

## LES VESICULITES SEMINALES MECONNUES ET LE MOYEN DE LES DEPISTER.(1)

Dr. E. S. BELISLE, Worcester, Mass.

Sur l'étiologie de la vésiculite séminale nous dirons peu de choses sauf qu'elle suit généralement une blennorrhagie chronique, mal soignée, négligée, et que de nombreux microorganismes sont en cause. En consultant des livres aussi importants que le "Précis des maladies des Voies Urinaires" de Pousson, que le "traité Chirurgical d'Urologie" de Legueu, on ne voit aucun chapitre consacré à la spermatozystite, et nous comprendrons le mot spermatozystite comme synonyme de vésiculite séminale. Il en est ainsi de maint traité des voies urinaires; on néglige absolument le chapitre des spermatozystites et c'est pour cette raison, je crois, que le praticien songe si peu à la vésiculite comme complication fort encombrante et assez fréquente de la blennorrhagie chronique. Il n'existe pas aujourd'hui un livre didactique classique entrant en détail dans la symptomatologie de la spermatozystite, du moins nous n'en avons pas encore rencontré.

(1) Travail présenté au VIème Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

**INFECTIONS ET TOUTES  
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société  
des Hôpitaux du 22 décembre  
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....  
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement

— PAR LE —

**LANTOL**

Rhodium B. Colloïdal  
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

La prostatite chronique, les injections brutalement poussées, l'infection par proximité, la constipation chronique, doivent entrer dans le cadre étiologique de la spermatozystite chronique.

Comme microorganismes le gonocoque est le plus fréquent; puis viennent le colibacille, le staphylocoque; et en dernière place le protéus, qui n'est présent que dans un tiers des cas. Mes examens personnels m'ont démontré la présence assez constante du gonocoque dans cette affection et la présence presque constante aussi du colibacille.

Quant à l'anatomie pathologique nous ne toucherons pas à ce chapitre ne nous considérant pas compétent d'y pénétrer. Pour ceux qui désireraient s'éclairer sur ce chapitre, nous les renvoyons aux travaux récents de Cunningham de Boston.

Le chapitre qui nous touche de près comme praticiens, comme cliniciens, c'est celui de la symptomatologie, et nous nous étendrons un peu plus longuement sur lui que sur les autres. Quant aux praticiens, il n'y a que la symptomatologie et la thérapeutique qui comptent, car le malade ne demande qu'une chose, qu'on lui apprenne ce qu'il a et qu'on le guérisse aussi rapidement que possible. C'est dans le but de vous aider à porter un diagnostic plus rapide et plus précis que nous chercherons à vous éclairer sur la symptomatologie de la spermatozystite chronique. On s'y prendra de deux façons primo : en vous donnant ces symptômes un par un; secundo : en vous lisant in extenso une observation typique d'un de mes malades, Mr. G. B.

#### SYMPTOMATOLOGIE SUBJECTIVE :

A la suite d'une blennorrhagie chronique ancienne et déjà longuement soignée, le client vient à vous et vous dit qu'il maigrit, que ses forces disparaissent, qu'il y a impuissance légère, éjaculation prématurée, quelquefois douloureuse et même sanglante. Il accuse des douleurs vagues aux testicules, à l'anüs, au périnée, des crampes dans les mollets, et dans les cordons spermatiques, des douleurs persistantes aux talons; il y a polyurie, pollakiurie et symptôme capital, neurasthénie, fatigue perpétuelle, idées noires, etc., etc.

Nous reviendrons sur ce complexe qui vous fait croire à premier abord que vous avez à faire à un neurasténique, à un faux urinaire, un hypochondriaque, je dirai même à un fou, car ces malades sont à plaindre.

Voilà le secret du diagnostic de la spermatocystite chronique; votre malade, vous le prenez dès votre premier interrogatoire pour un fou. Messieurs, ayez pitié de ce prétendu fou, il est digne de vos efforts les plus louables: c'est un vrai malade, un grand malade.

