

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 Av. d'ANTIN
Paris.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement: \$2.00 par année



DECEMBRE 1910

SOMMAIRE

- 145.—Rapport du comité nommé par la Société médicale de Québec, sur les moyens à prendre pour l'utilisation d'un service médical d'inspection scolaire.
- 150.—L'autosérothérapie dans le traitement des épanchements des cavités séreuses.—J.-E. Fortier.
- 157.—L'ulcère du duodénum.—Par M. Albert Mathieu.
- 171.—Angiocholecystite typhique.—Par M. Guibal.
- 185.—Formulaire.
- 188.—Le médecin au Palais de Justice.—Dr O. Leclerc.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

INTERETS PROFESSIONNELS

RAPPORT

DU

COMITÉ NOMMÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

SUR LES

MOYENS À PRENDRE POUR L'UTILISATION D'UN SERVICE
MÉDICAL D'INSPECTION SCOLAIRE.

Monsieur le président,

Messieurs,

Les soussignés ont l'honneur de faire rapport que, conformément au désir exprimé par la Société Médicale de Québec, à sa dernière réunion, ils se sont réunis et ont décidé de soumettre à votre approbation les vœux suivants, en même temps, qu'un projet de mémoire adressé au premier ministre de la province de Québec, ci-annexé.

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

Todurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris.
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levurine.

I. Ils émettent le vœu que la Société Médicale, après l'avoir approuvé, adresse une copie de ce mémoire :

(a) au Conseil d'Hygiène de la Province de Québec ;

(b) au Conseil de l'Instruction publique, sections française et anglaise.

(c) à chacune des sociétés médicales de la province, en les sollicitant d'en approuver le principe et d'en aviser les autorités compétentes.

II. Ils suggèrent humblement qu'une délégation de la Société Médicale, sollicite du Premier ministre de la Province, une entrevue au cours de laquelle, le dit mémoire lui sera présenté.

III. Ils proposent que la même procédure soit suivie à l'égard des autorités municipales de la ville de Québec, et que la demande leur soit faite qu'avant l'adoption par la législature d'une loi générale intéressant toutes les municipalités de notre province, notre conseil de ville adopte un règlement décrétant l'inspection médicale scolaire obligatoire dans les limites de la ville de Québec.

Dr ALP. LESSARD,
Dr C. R. PAQUIN,
MICHAEL JOS. AHERN,
R. FORTIER, M. D. L.

A l'honorable Sir Lomer Gouin,

premier ministre de la Province de Québec.

Monsieur le premier ministre,

La Société Médicale de Québec qui compte dans ses rangs la presque totalité des médecins de notre ville, mit dernièrement à l'étude la question si pleine de gravité de l'inspection médicale des écoles ; question grave tant au point de vue de son urgence qu'à celui des intérêts si divers auxquels elle touche et dont le premier est l'intérêt de l'enfant.

Uniquement soucieux de l'avancement moral et matériel de la population scolaire de notre province, nous avons cru devoir prendre l'initiative d'un mouvement tendant à la création par les pouvoirs publics, d'un service existant dans presque tous les pays civilisés : l'inspection médicale scolaire obligatoire. Notre société n'a qu'un but : préserver l'enfant dans sa santé, la plus grande de ses richesses, et par là même, contribuer à ce qu'il ne sorte de l'école et du collège, que des générations saines et fortes, solides et résistantes pour qui la lutte sera moins pénible et l'effort moins épuisant.

Nul plus que nous ne reconnaît tout ce que les pouvoirs publics ont fait, depuis quelques années surtout, dans le domaine de l'éducation, et n'est prêt à en tenir compte. Nous comprenons, comme tout le monde d'ailleurs, que l'avenir de notre race est à l'école et que si nous voulons voir ouvrir devant nous comme devant les autres nationalités, les routes du progrès, c'est le cerveau de nos enfants qu'il faut armer, c'est l'instruction poussée dans toutes les branches qu'il faut rendre complète et solide.

Mais ce n'est pas tout.—A côté des règlements pédagogiques, parallèlement aux ordonnances qui ont trait à l'instruction elle-même, il est une grande loi à laquelle il faut que tous obéissent et qu'il serait criminel d'ignorer, c'est la loi d'hygiène dans les établissements éducationnels et les précautions dont elle commande d'entourer vos enfants.

Le système en vigueur pourvoit à la nomination d'inspecteurs d'écoles qui parcourent les différents districts de la province pour surveiller le travail intellectuel des enfants, il n'y en a pas pour voir aux conditions de santé de ces mêmes enfants et l'observation des mesures d'hygiène dans les locaux qu'ils fréquentent. Il y a des inspecteurs qui visitent les écoles, qui se renseignent auprès du maître, qui interrogent les enfants afin de se rendre compte si l'instruction qu'on leur donne leur profite, et il n'y en a pas qui aiment dire à l'instituteur ou à l'institutrice :

Voici un enfant atteint de tuberculose, de scrofule, ou de tout autre maladie contagieuse, il constitue un danger pour les autres, il importe qu'il soit éloigné de ses camarades grandement exposés à être contaminés par lui; à l'avenir, vous ne le recevrez pas.

Partout où des enfants sont réunis pour recevoir l'instruction, dans les écoles proprement dites, dans les crèches, dans les orphelinats, c'est la ferme opinion de la Société que nous représentons, qu'une inspection médicale sévère des enfants devrait être faite au moins deux fois par année.—C'est une question qui a été débattue au Congrès de la Tuberculose de 1908, à Washington, qui s'est prononcé dans l'affirmative, et dans tous les pays civilisés, on adopte de plus en plus cette manière de voir. Aux États-Unis, la pratique est générale, et dans certaines villes, cette inspection a lieu toutes les semaines, et l'enfant à son entrée à l'école, doit subir un examen aussi minutieux qu'un candidat à l'assurance sur la vie.

L'Angleterre dépense à elle seule, pour l'inspection médicale de ses écoles, la somme de six millions de dollars par année. En France, cette inspection a lieu dans tous les établissements scolaires de l'État. Dans notre pays, plusieurs villes ont devancé sur ce point, l'action des gouvernements, et partout, les résultats répondent à l'action qu'on a prise. La chose existe depuis plusieurs années à Ottawa et à Kingston, Montréal l'a décrétée il y a trois ou quatre ans; Toronto l'année dernière, a institué l'inspection médicale obligatoire non seulement des enfants, mais aussi des instituteurs et des institutrices, ce qui est des plus rationnels.

Le Conseil de l'Instruction publique a édicté, au sujet des locaux scolaires, en particulier, des règlements qui concordent avec ceux du Bureau provincial d'Hygiène, et ces règlements qui ont trait à l'état dans lequel les écoles doivent se trouver pour occasionner le moins de danger possible d'éclosion ou de développement des maladies, présenteraient une foule d'avantages si on leur obéissait. Il est parfaitement établi que dans une foule d'endroits où se donne l'instruction, ces prescriptions sont restées

lettre-morte, et partout l'on tolère qu'on les transgresse impunément.

Or, l'homme, qui par son état, sera le plus à même de mettre le doigt sur le mal et d'en indiquer le remède, c'est le médecin.— Que le médecin entre à l'école, et loin d'être un intrus ou un visiteur importun comme un trop grand nombre le redoutent, il sera un aide et un collaborateur à ceux qui ont la charge d'instruire nos enfants. Il pourra signaler le danger de contagion là où il existe et mettre les autres enfants à l'abri. Il pourra indiquer à l'autorité telle ou telle école où l'encombrement existe, où les plus élémentaires règles de l'hygiène sont ignorées, et surveiller ce qui doit être fait. La visite de l'école par l'homme de science, au lieu d'être redoutée doit être désirée, et la Société Médicale de Québec considère cette inspection qu'elle demande, non seulement nécessaire, mais urgente.

Nous comprenons parfaitement que chaque municipalité de la province pourrait passer un règlement pour établir l'inspection que nous demandons, mais nous croyons qu'une loi générale, adoptée par la Législature, atteindrait plus facilement, et surtout plus rapidement, ce but.

Notre Société Médicale, il ne devrait pas être nécessaire de le dire, n'a aucunement l'intention, quand elle demande que le médecin entre à l'école revêtu d'une autorité que lui donnera son titre d'inspecteur, de venir en conflit avec ceux qui jusqu'ici ont eu le contrôle de l'enseignement. Tout ce qu'elle veut et sollicite, c'est que la vie et la santé de l'enfant soient davantage protégés, et c'est pour cela qu'elle suggère un moyen qu'elle considère efficace et qui a fait ses preuves dans les autres pays.

En conséquence, elle demande avec instances, au gouvernement de la Province de Québec, de prendre les mesures qu'il jugera nécessaires, pour la création d'un service régulier d'inspection médicale dans les écoles de cette province, et elle demeure

convaincue qu'une telle mesure suscitera l'approbation et la reconnaissance de tous les bons citoyens.

—: 00:—

TRAVAUX ORIGINAUX

L'AUTOSÉROTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES EPANCHEMENTS DES CAVITES SÉREUSES.

Les premiers essais sur l'autosérothérapie datent déjà de plusieurs années. Appliquée primitivement aux pleurésies seules, son champ est bientôt devenu plus vaste et l'on considère maintenant comme justiciables de la méthode les épanchements de toutes les séreuses. Dans cet article, nous ne nous arrêterons qu'à ceux de la plèvre et de la vaginale.

I.—*Autosérothérapie dans le traitement des pleurésies.* En 1894, au congrès de médecine de Rome, Gilbert de Genève fit connaître un nouveau mode de traitement des épanchements pleurétiques. Sa méthode, à laquelle il donna le nom d'autosérothérapie, consistait à retirer deux centimètres cubes du liquide épanché et à les injecter directement sous la peau du thorax. Ses observations portaient sur 21 pleurésies sérofibrineuses, il accusait 19 améliorations et 2 résultats nuls. Dans nombre des cas, l'épanchement pleural avait paru se résorber rapidement. Depuis un an les travaux sur ce sujet se sont multipliés. C'est ainsi qu'en 1909, parût à la société médicale des hôpitaux de Paris un mémoire d'Enriquez, Durand et Weill qui relatait trois observations de malades atteints de pleurésies sérofibrineuses traités par la méthode de Gilbert avec résultats favorables, Boinet et Murel (Marseille médical, 15 mars 1910) Billet et Brissot (Journal de médecine et de

chirurgie pratiques, 25 mai 1910), R. Gauthier (Bulletin de thérapeutique, 8 septembre 1909), tour à tour fournissent les résultats de leurs observations qui dans la plupart des cas étaient très bons. Le travail le plus important sur ce sujet nous est fourni par Marcou de Russie qui, dans la Presse médicale de septembre 1909, rapporte les résultats obtenus par lui-même et par le professeur Tchégaëff chez 160 pleurétiques. En voici les conclusions: "Tous les malades ont accusé un bien-être énorme les jours qui ont suivi l'injection, tout particulièrement ceux qui souffraient de dyspnée suite d'un très gros épanchement ou d'un point de côté violent. Dans les pleurésies aiguës ou subaiguës il a remarqué le soir de l'injection, une élévation de la température de $\frac{1}{2}$ degré à 2 degrés, mais le lendemain matin la température tombait à un degré pour arriver à la normale en 5 à 10 jours. En même temps que la fièvre disparaissait le taux quotidien des urines montait pour dépasser un litre. Les premiers jours le poids des malades tombait de 200 à 600 grammes. La résorption de l'épanchement commençait à se faire à partir du 2e jour après la piqure. Si la régression du liquide cessait, une nouvelle injection suffisait la plupart du temps à en faire reprendre le cours. Comme résultats éloignés rien qui ne puisse faire contrindiquer la méthode; si la tuberculose, lorsqu'elle existait, n'était pas enrayée par le traitement, elle n'était pas aggravée non plus."

