

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

QUELQUES OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE LOCALE TRAITÉE PAR DES INJECTIONS MODIFICATRICES

Par le Dr EDGAR COUILLARD interne à l'Hôtel-Dieu

M. le professeur Hoffa de Vienne, rapporteur sur cette question toujours d'actualité au dernier congrès intercolonial de médecine tenu à Madrid, disait : "Les formes les plus graves de tuberculose locale peuvent guérir spontanément ; il suffit d'y mettre un temps suffisant. "

C'est en effet un des plus beaux triomphes de la chirurgie conservatrice que ce traitement des tuberculoses locales. Les interventions qu'elles nécessitent ne sont pas toujours de la dernière gravité, loin de là ; mais au point de vue de l'arrêt de la maladie, il est aujourd'hui surabondamment prouvé que le traitement par les injections modificatrices est généralement préférable.

Nous avons voulu, dans ce travail, apporter à l'appui de cette opinion plusieurs observations de malades traités dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Si les résultats n'ont pas toujours été définitifs dans tous les cas au point de vue de la guérison, pour une foule de raisons faciles à deviner, du moins, une amélioration marquée s'est toujours produite. Même les cas suppurés, qui, d'après Calot, ne

sont pas plus graves que les autres si la tuberculose reste formée, ont donné des résultats plus que satisfaisants. Cependant il faut admettre que les malades traités dans le milieu hospitalier, ou même dans la famille, ne jouissent pas de tous les avantages hygiéniques des malades traités aux bains de mer, comme à Berck, ou dans un sanatorium au bord de la mer. Toutefois, comme ces circonstances avantageuses ne peuvent pas s'appliquer au grand nombre des malades tuberculeux, il faut étudier et juger la question avec les conditions ordinaires de la pratique. C'est ce que nous avons fait.

Le traitement mis en application à l'Hôtel-Dieu consiste, comme traitement général en celui de la tuberculose; de l'air et de la lumière autant que possible, suralimination, bonne hygiène;—comme traitement local: redressement de la partie malade, s'il s'agit de lésions avancées des articulations, immobilisation et surtout injections modificatrices. Ces injections se composent de Naphtol camphré et d'Ether iodoformé à 10 0/0.

ETHER IODOFORMÉ

R. Iodoforme - - - - - 1 partie
 Ether - - - - - 10 parties
 Faire dissoudre.

NEPHTOL CAMPHRÉ.

R. Naphtol B. - - - - - 1 partie
 Camphre - - - - - 2 parties
 Attendre la dissolution parfaite.

INJECTION MODIFICATRICE

Naphtol camphré - - - - - 1 partie
 Ether iodoformé - - - - - 3 parties

Tout médecin est capable de préparer ce liquide lui-même: et comme les cas de tuberculose locale se rencontrent partout et

tous les jours dans la pratique, tout médecin peut et doit s'en servir.

Technique opératoire : Je donnerai ici quelques indications générales sur la manière de procéder pour injecter le liquide dans les tuberculoses locales.— D'abord, comme pour toute intervention, il faut bien aseptiser l'endroit où l'on va faire l'injection ; double lavage et brossage de la peau. Les mains de l'opérateur ont été nettoyées chirurgicalement. Le trocart moyen de l'aspirateur, un tube en caoutchouc grosseur ordinaire long de deux pouces à peu près, une seringue quelconque, en verre, avec un embout un peu long, voilà tout le matériel nécessaire. Ce matériel aura été bouilli.

On enfonce le trocart ; une fois en place, on fait sortir un peu du liquide, puis on coiffe le trocart avec le tube en caoutchouc. On introduit le bout de la seringue dans le tube en caoutchouc que l'on applique hermétiquement, et l'on injecte. La quantité à injecter varie de 4 ou 5 gouttes à un ou deux drachmes pour des ganglions, jamais plus pour les autres tuberculoses. Une fois le liquide injecté, on pince le tube en caoutchouc pour prévenir la sortie immédiate du liquide. On attend quelques instants, l'éther s'évapore et distend la partie malade ; le naphтол, le camphre et l'iodoforme se déposent sur les parois de la poche tuberculeuse et agissent localement. Alors on laisse sortir le surplus, on retire le trocart et sur le point de piqûre on met une goutte de collodion.— Pour les tuberculoses à plusieurs fistules une seringue en verre seulement suffit. On applique la seringue dans une des ouvertures et avec le pansement on bouche les autres et l'on injecte.

De plus pour les ganglions un ramollis on injecte quelques gouttes de chlorure de zinc avant d'instituer le traitement modificateurs.

Je ferai remarquer en passant que nous n'avons eu aucun

accident à enregistrer par l'emploi du naphitol, quoique dans ces derniers temps, plusieurs observations d'accidents nous avaient été signalées.

Les résultats obtenus à l'hôpital portent à peu près sur 25 ou 30 observations pour l'année 1903-04.

Ces observations se rapportent à des tuberculoses ganglionnaires du cou ; — tuberculose costale ; — abcès tuberculeux de la région lombaire et de la crête illiaque ; — coxalgie ; — tumeurs blanches du genou et du coude ; — tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne.

Voici ces observations :

1° *Ganglions tuberculeux du cou.*

I Cas. J.D. se présente à l'hôpital, porteur de nombreux ganglions durs au cou. On lui fait d'abord une injection de chlorure de zinc, quelques gouttes pour obtenir le ramollissement. On procède à la ponction de la tumeur ramollie au bout de quelques jours, et des injections modificatrices sont faites. Après une dizaine de séances, le patient est parfaitement rétabli.

II Cas. Une jeune fille de 19 ans souffre de ganglions ramollis dans la région rétro-claviculaire droite. Elle suit un traitement de trois séances par semaine pendant un mois. Revue neuf mois après, elle ne présente plus de ganglions au cou, mais souffre d'une tuberculose du coude gauche qui est ponctionnée et injectée pendant quelques semaines. Puis la malade est envoyée à la campagne et revient au bout de deux mois notablement améliorée. On lui continue son traitement hygiénique. La patiente est de nouveau admise à l'hôpital à la fin de septembre dernier pour une fièvre typhoïde, ce qui nous permet d'examiner son coude qui est parfaitement guéri, ayant conservé ses mouvements dans leur étendue normale.

III, IV et V Cas. Trois autres cas sont traités avec autant

de succès : l'un guérit après quatre mois d'injections deux fois par semaine, pour une affection avec abcès fistuleux ; l'autre après un temps assez long aussi, pour ganglions ramollis par les injections de Chlorure de Zinc. Un troisième, enfin, suit le traitement pendant quinze jours pour ganglions suppurés et n'est pas revu ensuite.

VI Cas. Le sixième malade D., a souffert de tuberculose locale à plusieurs reprises. Il est traité par ponctions et injections pendant quelques mois pour des ganglions fluctuants du cou, mais meurt au mois d'août de méningite tuberculeuse. Son affection locale s'était améliorée.

2° *Tuberculose Costale.*

I Cas. E. L. se présente pour une tuberculose costale. On institue le traitement des injections modificatrices, et il quitte l'hôpital à peu près guéri, après un mois d'injections deux fois la semaine.

II Cas. Chez le second malade, deux séances suffisent pour obtenir la guérison définitive d'un abcès situé sous le sein droit, et contenant un pus épais rempli de grumeaux.

III Cas. Mde X. a déjà été curettée à deux reprises par ses médecins, pour arriver sur la côte malade ; après un traitement quotidien de trois semaines, elle retourne dans sa famille considérablement améliorée, et doit y continuer les injections encore quelque temps.

3° *Tuberculose du coude.*

Deux cas seulement : La jeune patiente dont l'observation est rapportée avec les tuberculoses ganglionnaires du cou et qui est maintenant parfaitement guérie. Puis un second malade, qui se présente avec un coude à demi ankylosé, fistules à deux endroits, et chez qui les injections ont tari la sécrétion.

4° *Tuberculose de la Région Lombaire.*

I Cas. Un jeune homme de 20 ans, a une tumeur dans la

région lombaire depuis deux mois. Pas de douleur, pas de fièvre mais perte d'appétit et malaise général. La ponction de la tumeur est faite et tout rentre dans l'ordre après la 6ème injection.

II Cas. Louis R. a été opéré en 1901 pour un abcès péri-néphritique, et a laissé l'hôpital après trois mois avec un trajet fistuleux qui ne s'est jamais guéri. En février 1904, il se présente dans un état lamentable. La région lombaire droite est sillonnée de nombreux trajets fistuleux, la peau est violacée et gangrénée par places. Les parties mortifiées sont détruites au thermocautère ; avec un stilet on constate que l'os est dénudé. On fait une injection qui vient sortir par la fistule lombaire gauche, et par une autre fistule dans l'aîne droite. Le sujet est resté trois semaines à l'hôpital, ayant des injections quotidiennes. La suppuration s'est tarie d'une manière étonnante, la fistule lombaire gauche et celle de l'aîne, ont complètement guéri. Le patient qui boitait à son arrivée, pouvait se tenir facilement sur ses deux jambes au départ, et son état général s'était notablement amélioré.

Deux autres cas de tuberculose de cette région, devaient revenir s'ils n'étaient pas guéris. Tous deux ne sont pas revus après deux injections.

5° Tuberculose de la Crête Iliaque.

Un cas d'abcès de cette région est guéri après cinq ou six injections.

I Cas. Mde D. souffre de coxalgie depuis trois ans. La cuisse est fléchi sur le bassin, le membre est dans l'adduction et rotation interne. Le moindre mouvement provoque des douleurs atroces ; la malade n'a pas marché depuis six mois. Deux trajets fistuleux se sont formés en janvier 1903. La malade maigrit crache et tousse. La respiration est rude au sommet des poumons. Le 9 septembre 1903, après anesthésie générale, les trajets sont ouverts, curetés ; un long tube à drainage est introduit

dans l'articulation coxo-fémorale. Tous les jours, on fait des injections modificatrices. La suppuration s'est tarie graduellement dans un mois et demi. La malade a pu recouvrir l'usage de son membre ; les fistules étaient complètement cicatrisées. Dans le mois d'Avril, sa jambe est très bien, mais des symptômes alarmants se sont déclarés.

II Cas. Un patient qui souffre depuis deux ans, se présente à l'hôpital avec deux fistules d'où il s'écoule du jus en quantité, l'affection semble venir du grand trochanter. Après quelque temps d'injections journalières, les fistules se cicatrisent. Les mouvements du membre sont normaux.

Les deux malades suivantes se sont présentées au service de chirurgie à peu près dans le même état toutes les deux. Le traitement leur a été appliqué avec succès.