Vous voyez donc qu'au début même de votre entretien avec votre malade, avant même l'avoir mis sur la table d'examen et seulement après une courte conversation avec lui, vous avez déjà de fortes présomptions sur votre diagnostic à cause des désordres énormes et si nombreux et si généralisés que vous avez constatés. Méfiez-vous de ces soi-disant "neurasthéniques urinaires" car, "où il y a de la fumée il y a du feu" et chez eux ce feu est profondément situé dans les vésicules séminales.

Les travaux récents sur la "*Gonotoxine*" ou sécrétion interne du gonocoque, nous démontrent que toute cette symptomatologie subjective est due à la résorption de toxines gonococciques. A ce sujet, laissez-moi vous citer l'article d'Aronstan du Detroit, Michigan.

Dans un article intitulé "*Granular and Papillomatous Urethritis*", qui a paru dans le "*Medical Council*" de Juillet 1920, page 555, il dit en parlant du gonocoque (je traduis):

"Nous ne pouvons nier qu'il y ait résorption constante de gonotoxine, ce qui a été prouvé par plusieurs observateurs, et cette résorption se manifeste en causant diverses myalgies et arthralgies sans aucune altération visible des articulations ni des muscles. D'autres symptômes nombreux et vagues sont mentionnés par le malade. Notre conception anatomo-pathologique générale de l'infection gonococcique changera peut être radicalement en dix ou quinze ans. Mais nous ne devons déjà plus la considérer comme une injection locale mais plutôt comme une infection générale systémique d'une importance très considérable.

Il serait à point ici aussi pendant que nous sommes sur ce sujet de symptômes subjectifs gonotoxémiques de vous lire une des cinq

lettres que mon client, Mr. G. B., m'a écrites à deux jours d'intervalle, de cinq différents points des États-Unis, car ces malades comme le fou persécuté qui note son délire, son argumentation, ses persécutions dans un cahier; ceux-ci aussi, dis-je, vous écrivent en détails toujours les mêmes et numérotées, le chapelet de leurs souffrances. Pardonnez si je lis cette lettre en anglais comme elles m'ont été écrites.

J'ai fait une copie exacte de cette lettre, datée, et il n'y a pas un mot de changé comme vous pourrez le constater en consultant la lettre originale que j'ai ici.

Cette première est typique, et je la lirai intégralement; les autres sont identiques.

Hotel Pennsylvania, New York City, April 4th, 1920.

Dear Doctor :

Will see you to-morrow either at 5.15 or at 7.30 to 8 P.M.

I am not feeling of course as I would like to.

10.—Bowels-in bad shape altho I take 5 gr. Cascara at night.

20.—Testicles pain as usual particularly after astooling.

30.—Appetite good; of course I am taking the tonic.

40.—Strength—None. — I seem to be weak and feel as I were being dragged thru the floor.

50.—All I can do to get up in the morning.

60.—Obliged to get up once during the night.

70.—Have noticed no discharge altho late yesterday afternoon I had a flarring up, all subsided—some burning.

80.—No ambition for intercourse.

90.—Very sleepy and drowsy during the day.

100.—Considerable pressure on prostate and bladder when I want to urinate. Not drinking so much water. Not making over 8 oz: at a time. If I drink a lot and try to hold it—bladder gets sore and belly seems swollen.

110.—Left leg seems better but I do get occasional pains in the heel of the achilles.

If inter course is not actually necessary—and I have had no prostatic massage for 3 weeks, why the confounded pains that actually make me feel sick to my stomach?

Don't think I am a nut! (ceci signifie: ne me prenez pas pour un fou.)

I am simply trying to help you and tell you of my symptômes. If it were not for the pains in and about the testicules, I would be feeling good.

Kindest regards and best wishes,

G. B.

20.—In the first place do not call me a nut! But I guess I'll have to give up the machine, if so it probably means a job.

De cette symptomatologie subjective dont vous venez de voir un bel exemple, Luys dit :

Il y a des troubles mictionnels, comme la dysurie, ou la pollakiurie qui peuvent parfois en imposer et être confondues avec la cystite des douleurs spontanées mais toujours vagues du côté du périnée, des testicules, des reins, ou des cuisses; des douleurs à distance comme des névralgies, sciatiques ou pseudo coliques néphrétiques; des troubles génitaux caractérisés par des phénomènes douloureux du côté de l'éjaculation ou des symptômes de faiblesse sexuelle ou d'impuissance, ou enfin par la coloration anormale ou jaunâtre du sperme; des épидидymites à répétition; et surtout des troubles généraux caractérisés consistant dans un anéantissement général, une fatigue complète de tout l'organisme. Il est même bien curieux de constater que cet état de fatigue générale disparaît facilement sous l'influence du traitement de la spermato-cystite et que les malades récupèrent bientôt, avec la santé générale, leurs forces et toute leur énergie; le poids du corps augmente d'une façon constante.