Nous même, pendant le séjour que nous venons de faire à Paris, dans le service de notre maître M. le docteur Launois, à l'Hôpital Lariboisière, nous avons pu expérimenter la méthode de Gilbert chez 18 malades atteints de pleurésie sérofibrineuse. Voici les résultats que nous avons obtenus: chez 9 de nos pleurétiques nous avons enregistré un succès complet et immédiat avec disparition totale de l'épanchement en 8 à 12 jours. Chez ces premiers malades, une seule injection a suffi dans 5 cas, deux injections furent nécessaires chez 3 malades, et en une seule circonstance nous fûmes obligés de la répéter trois fois. Chez 3 autres mala-

des la disparition du liquide n'a été complète qu'au bout de 20 à 25 jours après l'injection répétée 2 ou 3 fois. Enfin chez les 6 autres malades notre intervention n'a paru en aucune manière influencer l'évolution habituelle de la maladie.

Les malades de la première série, c'est-à-dire ceux qui nous ont fourni les plus beaux résultats, ne souffraient que depuis 10 à 15 jours, tous présentaient une température oscillant entre 38,5 et 40 C. Le point de côté était violent, la dyspnée intense, l'épanchement considérable. La formule cytologique de leur liquide était composée de lymphocytes, de globules rouges, de quelques polynucléaires et cellules endothéliales isolées. La pleurésie dans ce cas avait une évolution aiguë. Les 9 malades qui composent les deux autres séries avaient plutôt une pleurésie à évolution subaiguë. Pour la plupart ils n'avaient qu'un faible épanchement et peu de réaction thermique.

Dans les cas favorables, voici les remarques que nous avons pu faire: après l'injection du liquide pleurétique, nous n'avons jamais constaté de réaction locale soit inflammatoire soit douloureuse. Le soir de l'injection, il y avait habituellement une élévation de la température de 1 à 2 degrés, mais non dans tous les cas. Le surlendemain, d'ordinaire, la température commençait à baisser pour arriver à 37,5 C. en 7 à 8 jours, en moyenne. Avec la chute de la fièvre commençait la résorption du liquide pleural. Chez des malades qui avant l'injection n'urinaient que 600 à 800 grammes, nous voyions après les urines monter à 1500, à 2000 et atteindre parfois 3000 grammes. Cette polyurie s'accompagnait généralement de transpirations abondantes. L'appétit réapparaissait et bientôt les malades réparaient leurs pertes en poids du début.

Comme résultats éloignés, il nous est difficile pour le moment de formuler une opinion, nos observations étant par trop récentes.

Telle est la méthode suivie; peut-elle entraîner des accidents tels qu'aggravation des lésions tuberculeuses sous-jacentes du

poumon, ou être le point de départ d'une tuberculose généralisée? La littérature médicale ne mentionne aucun fait de ce genre. Marcou a pu revoir 50 de ses malades 2 et 3 ans après la guérison, il n'a jamais constaté de tuberculisation rapide après le traitement. Pour cet auteur la méthode de Gilbert n'est dangereuse ni pendant ni longtemps après son application. Si le pleurétique est tuberculeux, sa tuberculose ne sera pas arrêtée par les injections mais elle ne sera pas aggravée non plus, ce traitement n'ayant pour but et pour effet que la résorption rapide des épanchements de toute nature.

Cependant dans la Tribune médicale du 15 octobre 1910, Oppenheim et Crépin rapportent l'histoire d'une vieille femme de 64 ans atteinte de pleurésie qu'ils traitèrent par l'autosérothérapie. Deux injections furent pratiquées. Six mois plus tard aux points d'injection il se développe deux petites tumeurs de la grosseur d'une noisette qui furent enlevées chirurgicalement. L'une était très dure, peu douloureuse, libre sous la peau et sur les plans profonds. Elle ne contenait pas de pus. L'autre, adhérente à la peau, contenait un peu de pus et formait un véritable abcès. Le pus inoculé au cobaye a tuberculisé l'animal en 25 jours. L'examen histologique de la tumeur présente une gangue conjonctive assez épaisse au sein de laquelle on trouve un amas de follicules tuberculeux en voie de caséification. La première incision a guéri par première intention; à la place de la seconde tumeur, un trajet fistuleux a persisté. Nous avons tenu à rapporter cette observation, c'est le seul accident mentionné jusqu'à présent à la suite de l'autosérothérapie, accident peu grave en réalité et ne pouvant en aucune manière faire considérer la méthode comme dangereuse.

La technique est des plus simples: il suffit de faire avec les précautions d'asepsie voulues, une ponction exploratrice en se servant d'une seringue de Pravaz, de 5 centimètres cubes; puis sans retirer l'aiguille complètement on enfonce celle-ci dans le tissu cellulaire sous-cutané au point même où a été fait la ponction.

On injecte ainsi 2 centimètres cubes de liquide pleural à deux ou 3 jours d'intervalle. Suivant les cas, les injections peuvent être répétées jusqu'à cinq ou six fois: tout dépend des résultats obtenus.

II.—*Autosérothérapie de l'hydrocèle.*—Appliquée au traitement de l'hydrocèle, l'autosérothérapie a déjà fourni de beaux résultats, bien que son emploi soit de date tout à fait récente. Se basant sur les résultats obtenus par la méthode de Gilbert dans la pleurésie et dans l'ascite Bertholon (de Tunis) a cherché à appliquer la même méthode à la cure de l'hydrocèle vaginale, et dans le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (25 juin 1910), il a rapporté les 2 observations suivantes:

Le premier cas a été celui d'un homme d'un certain âge, artério-scléreux et goutteux. Son hydrocèle fort volumineuse remontait à 3 ans. Le malade a été ponctionné avec une seringue de Pravaz, deux centimètres cubes ont été retirés et injectés aussitôt dans la cuisse avec les précautions d'usage. Pas de réaction. Le malade assez indocile ne reste même pas couché. Le lendemain, le sac est ramolli. Sa circonférence a diminué de 15 millimètres. Deux jours après, diminution très accentuée. Nouvelle ponction suivie d'injection de 2 centimètres cubes dans les muscles de la cuisse. Au bout de trois jours tout le liquide est disparu, le testicule est normal. Il n'y a pas eu de récurrence bien que cette opération remonte à plus d'un mois.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un sujet plus jeune. L'opérateur a pratiqué la ponction et laissé couler une certaine quantité de liquide (10 cc. environ). Deux centimètres cubes, recueillis dans une seringue, ont été injectés dans la cuisse. La résolution de l'hydrocèle a marché rapidement. Le quatrième jour, le testicule atteint avait un volume normal.

A ces deux observations, les seules publiées jusqu'à ce jour, nous pouvons en ajouter trois autres. Nous devons à l'obligeance de notre maître M. le docteur P. E. Lanois, l'histoire du premier cas, les deux autres nous sont personnelles.

1ère observation.—Jean R. . . régisseur dans l'Orme, âgé de 49 ans, est porteur d'une volumineuse hydrocèle droite depuis 1908.

Dans ces antécédents pathologiques, on note une fièvre typhoïde contractée au régiment en 1883, un hygroma de la bourse rotulienne droite, une chute de cheval s'étant accompagnée d'une diminution persistante de l'acuité auditive à droite, des contusions répétées du testicule droit.

En 1908, il constate que la bourse du côté droit grossit et est le siège de douleurs qui s'irradient jusque dans la hanche et la cuisse. Le volume de l'hydrocèle va progressivement en augmentant, au point d'atteindre 24 centim. de diamètre et 13 de longueur. Le liquide, transparent, est à tension assez élevée.

Le 12 octobre 1910, on pratique une aspiration de trois centimètres cubes du liquide citrin, qui sont immédiatement injectés dans l'épaisseur de la fesse droite. Le lendemain apparaît un léger œdème du tégument, provoqué peut-être par l'application d'une couche de teinture d'iode fraîche. Le surlendemain, la consistance de la collection liquide s'est transformée, les téguments flasques se plissent et le volume diminue. Il en est ainsi pendant les jours qui suivent. Au bout de la semaine, le liquide a en grande partie disparu et par la palpation on perçoit très nettement le testicule augmenté de volume mais non bosselé.

2ème observation.—R. C. . . musicien, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital souffrant d'une pneumonie du sommet droit. Buveur et artério-scléreux, il est porteur d'une hydrocèle à gauche, apparue en 1906 sans cause provocatrice aucune et ne s'accompagnant à son début que de vagues douleurs dans le scrotum avec irradiations dans l'aîne. Cette tumeur dont le développement s'est fait avec lenteur, lisse et tendue, mesure, le 15 août, 15 centimètres en hauteur et 11 en largeur. Le même jour, par ponctions, l'on retire 3 cc. d'un liquide citrin que l'on injecte dans les muscles de la cuisse profondément. Le 16 la consistance a diminué sensible-

ment, déjà le scrotum forme des plis. Le 19 août le liquide a disparu et l'on peut maintenant reconnaître le testicule augmenté de volume et ramolli.

3ème observation.—F. D. . . garçon d'hôtel, âgé de 40 ans, a toujours eu une bonne santé. En 1909, à la suite d'un traumatisme ayant porté sur le scrotum, il se développa dans sa vaginale droite un hydrocèle qui en 4 mois avait atteint son maximum de développement. La marche déterminait parfois des douleurs dans le scrotum, douleurs irradiant jusque dans la cuisse et la hanche. La tumeur dure, tendue et lisse, franchement transparente aux rayons lumineux, mesure dans ses diamètres 14 et 12 centimètres. Le 28 septembre 1910 aspiration de 3 cc. du liquide citrin et injection immédiate dans les muscles de la cuisse. Le 29, aucune réaction locale ne s'est produite, la tension du liquide a diminué. Le 30, les choses sont à peu près au même point que la veille. Le 1er octobre, nouvelle ponction de 3 cc. et réinjection dans la cuisse. Le 2, les téguments commencent à former des plis, le liquide a considérablement diminué : l'on peut aisément reconnaître le testicule augmenté de volume. Le 4 tout le liquide est disparu. Un mois plus tard la guérison persistait.

Les résultats obtenus chez ces quelques malades nous paraissent très encourageants et semblent indiquer une nouvelle thérapeutique de l'hydrocèle.

La technique, des plus simple, consiste à retirer 3 centimètres cubes du liquide de l'hydrocèle au moyen d'une seringue de Pravaz et à les injecter profondément soit dans les muscles de la cuisse, soit dans ceux de la fesse. L'injection peut être répétée deux ou trois fois et plus si la chose était nécessaire, à deux ou trois jours d'intervalle.