III Cas. La première est une fillette de 10 ou 11 ans. Elle souffre de coxalgie depuis un an. Elle présente trois fistules sur la fesse, et une sur le bord de la grande lèvre, indiquant que la cavité cotyloïde est perforée ; l'os est nécrosé. Toute intervention chirurgicale paraissant inutile, on lui fait des injections quotidiennes modificatrices. Son état est loin d'être satisfaisant. On continue le traitement pendant à peu près deux mois, et la petite malade quitte alors l'hôpital, il ne reste plus qu'une fistule superficielle, et son état général s'est amélioré.

IV Cas. Le deuxième cas est celui d'une petite fille de sept ans qui est malade depuis deux ans. Elle est très amaigrie son état général est mauvais. La cuisse est immobile, fortement fléchie sur le bassin, le membre est en adduction et rotation interne. Il y a une fistule sur la cuisse, et une sur la fesse. Le redressement du membre est fait sous chloroforme, et on met un appareil plâtré dans lequel on ouvre une fenêtre. La petite malade retourne chez elle dans un des milieux les plus populeux et les plus malsains de la ville. Là elle est traitée par les injection

deux fois par semaine. Au bout de quinze jours, la fistule de la fesse est guérie. Après cinq semaines, celle de la cuisse dont le trajet s'étendait loin dans la direction du genou est presque fermée. Le plâtre la faisant souffrir a dû être ôté après trois semaines. Aujourd'hui, tout est guéri, la malade commence à marcher, l'articulation de la hanche est ankylosée, mais le membre est presque droit et il y a peu de boiterie. L'état général est bon et s'améliore de jour en jour.

7° *Tuberculose au genou.*

Quatre cas ont été traités. Une des malades a abandonné au bout de dix jours, en demandant l'amputation qui lui a été accordée. L'autre qui était au début de l'affection n'est pas revenue après la 4^e injection. La troisième, enfin, est ponctionnée 2 fois et injectée 6 fois; le pus a cessé de se former, mais il faudrait un traitement encore assez long, et la malade ne veut pas rester à l'hôpital.

Le quatrième cas est plus intéressant. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui est malade depuis janvier 1902, elle a été traitée successivement par plusieurs médecins, et s'est traitée avec des remèdes brevetés. Mais son état s'est toujours aggravé, elle a maigri et faibli. Enfin le 22 juillet 1903, elle se rend à l'hôpital pour se faire amputer. On fait la ponction du genou légèrement ankylosé, qui contient un peu de liquide purulent, et on fait des injections d'éther iodoformé et de naphthol camphré. Le traitement est suivi pendant quinze jours, puis on met un appareil plâtré, vu l'état de débilite de la malade, et on la renvoie dans sa famille. Elle se suralimente, prend des Hypophosphites, et passe l'été au grand air de la Gaspésie. Elle revient en septembre, ayant engraisié de quinze livres, se disant bien. Il ne reste plus qu'une petite cicatrice. Un nouveau plâtre est appliqué, et la malade retourne chez elle. Depuis ce temps elle a donné

de ses nouvelles de temps à autre, et continue à s'améliorer.

8° *Tuberculose Tibio-Tarsienne.*

I Cas. Un enfant de 4 ans est ponctionné et injecté avec une aiguille hypodermique deux fois par semaine, ce qui occasionne très peu de douleurs. L'enfant est parfaitement guéri au bout d'un mois.

II Cas. Un garçon de 16 ans s'améliore considérablement après application de pointes de feu et injections pendant quinze jours pour une tuberculose du tarse. Il retourne chez lui pour continuer le traitement, il devait revenir s'il n'était pas guéri, et n'a pas été revu.

Ces quelques observations sont semble-t-il, assez concluantes par elles-mêmes. Le vieil axiôme de la chirurgie ancienne : "Ubi pus, ibi evacua," reste vrai, comme le dit Calot, pour les abcès chauds, mais s'agit-il d'abcès froids, il perd aujourd'hui de sa valeur. Un traitement plus rationnel doit maintenant leur être appliqué, et la chirurgie moderne, en allant attaquer la tuberculose dans son propre milieu, sans le danger d'y apporter de nouveaux germes, est certainement destinée à rendre de grands services. La longueur du traitement est cependant un inconvénient aux yeux de certains malades, ; mais pour ce qui est de la douleur elle n'est à redouter que dans les premières injections, les traitements subséquents étant peu douloureux.



DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE TRAITEMENT DES PLEURESIES PURU- LENTES TUBERCULEUSES

(Suite)

Si l'on considère les statistiques des différents observateurs, dans leur ensemble, l'intervention opératoire ne donnerait que peu de cas de guérison complète : celle-ci serait à vrai dire plutôt l'exception.

Montard-Martin, Bouveret (Traité de l'empyème) ont vu la mort suivre sans exception la thoracotomie, le premier dans 7 cas et le second dans 3 cas.

Kroenlein de Zurich sur 15 cas traités dans sa clinique a eu	
8 morts	- - - - - 33.33 pour 100
3 fistules persistantes	- - - - - 20. " "
4 guérisons	- - - - - 26. " "

La statistique de Küster donne des résultats identiques ,

Sur 31 cas :

41.9	pour 100 décès
25	" " fistules
29	" " guérisons

Runeberg à Helsingfors, qui avait obtenu des statistiques si satisfaisantes dans les pleurésies purulentes simples a eu 3 décès sur 4 après le traitement opératoire de pleurésies purulentes tuberculeuses et 1 guérison incomplète (fistule).

Max Schede dont l'expérience a porté sur 45 cas de tuber-

euleux atteints d'empyème n'a obtenu que 10 cas de guérison, soit une mortalité de 78 pour 100.

Simon a publié des résultats encore plus défavorables : sur 10 cas d'intervention opératoire chez des tuberculeux, pour pyothorax, il a vu chacun de ces cas être suivi de mort.

Ces dernières statistiques, surtout, nous paraissent propres à tirer un enseignement : elles indiquent d'une manière non équivoque, que la pleurésie purulente de nature tuberculeuse, chez des sujets atteints d'une tuberculose pulmonaire avérée, doit être respectée, du moins au point de vue de l'intervention radicale. Il ne doit pas en être de même, comme nous le verrons, pour la pleurésie purulente tuberculeuse chez des sujets indemnes de tuberculose pulmonaire qui résume à elle seule toute la maladie.

Nous croyons pouvoir affirmer que si le traitement curatif de l'empyème tuberculeux par les procédés de chirurgie radicale, tels que la pleurotomie, la thoracotomie, donnent, dans l'ensemble, des résultats qui ne sont guère plus encourageants que ceux fournis par le traitement médical palliatif, au moyen des ponctions répétées de la thoracentèse, cela est du, surtout au fait qu'on néglige de rechercher un juste éclectisme dans l'application de ces deux méthodes.

L'analyse des statistiques mentionnées plus haut, et les faits acquis à notre expérience nous ont porté à nous arrêter à une pratique dont nous résumerons les principes dans les propositions suivantes :

1° *“ L'intervention chirurgicale doit être malgré tout le traitement de choix de l'empyème tuberculeux : elle offre en effet de plus grandes chances de guérison radicale et établit la meilleure préservation contre l'extension des lésions tuberculeuses de la plèvre ; mais elle doit être réservée pour des sujets jusqu'à indennes, en apparence, de tuberculose pulmonaire.*

2° *“ Par contre le traitement médical palliatif, par les ponc-*

tions répétées de la thoracothèse, est préférable, dans l'ensemble, aux procédés de l'intervention chirurgicale, pour tous les cas d'emphyème tuberculeux compliqués de tuberculose pulmonaire avérée : le traitement opératoire de la thoracotomie donnant, dans ces conditions, bien des risques d'aggravation de la maladie et peu ou pas de chances de guérison complète.

Cette distinction entre les pleurésies purulentes tuberculeuses, résumant toute la maladie, et la pleurésie de même nature coïncidant avec une tuberculose pulmonaire avérée, nous paraît être la règle la plus sûre pour guider le médecin praticien dans le choix de son intervention et le faire arriver aux résultats les plus satisfaisants.

S'il faut éviter, d'un côté, tous les procédés hasardeux qui peuvent compliquer ou aggraver la maladie, d'après le principe fondamental en thérapeutique, *primo non nocere*, le devoir nous incombe, d'autre part, de tenter en faveur des malades toutes les chances de guérison radicale ; et l'on doit y apporter d'autant moins d'hésitation que la maladie que l'on a à combattre constitue une menace pour la vie, à plus ou moins brève échéance.

On peut affirmer comme un fait généralement admis que la pleurésie purulente tuberculeuse ne peut guérir complètement sans une intervention chirurgicale. Force est d'avouer cependant que les statistiques, prises dans leur ensemble, et considérées sans distinction, sont bien propres à laisser le médecin perplexe puisqu'elles démontrent que les cas de guérison, plète qui suivent le traitement opératoire, sont plutôt l'exception.

Il serait non moins plausible de dire que l'intervention chirurgicale a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est pratique d'une manière plus précoce, à une période où les lésions tuberculeuses de la plèvre sont encore peu étendues, limitées au

fenillet pariétal, avant surtout qu'elles n'aient pu altérer la plèvre viscérale et atteindre le poumon : de là le précepte d'une intervention hâtive, qui me semble devoir s'imposer comme le principe le plus sûr, dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses non compliquées, et, comme corollaire, celui de s'abstenir ou de se contenter du traitement médical palliatif si l'on se trouve en présence de lésions avancées de la plèvre ou de complications pulmonaires évidentes.

Il me semble que l'on pourrait établir certains rapports d'identité, au point de vue de l'intervention thérapeutique, entre la pleurésie purulente tuberculeuse et l'appendicite, malgré la très grande différence d'évolution clinique qui sépare ces deux maladies.

Dans l'inflammation de la cavité appendiculaire le processus morbide aboutit très rapidement à la formation d'un abcès, et la virulence des microbes infectieux se trouvant exaltée en cavité close, ceux-ci se propagent le plus facilement aux organes du voisinage : aussi le traitement chirurgical hâtif s'impose-t-il comme un précepte de rigueur dès la période d'invasion de la maladie afin de prévenir la propagation de l'infection aux organes éloignés et l'empoisonnement du sang.

L'opération radicale de la laparatomie d'un autre côté devient de plus en plus contestable et douteuse dans ses résultats, si par suite d'une fausse temporisation avec le traitement médical, on a laissé le temps aux lésions infectieuses de se répandre et de compromettre l'état général du sujet. Les chances de guérison par une opération sont alors non seulement considérablement diminuées, mais elles sont en même temps plus que compensées par les risques d'épuiser les forces du malade ou même de précipiter le dénouement fatal. Aussi est-il généralement admis que si on n'a pas eu la chance d'intervenir dès la première période de l'infection appendic

laire, avant le développement des complications mentionnées plus haut, il est plus sûr d'attendre que le foyer de l'abcès se soit refroidi : tout au plus, peut-on intervenir pour établir un drainage au dehors de la cavité de l'abcès, sans autres manipulations dont le danger serait trop évident.

