--	---

Recherche du bacille du choléra (cas en détention à la quarantaine de la Grosse-Isle.) Total.	6
--	---

Lait : Examens sommaire et microscopique	5
---	---

Examens bactériologiques	2
--------------------------------	---

Analyses chimiques et bactériologiques de l'eau :

Ville de Québec	36
-----------------------	----

Quartier Limoilou	2
-------------------------	---

Total des analyses d'eau	38
-------------------------------	----

UN BEAU GESTE — EXEMPLE A SUIVRE

Une heureuse et louable mesure vient d'être prise, sur l'initiative de nos confrères, médecins-consultants à Pougues-les-Eaux.

Un de nos confrères du Cher, père de quatre enfants, dont l'aîné a dix ans, sans autres ressources que les revenus de sa profession, est malade depuis de longs mois et incapable de travailler. L'un de nos maîtres lui ordonnait récemment un séjour prolongé à Pougues. Bien que pensionné par l'Association Amicale et secouru par l'Association générale et sa société locale, notre ami ne pouvait plus faire les frais d'une cure de longue durée dans cette station.

Mis au courant de la situation par le Dr. GAUCKLER, le Syndicat d'initiative de Pougues, présidé par le Dr. A. FAUCHER, vient de mettre à la disposition du Président du Syndicat des médecins du Cher, une bourse de séjour de deux mois qui, attribuée à notre confrère, va lui permettre enfin de se faire soigner, et espérons-le, de guérir.

Dans sa lettre, le Dr. A. FAUCHER annonce qu'une bourse de même importance sera attribuée chaque année à un médecin malade et dénué de ressources.

Il y a une belle leçon de solidarité à tirer de ce fait. Il y a aussi un exemple à suivre.

Et puis, n'est-il pas équitable que le corps médical, qui est l'agent de la prospérité des villes d'eaux, bénéficie dans quelque mesure de cette prospérité sous la forme de bourses de séjour qui permettraient à ses éclopés de recevoir des soins qu'il leur serait impossible de se procurer avec leurs seules ressources.

C'est le devoir des médecins-consultants de provoquer des initiatives de ce genre.

En attendant la généralisation de cette mesure, la reconnaissance des médecins doit aller d'abord à ceux qui en ont eu la première idée, à ceux qui l'ont su réaliser.

Pougues doit avoir une place à part, une situation privilégiée dans l'affection — et dans les indications — du corps médical français.

Dr. PRUNET, de Jars (Cher).

Extrait du Bulletin Officiel de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

CORRESPONDANCE

CONVENTION ANNUELLE DES SERVICES SANITAIRES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Lachine, 26 janvier 1912.

Monsieur le Directeur,
Bulletin Médical,
Québec.

Monsieur et cher confrère,

A la Convention de la Canadian Public Health Association, tenue à Montréal les 13, 14 et 15 décembre dernier, j'ai eu l'occasion de mettre devant les membres la question de l'inspection médicale des écoles, demandant une expression d'opinion favorable à l'organisation de cette inspection pour toutes les écoles de la province.

Cette demande fut alors référée au Comité Exécutif.

Or je viens de recevoir du Dr. Lorne Drum, secrétaire général de la Convention, une réponse des plus favorables que je m'empresse de porter à votre connaissance avec prière d'en donner communication à vos lecteurs, vu l'importance de l'Association qui a bien voulu approuver vos efforts en faveur de cette inspection.

Cher Docteur : —

J'ai le plaisir de vous informer que la résolution que vous avez soumise à la Canadian Public Health Association au sujet de l'inspection médicale des écoles de votre province a reçu le cordial encouragement de notre Exécutif et la résolution suivante basée sur votre demande a été communiquée aux secrétaires des Conseils d'hygiène de toutes les provinces, la nôtre incluse.

Résolu :

Que cette Association approuve de tout cœur l'inspection médicale des écoles, et considère qu'une telle inspection devrait être faite

dans chaque province suivant un système organisé à cette fin. C'est pourquoi elle approuve de tout cœur le but et l'objet que se propose le Comité formé à la dernière Convention des Services Sanitaires de la Province de Québec de formuler un plan pratique tendant à l'organisation de l'inspection de toutes les écoles de la province.

(Signé) LORNE DRUM,
Secrétaire général.

Recevez, Monsieur et cher confrère, mes remerciements anticipés et veuillez me croire,

Votre tout dévoué,
J.-A. BEAUDOIN, M. D.
Secrétaire

—:00:—

BIBLIOGRAPHIE

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET CHIRURGIE JOURNALIERE, par G. PHOCAS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine d'Athènes, et J. BAROZZI, ancien interne des hôpitaux. Deuxième édition entièrement refondue.—VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8° raisin cartonné avec 630 fig. dans le texte 16 fr.

Les auteurs de cet ouvrage ne sont pas pour nous des inconnus, M. Phocas, ancien agrégé de la Faculté de Lille est actuellement Professeur à la Faculté de Médecine d'Athènes. C'est lui qui a rédigé la première édition de cet ouvrage paru dans la collection des *Manuels de thérapeutique* publiés il y a quelques années. Epuisée depuis longtemps l'auteur répond aux désirs de nombreux confrères qui lui ont demandé de faire un ouvrage plus complet. C'est cette édition que nous présentons aujourd'hui au public médical et pour laquelle M. Phocas s'est adjoint comme collaborateur, un chi-

rurgien les plus distingués, M. le Dr Barozzi, auteur lui-même d'un Manuel de Gynécologie estimé.

De cette collaboration est né un livre nouveau qui tout en conservant le but pratique de l'édition précédente en a élargi le cadre de manière à répondre mieux aux exigences de la profession médicale. Les auteurs ont voulu écrire un guide pour le praticien qui ne s'occupe pas spécialement de chirurgie et qui désire en quelques instants se renseigner sur la valeur et les indications d'une opération donnée, insistant tout spécialement sur la description des opérations de tous les jours — de cette *chirurgie journalière* que tout médecin peut être appelé à pratiquer.

Ils ont surtout voulu mettre entre les mains des étudiants et des praticiens un résumé de l'état actuel de nos connaissances en thérapeutique chirurgicale. Ils ne se sont pas dissimulé la difficulté de la tâche, car il leur a fallu une trop grande érudition et exposer cependant les notions essentielles sur les grands chapitres de la chirurgie moderne tout en insistant sur les procédés les plus simples de la pratique chirurgicale courante.

Les *chirurgiens* de profession leur tiendront compte de leurs bonnes intentions et pardonneront les omissions inévitables à ce genre d'ouvrages.

Le *praticien* désireux de se renseigner rapidement sur un point de pratique chirurgicale qui ne lui est pas familier y trouvera toujours un guide sûr pour se former une opinion.

L'*Etudiant* désireux de passer ses examens y trouvera souvent la bonne réponse à son examinateur.

L'ouvrage est fort bien présenté: Impression et illustration soignées, cartonnage élégant. Publié dans le même format que la cinquième édition de *Thérapeutique et Médecine Journalière* du Professeur Lemoine dont il est en somme le complément, nous lui souhaitons le même succès.