Rien n'est à craindre, il suffit de faire usage des précautions d'asepsie ordinaires.

J. EMILE FORTIER, M. D.

Paris, décembre, 1910.

REVUE DES JOURNAUX

L'ULCERE DU DUODENUM

Par M. ALBERT MATHIEU

Rapport de M. RICARD

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1910.

Le Dr A. Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a choisi la tribune de notre Société pour répondre à un rapport que le Dr Pauchet et moi avons publié au dernier Congrès de Chirurgie sur "l'ulcus du duodénum et son traitement chirurgical".

Ma première parole doit être une parole de remerciement pour notre distingué collègue qui a bien voulu nous apporter ici les documents, fruits de sa longue expérience de la médecine gastro-intestinale. Il serait à souhaiter qu'un semblable usage se généralisât davantage et que, dans les nombreuses questions d'ordre médico-chirurgical, ces débats puissent avoir lieu plus fréquents entre médecins et chirurgiens. La science n'aurait qu'à gagner à une semblable communion.

Nous avons tous présente à l'esprit la communication si documentée de M. Mathieu. Il faut regretter que nos règlements n'aient pas permis une discussion immédiate, mais je croirais manquer à mon devoir si, dès le début de ce court exposé, je ne reproduisais pas en entier la communication, si précise et si documentée, de notre collègue :

Dans leur rapport au récent Congrès de Chirurgie, MM. Ricard et Pauchet ont exposé l'histoire de l'ulcus duodénal telle

que l'ont tracée, à la suite de nombreuses laparatomies : en Angleterre, Mayo-Robson et Moynihan; aux Etats-Unis, les frères Mayo, de Rochester, et leurs élèves.

Les faits rapportés par les chirurgiens anglo-américains sont certainement très intéressants et très instructifs. Cependant ces auteurs n'ont pas su les rattacher à des notions déjà acquises et à ce que j'appellerais volontiers la doctrine française. D'autre part, il me semble que leur pratique, bien qu'en progrès sur la nôtre, ne peut être acceptée sans discussion ni sans réserve. Il s'agit là d'une question essentiellement médico-chirurgicale : j'ai cru bon de venir vous exposer ce qu'en pense un médecin qui doit aux chirurgiens ce qu'il a appris de plus précieux sur ce sujet.

I. — Les chirurgiens anglo-américains ont surtout étudié l'ulcus gastrique ou duodénal à la phase initiale de son évolution, époque précoce à laquelle ils interviennent pour pratiquer la gastro-entérostomie, tandis que, en France, on n'opère que beaucoup plus tard, alors qu'il a pris des dimensions plus considérables souvent, qu'il a causé, avec des périodes de repos plus ou moins longues et plus ou moins complètes, de longs mois, de longues années de souffrances.

La séméiologie qu'ils lui attribuent est, à cette phase première, d'une simplicité schématique. Elle est essentiellement constituée par des douleurs tardives, qui surviennent quatre ou cinq heures après le repas, et que calme presque immédiatement l'ingestion des aliments. Cela leur suffit, et la *hunger pain*, comme ils l'appellent, signifie ulcus du duodénum.

Les douleurs tardives procèdent par crises paroxystiques plus ou moins éloignées, plus ou moins prolongées, séparées par des périodes soit de digestion parfaite, soit de troubles dyspeptiques vagues. La périodicité à gravité croissante est un des caractères les plus nets de l'évolution de l'ulcus gastrique, pylorique ou duodéno-pylorique; tous les cliniciens ont été amenés à le reconnaître.

Les chirurgiens anglo-américains paraissent avoir reconnu la fréquence et l'importance de l'hypersécrétion chlorhydropeptique dans ces conditions et c'est ainsi, sans doute, qu'ils ont été amenés à ne pas rattacher les faits qu'ils observaient à la série pathologique nettement définie par les auteurs français.

En effet, en même temps que les crises douloureuses, on observe toujours de bonne heure, pour peu qu'on la cherche, une hypersécrétion qui tend à devenir continue chez les malades atteints d'ulcus pylorique ou juxta-pylorique. En un mot, il se constitue assez rapidement le syndrome de Reichmann.

Plus tard, lorsque l'ulcus évolue, ce sont des périodes douloureuses de plus en plus rapprochées, de plus en plus intenses, de plus en plus rebelles, l'hypersécrétion et la stase tendent à devenir permanentes. La vie des malades n'est plus qu'un long martyre. Presque toujours apparaissent les grandes hémorrhagies, que les anciens cliniciens attendaient pour reconnaître l'ulcus, et trop souvent de graves complications: la perforation, la péritonite généralisée ou enkystée et parfois aussi la transformation néoplasique.

Les chirurgiens anglo-américains en sont donc venus à opérer dès les manifestations initiales de l'ulcus, après les premières, sinon même après la première crise de douleur tardive calmée par l'alimentation.

Dès que la paroi abdominale a été incisée, ils inspectent avec soin la région pylorique et le duodénum et, dans les deux tiers des cas et même davantage, c'est sur le duodénum, au-dessous du pyllore, qu'ils trouvent des traces de lésions qu'ils considèrent comme caractéristiques d'un ulcus. C'est en général à un centimètre ou un centimètre et demi de la veine pylorique, le plus souvent une tache blanche arrondie à base indurée et d'aspect cicatriciel, *white scar*; quelquefois, plus rarement, lorsque la lésion est plus récente, une tache dépolie parsemée de petites taches rouges qu'on ne voit bien qu'en essayant la séreuse avec le bout du doigt ou un peu de

gaze. Souvent, à la surface, on voit de petites adhérences qui passeraient facilement inaperçues, si on ne pratiquait un examen soigneux et méthodique.

C'est ainsi qu'ils diagnostiquent l'ulcus gastrique ou duodénal. Cet ulcus serait si souvent duodénal (deux fois sur trois) qu'ils considèrent le syndrome douleur tardive comme pathognomonique. Cependant, comme dans un tiers ou un quart des cas, dans ces conditions, l'ulcus est gastrique ou gastro-pylorique, ils avouent implicitement qu'ils ne savent pas plus que nous faire la distinction à l'examen clinique entre l'ulcus duodénal et l'ulcus gastro-pylorique.

Bien qu'ils ne pratiquent presque jamais la résection du pylore et de la première partie du duodénum et que, par conséquent, le contrôle du diagnostic de la lésion et de sa localisation n'ait été réalisé que dans quelques rares cas, je ne contesterai pas, dans cette critique, l'exactitude de ce diagnostic. Je me contenterai de discuter la localisation, de montrer que les faits décrits par les Anglo-Américains se rattachent tout naturellement à une série bien étudiée par les auteurs français, et enfin de rechercher dans quelle mesure il est légitime d'intervenir d'une façon aussi précoce qu'ils le font.

II.—Il convient tout d'abord d'exposer sommairement l'histoire de la question.

Après l'introduction en clinique du repas d'épreuve et de l'analyse du suc gastrique, l'école de Riegel avec la grande majorité des auteurs allemands admit que l'hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie était une véritable névrose sécrétoire. Cette hypersécrétion amenait consécutivement la stase, en raison de la mauvaise digestion des féculents et des amylacés et, par l'autodigestion, l'apparition de l'ulcus avec toutes ses conséquences. Déjà Boas et Schreiber avaient indiqué des raisons sérieuses de penser que la rétention et la stase précédaient l'hypersécrétion, au lieu de la suivre, lorsque M. Hayem, se basant sur plusieurs

observations suivies d'autopsie, vint soutenir devant l'Académie de médecine que l'hypersécrétion et le syndrome de Reichmann sont sous la dépendance d'une sténose pylorique ou sous-pylorique, le plus souvent d'origine ulcéreuse. Soupault et moi, nous nous ralliâmes immédiatement à cette façon de voir. Jusque-là nous ne possédions, comme matériel anatomo-pathologique, que quelques rares pièces d'autopsie, et nous ne réclamions l'intervention chirurgicale que dans des cas où la sténose pylorique était accentuée et la stase considérable et continue. Soupault fut plus hardi, il fit intervenir directement contre l'ul-stallée, cas dans lesquels on observait seulement les crises paroxys-cus dans des cas où la sténose définitive ne s'était pas encore in-tiques que certains auteurs, M. Albert Robin, en particulier, ex-pliquaient par l'hypersthénie primitive avec spasme pylorique et hypersécrétion stomacale.

Dès 1901, se basant sur une trentaine d'interventions faites par M. Hartmann, dans une communication à la Société de Thé-rapeutique, Soupault déclarait que si les formes graves de réten-tion avec hypersécrétion et stase étaient, comme l'avait dit M. Hayem, attribuables à la sténose pylorique, les formes moyennes à crises intermittentes trahissaient toujours l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique. Avec M. Hartmann, il expliquait, par la contracture d'un pylore ulcéré ou tout au moins hyperes-thésié par le voisinage d'un ulcus, les douleurs et l'hypersécrétion, en un mot le syndrome de Reichmann tout entier. La gastro-enté-rostomie en détournant le liquide stomacal de la région ulcérée et en le déversant directement dans le jéjunum, faisait cesser les crises de spasme douloureux et même l'hypersécrétion réflexe lorsque la bouche gastro-jéjunale fonctionnait d'une façon par-faite.

Dans son traité, qui malheureusement n'a été publié qu'après sa mort, Soupault ¹ pouvait, pour défendre sa façon de voir, s'ap-

1. M. Soupault, *Traité des maladies de l'estomac*, p. 303, 1906.

puyer sur 58 constatations directes, dont 7 autopsies et 51 gastro-entérostomies. Il arrivait à cette conclusion que l'hypersécrétion du type douloureux de Reichmann est presque toujours le résultat "d'une lésion siégeant dans la région de l'estomac au niveau de l'antra pylorique, du pylore ou du duodénum". Il ajoutait même: "Les lésions ulcéreuses du duodénum ont la même symptomatologie que l'ulcère de l'estomac."

Tenu au courant de ces recherches, j'acceptais l'interprétation de Soupault pour les cas de syndrome de Reichman d'intensité moyenne. Ma conviction s'est affermie par l'observation d'un grand nombre de malades et par les constatations qu'ont pu faire les chirurgiens auxquels j'ai fait appel depuis l'année 1902 dans environ 125 cas.

Et à la fin de 1909, je pouvais écrire: "Je puis apporter les résultats d'une observation riche de faits à l'appui de la conception de MM. Soupault et Hartmann, et dire avec eux que le syndrome de Reichmann de type moyen est dû à l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique. Et par ulcus juxta-pylorique, il faut entendre un ulcus situé au voisinage du pylore, soit un peu en amont vers l'antra pylorique, soit un peu en aval, vers le duodénum¹."

Il est de toute évidence que les faits rapportés par les chirurgiens anglo-américains appartiennent à la même série, qu'ils sont du même ordre, justiciables de la même interprétation quelle qu'elle soit, ce qui est un élément d'importance secondaire, la proportion relative de la localisation duodénale de l'ulcus juxta-pylorique.