Mais une telle temporisation par des moyens palliatifs ne saurait être opposée au début à l'intervention chirurgicale qui donne de plus sûres garanties de guérison complète et surtout met à l'abri des complications redoutables auxquelles on doit toujours s'attendre durant l'évolution naturelle de l'appendicite. Aussi le professeur Dieulafoy a-t-il pu dire avec assez de vérité : *"Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite"*.

Nous serions tenté de formuler un précepte indentique à l'égard de la pleurésie purulente tuberculeuse. Tout en faisant une part à la variante qu'imposent à ce précepte une évolution et des complications toutes différentes dans les deux maladies, ne pourrait-on pas dire avec une égale justesse : *"il n'y a pas de traitement médical curatif de la pleurésie purulente tuberculeuse."*

Et de même que pour l'appendicite, l'intervention opératoire radicale dans l'empyème tuberculeux doit être précoce, afin de ne pas laisser le temps aux lésions dont la plèvre pariétale est le siège d'origine, de s'étendre à la plèvre viscérale et de là au poumon : ce qui compliquerait sérieusement les chances de la guérison.

La différence dans l'urgence du précepte résulte de ce que, dans l'appendicite, l'individu est menacé immédiatement des accidents les plus graves tandis que dans la pleurésie purulente tuberculeuse les conséquences extrêmes ne sont à redouter que dans un temps éloigné.

Mais l'opération de l'empyème, dans ces conditions, n'a pas seulement son utilité comme un moyen de préservation contre l'extension des lésions tuberculeuses aux organes de voisinage, le poumon et la plèvre viscérale ; elle réalise un moyen d'aider à la guérison des lésions tuberculeuses originaires en mettant la cavité pleurale à sec et en favorisant ainsi la transformation des produits tuberculeux en tissu de sclérose ou leur infiltration crétacée, qui sont deux conditions de leur guérison naturelle : la thoracentèse est à ce point de vue, bien inférieure, puisqu'elle permet toujours l'accumulation dans la plèvre d'une quantité plus ou moins considérable de liquide purulent, qui diminue les chances de guérison à part qu'elle crée un danger pour lesensemencements secondaires.

L'intervention radicale met également à l'abri des complications qui peuvent résulter de la présence des microbes associés au bacille tuberculeux dans le liquide de l'épanchement pleurétique streptocoques, pneumocoques, staphylocoques. Les indications du traitement chirurgical sont ici les mêmes que dans les autres pleurésies purulentes simples.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les différents procédés de l'intervention chirurgicale non plus qu'à en discuter la valeur et les indications spéciales à chacun. Je n'ai eu d'autre but en soumettant ce travail à la discussion des membres de ce Congrès que de démontrer l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les pleurésies purulentes tuberculeuses et de mettre en meilleur lumière, pour les besoins du médecin praticien, les raisons qui doivent lui faire préférer dans un certain nombre de cas, le traitement opératoire hâtif à la méthode du traitement médical palliatif par le procédé des ponctions répétées de la thoracentèse.

Je rappellerai seulement que la *pleurotonie* avec résection *costale* ou *pluricostale* est le procédé d'intervention radicale le

plus généralement adopté par les chirurgiens favorables à l'intervention.

Les objections n'ont pas manqué cependant d'être apportées par différents observateurs à l'encontre de l'intervention opératoire, dans le traitement de l'empyème tuberculeux.

La pleurotonomie apparaît à plusieurs comme insuffisante et dangereuse : insuffisante parce qu'elle ne supprime pas la lésion de la plèvre dont l'évolution peut aboutir à diverses complications ou reproduire l'épanchement ; dangereuse parce que la transformation de l'abcès pleural en cavité ouverte, en permettant l'introduction de l'air, expose à l'altération putride des sécrétions morbides et au danger des infections secondaires. Ces complications sont aptes à déterminer une évolution aiguë de la maladie au lieu de cette longue période latence qui caractérise généralement la marche naturelle de la pleurésie purulente tuberculeuse.

Une autre objection, c'est qu'à part les inconvénients de la transformation putride des sécrétions de la plèvre altérée et du danger des infections secondaires à la suite des pansements répétés que nécessite la thoracotomie, l'entrée libre de l'air atmosphérique dans la cavité pleurale établit une condition défavorable à l'ampliation du poumon atelectasié par l'épanchement tandis que les ponctions de la thoracentèse favorisent au contraire le retour du poumon à son ampliation normale.

Mais toutes ces objections ne me paraissent avoir qu'une valeur relative. En effet, le danger des infections secondaires au cours des pansements et par le fait de l'introduction de l'air, n'est plus guère à craindre de la part des chirurgiens expérimentés et depuis la vulgarisation des méthodes de l'asepsie et de l'antisepsie. D'ailleurs, en se limitant à ce point de vue, on ne comprendrait pas bien pourquoi la même intervention opératoire

serait si souvent suivi de succès dans toutes les autres variétés de pleurésies purulentes.

Quant à l'altération putride des sécrétions de la plèvre, elle vient plus souvent des lésions concomittantes du côté du parenchyme pulmonaire et elle peut en outre se montrer d'emblée, sans l'opération.

Les statistiques défavorables dont on s'est servi jusqu'ici pour appuyer les arguments contre l'opportunité de l'intervention opératoire dans les pleurésies purulentes tuberculeuses ne me paraissent pas devoir être interprétées comme une objection sérieuse à la méthode éclectique que nous préconisons.

Il est bien reconnu par tous, en effet, que ce sont les complications de tuberculose pulmonaire et les lésions fibro-scléreuses du côté de la plèvre viscérale qui établissent la principale contre-indication aux procédés de cure radicale.

Mais ces complications ne sont dans la plupart des cas que secondaires au processus d'envahissement des lésions primitives de la plèvre pariétale aux organes de voisinage : la conclusion la plus logique est donc plutôt d'intervenir d'une manière hâtive, et de tenter les chances de guérison radicale, dès le début de toute pleurésie purulente tuberculense, surtout si l'invasion en a été aiguë et a surpris son état de santé ordinaire.

L'opération de l'empyème, comme nous l'avons vu, d'ailleurs n'est pas seulement un préservatif contre les complications secondaires de la tuberculose pleurale, mais elle établit une des conditions les plus favorables pour la guérison naturelle des lésions primitives.

Sans doute que les sujets déjà prédisposés ou porteurs d'une tuberculose à l'état de germination, ne seront pas exempts de subir des atteintes ultérieures de la tuberculose pulmonaire,

par le seul fait de la guérison de leur pleurésie purulente, pas plus qu'ils ne peuvent compter l'être qu'après la guérison d'une attaque de pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

Personne ne conteste que la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ou hémorragique dont l'origine est le plus souvent tuberculeuse, ne guérisse avec une remarquable facilité. Il en est de même des épanchements purulents de la plèvre dus à des microbes autres que le bacille de Koch que l'on traite par l'intervention radicale de la thoracotomie.

J'ai acquis la conviction,—et j'en fournirai quelques exemples à l'appui—que la pleurésie purulente tuberculeuse, chez des individus indemnes en apparence de tuberculose pulmonaire, que le bacille soit seul ou associé—peut guérir aussi facilement, si on la traite par une intervention chirurgicale hâtive que les autres variétés de pleurésies purulentes, ou que la pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

La plupart des chirurgiens interventionnistes ne font guère de différence au point de vue de l'opportunité de l'intervention opératoire entre l'empyème tuberculeux et les autres épanchements purulents de la plèvre, en général.

Le principal point d'intérêt, pour le médecin praticien, en discutant l'opportunité de cette l'intervention, devant un cas de pleurésie purulente tuberculeuse, c'est de bien déterminer dans quel état se trouvent les organes thoraciques.

Les sécrétions bronchiques, s'il existe quelques signes d'irritation pulmonaire, seront soumises à l'examen pour la recherche du bacille de Koch : la constatation de ce bacille, qui indiquerait alors un foyer de tuberculose ouvert du côté des bronches, devient une contre-indication à l'intervention radicale.

L'examen attentif du fonctionnement des poumons permet-

tra de reconnaître si ces organes sont le siège de lésions appréciables de la tuberculose. Du côté du sommet du poumon comprimé par l'épanchement on ne négligera pas de rechercher le signe de Grancher, ou le défaut de suppléance dans le fonctionnement respiratoire : ce signe indique, selon cet observateur, un état congestif dépendant souvent d'une infiltration de la tuberculose, en état de germination.

Mais on ne pourra arriver à se rendre compte des complications avancées de la pleûve viscérale qu'après l'évacuation d'une quantité plus ou moins considérable du liquide de l'épanchement par le procédé de la thoracentèse.

Cette première intervention, à part le soulagement qu'elle apporte, permet de constater jusqu'à quel degré le poumon refoulé au sommet possède la faculté de revenir à son ampliation normale : c'est là un renseignement précieux pour calculer d'une manière approximative, quelles seront les chances de guérison complète de la pleurésie après l'évacuation du liquide par l'opération radicale de la thoracotomie, car le défaut d'ampliation entraîne presque toujours comme conséquence, la formation de fistules persistantes, qui empêchent la guérison complète.

La thoracentèse, au point de vue clinique, est donc la première intervention à laquelle on doit avoir recours dans l'empyème tuberculeux, non pas comme partie fondamentale du traitement mais simplement comme moyen d'exploration utile et de soulagement temporaire avant l'intervention chirurgicale.

Je ne puis manquer d'attirer l'attention sur un autre point important à noter lorsqu'il s'agit de calculer les chances de guérison de l'empyème tuberculeux par l'intervention chirurgicale : ce sont les commémoratifs qui établissent l'état de santé du sujet au moment de l'invasion de la maladie.

Si l'on se trouve en présence d'un sujet que le début de la pleurésie a surpris dans son état de santé ordinaire, l'invasion étant alors le plus souvent bruyante et fébrile, on n'aura

pas à s'arrêter à l'idée de lésions antérieures d'une tuberculose avancée, ni du côté de la plèvre ni du côté des poumons ; dans ces conditions, les complications mentionnées plus haut ne sont guère à redouter pour les suites du traitement opératoire, et on doit pas avoir d'hésitation à recourir d'emblée à la méthode thérapeutique qui donne le plus de chances de guérison tout en servant à prévenir la propagation des ravages du bacille tuberculeux.

C'est pour ces cas de pleurésies à invasion brusque et fébrile, qu'il serait vrai de dire que la pleurésie purulente tuberculeuse peut guérir presque aussi facilement pour ainsi dire, par l'intervention chirurgicale que la pleurésie séro-fibrineuse ou hémorragique dont les origines sont souvent dépendantes du même bacille spécifique.

Assez souvent, dans la clinique, l'empyème tuberculeux ne nous apparaît qu'à cette période de *latence* qui caractérise l'évolution de la pleurésie tuberculeuse chronique. L'épanchement est alors considérable ; il a déformé ou refoulé les organes de voisinage, et c'est alors que l'on doit craindre le développement des lésions sclérotiques du côté de la plèvre viscérale qui deviendrait un obstacle à l'ampliation du poumon et, par suite à la guérison complète.

Le pronostic est ici évidemment plus assombri que pour le premier cas que nous avons cité.

Cependant si l'on constate l'absence des lésions d'une tuberculose avérée du côté des poumons, si le début de la maladie, qui remonte à quelques mois de distance, a surpris le malade dans son état de santé ordinaire, avec les caractères des pleurésies aiguës, on peut présumer qu'un tel sujet est primitivement indemne de tuberculose pulmonaire ; et quelque soit la longueur de la période de latence déjà écoulée, on peut encore, comme nous en citerons un exemple, espérer guérir la pleurésie, et réintégrer le malade dans son état de santé antérieure.

Tout autre sera le pronostic, si l'on se trouve en présence d'un sujet porteur d'un empyème tuberculeux accompagnant

une tuberculose avérée du côté des poumons. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale sera toujours hasardeuse, et le médecin praticien ne doit pas avoir de scrupules à se contenter du traitement médical palliatif par les ponctions de la thoracentèse, répétées selon le besoin.

Comme exemples des résultats favorables qu'il est toujours possible d'espérer par l'intervention chirurgicale réalisée d'après les principes de l'éclectisme qui sert désormais à nous guider, je citerai deux des derniers cas de pleurésies purulentes, que j'ai eus à observer et pour lesquels j'ai été appelé à discuter, au lit des malades, avec des chirurgiens compétents l'opportunité de l'intervention opératoire.

Ces deux cas se sont présentés à notre observation dans des conditions opposées : l'un à la période aiguë de l'évolution de la pleurésie ; l'autre à la période de latence, sous forme d'empyème chronique. Les deux ont été suivis de guérison complète à la suite d'une intervention chirurgicale radicale : ils me paraissent les plus frappants pour appuyer les conclusions que je tenterai de faire ressortir de ce travail.

Ère Observation :— Le premier cas est celui d'un jeune enfant de 10 ans, pensionnaire dans l'un des hospices de cette ville, qui fut pris assez brusquement par les signes de pleurésie aiguë, alors qu'il avait paru, jusque là, dans son état de santé ordinaire : je crois intéressant d'attirer l'attention sur ce dernier rapport.

L'enfant avait toujours été cependant d'une santé délicate qu'il semblait tenir de son hérédité défectueuse. Le père était mort à l'âge de 35 ans, après avoir souffert pendant plusieurs années d'une dyspepsie avec tendance aux bronchites. Cependant, le médecin, d'après le témoignage de la mère, n'a jamais caractérisé les troubles pulmonaires dont le malade avait

souffert assez souvent comme étant de nature tuberculeuse. La mère de son côté est également d'une santé très délicate; sa physionomie se remarque par l'amaigrissement et la pâleur, et elle souffre aussi de troubles dyspeptiques et de débilité générale.

L'enfant offrait comme signes suspects d'une hérédité tuberculeuse deux petits ganglions dans la région sus-claviculaire du côté affecté.

L'invasion de la pleurésie fut bruyante aiguë, fièvre, dyspnée, douleur intense au côté.

Les signes physiques du côté des poumons de même que les troubles fonctionnels furent très accusés dès le début. Je fus appelé à voir le petit malade, comme médecin consultant, dès la deuxième semaine. La fièvre était très élevée; le souffle était particulièrement intense à la région du hile et très étalé, bien que l'épanchement fut alors à peine appréciable. Ces derniers signes nous portaient à soupçonner un état anormal du côté du poumon; peut-être une infiltration tuberculeuse à l'état de germination qui, aidée de la poussée pleurétique déterminant une congestion pulmonaire étendue; on pouvait également soupçonner une hypertrophie des ganglions péribronchiques comme nous en constatons à la région du cou.

A la fin de la troisième semaine, la fièvre se maintenait encore à un degré élevé et l'épanchement était devenu très abondant.

Mon collègue et moi nous conseillâmes une ponction, tout d'abord, bien qu'il nous restât peu de doute sur l'existence d'une pleurésie purulente. La mère, très alarmée, manifesta le désir d'avoir la consultation d'un autre de nos collègues des plus expérimentés dans la chirurgie.

Une première ponction de la thoracentèse servit à extraire une pinte d'un liquide louche grisâtre, ne présentant aucun des caractères du pus louable que l'on rencontre dans les pleurésies purulentes à pneumocoques chez les enfants. L'examen

bactériologique démontra d'un autre côté la présence du bacille de Koch associés à des streptocoques. La question de l'intervention opératoire pour la guérison radicale, se présenta naturellement.

L'hérédité assez douteuse au point de vue de la tuberculose, l'infiltration ganglionnaire du côté du cou, associée au signe positif de la présence du bacille spécifique dans le liquide d'épanchement, laissa des doutes à notre éminent collègue en chirurgie sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale : l'opération de la thoracotomie, dans son opinion, n'offrait pas de garanties suffisantes de guérison et elle pouvait faire courir le risque d'ajouter des complications à l'évolution des lésions tuberculeuses préexistantes.

A notre avis, la présence des streptocoques était déjà une complication assez menaçante pour que l'on n'eût pas à hésiter pour intervenir chirurgicalement. Le pronostic m'apparaissait, d'ailleurs assez rassurant par le fait que l'enfant, à l'invasion de la maladie, semblait être dans un état de santé ordinaire : ce qui éloignait toute idée de tuberculose avérée de la plèvre ou du poumon. Il était donc possible de compter sur une guérison complète en pratiquant d'une manière hâtive la thoracotomie qui tout en sauvant le malade d'un danger immédiat donnerait toutes les chances de le rétablir dans son état de santé antérieure.

L'opération ne fut acceptée qu'après une deuxième consultation. La pleurotomie avec résection costale fut le procédé choisi. L'enfant fut notablement soulagé dès les premiers jours.

Mais la convalescence ne manqua pas d'être un peu lente.

A la fin de la troisième semaine, comme la sécrétion purulente tardait à se tarir et qu'elle commençait à devenir quelque peu fétide, une nouvelle résection costale fut faite qui permit de mieux explorer la cavité pleurale. On constata la présence de

bourgeoisements charnus du côté de la plèvre pariétale ; ceux-ci furent râclés à la curette, et la guérison, marchant désormais sans entraves, parut complète deux mois après la première intervention.

C'était en 1898 ; nous avons revu, à plusieurs intervalles depuis, ce petit malade ; sa croissance a continué de se faire dans les meilleures conditions, grâce aux soins intelligents de sa famille qui jouissait d'une certaine aisance. Le fonctionnement pulmonaire du côté opéré ne présente guère de différence avec le côté sain ; il n'y a pas de rétraction bien appréciable de la paroi thoracique, et aucune autre manifestation de la tuberculose n'est apparue depuis.

Une épreuve de six années durant lesquelles la santé générale du sujet s'est plutôt raffermie sans qu'aucun épisode nouveau ne soit venu troubler l'état des organes pulmonaires, nous paraît suffisante, dans ce cas, pour affirmer la guérison complète de la pleurésie tuberculeuse à la suite de la thoracotomie, bien que la pleurésie fut dépendante, pour une part du moins, du streptocoque associé au bacille tuberculeux et que l'histoire du sujet établissait une prédisposition héréditaire à la tuberculose.

2ème Observation : — Le deuxième cas, dont nous avons recueilli l'observation dans notre service de clinique à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, se rapprochait beaucoup plus du type classique de l'empyème chronique tuberculeux ou de l'abcès froid de la plèvre.

C'était un jeune homme de dix-sept ans qui, neuf mois auparavant, avait été atteint d'une pleurésie aiguë à invasion assez brusque et fébrile. Ici, encore, le début de la maladie avait surpris le malade dans un état de santé normale. C'est là un rapport, comme je l'ai fait remarquer plus haut, auquel j'attache toujours une assez grande importance, lorsqu'il s'agit de discuter

l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans un cas d'em-pyème tuberculeux.

Ce malade, comme le premier, avait une hérédité plus que douteuse au point de vue de la tuberculose. La mère, en effet, avait été opérée à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, un an auparavant, pour une tuberculose ossense de la jambe, dont les premiers symptômes remontaient à 13 ans.

Après 5 à 6 semaines du début de la pleurésie, les symptômes douloureux et fébriles, s'apaisèrent et firent place à une accalmie relativement surprenante. En effet, les médecins appelés à soigner la malade, avaient assisté à la formation d'un épanchement très considérable qui persistait ; ce qui n'empêchait pas le sujet de présenter une remarquable tolérance.

Contrairement à ce que l'on observe le plus généralement dans l'évolution de la pleurésie aiguë, le début de la maladie avait été marqué par de la toux avec expectoration muco-purulente et dyspnée intense comme dans les broncho-pneumonies. La toux et les sécrétions bronchiques se continuèrent malgré l'apaisement des autres symptômes et la tolérance de l'épanchement ; ce qui ne manqua pas de jeter beaucoup de doute sur l'intégrité des poumons.

L'individu était prédisposé à la tuberculose par son hérédité maternelle et les symptômes pulmonaires insolites donnaient ainsi une forte présomption en faveur de l'existence des lésions tuberculeuses dont la pleurésie pouvait n'être que le corollaire : aussi les médecins appelés à lui donner leurs soins, trouvèrent-ils plus opportun, dans le soupçon d'une pleurésie purulente secondaire et de nature tuberculeuse, de respecter cet épanchement, et ils hésitèrent à conseiller une intervention opératoire qui leur semblait devoir ajouter des risques de compliquer l'évolution de la tuberculose pulmonairesans laisser espérer de grandes chances pour la guérison complète de la pleurésie.

Le malade put vaquer assez librement en dehors, sans souffrir d'inconvénients trop sérieux pendant l'espace de 4 à 5 mois, durant l'été. Mais au retour de la saison froide, les symptômes pulmonaires s'aggravèrent. C'est alors qu'il fut envoyé au service de la chirurgie de l'Hôtel-Dieu. L'examen fit constater les signes d'un épanchement excessivement abondant du côté gauche, le cœur étant refoulé à droite du sternum et la pointe battant au voisinage du mamelon droit, la température variait de 100°, 5F à 101°, 5 F.