Soupault allait jusqu'à admettre, en conversation tout au moins, que, dans tous les cas, mêmes légers et récents, les crises d'hypersécrétion douloureuses étaient dues toujours à un ulcus pylorique ou juxta-pylorique; mais il ne pouvait le démontrer,

1. A. Mathieu, *Pathologie gastro-intestinale*, 2e série, p. 130.

n'osant pas encore faire opérer des malades si légèrement et si récemment atteints. La démonstration d'une hémorrhagie occulte par l'examen des selles à fourni depuis un argument important en faveur de l'idée de Soupault.

Nous avons, J.-Ch. Roux et moi ¹, à l'aide de la réaction de Weber, fourni des preuves à l'appui, et dans un travail récent M. Cœttinger ² arrive à cette conclusion que, dans 73 p. 100 des cas, l'hypersécrétion gastrique à jeun est symptomatique d'un ulcus dont la réaction positive des fèces à l'examen par la benzidine indiquerait l'existence.

La constance d'une lésion dans les conditions cliniques où l'admettent les chirurgiens anglo-américains ne ferait donc que confirmer en l'étendant la doctrine française. Peu importe que l'ulcération soit un peu plus souvent duodénale juxta-pylorique que gastro-pylorique.

III.—Est-il du reste démontré que l'ulcus du syndrome de Reichmann soit aussi souvent un ulcus purement duodénal que l'admettent les chirurgiens anglo-américains? Si les chirurgiens français qui reconnaissent l'anneau pylorique simplement par la palpation ont peut-être placé sa limite un peu bas, il est possible, je dirai même très probable, que les Anglo-Américains l'ont au contraire fixé un peu trop haut, en adoptant comme frontière entre l'estomac et le duodénum la fameuse veine pylorique.

Le pylore non limité vers l'estomac, ou son anneau musculaire se confond insensiblement avec les tuniques de l'autre prépylorique, est au contraire nettement limité vers le duodénum par une coupure brusque, à pic, *par la falaise pylorique*. Là est la véritable frontière du pylore. Il n'est pas démontré du tout que la veine pylorique corresponde exactement à cette falaise.

1. A. Mathieu et J. Ch. Roux, *Pathologie gastro-intestinale*, 2e série, p. 130, 1909.

2. W. Cœttinger, *Hypersécrétion gastrique à jeun*, etc. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, octobre 1910.

“La veine pylorique, dit M. Moynihan, est un point de repère très important. It runs generally by a little to the gastric side of the pylorus ¹.” Ce qu’on peut traduire ainsi: son trajet se trouve un peu à gauche du pylore, sur “le versant gastrique du pylore”, suivant l’expression par laquelle MM. Ricard et Pauchet ont rendu l’expression anglaise.

Quel est l’éloignement de cette veine de la falaise pylorique? Est-il constant ou variable? Nul ne le sait.. Les figures publiées par Moynihan et reproduites dans leur Rapport Par MM. Ricard et Pauchet, m’ont pour la plupart donné l’impression qu’elle se trouvait 1 ou 2 centimètres à gauche du sillon qui me paraît marquer le début du renflement duodénal. C’est également celle que j’ai eue sur le vivant dans les quelques cas où mon ami Ricard a devant moi recherché et trouvé cette veine.

Je n’insiste pas, du reste, sur ce problème de localisation topographique exacte qui, pour les raisons que j’ai dites précédemment, ne me paraît avoir qu’une importance secondaire.

IV.—Cette localisation exacte n’aurait d’importance que s’il était démontré que l’ulcus franchement duodénal se distingue de l’ulcus de l’autre côté de la veine par une gravité plus grande, par une plus grande résistance au traitement médical, et une fréquence plus grande des complications graves, hémorrhagie et perforation. Cette gravité plus grande ne paraît guère mise en relief par la comparaison des chiffres donnés par les chirurgiens anglo-américains, et de ceux que m’a fournis l’examen de pièces anatomiques recueillies à une période plus avancée de la même lésion, du même ulcus gastro-pylorique ou duodéno-pylorique.

Depuis trois ans, mon collaborateur Fr Moutier et moi, nous avons eu l’occasion de pratiquer 22 fois l’autopsie de malades ayant succombé à un ulcus chronique, soit après une intervention chirurgicale, soit après une hémorrhagie ou une perforation, et

1. Moynihan, *Duodenal ulcer*, 1910, p. 211.

de 11 pièces provenant de la résection du pylore, soit au total 33 pièces. Or, dans 29 cas, il y avait une ulcération gastrique ou gastro-pylorique n'atteignant pas le duodénum, et dans 4 cas seulement une ulcération duodénale, et, encore, dans 3 de ces cas la perte de substance entamait-elle le pylore, ce qui donne un cas d'ulcus duodénal pur, ou bien 3 cas d'ulcus duodénal ou duodéno-pylorique. En comptant même ces derniers comme des ulcères duodénaux, la proportion de l'ulcère gastrique ou gastro-pylorique à l'ulcère duodénal est de 4 ulcères gastriques pour 1 duodéno-pylorique.

Il est à noter, de plus, que dans ma collection de pièces anatomiques je possédais déjà 9 pièces d'ulcus et pas une seule d'ulcus duodénal, dont 7 gastriques et 2 gastro-pyloriques.

Comment s'expliquer que, dans ces constatations anatomiques directes, faites pour la plupart à une période tardive de l'évolution de la maladie, la proportion entre la fréquence de l'ulcus gastrique ou gastro-pylorique et celle de l'ulcus duodénal soit si différente de celle que donnent les chirurgiens américains? Cela peut-il tenir à ce qu'ils ont examiné sur le vivant le pylore et le duodénum à une période beaucoup plus récente de l'ulcération?

En admettant, comme je ne puis ni ne veux le contester ici, que leur diagnostic ait été exact, et qu'il s'agissait réellement chez leurs opérés d'un ulcus gastro-duodénal ou gastro-pylorique, il ne me paraît y avoir que deux interprétations possibles :

1^o Si l'ulcus était réellement duodénal, il faut admettre que l'ulcus duodénal guérit beaucoup plus facilement que l'ulcère gastrique puisqu'on le retrouve beaucoup moins souvent à une phase avancée;

2^o Ou l'ulcus est moins souvent duodénal que ne le prétendent les Anglo-Américains en raison de la nature de leur point de repère, et alors, cette fois encore, les faits qu'ils ont décrits se confondraient complètement avec ceux dont l'observation a servi à établir la doctrine française.

V.—Quoi qu'il en soit, il convient de poser la question de l'indication thérapeutique, de beaucoup plus importante que la question de topographie anatomo-pathologique, et de se demander s'il y a lieu de suivre la pratique anglo-américaine et d'opérer les ulcéreux à la phase première de l'évolution de leur maladie, alors que la lésion ne se traduit encore que par des douleurs tardives et de l'hypersécrétion sans stase alimentaire le matin à jeun. Le voilà, le véritable problème !

L'urgence plus ou moins impérieuse de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère pylorique ou juxta-pylorique doit se juger d'après les données suivantes :

a) Les chances plus ou moins grandes de guérison par le traitement médical ou au contraire de persistance avec aggravation continue ou par poussées intermittentes, et de complications graves (hémorragies, perforation, péritonite, périgastrite, transformation néoplasique) ;

b) La gravité plus ou moins grande de l'intervention chirurgicale ;

c) La persistance ou la disparition, dans un délai plus ou moins reculé, d'une anastomose gastro-jéjunale que ne maintiendrait pas en activité la sténose permanente du pylore ;

d) La proportion des succès complets et des récidives après l'opération précoce.

a) *Pronostic de l'ulcère pylorique et juxta-pylorique médicalement traité.*—Je dois reconnaître qu'il est impossible de l'établir exactement pour la période initiale à laquelle interviennent les chirurgiens anglo-américains. Toutefois, sa guérison me paraît possible, sinon même fréquente. Il n'est pas rare de voir les crises de douleurs tardives disparaître chez des malades convenablement traités, qui peuvent et qui veulent suivre d'une façon suffisamment prolongée un régime alimentaire suffisamment sévère. On peut évidemment objecter que des récidives tardives se voient fréquemment après des années de digestion parfaite. Mais s'agit-

il alors vraiment de l'ulcus primitif ou d'une lésion nouvelle? Dans bien des cas, c'est certainement cete seconde interprétation qui convient.

Un des élèves des frères Mayo, le Dr Codman (de Boston), admet du reste que la guérison de l'ulcus duodénal peut être si parfaite que, en l'absence de toute lésion appréciable de la face séreuse et de la muqueuse, on est obligé de rechercher la cicatrice des tuniques musculaires par des coupes microscopiques en série.

Je rappelle, sans y insister, que, si on admettait avec les Anglo-Américains la fréquence relative de l'ulcus duodénal, on serait forcé, en la comparant avec la rareté de cette localisation dans les périodes avancées, de conclure que la localisation duodénale est très favorable à la guérison médicale ou spontanée.

b) *Gravité de l'opération.*—La gravité de l'opération doit naturellement peser d'un grand poids dans la décision à prendre. Avec la mortalité réduite à environ 2 p. 100 qu'indiquent les statistiques anglo-américaines, la responsabilité du médecin et du chirurgien serait sans doute beaucoup atténuée. Elle ne serait cependant pas supprimée. En décidant l'intervention sans une indication suffisamment nette, ils risqueraient encore de condamner à mort des malades qui eussent survécu pendant de longues années et même qui eussent pu guérir complètement.

Sans étendre l'application de la gastro-entérostomie et éventuellement de la résection pylorique, il faut en tout cas absolument que les statistiques françaises s'améliorent, et en particulier que les accidents pulmonaires mortels consécutifs à l'opération deviennent moins fréquents. Or, ces accidents ont causé la mort de 8 sur 10 des ulcéreux de l'estomac que j'ai vus mourir après l'opération depuis six ans. Et malheureusement, parmi ceux qui ont été enlevés, se trouvaient des hommes jeunes, vigoureux, opérés dans de très bonnes conditions de résistance.

Parmi ceux qui ont survécu, un assez grand nombre ont pré-

senté dans la semaine suivant l'opération des accidents pulmonaires plus ou moins graves.

c) *Persistance de la bouche gastro-jéjunale.*—Les expériences faites sur les animaux, et certaines constatations faites par M. Tuffier, sur des hommes qui avaient antérieurement subi la gastro-entérostomie, tendent à démontrer que souvent, peut-être même en règle générale, la bouche artificielle de communication gastro-jéjunale se ferme lorsqu'il n'y a pas de rétrécissement permanent et étroit de l'orifice pylorique¹.

Cette oblitération de la bouche gastro-intestinale n'aurait qu'une importance négligeable si, pendant qu'elle existait, son fonctionnement avait pu servir à guérir le spasme pylorique, l'hypersécrétion et l'ulcus. Mais il faut remarquer que les chirurgiens anglo-américains donnent comme une règle de conduite de ne pas attendre pour intervenir la période où le spasme, l'hypersécrétion et les phénomènes de sténose se sont accentués. Ils opèrent dans les conditions les meilleures pour que la bouche gastro-intestinale se ferme, si elle doit se fermer.

d) *Proportion des succès complets et des récidives après la gastro-entérostomie précoce.*—Nous n'avons pas encore assez de reculée pour juger l'utilité à distance de la gastro-entérostomie précoce. Dans sa statistique Moynihan signale 19 cas dans lesquels il a persisté le plus souvent des vomissements par crises, et quelques-uns seulement dans lesquels il n'y a eu qu'une amélioration nulle ou tardive. Que seraient devenus sans l'intervention les malades qu'il a opérés? Quels sont ceux qui auraient pu guérir, ceux peut-être guéris déjà, et ceux qui, malgré un traitement médical bien conduit, auraient abouti à l'ulcus permanent? Personne ne pourrait le dire.

1. Th. Papadopoulos. Les résultats de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*. p. 141, 1910.

VI.—Je crois pouvoir résumer l'exposé critique qui précède en formulant les propositions suivantes :

1^o La séméiologie attribuée par les chirurgiens anglo-américains à l'ulcus duodénal est celle que, depuis les travaux de divers médecins et chirurgiens français, et en première ligne de Soupault, nous sommes habitués à rapporter à l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique, que cet ulcus soit directement au pylore ou bien qu'il en soit voisin, soit en haut, soit en bas.

2^o Les chirurgiens anglo-américains qui prennent comme ligne de repère une veine pylorique qui paraît se trouver à gauche de la limite vraie du pylore, regardent certainement comme duodénales des lésions ulcéreuses que les chirurgiens français classent comme pyloriques.

3^o Si l'on compare la fréquence relative de l'ulcus gastrique et de l'ulcus duodénal d'après les pièces anatomiques d'autopsie ou de résection, on voit que, au lieu d'être environ deux fois plus fréquent que l'ulcus gastrique, l'ulcus duodénal pur est beaucoup plus rare.

4^o La différence entre les constatations des auteurs américains et celles qui résultent de l'examen des pièces anatomiques, si elle ne provient pas de ce qu'ils diagnostiquent d'une façon absolue un nombre trop élevé d'ulcères simples, peut s'expliquer parce qu'ils admettent un nombre relativement trop élevé d'ulcères du duodénum.

5^o Si, par contre, l'ulcus duodénal est réellement aussi fréquent que le disent les chirurgiens anglo-américains, on est forcé de penser qu'il guérit dans le plus grand nombre de cas sans intervention chirurgicale.

6^o Il nous paraît certain, dans notre expérience clinique, que les manifestations gastropathiques considérées par les chirurgiens anglo-américains, comme presque pathognomoniques de l'ulcus duodénal, disparaissent assez souvent complètement et définitivement par le simple traitement médical.

7° Même, avec la mortalité très réduite accusée par les statistiques anglo-américaines, il ne semble pas établi qu'on soit en droit d'intervenir dans les formes légères et initiales du syndrome de Reichmann.

8° Toutefois, il est désirable que, pour décider l'intervention opératoire, le médecin et le chirurgien n'attendent pas que l'ulcus soit devenu chronique, qu'il se soit étendu en surface et en profondeur, qu'il y ait des accidents permanents de sténose pylorique, que les malades soient amaigris et épuisés. Mieux vaut certainement intervenir plus tôt, mais cependant d'une façon moins précoce en général que le font les chirurgiens anglo-américains.

Pour ma part, je suis déjà entré dans cette voie, et je m'y engagerai d'autant plus avant que les statistiques chirurgicales seront meilleures, et que, en particulier, les accidents pleuro-pulmonaires après les interventions portant sur l'estomac seront devenus moins fréquents et moins graves.

J'avais d'abord pensé commenter tout au long la communication ci-dessus et dès aujourd'hui traiter à fond la question. Mais, à la réflexion, considérant que le travail de M. Mathieu contenait une réponse à mon précédent travail, j'ai cru qu'il était plus logique de discuter brièvement les opinions de notre collègue, espérant qu'une discussion va s'ouvrir devant notre Société et que j'aurai l'occasion, en résumant les débats, de reprendre en les discutant les faits établis dans le rapport que le Dr Pauchet et moi avons publié dans le bulletin du récent Congrès de Chirurgie.

Tous nous reconnaitrons avec M. Mathieu que la symptomatologie attribuée par les chirurgiens anglais à l'ulcère duodéal est exactement celle que les médecins français attribuent aux ulcères juxta-pyloriques, qu'ils soient duodéno-pyloriques ou gastro-pyloriques.

Nous aurons à discuter la valeur du point de repère fourni par la veine pylorique et à reconnaître que peut-être cette modalité différente dans l'appréciation des limites du pylore suffit pour

expliquer, ou tout au moins pour atténuer, l'énorme écart qui existe entre les chirurgiens français d'une part et anglo-américains d'autre part, au point de vue de la fréquence relative de l'ulcère duodénal et de l'ulcère gastrique.

Nous admettons, avec Mathieu, que nombre de manifestations gastropathiques disparaissent par suite d'un traitement médical méthodiquement dirigé, pour arriver à cette conclusion par laquelle je termine ce rapide exposé :

S'il est possible que les chirurgiens anglo-américains soient arrivés à étendre un peu trop largement les indications opératoires concernant l'ulcère duodénal et recourent d'une façon trop précoce au traitement chirurgical, il est également indiscutable que la plupart des médecins français ont jusqu'ici une fâcheuse tendance à ne confier au chirurgien que les ulcères vieux et compliqués et depuis trop longtemps rebelles au traitement médical.

Notre rapport au Congrès de Chirurgie a eu pour but d'appeler l'attention des médecins et chirurgiens français sur un chapitre de thérapeutique mal au point chez nous, et nous nous féliciterons, le Dr Pauchet et moi, si la Société de Chirurgie veut bien mettre à son ordre du jour la question de l'ulcère duodénal. Cette discussion éclairera certainement la question délicate des indications opératoires dans la chirurgie duodénale.

—: oo:—

ANGIOCHOLECYSTITE TYPHIQUE

par M. GUIBAL

—

Rapport par M. QUÉNU.

M. Guibal (de Béziers) nous a lu l'observation d'une malade atteinte d'angiocholécystite typhoïdique qu'il a traitée par la cho-

lécystostomie et qu'il a guérie. Voici un résumé de cette observation :

Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-neuf ans, qui avait présenté pour la première fois en juin 1907 des troubles gastriques avec vomissements et endolorissement intermittent de la région hépatique.

Le 15 novembre, il survient des frissons et de la fièvre, l'anorexie complète, une douleur vive s'étend du creux épigastrique à la colonne vertébrale en suivant le rebord inférieur du thorax, le teint est normal, sans ictère, mais les selles sont grisâtres, la fatigue et l'abattement sont extrêmes.

En un mot, il existe un état général infectieux sans caractère bien défini ; les jours suivants le thermomètre accuse 39 degrés, le soir ; 37,5, le matin.

L'endolorissement hépatique persiste, la matité hépatique est normale, les urines ne renferment ni pigments biliaires ni urobiline, mais contiennent de faibles quantités d'albumine.

Le diagnostic reste imprécis jusqu'au 10 décembre ; à ce moment apparaissent quelques taches rosées lenticulaires, on note du gargouillement dans la fosse iliaque droite, de la diarrhée, les lèvres et la langue sont couvertes de fuliginosités, la malade ne sort de son état de prostration que pour se plaindre de céphalée. Les médecins diagnostiquent une fièvre typhoïde, et à ce moment les phénomènes hépatiques subissent une accalmie.

Puis survient la chute de la température et la convalescence s'installe peu après ; l'endolorissement hépatique reparait, cependant la convalescence se poursuivait normalement, l'appétit était revenu, lorsque brusquement, la septième journée, survinrent des vomissements et des douleurs violentes dans l'hypocondre droit.

Le lendemain, les douleurs peu calmées par la morphine s'étendaient à tout le ventre, qui devint dur et ballonné ; pas de fièvre, facies grippé, on applique de la glace sur le ventre.

Les jours suivants, les troubles restent les mêmes, sauf qu'ap-

paraît de l'ictère et que les réactifs décèlent les pigments biliaires dans les urines.

M. Guibal est appelé le 31 janvier, soit vingt-quatre jours après le début de ces accidents de la convalescence; il trouve une malade amaigrie, abattue, à langue sèche, ictérique, avec un ventre ballonné, mais avec une tension modérée qui permet la palpation; le foie, très volumineux, déborde d'un travers de main le rebord costal, la vésicule forme une boule du volume du poing, elle est douloureuse à la pression.

Matières fétides et décolorées, urines foncées, pouls 100, température à 38°2.

M. Guibal se décide à intervenir; sous l'anesthésie chloroformique, il incise sur la saillie de la vésicule qui apparaît tendue et d'une coloration vert foncé. La ponction avec l'appareil Potain en retire 900 grammes de bile épaisse; par le repos, le liquide se sépare en deux couches, une inférieure, blanchâtre, purulente; une supérieure, bilieuse; l'exploration du hile, du foie et de la vésicule ne révèle pas la présence de calculs; M. Guibal installe un drain dans la vésicule, il fait une cholécystostomie. Le drain traversait le pansement et aboutissait à un récipient.

Les suites furent simples. L'état local et l'état général s'amendèrent parallèlement à la facilité de plus en plus grande de l'écoulement biliaire, l'ictère s'atténua et, dix jours après l'intervention le foie avait remonté derrière le grillage costal. La fièvre était tombée dès le soir de l'opération, la décoloration des matières persista deux semaines: à cette date, la quantité de bile évacuée par la fistule pouvait être évaluée à un demi-verre. La convalescence ne fut enrayée que par la complication d'une escarre sacrée.

Enfin à plusieurs jours d'intervalle, la fistule livra passage à quatre calculs de la grosseur d'un noyau de cerise sans facettes. M. Guibal les considéra comme des formations récentes dues à la stase biliaire et comme la conséquence et non la cause de cette rétention.

En avril, la fistule ne laisse plus s'écouler que peu de bile, les douleurs reparaissent, avec la perte de l'appétit, la décoloration des matières et la pigmentation des urines.

N'ayant pas réussi à obtenir l'écoulement biliaire en dilatant l'orifice fistuleux à l'aide de tiges de laminaire, M. Guibal pratique le 15 avril, soit deux mois et demi après la première opération, une deuxième intervention chirurgicale et libère la vésicule qu'il trouve vide, puis le systique qui est coudé; il explore à nouveau le cholédoque sans y trouver de calculs, il palpe la tête du pancréas: elle lui paraît indurée, la libération du cystique ayant suffi à remplir la vésicule. M. Guibal borne là son opération et il fixe le fond de la vésicule juste sous le rebord costal.

Cette fois les suites ne furent traversées par aucun incident, le drain vésiculaire fut maintenu deux mois, et, huit mois après, la malade guérie, vaquait à ses occupations sans ressentir aucune souffrance.