Une première ponction de la thoracentèse permit d'évacuer un litre de liquide purulent grisâtre, sans consistance, ayant tous les caractères des pus des abcès froids.

L'examen bactériologique démontra la présence du bacille de Koch et corrobora les soupçons déjà établis d'une pleurésie tuberculeuse accompagnant une tuberculose pulmonaire. Une seconde ponction fut tentée quelques jours après, vu la persistance d'une quantité de liquide encore très considérable. Le résultat ne fut pas ce qu'on espérait. La canule obturée ne laissa passer qu'une petite quantité de pus. Cette ponction, loin de procurer du soulagement, parut être la cause d'une recrudescence dans les symptômes broncho-pulmonaires. La toux devint très fréquente avec une expectoration de plus en plus abondante, le malade emplissant plusieurs fois son crachoir comme dans les troubles de congestion pulmonaire qui précèdent ou suivent l'ouverture d'une vomique.

C'est dans ces conditions que le malade nous fut envoyé du service de chirurgie, comme ne pouvant bénéficier d'aucune chance de guérison par l'intervention opératoire : les seules chances d'amélioration que l'on pouvait espérer paraissant relever plutôt du traitement médical palliatif.

La nature tuberculeuse de cette pleurésie purulente qui avait paru suspecte dès le début, était désormais indéniable

depuis l'examen bactériologique ; et les antécédants héréditaires du sujet ainsi que les symptômes pulmonaires de longue durée éveillaient assez naturellement, d'un autre côté, l'idée d'une tuberculose primitive ou secondaire du poumon compliquant l'évolution de cette pleurésie.

Comme le sujet paraissait menacé de très près dans sa vie, je crus qu'il était urgent de prendre une décision prompte, sur le choix de l'intervention thérapeutique.

L'examen permettait de constater que le poumon avait repris un certain degré d'ampliation après la première ponction et les signes tirés de la respiration, indiquaient qu'il plongeait dans le liquide de l'épanchement comme on le remarque dans les états congestifs avec œdème. Mais le cœur restait au même déplacement et battait encore près du mamelon droit. J'appelai l'un de mes collègues du service chirurgical, celui qui avait été le médecin traitant du petit malade dont j'ai rapporté l'histoire dans ma première observation, pour lui offrir de prendre la responsabilité d'une intervention opératoire, chez un tel sujet.

Après consultation nous décidâmes de faire une nouvelle ponction, en avant cette fois, dans le soupçon, de quelque cloisonnement en arrière. Cette ponction nous permit de retirer deux litres et demi d'un liquide granuleux grisâtre, sans exsudat fibrineux. Cette évacuation un peu excessive, il est vrai, fut suivie graduellement d'un retour du poumon à son ampliation naturelle et cela avec une facilité qui dépassait notre attente, comme à la suite des épanchements séro-fibrineux. Bien que l'on eut pu redouter les troubles de congestion, tous les symptômes pulmonaires s'atténuèrent très promptement.

Le retour au fonctionnement normal du poumon, sans autres signes évidents de lésion dans le parenchyme ne pouvait manquer de nous donner confiance pour tenter les chances d'une guérison radicale par l'intervention opératoire. Mais avant de discuter l'opportunité d'une telle intervention il me semble de première importance d'établir encore plus sûrement la nature des complications broncho-pulmonaires, en soumettant les produits de l'expectoration à l'examen bactériologique. Cet examen ne peut faire constater la présence

d'aucun bacille comme on aurait pu s'y attendre dans le cas d'une tuberculose pulmonaire évoluant au premier plan.

L'absence de tout signe positif de localisations tuberculeuses du côté des poumons, ou de lésions étendues de la plèvre viscérale que dénotait l'ampliation facile du poumon depuis longtemps comprimé, tous ces éléments joints aux commémoratifs d'une pleurésie à début aiguë, qui avait surpris le malade dans son état de santé normale, nous donnaient la conviction que l'intervention opératoire pouvait encore laisser espérer la guérison complète dans ce cas si défavorable, en apparence.

L'opération fut acceptée sans hésitation par mon savant collègue M. le Dr Marois que je savais d'avance partager ma manière de voir sur le traitement de cette variété d'empyème. Profitant de l'accalmie favorable qui avait fait suite à la dernière ponction de la thoracentèse, mon savant collègue pratiqua la thoracotomie avec résection pluricostale qui lui permit de constater l'absence de lésions avancées du côté de la plèvre. La guérison se fit sans encombre et le malade sortit de l'hôpital, six semaines après, en apparence complètement guéri de son empyème tuberculeux. Malheureusement la nécessité l'obligea deux mois après à reprendre son travail dans une manufacture de coton, ce qui était loin d'être désirable au point de vue de son avenir.

Je n'ai pas voulu soumettre cette observation sans revoir de plus près ce malade. Je l'ai fait venir à la ville, il y a quelques jours, pour me rendre compte par moi-même des conditions de sa santé et surtout de l'état de ses organes thoraciques. Le fonctionnement pulmonaire paraissait presque normal dans le poumon autrefois comprimé, et la santé générale était aussi bonne qu'auparavant. Je n'ai pas voulu manquer de faire voir le malade à mon savant collègue de la chirurgie qui avait hésité à

pratiquer l'intervention chirurgicale afin de ne pas le priver de constater une guérison aussi satisfaisante dans ce cas qui, à première vue, offrait si peu d'espoir aux médecins.

Cette observation fournit, je crois, l'un des cas les plus intéressants au point de vue des résultats de l'intervention chirurgicale dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. Le malade avait en effet contre lui, dans l'appréciation de ses chances de guérison, son hérédité d'une mère tuberculeuse, et, de plus, des symptômes pulmonaires très suspects et inusités dans le cours ordinaire des pleurésies ; ajoutons les conditions défavorables résultant d'un épanchement considérable qui avait comprimé le poumon et le médiastin et refoulé le cœur à un degré extrême. Et cependant l'opération de l'empyème pratiquée tardivement et dans un état très précaire du sujet, a été suivie d'une guérison aussi prompte et aussi complète qu'on peut l'observer dans les autres pleurésies purulentes, ou même dans une simple pleurésie séro-fibrineuse.

Ces deux cas me permettent donc d'affirmer, à l'encontre de l'opinion de Netter, que la pleurésie purulente tuberculeuse peut guérir radicalement par l'intervention chirurgicale.

Je résumerai les enseignements que j'ai voulu faire ressortir de cette étude un peu longue, par les conclusions suivantes que je laisserai ouvertes à la discussion :

1° La pleurésie purulente d'origine tuberculeuse est curable comme les autres pleurésies purulentes. Mais la guérison de l'empyème tuberculeux pas plus que les autres variétés d'empyème ne peut guère être obtenue en dehors des procédés de l'intervention chirurgicale : Il n'y a pas de traitement *médical curatif* de la pleurésie purulente tuberculeuse.

2° L'opération radicale de la thoracotomie, qui est l'opération de choix pour tous les épanchements purulents de la plèvre, offre d'autant plus de chances de guérison complète dans la pleu-

résie purulente tuberculeuse qu'elle est pratiquée d'une manière plus précoce, à une période de la maladie où les lésions restent encore cantonnées à la plèvre pariétale et n'ont pas eu le temps de se propager à la plèvre viscérale ou au pommou.

3° Les procédés de l'intervention opératoire radicale pour le traitement de l'empyème tuberculeux trouvent une contre-indication formelle dans la complication d'une tuberculose pulmonaire avérée ou dans des lésions avancées de la plèvre viscérale: le traitement médical palliatif, par les ponctions répétées de la thoracentèse resta alors le seul mode de traitement auquel le médecin praticien doit s'arrêter, vu son innocuité absolue et les remarquables périodes d'accalmie qu'il procure souvent.

4° Dans l'appréciation des statistiques et la comparaison des résultats obtenus par les différentes méthodes de l'intervention thérapeutique, dans le traitement de la pleurésie purulente tuberculeuse, un plus juste éclectisme me paraît devoir s'imposer pour guider le médecin praticien dans le choix de son intervention: une distinction essentielle devant être faite entre la pleurésie purulente tuberculeuse qui résume toute la maladie, dont l'invasion, le plus souvent, a surpris le malade dans son état de santé normale, et la pleurésie purulente s'accompagnant de lésions tuberculeuses avancées de la plèvre viscérale ou d'une tuberculose pulmonaire évidente; la première commande l'intervention chirurgicale et peut laisser espérer un pourcentage élevé de guérisons complètes; la seconde impose l'abstention et ne peut guère bénéficier que du traitement médical palliatif.



OTITE PURULENTE AIGUE, MASTOÏDITE. ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN, GUERISON

J'ai cru qu'il serait intéressant pour les lecteurs du Bulletin Médical de publier une observation d'évidement pétro-mastoïdien.

L'évidement pétro-mastoïdien est une opération qui se fait rarement dans notre district et l'heureux résultat obtenu encourage, espérons-le, les opérateurs à la pratiquer à l'avenir.

E. P. se présente pour la première fois à mon bureau le 24 mai 1904. Il se plaint de bourdonnements, douleurs, écoulement à l'oreille droite, d'insomnies depuis une quinzaine de jours ; suite d'infection grippale.

Le malade a une apparence générale bonne. A l'examen otoscopique je constate un écoulement considérable par une perforation assez large. J'agrandis immédiatement cette ouverture qui est un peu haute par une large paracanthèse et j'institue le traitement ordinaire de l'otite moyenne.

Je vois le malade tous les jours, les douleurs diminuent rapidement mais l'écoulement ne semble pas vouloir se tarir.

Le 15 juin, le patient présente une vive douleur au niveau de l'antre, le pavillon est décollé, gonflement, effacement du sillon rétro-auriculaire, fortes douleurs hémicraniennes. A l'otoscope je constate encore un écoulement considérable de pus par une large ouverture ; à l'ophtalmoscope de la névrite optique ; je décide de lui faire un évidement pétro-mastoïdien.

Le 16 juin assisté de mes confrères les Drs Ladrière et Jules Chouinard, j'ouvre l'antre au lieu d'élection, je trouve du pus ;

J'agrandis, je détruis la mastoïde presque jusqu'à la pointe, je fais sauter la paroi postérieure du conduit, j'enlève les osselets, j'ouvre le sinus latéral et je fais l'évidement pétro-mastoïdien complète.

Auto-mastoïdien de Korner. Pansement.

Le soir le malade n'a plus de température.