Dans les quelques réflexions qu'il ajoute à son observation, M. Guibal admet que chez sa malade l'infection ébertienne a commencé par le foie, se traduisant alors par l'endolorissement du foie, la décoloration des matières, l'état infectieux; que dans une deuxième phase l'infection s'est transmise à l'intestin, et qu'enfin dans une troisième phase l'infection biliaire a subi un coup de fouet à l'occasion de la convalescence. Il rapproche son observation d'un cas de MM. Reitter et Exner ¹ dans lequel un malade ayant éprouvé, quelques années avant, des douleurs attribuées à une affection de l'estomac, eut ensuite une fièvre typhoïde avec foie douloureux, puis un an après survinrent les douleurs, l'augmentation de volume du foie et l'ictère; on intervient, et on retira de la vésicule des calculs qui renfermaient de l'Eberth.

Enfin, M. Guibal attribue à la pancréatite la douleur violente

1. *Semaine médicale*, 1907.

à siège profond lombaire, parce qu'il a, au cours de sa deuxième intervention, trouvé la tête du pancréas indurée.

Je résume l'observation de M Guibal au point de vue de l'évolution des symptômes.

Les accidents aigus commencèrent le 15 novembre; ils furent ceux d'une infection générale, avec endolorissement hépatique et une certaine décoloration des matières, sans ictère.

Le 15 décembre seulement, les phénomènes intestinaux furent caractérisée.

L'ictère et l'aggravation des manifestations hépatiques se montrèrent pendant la convalescence le 7 janvier.

L'observation de M. Guibal rentre dans le cadre d'une série de faits bien connus actuellement: nous savons tous que la fièvre typhoïde n'est pas une maladie à lésions intestinales primitives, avec manifestations générales sous la dépendance de ces lésions intestinales, mais qu'au contraire ces dernières sont consécutives et peuvent manquer, que la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une septicémie primitive, qu'une bacillémie éberthienne, avec déterminations secondaires diverses; ces déterminations affectant spécialement les organes d'élimination, tels que le rein et surtout le foie. On peut dire simplement que dans l'observation de M. Guibal les déterminations intestinales ont été tardives et que les déterminations hépatiques n'ont cessé de tenir la première place. On sait du reste que la bacillémie éberthienne peut se réduire à des phénomènes d'angiocholécystite, et que tout un groupe d'ictères qu'on se contentait d'appeler infectieux lui ont été rattachés.

Le caractère propre aux infections biliaires par l'Eberth c'est leur persistance; c'est là le fait capital qu'il ne faut jamais perdre de vue, si bien que la maladie générale liquidée, le bacille d'Eberth continue d'habiter les voies biliaires et spécialement la vésicule pendant une durée parfois indéfinie; il peut alors rester à l'état latent, jouer un rôle important dans les altérations chimiques de la bile qui aboutissent à la formation de calculs biliaires, ou bien

encore susciter de temps en temps de véritables poussées de cholécystite aiguë ou subaiguë.

Il en résulte que nous n'éprouvons plus à l'heure qu'il est aucun étonnement de retrouver du bacille d'Eberth dans la vésicule dix ans ou vingt ans après une fièvre typhoïde; mais là où on aurait lieu de s'étonner, c'est qu'on pût retrouver ce même bacille chez des malades qui n'ont jamais été soignés pour une fièvre typhoïde.

En voici pourtant un exemple: j'ai donné des soins, il y a dix-huit mois, à une dame d'une soixantaine d'années atteinte de lithiase biliaire, que m'avait confiée mon ami Ch. Nélaton.

Les premiers symptômes de lithiase très nets remontaient à dix ans, mais depuis près de six mois, de vésiculaire la lithiase était devenue cholédocienne; depuis plus de cinq mois, un ictère variable avec poussées de fièvre s'était installé et j'opérai la malade en pleine période d'angiocholite. La vésicule calculeuse fut enlevée, le cholédoque débarrassé de plusieurs calculs fut drainé, et de la bile fut prélevée dans la voie principale avec une pipette au cours de l'opération.

Cette bile donna des cultures pures d'Eberth; tel est le résultat bactériologique qui nous fut donné par M. Brulé.

Or, nous interrogeâmes à nouveau la malade, mon collègue Launois et moi, et cette malade très intelligente, alliée de près au corps médical des hôpitaux, nous affirma que jamais elle n'avait eu de fièvre typhoïde, ou fièvre muqueuse, ou ictère catarrhal, ou maladie générale quelconque qu'on peut interpréter comme une fièvre typhoïde. Il nous faut donc bien admettre que certaines bacillémies éberthiennes passagères et assez atténuées au point de passer inaperçues peuvent néanmoins devenir l'origine de toute une pathologie hépatique tardive.

Dès lors, on voit quel développement prendrait l'étude des angiocholécystites typhiques si on y faisait rentrer tous les cas

dans lesquels l'examen du contenu vésiculaire a révélé la présence du bacille d'Eberth.

Il en est autrement de l'observation de M. Guibal, elle appartient aux infections biliaires observées au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Son intérêt réside surtout dans le fait qu'il y a eu intervention, et que c'est là un nouveau succès à porter l'actif de la chirurgie, à la suite des cas que j'avais rassemblés dans mon mémoire de la *Revue de Chirurgie* de 1908.

Mais avant de discuter le côté opératoire, je voudrais revenir un point auquel a touché incidemment M. Guibal. A la suite de sa première opération, M. Guibal avait noté l'élimination par la fistule de quatre calculs biliaires de la grosseur d'un noyau de cerise, ronds, sans facettes, de couleur jaune d'or, et il les considérait "comme formés de date récente à la faveur de la stase biliaire et comme la conséquence et non la cause de cette rétention". Or, l'ictère n'était apparu chez le malade que le 7 janvier; jusque-là il n'y avait eu que de l'endolorissement hépatique, quelques matières grises et pas de signes d'une véritable rétention biliaire. L'opération a eu lieu le 1er février, et c'est dans les quelques jours qui ont suivi l'opération que l'élimination des calculs se produit; il faudrait donc admettre que trois calculs gros comme des noyaux de cerises ont eu le temps de se former en quatre ou cinq semaines.

L'observation de M. Guibal serait à rapprocher de celle de Rokitzky¹, qui, vingt-cinq ou vingt-six jours après le début d'une fièvre typhoïde, retira d'une vésicule atteinte de cholécystite suppurée, cinquante-huit calculs de cholestérine de structure radiée. L'auteur admet l'influence typhique comme cause de la formation des calculs, sous prétexte qu'aucun signe n'avait pu faire soupçonner la lithiase avant la fièvre typhoïde².

1. *Centralt. f. Chirurg.*, 1829.

2. *Thèse Velarde*, p. 87, 1909.

Nous hésitons beaucoup à accepter l'interprétation de Rokitzky et de M. Guibal, et nous pensons plutôt que leurs malades avaient une lithiasé antérieure, une lithiasé latente peut-être et qui a subi une véritable inoculation du fait de la fièvre typhoïde.

Chez la malade de M. Guibal, du reste, cette lithiasé n'était pas tellement latente, puisque, antérieurement à l'infection éberthienne qui ne se traduit réellement par des symptômes généraux que le 16 novembre, plus de quatre mois avant cette infection, au mois de février, on observait une diminution de l'appétit, de l'amaigrissement, en même temps qu'un dégoût pour les graisses, des vomissements et de vives douleurs gastriques.

Dans le mémoire que j'ai publié en 1908, sur la cholécystite typhique, j'avais pu réunir 30 observations de cholécystites opérées au cours de la fièvre typhoïde, et sur ces 30 j'avais relevé 13 observations des calculs de la vésicule ou du cystique; autant dire que la lithiasé existait dans près de la moitié des cas opérés; j'avais admis déjà que cette lithiasé préexistait à la fièvre typhoïde et que son rôle avait été de faciliter et d'aggraver les altérations produites par le bacille d'Eberth.

En juin dernier, M. Sacquépée a présenté à la Société médicale des Hôpitaux une nouvelle observation de cholécystite aiguë à bacille d'Eberth, chez un typhique convalescent. A ce sujet, il émettait d'une manière générale une opinion analogue à la nôtre en disant que la préexistence d'une lithiasé biliaire est la condition primordiale qui aggrave les infections biliaires typhiques.

Cela ne veut pas dire, bien entendu, que l'infection éberthienne ne soit pas fréquemment l'origine de la lithiasé et qu'on ne puisse, d'autre part, observer des cholécystites typhiques aiguës graves, sans calculs. Nous enregistrons simplement des faits cliniques, et il en ressort qu'au cours même de la fièvre typhoïde, près de la moitié des cas graves, nécessitant une opération, étaient des cas de cholécystite calculeuse. Voici à l'appui une autre opération de M. Laignel-Lavastine, dans laquelle, à l'autopsie, on

trouve dans la vésicule 5 calculs gros comme des noisettes, de consistance assez dure, chez un garçon de vingt-sept ans entré moins de trois mois auparavant pour une fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu, et qui succomba en pleine convalescence à une cholécystite aiguë sans le secours opératoire. M. Laignel-Lavastine déclare que les calculs trouvés à l'autopsie, par leur volume, leurs stratifications, leur stérilité, ne peuvent être considérés comme des productions toutes récentes; "il faut donc admettre, dit-il, que leur production est antérieure à la cholécystite".

Un chirurgien américain, Thomas ¹, a pu réunir 154 cas de cholécystite typhique; dans 31 cas, on trouva des calculs, soit une proportion de 20 p. 100.

Sur les 14 observations opératoires ² que j'ajoute aux 45 déjà publiées dans mon mémoire de 1908, je trouve 5 observations où l'existence des calculs est mentionnée; mais il en est au moins 2 dans lesquelles la vésicule n'a pas été ouverte; cela fait donc 5 observations sur 12, soit 45 p. 100. Je puis conclure que les cholécystites opérées (c'est-à-dire les cholécystites graves) renferment souvent des calculs, mais, encore une fois, cette fréquence des calculs dans les vésicules typhiques opérées ne signifie aucunement que la formation des calculs ait été consécutive à l'infection typhique. Quelques malades avaient des signes de lithiase antérieurs à l'infection typhique et le malade de M. Guibal est de ceux-là; d'autres pouvaient avoir, ce qui est si fréquent, une lithiase latente que la maladie éberthienne est venue transformer en infectant la vésicule. Nous savons bien, d'ailleurs, que les véritables cholécystites lithogènes ne sont pas les cholécystites aiguës. Les expériences de Mignot ³ ont montré qu'il était précisément nécessaire, pour qu'il y eût production artificielle de calculs

1. Thomas. *N. Y. med. Journ.*, avril 1907.

2. En y comprenant celle de M. Guibal.

3. Mignot. *Archives gén. de méd.*, 1898.

chez les animaux en expérience que les microbes introduits dans la vésicule fussent peu virulents. Quand ils étaient virulents, Mignot n'observait pas de dépôts en couches stratifiées, mais un simple dépôt de boue biliaire au fond de la vésicule.

Cette notion importante est applicable à l'infection éberthienne de la vésicule, comme à l'infection paratyphique et à toutes les autres.

Il est probable, du reste, que le pouvoir lithogénique varie avec chaque espèce microbienne.