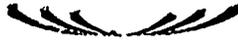
Le 17, le malade est très bien. Tous les symptômes : maux de tête, douleurs auriculaires et hémicraniennes sont disparus, température normale.

Le 19, le malade commence à prendre de la nourriture solide.

Le 22, je lui enlève son pansement. Il y a encore beaucoup de pus, je nettoie, curette quelques fongosites et fait le deuxième pansement. Le malade continue toujours à aller bien, quelques jours après il peut se promener en dehors de l'hôpital. Je lui fais des pansements tous les deux jours. Le malade sort de l'hôpital pour retourner chez lui le 31 août. Je le revois à mon bureau le 17 novembre. Sa plaie osseuse est très bien épidermée et son acuité auditive pour l'oreille opérée est égale à $\frac{1}{2}$.

DR. LORENZO J. MONTREUIL,

9 $\frac{1}{2}$ Rue St-Jean.



Revue des Journaux

L'EXAMEN CLINIQUE DU FOIE

Je dois vous exposer aujourd'hui les principales règles de l'examen clinique du foie qui comprend, vous le savez, la sémilogie physique et la sémilogie chimique. Je m'en tiens à ces faits pratiques les plus importants qu'il est indispensable de connaître, laissant de côté les petits points de détail secondaire.

Avant d'aborder l'examen clinique du foie et de la rate, je tiens à faire appel à vos souvenirs et à vous dire ce qu'est le foie : grosse glande pesant, chez l'adulte, environ 1450 grammes, et contenant, en plus, à l'état normal, 500 grammes de sang.

Il est logé dans l'hypocondre droit, empiète sur la région épigastrique et se prolonge jusqu'à l'hypocondre gauche. Il est situé à la partie supérieure de la cavité abdominale et attaché au diaphragme par des ligaments, il est soutenu par la masse intestinale.

Le foie est divisé à sa partie supérieure en deux lobes et à sa partie inférieure par deux sillons. Dans le sillon retro-postérieur gauche se loge la vésicule biliaire et la veine cave inférieure. Dans le sillon antéro-postérieur droit se trouvent le cordon de la veine ombilicale et le canal d'Aranzi. Ces deux sillons forment les deux branches d'un H dont la partie horizontale ou sillon transverse constitue le hile du foie ; celui-ci contient l'artère hépatique, la veine porte et le canal hépatique.

Si nous considérons le foie à sa place normale, nous le vo-

sons logé derrière les fausses côtes et ne dépassent pas le rebord de la cage thoracique. Sa limite supérieure, projetée sur cette cage thoracique, est constituée par une ligne arquée qui dessine une légère courbe à convexité supérieure ; cette ligne commence à la dixième ou onzième côte, puis elle remonte vers la ligne mamelonnaire et redescend obliquement vers la base de l'appendice xyphoïde pour se continuer à gauche.

La limite inférieure commence en arrière entre la onzième et la douzième côte et se dirige obliquement en haut et en dedans, de façon à suivre le rebord inférieur du thorax, au niveau de la ligne mamelonnaire.

Ce bord inférieur continue obliquement en haut et à gauche vers la région épigastrique et la ligne se trouve ainsi à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, de la base de cet appendice et non de la pointe ; la pointe varie beaucoup trop pour que nous nous en servions comme point de repère.

La ligne continue à obliquer en haut et à gauche, de façon à se rencontrer avec la ligne supérieure à peu près à la ligne mamelonnaire du côté gauche.

Si le foie est abaissé ou augmenté de volume, la *palpation* permet de sentir, sur ce bord inférieur, l'encoche qui correspond au sillon de la veine ombilicale et qui indique, d'une façon certaine, qu'on a affaire au foie.

Si vous mesurez en avant l'espace qui s'étend entre la limite supérieure et la limite inférieure, toujours en vous tenant sur la ligne mamelonnaire, vous trouverez, pour un foie normal, douze centimètres. Si cette dimension dépasse quatorze centimètres, il y a hypertrophie, si elle est inférieure à neuf centimètres, il y a atrophie.

Ces deux limites, inférieure et supérieure, se déterminent par l'inspection, d'abord, mais surtout par la percussion, car

L'inspection ne donne de renseignements que lorsqu'il y a hypertrophie accentuée ou lorsqu'il y a, dans l'organe, une tumeur qui déforme la région, fait saillir les fausses côtes et les côtes. Ce cas s'est présenté ici, salle St-Christophe et salle Ste-Jeanne, ce dernier était tellement intéressant que j'y reviens.

On avait fait, chez ce malade, le diagnostic de cirrhose hypertrophique éthylique. Le foie était énorme. La base du thorax était élargie et, en examinant le malade debout, sur la face latérale droite, on constatait une saillie du thorax qui était bombée d'une façon qui ne se voit jamais chez les simples hépatomégaliques. Lorsqu'il y a cancer ou cirrhose hypertrophique éthylique, si volumineux que devienne le foie, jamais il ne déforme le gril costal de cette manière, en produisant une pareille voussure.

Notre malade fut soumis à l'opération de la laparotomie. Le chirurgien tomba sur un foie volumineux, très dur, recouvert de fines granulations; il fit le diagnostic de cirrhose hypertrophique et referma la plaie.

Le malade mourut. A l'autopsie, on découvrit, outre la cirrhose hypertrophique indéniable, à la partie postérieure du lobe droit, un énorme kyste hydatique méconnu jusqu'alors.

Donc, il peut y avoir élargissement thoracique et voussure plus ou moins marquée. On constate ces déformations plus facilement au jour fuyant, le malade étant debout.

On peut constater aussi la dilatation du réseau veineux abdominal, ce qui se voit communément dans la cirrhose de Laënnec.

Lorsque le foie est de volume normal, il suffit de le percuter; s'il est hypertrophié, la *percussion* est insuffisante, la *palpation* est beaucoup plus utile.

On commence par délimiter le bord supérieur du foie en

percutant fortement. En effet, au bord supérieur du foie, on se trouve en présence du sinus costo-diaphragmatique, dans lequel s'insinue le rebord antérieur du poumon. Si donc vous perceutez légèrement, vous percevrez la sonorité de la lame pulmonaire qui masque le bord supérieur du foie; tandis qu'en percutant fortement, vous percevrez, derrière cette lame pulmonaire, la submatité du bord supérieur hépatique qui tranchera sur la sonorité du poumon. Donc, on commencera par percuter le poumon nettement sonore, en allant du haut en bas, jusqu'à ce qu'on trouve de la submatité (bord supérieur du foie); puis on trouve de la matité franche (foie en rapport direct avec la cage thoracique). On notera au crayon dermatographique la ligne supérieure où apparaît la submatité, sans attendre la matité complète.

Pour délimiter le bord inférieur, on procède autrement, de bas en haut. On percuté de bas en haut la région abdominale où l'intestin est sonore, et on arrive vers le bord inférieur du thorax, point auquel on doit trouver, si le foie est normal, de la matité. Le bord antéro-inférieur du foie normal est exactement caché, je le répète, derrière le rebord inférieur du thorax. Ici, il faut, au contraire, percuter légèrement, car, derrière le bord inférieur, se trouve l'intestin qui est sonore, et si vous percutiez fortement, vous percevriez cette sonorité et vous n'auriez pas la matité nette du foie.

On note donc la limite inférieure, où l'on entend la matité, et l'on voit alors s'il y a cirrhose atrophique alcoolique de Laën ou ictère grave. Suivant que l'atrophie augmente ou tend à diminuer, on considère que le pronostic est plus ou moins grave.

Dans l'atrophie, on trouve le bord inférieur du foie à quelques centimètres au-dessus du rebord thoracique inférieur. Ordinairement, on note 7 à 8 centimètres de hauteur du foie sur la ligne mamelonnaire; mais dans le cas d'ictère grave, on voit cette distance diminuer jusqu'à 5 et même 2 centimètres.

Si le foie dépasse le rebord inférieur du thorax, il peut y avoir hypertrophie ou simplement abaissement du foie. Dans certaines affections du poumon, de la plèvre surtout, cet l'aus-

calculation seule qui peut démontrer la cause de ce déplacement et mettre en garde contre une erreur.

En outre, il peut y avoir hépatoptose; le foie peut être abaissé par un relâchement des ligaments qui le maintiennent, comme pour le rein dans les cas de néphroptose. Mais, en dehors de ces cas, quand le foie dépasse le rebord inférieur du thorax, il y a hypertrophie.

Aors, il faut recourir à la *palpation* de l'organe.

Elle se pratique de plusieurs façons: la plus simple consiste à mettre les mains sur l'abdomen, les extrémités des doigts vers le bas, en recommandant au malade de bien respirer et de fléchir les cuisses sur le ventre pour relâcher les muscles de la paroi abdominale. Ainsi on accroche le rebord inférieur du foie.

Un autre procédé de palpation est le procédé du pouce, décrit par M. GLENARD.

On se sert de la main gauche, les quatre doigts placés à plat en arrière, sur la région antérieure. On déforme avec la main droite la paroi abdominale en commençant très bas, le pouce accroche le rebord inférieur du foie.

Lorsqu'il y a ascite, on procède par petits secousses avec les doigts au niveau de la région hépatique, pour chasser l'ascite vers le bas. Il arrive un moment où l'on sent un plan de résistance, c'est le foie.

Le ballottement hépatique est un quatrième procédé, décrit par M. Chauffard; c'est la reproduction de ce que M. Guyon a décrit pour le rein: le ballottement rénal.

On met la main gauche dans la région lombaire droite, et on donne de petites secousses d'arrière en avant. On amène le foie au contact de la paroi abdominale antérieure et l'on donne une impulsion à la main droite qui est maintenue dans la région du flanc droit et, de cette façon, on essaye de le renvoyer de la main gauche postérieure à la main droite antérieure.

Ce procédé s'applique à certains cas d'hépatomégalie.

C'est la palpation, quel que soit le procédé employé, qui renseigne sur la densité, la consistance de l'organe, ce qui est

très important, car dans la cirrhose éthylique, le diagnostic se base en grande partie sur la consistance dure et ligueuse du foie.

C'est également la palpation qui permet de se rendre compte de l'état de la surface lisse ou bosselée du foie, des irrégularités qu'elle peut présenter, comme dans le cancer secondaire. Elle indiquera aussi si le bord antérieur est mince, s'il est reciligne ou découpé; s'il n'existe que des découpures normales comme celles de la vésicule biliaire ou si des découpures sont surajoutées et correspondant à des rétractions du foie comme dans la syphilis hépatique.

La palpation renseigne aussi sur la sensibilité du foie. A l'état normal, c'est un organe à peu près insensible qu'on peut palper sans douleur; au contraire, lorsqu'il est atteint, il devient souvent douloureux; l'ictère grave a pour symptôme la sensibilité du foie, le cancer également, etc.

La palpation sert encore à découvrir si l'hypertrophie est totale ou partielle, régionale. On a vu des cirrhoses avec hypertrophie irrégulière: un lobe gauche énorme et un lobe droit normal, même une cirrhose hypertrophique à gauche et une cirrhose atrophique à droite.

Lorsqu'il s'agit, non plus d'hypertrophie totale, mais de tumeur du foie, la palpation fait découvrir le siège de la tumeur, ses limites, ses dépendances avec l'organe, sa consistance, sa sensibilité.

Enfin, c'est palpation qui peut être le mode le plus utile d'investigation en cas de kyste hydatique. Lorsqu'on percute légèrement la paroi abdominale, au niveau d'une saillie, on peut percevoir une sorte de tremblement tout à fait caractéristique. A l'autopsie on retrouve ce frémissement particulier. Il est certainement en rapport avec le degré de tension du liquide hydatique contenu dans le kyste et il n'est pas dû à la collision des vésicules filles puisqu'on a pu le constater avec des kystes qui ne contenaient pas de vésicules filles.

L'auscultation donne très peu de renseignements. Elle qui est précieuse dans l'examen de thorax et que nous employons

quelquefois pour la rate, ne rend que très peu de service pour le foie.

Lorsqu'en la pratique, on perçoit un souffle qui peut être en relation avec un frottements, principalement dans les cas de pério-hépatite, mais à la palpation, on sent souvent ces mêmes frottements.

Un autre procédé qui donne des renseignements pour l'examen clinique du foie, c'est la *radioscopie*.

Je dis ce mot à dessin et non pas radiographie.

La radioscopie montrera le changement de forme, de volume du foie et indiquera, surtout, si ces changements sont bien en rapport avec le foie parce que, au cours de la respiration, le foie évolue, descend à l'inspiration, remonte à l'expiration.

La *ponction exploratrice* ne nous fournira pas beaucoup de renseignements sur les lésions hépatiques.

Elle fut longtemps pratiquée pour le kyste hydatique; mais depuis que M. CHAUFFARD a publié un cas de mort subite ou plutôt rapide, d'une malade atteinte de kyste hydatique, après une ponction exploratrice, sans qu'à l'autopsie on pût découvrir d'autre lésion capable d'expliquer la mort, on est devenu très prudent sur ces ponctions et on les déconseille généralement.

Elle est permise dans deux cas: quand on suppose que le kyste suppure et qu'il y a inflammation pro-kystique avec adhérence supposée à la paroi abdominale. De même, lorsqu'on a l'intention de ne pas se borner à faire une ponction exploratrice, mais aussitôt une ponction évacuatrice.

En effet, dans la ponction ordinaire, on crée, sur la paroi du kyste, un petit pertuis par lequel le liquide sous pression du kyste s'échappe et peut se répandre dans la cavité du péritoine, causer des érythèmes ortiés, de l'intoxication, parfois amener la mort. Si, au contraire, on suppose qu'il y a adhérence du kyste à la paroi et qu'on évacue d'abord liquide, le peu qui reste dans le kyste ne se répandra pas dans le péritoine, la poche se flétrit et il n'y a aucun danger.

En cas d'abcès du foie, on peut se permettre une ponction exploratrice, parce qu'en pareil cas il y a adhérence presque constante à la paroi abdominale. On la fait en avant ou en arrière si l'abcès bombe sur la face supérieure du foie. Dans ce cas, on doit se méfier de ne pas faire le diagnostic de pleurésie.

Souvent, on découvre des abcès à pus stérile, dont le pus est formé depuis des semaines, et dont les microbes sont morts lorsqu'on intervient, mais ce pus était d'abord bactérien et n'est devenu stérile que par vieillissement.

Voilà les principales notions qu'il faut connaître sur l'examen clinique du foie, au point de vue physique. Voyons, maintenant, l'examen chimique.

Il s'agit d'étudier l'insuffisance des fonctions de la cellule hépatique qui se révèle par les symptômes urologiques; c'est-à-dire par les urines.

Il y a toute une série de réactions qui sont devenues pratiques, car, aujourd'hui, pour faire le diagnostic des maladies du foie, l'examen clinique ne suffit plus, il faut employer ces réactions chimiques.

La première de ces réactions sera fournie par la *recherche de l'urée*.

Le foie est une fonction uréogénique très importante. Lorsque le foie est malade, cette fonction ne s'accomplit plus normalement et la quantité d'urée ordinaire ne se trouve plus dans les urines.

A l'état normal, en 24 heures, l'homme élimine 25 grammes d'urée, environ. En cas de maladie hépatique, on n'en trouve que 14 et même 12 grammes, quelquefois moins.

Pour étudier les troubles de la fonction uréogénique du foie, prenons comme exemple l'ictère catarrhal. Il faut la recherche de l'urée au début de la maladie, on trouvera 12 ou 14 grammes pas plus, tant que durera l'obstruction du canal cholédoque.

Puis le malade guérit, les pigments ne disparaissent cependant pas tout de suite quoiqu'il y ait guérison. A ce moment, il

Il y a une crise polyurique et azoturique. Le malade qui urinait 600 grammes à peine, va, d'un jour à l'autre, parfois d'une heure à l'autre, se mettre à uriner énormément : 4 à 5 litres par jour et, tandis qu'on ne trouvait dans ces urines que 12 ou 14 grammes d'urée, on en aura 40 ou 50 grammes, c'est donc bien une crise polyurique et en même temps, une crise azoturique,

Un autre symptôme, dans l'ictère catarrhal, c'est l'amaigrissement. Cet amaigrissement marche avec la diminution de l'urée, quoique étant un peu en retard sur cet abaissement uréique. Lorsque l'urée augmente à nouveau, l'amaigrissement continue pendant quelques jours, puis le malade récupère son poids primitif, quelquesfois même engraisse pendant la convalescence.

Une autre fonction du foie permet de se rendre compte de l'insuffisance hépatique : c'est la *fonction glycogénique*.

Le foie emmagasine le sucre et l'abandonne au fur et à mesure des besoins de l'organisme. Pour examiner cette fonction, on fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

A l'état normal, on peut absorber n'importe quelle quantité de sucre, il ne franchit pas la barrière hépatique et ne passe pas dans les urines. Lorsque le foie est malade, le sucre n'est pas retenu, passe dans les urines et dans le sang. Il est alors décelé dans les urines par la liqueur de Fehling.

Pour faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire, on emploie différentes méthodes. Certains auteurs donnent au malade du sirop de sucre, mais ce sirop peut être plus ou moins riche. La saccharose est un produit qui cause des erreurs, ce qui fait qu'on ne l'emploie plus.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui, pour donner du glucose, environ 150 grammes à ingérer par le tube digestif. Il faut surveiller ou faire surveiller le malade afin que cette quantité soit absorbée, car beaucoup ne veulent pas prendre toute cette solution sucrée, en jettent une partie ou bien le vomissent, ce qui occasionne de vaines recherches dans les urines.

Quand on est certain de l'absorption des 150 grammes de

glucose, on laisse le sujet pendant trois heures à la diète absolue. On a fait uriner le malade avant l'absorption du glucose afin de constater qu'il n'avait pas de glucosurie.

D'heure en heure, on le fait alors uriner. On recueille ainsi pendant dix heures, des urines, l'urine de chaque heure étant prise séparément.

On recherche alors le sucre; s'il a passé dans les urines, c'est qu'il y a des troubles fonctionnels du foie, s'il n'a pas passé c'est une présomption pour l'intégrité fonctionnelle du foie.

Tous trouverez tous les détails, relatifs à ce sujet, dans la "Gazette des Hôpitaux" de 1899

Enfin, un troisième signe d'insuffisance fonctionnelle hépatique a été donné par M. Chauffard et ses élèves Cavasse et Castaigne, c'est le passage intermittent du bleu de méthylène dans les urines.

On injecte, dans la fesse, 1 centimètre cube d'une solution à 1 pour 20 de bleu de méthylène; 1 centimètre cube représente 5 centigrammes de bleu.

Chez les sujets normaux, le bleu est éliminé régulièrement; chez les malades à lésions rénales, l'élimination est retardée; chez ceux qui ont des lésions rénales, aiguës, le bleu est retenu; mais il peut être continu polycyclique. Dans le cas de lésions hépatiques, on a le type intermittent, c'est-à-dire que, si vous recueillez les urines toutes les deux heures, tantôt vous trouverez du bleu de méthylène, tantôt vous n'en trouverez pas, vous en trouverez pendant plusieurs heures successives, puis, ensuite, il n'y en aura plus, etc.

M. Chauffard et ses élèves ont bien montré que cette intermittence passagère du bleu de méthylène est un signe d'insuffisance hépatique.

En résumé, lorsque le foie ou le rein est sain, on observe le type continu (élimination continue) cyclique; en cas de lésions rénales, c'est le type continu polycyclique (à élimination arrêté par intervalles irréguliers), qu'on observe.

Un quatrième signe d'insuffisance fonctionnelle du foie, est fourni par la *fonction biligénique*.

A l'état normal, la bile se déverse dans l'intestin, il en passe environ 1 litre ; si le foie fonctionne mal, la bile remonte pour ainsi dire son cours, passe dans le sang et se dissémine dans les organes qu'elle jarnit ; la peau prend cette couleur particulière aux maladies de foie : c'est l'ictère.

L'ictère est caractérisé par la couleur jaune des muqueuses, de la muqueuse sub-linguale surtout, la couleur de la peau, les troubles dans les urines, leur teinte acajou et la présence dans ces urines de pigments biliaires vrais qui se décèlent par la réaction classique que je vais vous indiquer.

Versez de l'urine dans un tube cylindro-conique avec de l'acide nitrique. A la limite de l'acide et de l'urine viennent se produire des disques verts, bleus, violets, oranges, les verts sont les plus nets. C'est la réaction de Gmelin, elle dénote la présence de pigments biliaires normaux, de la bilirubine.

Un autre symptôme de la rétention de la bile est la décoloration des matières fécales qui ne reçoivent plus de bile, sentent mauvais, ont un aspect argileux, pâteux, blanchâtre, surtout si le malade est au régime lacté. Cet aspect tient aussi à la présence de matières grasses qui donne aux déjections la couleur blanche et la consistance pâteuse.

Cependant, on a vu des cas où, tout en présentant la coloration ictérique de la peau et des urines, la réaction de Gmelin ne peut être obtenue. Quand on verse l'acide nitrique, on a seulement un précipité rouge et des pigments modifiés. Il s'agit alors d'urobiline qui n'apparaît dans l'urine que lorsque le foie lui-même, la cellule hépatique est malade.