Lorsqu'on a recherché l'action d'un certain nombre de microbes sur la bile *in vitro*, on a précisément constaté la variabilité du temps nécessaire à la précipitation de la cholestérine; c'est ainsi que dans des expériences faites par Duranton ¹ on trouvait déjà de petits cristaux de cholestérine dans la bileensemencée avec le pyocyanique dès le quinzième jour de séjour à l'étuve, tandis que des tubesensemencés avec de l'Eberth ne donnaient le même résultat que vers le quarante-cinquième jour, et avec du staphylocoque de rares cristaux le soixantième jour; il y a loin, du reste, de la précipitation de petits cristaux de cholestérine à l'édification d'un véritable calcul biliaire.

En résumé, la part de la fièvre typhoïde est grande dans la genèse des calculs biliaires; mais ce n'est pas à la période aiguë, ni pendant la convalescence, c'est à une distance plus ou moins grande et, la plupart du temps, après plusieurs années qu'apparaissent les premiers symptômes lithiasiques ². En d'autres ter-

1. *Thèse de Paris*, 1908. Duranton. La cholestérine et ses conditions de précipitation.

2. Si on parcourt les observations éparées dans quelques thèses (la thèse de Lamy, par exemple, Fièvre typhoïde et lithiase biliaire, 1909), on voit que les premières coliques apparaissent deux ans, cinq ans, dix ans, vingt ans après la fièvre typhoïde. Cependant dans le mémoire de Dufourt (*Revue de médecine*, 1893, Rôle de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de la lithiase), à côté d'intervalles de dix, quinze et vingt ans, il y a d'assez nombreux malades

mes, la lithiase est une séquelle post-typhoïdique plus ou moins tardive et non une production de la période typhoïdique.

Il me reste à discuter le côté de l'observation de M. Guibal qui doit intéresser le plus des chirurgiens, c'est celui qui a trait à la thérapeutique chirurgicale.

La poussée aiguë d'angiocholécystite survint pendant la convalescence, mais déjà pendant la maladie elle-même existaient des troubles hépatiques; cette poussée aiguë débuta le 7 janvier, M. Guibal ne fut appelé que le 31, et il intervient le 1^{er} février; nous ne pouvons donc lui reprocher la tardiveté de l'intervention. Il est certain qu'avec ce que nous savons actuellement, devant un début brusque d'accidents au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, avec douleurs aiguës dans le ventre, avec maximum de souffrance à la pression dans la région de l'hypochondre droit, tension localisée, altération des traits, tout chirurgien doit agir immédiatement, quitte, si la douleur occupe la totalité du côté droit, à vérifier l'état de l'appendice et de la terminaison du grêle.

L'hésitation ne serait permise que pour les cas subaigus et non pour ceux qui, avec le syndrome précédent, évoquent l'idée d'une perforation viscérale ou tout au moins d'une péritonite partielle aiguë: c'est pour les cas subaigus seulement que j'ai fortement conseillé de recourir à l'examen du sang.

Dans les cas de M. Guibal, l'hésitation était d'autant moins permise que la localisation biliaire était affirmée par l'ictère, et qu'il en ressortait une urgence extrême.

chez lesquels il n'y eut qu'un intervalle de plusieurs mois entre la dothiènement-térie et la première colique hépatique.

Il y eut 6 mois d'intervalle. . . . chez 7 malades.

— 5 mois — chez 1 —

— 4 mois — chez 3 —

— 3 mois — chez 6 —

— 2 mois — chez 2 —

L'auteur prévoit du reste l'objection que des calculs biliaires auraient existé au moment de l'apparition de la dothiènement-térie. Mais dit-il, ses malades n'avaient jamais présenté de troubles du côté du foie; ce n'est pas une raison suffisante.

M. Guibal est intervenu non pas seulement pour une cholécystite, mais pour une infection étendue à l'arbre biliaire, pour une véritable angiocholite.

Ces angiocholites typhiques, moins exceptionnelles qu'on ne pensait, sont cependant moins fréquentes que les localisations vésiculaires.

L'observation de M. Laignel-Lavastine, publiée dans la thèse de Velarde, en est un très bel exemple; il en est de même de l'observation de M. Pissavy communiquée en 1908 à la Société médicale des Hôpitaux, de l'observation de Sabourin publiée en 1882, dans la *Revue de médecine* sous le titre de "Fièvre typhoïde, ictère grave". Je laisse de côté, bien entendu, les angiocholites éberthiennes primitives et n'envisage que les angiocholites observées au cours ou au déclin d'une fièvre typhoïde.

Après avoir signalé la rareté relative de ces cas d'angiocholite, je disais, en terminant mon mémoire, "que les faits nous manquent pour juger de la conduite à tenir en cas d'extension de l'inflammation aux conduits biliaires, que la cholécystostomie ne serait suffisante que si le cystique était perméable, sinon, théoriquement l'hépaticus-drainage serait de mise. J'ajoutais que c'était déjà là une intervention de complexité et de conséquences tout autres.

M. Guibal s'est trouvé en présence d'une angiocholite; il a mis à découvert la vésicule, qui renfermait 900 grammes d'un liquide bilio-purulent; il s'est contenté de la drainer. Immédiatement, les symptômes s'amendent et l'amélioration se poursuit, puis se maintient pendant deux mois. Alors, la fistule se rétrécit et ne livre plus passage qu'à un peu de bile. A ce moment, la scène change et les phénomènes d'angiocholite reparaissent avec la rétention biliaire.

Une deuxième opération, rendue nécessaire, fait constater la vacuité de la vésicule et la coudure du cystique. La libération de

ce conduit rétablit la perméabilité biliaire, et aucun incident ne vient plus désormais entraver la guérison.

Je pense qu'on ne peut reprocher à M. Guibal de n'avoir point cherché, dans sa première opération, à réaliser le drainage de la voie principale; il trouvait les voies accessoires perméables, et l'état général de sa malade était tel qu'il était réellement autorisé à choisir l'opération la plus simple et la plus rapide.

Nous avons recherché si depuis notre mémoire, où nous avons rassemblé 45 opérations pour cholécystites typhiques, d'autres cas opératoires avaient été publiés. Nous avons d'abord retrouvé deux observations antérieures à notre travail et précédemment omises, celle de Longuet-Delbet ¹ et celle de Kanzel ².

Depuis 1908 ont paru les deux observations de Mason ³, une observation d'Ardin-Delteil ⁴, une de Dehler ⁵, une de Lavinder ⁶, trois de Prince ⁷, deux d'Ashurst ⁸ et une de Helgermann ⁹, soit onze nouvelles observations opératoires, qui, jointes aux deux omises et à celle de Guibal, porteraient le total des opérations biliaires pendant la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence au chiffre de 59.

Relativement à l'époque d'apparition des accidents, les douze observations postérieures à 1908 comprenant 7 cas au cours de la fièvre typhoïde et 5 cas pendant la convalescence (une de Mason, celles de Dehler, de Helgermann, de Guibal et une de Prince).

Relativement à la localisation de l'inflammation dans la vésicule ou à son extension à la voie principale, nous relevons 9 cholécystites et 3 angiocholécystites; ces dernières sont les observations de Guibal, l'Ardin-Delteil, de Sicard et de Dehler.

1. Longuet. *Gaz. des Hôp.*, 1894.

2. *Ann. de Chir. russe*, 1898.

3. Mason. *Southern med. journ.*, 1909, et *Surg. gynec. and obst.*, 1909.

4. Ardin-Delteil. *Th. Barthélemy*, Paris 1901.

5. Debler. *Deuth. med. Woch.*, 1909.

6. Lavinder. *The journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1908.

7. Prince. *The journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1909.

8. Ashurst. *American journal med. sc.*, 1908.

9. Helgermann. *Klinische Jahrsbucher*, 1909, p. 246.

Dans l'observation d'Ardin-Delteil-Sicard, on avait fait le diagnostic d'abcès du foie. Le chirurgien fit une ponction à quelques centimètres au-dessus du bord inférieur du foie et retira du liquide séro-purulent. Mort. L'observation ne dit rien de plus sur l'opération.

Au point de vue chirurgical, cette observation mérite d'être laissée de côté; il n'en est pas de même de celle de Dehler ¹.

Dans cette observation il s'agit d'un dément de cinquante et un ans atteint de fièvre typhoïde, du 26 octobre au 26 novembre 1908. A cette date, apyrexie et disparition de l'Eberth dans les selles le 25 décembre, c'est-à-dire en pleine convalescence, frisson, ictère et coliques hépatiques. On observe une tuméfaction de la région hépatique. Eberth dans les selles. Opération le 16 février. La vésicule est très adhérente. Entre elle et l'estomac, il existe un abcès et dans cet abcès un calcul. Perforation de la vésicule communiquant avec l'abcès. Dans la vésicule, 21 calculs. Le cystique est imperméable. Le chirurgien pratiqua une cholécystectomie et le drainage de l'hépatique. Mort. Au cours de l'opération, il s'était produit une déchirure du duodénum qui fut réparée, mais la réparation avait dû être insuffisante, car dans les derniers jours il sortit par la plaie du contenu gastro-duodénal. Le contenu de la vésicule renfermait de l'Eberth, ainsi que le contenu de l'hépatique.

Ainsi, dans le cas de Dehler, le drainage de la voie principale fut une nécessité: le résultat défavorable paraît avoir été le résultat d'une complication opératoire du côté de l'intestin.

A ces trois observations, se réduisent les interventions pour angiocholites au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde.

L'observation de M. Guibal est la seule qui ait été suivie de succès, malgré que l'opération ait été tardive, elle mérite à tous égards d'être enregistrée dans nos bulletins.

5. *Loc. cit.*

FORMULAIRE

CONTRE LA GRIPPE

1^o *Dans la forme légère.*—Donner trois ou quatre fois par jour, des cachets suivants :

Antipyrine 0gr,75

Bicarbonate de soude..... 0gr,25

Pour un cachet ; No. 12 semblables. (Chauffard).

Ou bien, deux fois par jour un des cachets :

Pyramidon 0gr,15

Bromhydrate de quinine 0gr,20

Salophène 0gr,25

Pour un cachet ; No. 12.

Ou bien donner toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion :

Pyramidon 1 gramme.

Acétate d'ammoniaque 5 grammes.

Eau de laurier-cerise..... 5 —

Sirop de codéine 50 —

Hydrolat 150 —

F. s. a.

Ou bien la potion suivante qui contient, par cuillerée à soupe 50 centigrammes d'antipyrine :

Antipyrine 5 grammes.

Cognac vieux 30 —

Teinture de canelle..... 10 —

Sirop de mûres..... 40 —

Hydrolat 70 —

F. s. a.

Enduire les narines, matin et soir, d'un peu de la pom-
made :

Salophène	1 gramme.
Oxyde de zinc.....	1 —
Antipyrine	1 —
Lanoline	20 grammes.
F. s. a.	

2° *Dans la forme broncho-pulmonaire.*—Par jour, deux des
cachets suivants :

Sulfate de quinine.....	ogr,25
Ergot de seigle pulvérisé.....	ogr,15
Bicarbonate de soude	ogr,20
Pour un cachet ; No. 12.	

Ou bien :

Chlorhydrate d'ammoniaque	ogr,50
Pour un cachet No. 20.4-5 par jour. (Marotte).	