Vous pouvez voir à ce sujet les travaux de M. Hayem. On fait passer la cuve contenant l'urine à inspecter devant le prisme et, lorsqu'il y a de l'urobiline, on trouve une raie entre le vert et le bleu. Lorsqu'il y a de la bilirubine, ces deux couleurs sont étendues par une zone noire entre elles.

Certains procédés chimiques décèlent aussi l'urobiline : en alcalinisant l'urine par l'ammoniaque et, en versant quelques

gouttes de solution aqueuse de chlorure de zinc dans ce mélange, les pigments apparaissent.

Quelqu'efois, il arrive que la bile est toujours sécrétée, mais les matières fécales ne sont pas colorées, il y a acholie pigmentaire. Dans ce cas, la bile a un aspect muqueux, ressemble à crachats. L'urine n'a plus de pigments et, si l'on ouvre la vésicule biliaire, on trouve cette bile incolore.

Nous devons maintenant nous occuper des différentes variétés d'ictères qui sont les ictères hémaphériques et les ictères biliphériques.

Le type des ictères biliphériques est l'ictère catarrhal avec décoloration des matières fécales.

Il peut se présenter de la surcoloration de ces matières fécales et l'on dit alors que l'ictère est polycholique si l'on suppose que la bile est dans l'intestin en quantité exagérée, ou ictère pléiochromique si on suppose que le pigment est augmenté de quantité.

Les ictères biliphériques sont ou aigus ou chroniques. Les ictères biliphériques aigus durent trois semaines, quelquefois beaucoup plus, plusieurs mois même: c'est l'ictère catarrhal prolongé.

L'ictère chronique a pour type l'occlusion du cholédoque, qu'il s'agisse de cancer ou de calcul. L'ictère se développe pendant des mois, s'accompagne de démangeaisons, d'hémorrhagies qu'on ne trouve pas dans les ictères aigus.

Les urines sont complètement foncées, la peau est jaune d'or, jaune safran, ainsi que vous avez pu le constater, ici, chez un malade, et, de plus, il y a une coloration verdâtre, olivâtre, caractère de l'ictère chronique.

Quant à l'ictère hémaphérique, décrit par Gübler, on ne sait pas encore au juste en quoi il consiste.

On a dit qu'il était dû à la présence dans le sang et les tissus d'un pigment incomplètement élaboré, tandis que l'ictère vrai est dû à la résorption des pigments biliaires vrais. La cause de l'ictère hémaphérique serait donc un pigment fabriqué par le

foie, de l'hémoglobine incomplètement élaborée, ou encore des pigments anormaux, modifiés, de sorte que l'ictère hémaphéique indiquerait un fonctionnement défectueux de la cellule hépatique, tandis que l'ictère biliphéique ou ictère vrai, indique un obstacle mécanique à l'écoulement de la bile.

Cette doctrine n'est pas généralement admise, il faut donc mieux convenir que nous ne sommes pas encore suffisamment éclairés sur ce point.

Il peut y avoir des ictères mixtes dans lesquels on rencontre, dans les urines des pigments normaux et des pigments modifiés.

Comme signe de troubles fonctionnels, on trouve la douleur.

Il existe une douleur spontanée dans les cas de congestion du foie, de cancer ou de périhépatite ; de processus touchant le péritoine qui enveloppe le foie. Cette douleur péri-hépatique, siège dans l'hypocondre droit et s'étend dans la région hépigestrique.

La fièvre peut se déclarer au cours de maladies hépatiques. Il y a des fièvres intermittentes appelées fièvres bilio-septique qui ont tous les caractères des fièvres paludéennes, et s'accompagnent des stades de frissons, de chaleur et de sueur, si bien que l'on croit quelquefois avoir affaire à une fièvre intermittente palustre, mais l'intermittence est, en général, moins régulière que dans l'infection palustre; de plus la fièvre hépatique se distingue de celle-ci par son caractère vespéral.

Ces fièvres sont dues à l'infection calculuse, surtout ; elles ont été particulièrement bien étudiés dans les cliniques de M. Dieulafoy.

Dans certains cas de lithiase biliaire, les douleurs sont insignifiantes, la colique hépatique passe, pour ainsi dire, inaperçue et l'accès de fièvre est le seul indice de la migration des calculs ; il peut même revenir plusieurs jours de suite.

Il peut y avoir aussi de la fièvre hépatalgique constituée par des malaises, des frissons, des vertigiers, mais pas de sueurs. La température s'élève à 39°5, par exemple c'est la fièvre hépatalgique qui survient, en dehors de toute suppuration, quelquefois dans la colique hépatique.

Après une fièvre hépatique intermittente, le malade peut ne pas être guéri complètement. Même après l'évacuation des calculs; la fièvre étant terminée, il y a intoxication légère à cause de la bile retenue; en tout cas, jamais on n'aboutit au catharre ni à la suppuration.

Vous trouverez également mon étude de ces fièvres, faite par M. Chauffard.

Je terminerai en vous disant quelques mots du *retentissement des lésions hépatiques sur les autres organes.*

Le foie est un organe tellement important que, lorsqu'il est malade, tous les organes s'en ressentent.

Vous avez déjà vu que la peau devient icterique à cause de la résorption des pigments biliaires; en outre, on peut avoir des éruptions, des démangeaisons, des excoriations, du prurigo qui peuvent produire de l'impetigo et de l'ecthyma.

Les maladies de foie prédisposent à des hémorrhagies qu'il faut dépister. Un hépatique qui commence à saigner, qui présente des épistaxis, des hémorroïdes, de l'hématurie ou du purpura est dans un état assez grave. Il faut donc avoir soin de faire de tout hépatique un examen sérieux, afin de déceler toute tendance au purpura qui y a une signification grave au point de vue de pronostic.

Du côté du tube digestif en particulier, il faut craindre également les diarrhées, les hémorroïdes et, surtout, les hémorrhagies.

Il y a des hémorrhagies gastrique et œsophagiques.

Les hémorrhagies gastriques sont mises sur le compte de petites érosions dues à la gastrite mucéteuse,

Les effets des hémorrhagies sont plus à craindre dans la cirrhose atrophique où l'on trouve des dilations des veines profondes de l'œsophage, car ces dilatations peuvent venir faire saillie dans la cavité œsophagienne: il se fait une symphyse de la veine avec la paroi de la muqueuse, et la varice peut s'ouvrir au passage du corps dur par suite d'une excoriation de la muqueuse; quand la déchirure se produit, il peut y avoir hémorrh-

hagie foudroyante. Le malade rend parfois en quelques minutes deux ou trois litres de sang.

Du côté de la rate, les symptômes sont plus importants encore. Chez les hépatiques, la rate est intéressée à cause des lésions concomitantes de sélinite et de la stase sanguine dans la veine porte : quelquefois, — c'est l'opinion de M. Chauffard, — les lésions de la rate passent, dans le temps, avant celles du foie. D'après lui, beaucoup de lésions du foie seraient secondaires à une lésion de la rate, il y aurait des hépatiques d'origine splénique.

Au lieu de dire : il y a grosse rate parce qu'il y a gros foie d'après M. Chauffard, il faudrait dire, il y a d'abord lésion de la rate ; le foie, étant sur le chemin de la circulation splénique, en reçoit les toxiques et les poisons et s'infecte secondairement. Mais on peut dire aussi qu'un même processus peut léser les 2 organes et déterminer de l'hypertrophie à la fois du foie et de la rate.

Quant au rein, il se ressent des lésions hépatiques.

Le rein se ferme souvent : je vous citerai l'exemple d'un malade atteint d'ictère catharrhal, dont le rein, sans être lésé, ne laissait passer que peu d'urine et très peu d'urée. On admet que ce n'est nullement parce que le foie ne fabrique plus d'urée, et, lorsque la crise survient, la quantité d'urée qui sera éliminée en grande quantité provient de ce que cette urée était retenue par la barrière rénale. Le rein, par réflexe, ne voulait pas laisser passer l'urée.

Au sujet du cœur, vous connaissez la bradycardie des ictériques. Au commencement de l'ictère, le pouls tombe à 50 ou 60 dans l'ictère chronique, il remonte après des mois.

Dans l'ictère, on remarque également de l'hypotension.

Dans les coliques hépatiques, on observe des phénomènes bien étudiés par Potain et Barié, phénomènes secondaires à une hypertension de la petite circulation.

On suppose que, par réflexe dû à l'excitation de la muqueuse des voies biliaires, cette hypertension aboutit à l'exagération de pression dans l'artère pulmonaire et à un dédoublement au

niveau de la base du cœur, les sigmoïdes pulmonaires étant abaissées avant les sigmoïdes aortiques, et à un degré plus avancé, on a une dilatation de l'artère pulmonaire. Le cœur droit devient insuffisant, il y a dilatation également des cavités cardiaques droites et insuffisance de la valvule tricuspide, celle-ci étant insuffisante pendant la systole pour boucher l'orifice agrandi.

Parfois on a observé tous les signes de l'asystolie aigüe survenant en quelques heures seulement.

Du côté du système nerveux, on pourrait trouver une série de symptômes dont les plus importants sont les cas de folie hépatique. Les malades qu'on envoie dans les asiles d'aliénés sont parfois de simples hépatiques dont la folie guérit avec leur maladie.

(Griffon, *Journ. de Méd. Int.*)



LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, L'URÉTHRITE LA DYSURIE ET L'INCONTINENCE.

Dans les dernières six ou sept années, j'ai employé des quantités considérables de SANMETTO. J'ai peine à trouver des mots pour exprimer comme je suis enthousiasmé de son action dans les maladies génito-urinaires en général. Dans la prostatite, l'uréthrite et l'incontinence, il n'a jamais manqué de succès. J'insiste sur le cas d'un vieillard âgé de 80 ans qui pendant une vingtaine d'années avait souffert de l'incontinence d'urine.

Dans la journée il portait une éponge pour faire absorber les urines qui s'écoulaient continuellement, dans la nuit il avait avec lui un récipient en zing. Il avait consulté beaucoup de médecins, mais sans résultat. Je lui ordonnai le SANMETTO à prendre quatre fois par jour et au bout de six semaines mon malade était entièrement guéri et il est resté dans cet état jusqu'à sa mort survenue six ans plus tard.

Je ne connais pas de cas de dysurie chez l'homme comme chez la femme qui n'aurait pas été soulagée par le SANMETTO. Ce médicament est la pierre fondamentale de ma thérapeutique génito-urinaires.

Richmond, Ind.

DR. R. R. HOPKINS,

Diplômé en —