Ou bien, sauf en cas d'adynamie, une cuillerée à soupe toutes
les deux heures de la potion :

Racine d'ipéca	1gr,50
Eau bouillante (décocté après réduction). ..	90 grammes
Sirop de polygala	30 —
F. s. a.	

3° *Dans la forme cardiaque.*—Ni antipyrine, ni antifébrine,
ni exalgine, ni phénacétine, en cas d'asthénie.

Pendant deux ou trois jours, prescrire pour les 24 heures la potion :

Digitaline cristallisée (sol. au mill.)	XXX gouttes
Sirop de morphine	20 grammes
Sirop de citron	20 —
Hydrolat distillé	80 —
F. s. a.	

Pour les jours suivants, une cuillerée à soupe toutes les heures, de la potion :

Caféine	1 gramme.
Benzoate de soude	1 —
Sirop de morphine	20 grammes.
Sirop de sucre	10 —
Hydrolat distillé	90 —
F. s. a.	

Ou bien :

Sulfate de spartéine.....	ogr,40
Sirop de fleurs d'oranger	30 grammes
Hydrolat distillé	120 —
F. s. a.	

Deux cuillerées à soupe par jour.

Ou bien, quatre ou cinq par jour des pilules suivantes :

Sulfate de spartéine	ogr,02
Extrait de Muguet	ogr,05
Pour une pilule ; No. 30.	

4° *Dans la forme gastro-intestinale.*—En cas de vomissement, la potion de Rivière, ou bien une cuillerée à soupe toutes les deux heures de la potion :

Chlorhydrate de cocaïne.....	ogr,05
Eau chloroformée	60 grammes.
Sirop de belladone	30 —
Eau de fleurs d'oranger ...	— 09

F. s. a.

(G. Lyon).

Contre la diarrhée, donner deux ou trois par jour des cachets suivants :

Salicylate de bismuth	ogr,10
Tannalbine	ogr,10
Tannigène	ogr,05
Glycérophosphate de chaux.....	ogr,20

Pour un cachet ; No. 12.

De suite après le cachet, prendre une petite tasse d'infusé chaud de grande consoude.

— :00 :—

VARIETES

LE MEDECIN AU PALAIS DE JUSTICE

Vous est-il déjà arrivé de recevoir la visite d'un huissier ou d'un fonctionnaire vous délivrant un papier timbré par lequel il vous est ordonné, tout travail cessant, de comparaître tel jour, à telle heure, dans telle chambre du palais de justice pour rendre témoignage dans la cause de X demandeur vs Y défendeur ? Non ? — Heureux médecin. Oui ? je vous plains de tout mon cœur, et il y a de quoi surtout si vous avez affaire à un des avocasseux, ... enfin passons.

“ Les lois, écrivait Alphonse Karr, ont été faites par des

avocats, on peut s'en douter à la façon dont ils se sont ménagés : ils se sont bien gardés de se placer dans la catégorie des patentés dans laquelle ils ont rangé les médecins ; on serait probablement embarrassé d'en trouver une bonne raison ”.

On vous a donc signifié ce que les gens de loi appellent du nom encourageant de “ sub pœna ” sous peine de quoi ! s. v. p. Immédiatement vous communiquez, (si vous pouvez comprendre la signature), avec l'avoué qui a pensé à vous. Vous avez ordinairement oublié la victime, vous vous renseignez, consultez vos fiches, votre cas est clair, c'est telle chose, bon. Vous consultez les auteurs qui ornent votre bibliothèque pour fournir à l'enquête ce qui pourrait éclairer la justice, cette pauvre aveugle.

Le jour venu, vous vous présentez à la cour, vous écoutez patiemment tous les témoignages, votre tour est venu, vous faites serment, votre parole ne suffit pas, de dire la vérité, toute la vérité, etc—Vous la dites cette vérité comme vous la comprenez, c'est-à-dire d'une façon médicale, l'avocat sourit, ça va bien. Non, ça ne va pas bien, il y a un autre avocat dont vous ne faites pas l'affaire, de qui vous démollissez parfois, misérable médecin qui avez fait des études autrement plus sérieuses, plus chères et plus dangereuses que les siennes, des théories souvent boiteuses. Deux cas se présentent alors : ce deuxième avocat est un homme poli, qui a grandi avec la société, qui sait qu'une idée respectable émise par un homme supposé respectable doit être respectée, un homme enfin, qui est un *gentleman*, ça finit par s'arranger. Mais si ce deuxième avocat est un de ces hommes qui ne connaissent que l'injure pour ceux qui ne pensent pas comme lui, un homme qui a poussé, qui s'est formé et qui a toujours vécu en marge de la société, un marginal, un homme en un mot qui n'est pas un gentilhomme, ça va mal, très mal, Messieurs, si vous avez déjà rencontré un avocat marginal, mes sympathies, je comprends votre indignation. Vous ne faites pas son affaire, il sait vous le faire sentir d'une façon... à sa façon. Vous affirmez des choses qu'il

ne sait, ne veut, ni ne peut comprendre, il vous rit au nez et, comme s'il vieux jeu, il lui faut au moins deux à trois semaines pour avoir une idée ou une expression neuve, il vous lance une de ces boutades ou de ces aphorismes qu'on retrouve et pardonne facilement dans la bouche d'un maquignon ou d'un fort des Halles, mais qui ne manquent pas de vous estomaquer quand ils sont vomis de la bouche d'un homme de la loi, qui a dans sa jeunesse traduit Cicéron et Démosthènes et qui a plaidé, dix, vingt ou quarante ans de sa vie avec devant ses yeux le lion et licorne et Dieu et mon droit. Il faut croire que son dieu c'est l'injure et l'insulte, son droit. Les badauds rient, vous ripostez, votre marginal se fâche et vous entendez un langage de son cru.

L'incident est clos, vous avez fini, très bien... Naïfs que vous êtes! Vous croyez que c'est fini? Non. Couvert de l'immunité que lui confère son mandat, Chicaneau vous injuriera, vous insultera dans un langage de son terroir et vous n'êtes plus là pour vous défendre. Demandez-lui à la sortie du tribunal de répéter ce qu'il vient de dire à l'intérieur, il est scandalisé de votre impudence, il n'a rien dit, il ne s'en est pas aperçu... !!! C'est inouï, mais c'est vrai, Education?... hérédité?... sénilité?... habitude?... Vous plaidez irresponsabilité et vous vous demandez dans quelle classe de dégénéré vous allez placer votre marginal. Ce sera un luxe que vous ne pourrez partager avec lui puisque, faute de ne pouvoir les comprendre, il ne croit à aucune de vos théories sur les déséquilibrés de l'intelligence.

Et voilà notre lot, voilà l'exemple qu'au barreau l'on enseigne sur nous médecins. Nous sommes à leurs yeux des farceurs, des pantins, des comédiens qui se prêtent à toute gymnastique. Oui, messieurs les marginaux, nous nous prêtons à toute gymnastique, même la gymnastique intellectuelle, chose que vous ignorez, mais vous connaissez mieux cette gymnastique dont parle Racine, car je me suis laissé dire qu'une poursuite de quelques dollars aurait donné un mémoire de frais dans les mille.

- “ Deux bottes de foin cinq à six milles livres.
“ J’écris sur nouveaux frais. Je produis, je fournis,
“ Des dits, des contredits, enquêtes, compulsoires,
“ Rapports d’experts, transports, trois inerlocutoires,
“ Griefs et faits nouveaux, baux et procès-verbaux,
“ J’obtiens des lettres royaux, et je m’inscris en faux,
“ Quatorze appointements, trente exploits, six instances,
“ Six vingt productions, vingt arrêts de défense,
“ Arrêt enfin. Je perds ma cause avec dépens.”
“ Estimés environ cinq à six mille francs.
“ Deux bottes de foin cinq à six mille livres.

RACINE. *Les plaideurs*. Acte I. Sc. VII.

Deux bottes de foin, cinq à six mille livres. Voilà votre gymnastique à vous, voilà ce que peuvent vos avocasseries et s’il vous arrive d’apprécier les honoraires réclamés par un misérable médocastre, c’est le poids de la médecine prescrite ou la dimension de la fiole qui vous guident habituées probablement que vous ne l’êtes à régler votre verbiage et votre ergotage sur le montant que vous avez fait souscrire d’avance à votre client.

Oui, médecins, voilà comment on apprécie trop souvent vos connaissances médicales en certains milieux. Tout le barreau n’est pas ainsi fait, grâce à Dieu, et je me plais à reconnaître qu’il est des avocats et ils sont nombreux qui comprennent qu’après et en dehors d’eux ce n’est pas le déluge, qui ont jugé l’utilité du conseil médical à sa valeur, et qui n’ont pas manqué à l’occasion d’en compléter une preuve que la loi seule aurait faite insuffisante et incomplète.

Je n’entreprendrai pas de juger au mérite les différentes professions, je ne plaiderai pas priorité, mais je réclame pour la nôtre au moins égalité. Je ne veux pas qu’un ignare de la médecine et de bien d’autres choses ridiculise, injurie et insulte le médecin que,

par ignorance, il ne peut comprendre. Qu'il se souvienne plutôt que l'injure et l'insulte sont les arguments des mauvais plaidants et des mauvaises causes, les armes des lâches qui s'adressent à un adversaire qui n'est pas là pour se défendre ou dans des conditions telles qu'il ne peut répondre. Encore serait-il difficile, car n'est pas lâche qui veut, de suivre ces poltrons sur un terrain qui semble n'avoir aucun secret pour eux. Ils avocasseront toute leur vie, car ce n'est pas de leur pâte qu'on pétrit les juges.

Qu'ils nous reprochent l'évolution des idées médicales, très bien, nous n'avons pas à rougir de marcher à la suite de gens les mieux doués qui ignorant la comptabilité ont consacré talent, énergie, fortune et même santé à ouvrir des horizons nouveaux à une science encore peu définie. Si l'évolution est grande en médecine, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des principes fondamentaux immuables, comme par exemple l'incurabilité des tarés de l'intelligence, des dégénérés, des imbécilles et des idiots.

Pour avoir de telles opinions d'une science, ne vous en déplaise, messieurs, la médecine est une science et même un art, pour trouver grotesque l'évolution des idées médicales, il faut ne pouvoir pas s'élever au domaine de l'intellect.

Évoluer n'est pas une honte, c'est une gloire, c'est prouver qu'on peut se servir de son intelligence, qu'on est en possession de ses facultés maîtresses comme on dit en droit. Mais à quoi bon! pourront-ils seulement nous comprendre?

Notre profession est assez noble pour que spontanément on la respecte, si on néglige de le faire à nous de prendre les moyens de la faire craindre de ceux qui dans leur égoïsme inqualifiable et injustifié la croient tout au plus digne de la plume de Molière. Qu'ils avocassent, c'est leur affaire, mais qu'ils nous mêlent indignement à leurs avocasseries, halte! nous serons toujours là pour relever l'injure faite à notre profession. Si la loi ne nous protège pas davantage, notre voix sera toujours prête au service d'une si bonne cause.

Dr O. LECLERC.