Ces malades souffrent depuis des années de douleurs dans le bas ventre, de douleurs sourdes du côté du périnée, des régions lombaires ou des cuisses, de brûlures en urinant; ils constatent avec désespoir une diminution considérable de leur puissance virile et des troubles de l'éjaculation. Ils ont un très léger suintement urétral matinal et des filaments dans leur premier verre.

Ils ont pour la plupart souvent consulté un nombre considérable de médecins, de chirurgiens, de spécialistes, et le résultat de leurs consultations a toujours été le même. Vous êtes un nerveux, un neurasthénique leur a-t-on répondu; vous n'avez rien du tout, ne vous occupez pas des troubles que vous ressentez, ils passeront tout seuls.

Telles sont les lamentations habituelles que l'on entend des malades atteints d'urétrite chronique postérieure, et de fait ces malades sont extrêmement malheureux. Ils sont sous l'influence d'une obsession perpétuelle tenace, avec idée fixe de penser qu'ils sont incurables, qu'ils ne pourront jamais guérir, qu'ils sont dans l'impossibilité de se marier, et que leur vie est à jamais brisée. Les lésions qu'ils présentent, en raison même de leur longue durée, finissent par engendrer toujours chez eux, un état neurasthénique extrêmement pénible, qui les préoccupe constamment, qui leur rend la vie impossible et qui les conduit au suicide: deux fois il m'a été donné d'assister en spectateur impuissant à de semblables catastrophes.

Il est de toute nécessité que le public médical ait son attention éveillée sur ces faits. On traite malheureusement, trop souvent, de "neurasthéniques et de nerveux", les malheureux malades qui présentent les symptômes dont ils se plaignent, tandis qu'en réalité, il serait infiniment aisé de pratiquer sur eux un examen méthodique de l'urètre postérieur, de découvrir, de soigner leurs lésions.

La neurasthénie sexuelle chez l'homme a assez souvent comme point de départ un état pathologique de l'urètre postérieur.

Ces lésions chroniques, presque toutes d'origine blennorrhagique, se localisent souvent dans le veru-montanum dont l'innervation, on le sait, est assez riche. Ainsi, on comprend très bien comment un processus pathologique, qui modifie peu à peu et si profondément ses conditions anatomiques, puisse produire tant de perturbations nerveuses d'origine locale qui retentissent sur l'état général.

M'étant donc étendu sur la symptomatologie subjective, passons à la symptomatologie objective.

L'exploration digitale par rectum ne donne pas toujours de renseignements bien nets. Prostate légèrement augmentée de volume,

et l'espace triangulaire entre les deux vésicules légèrement empâté, quelquefois même gonflé et douloureux. Les vésicules elles-mêmes peuvent sembler normales même dans un cas grave comme celui de mon client G. B. Dans certains cas vésicules douloureuses, tendues, dures, ou avec points ramollis. Mais, point capital, le toucher ne donne pas toujours de renseignements et ne montre pas toujours des modifications proportionnelles aux troubles nerveux et douloureux qu'on trouve chez ces malades. Ainsi pour l'exploration digitale, ne vous attendez pas à trop de renseignements dans tous les cas.

Il en sera très différent avec notre prochaine méthode d'exploration qui nous donnera des renseignements d'une précision exquise. Je parle de l'urétroscopie soit en utilisant comme je le fais l'instrument à vision directe de Luys ou un modèle quelconque d'urétroscope postérieur.

Ainsi que la langue est le miroir du tractus gastro-intestinal, ainsi aussi le véru-montanum est-il le miroir des vésicules séminales, et ses lésions vues à l'urétroscope sont en général directement proportionnelles avec la gravité des lésions vésiculaires. Je ne pourrais ici vous référer à aucun travail au monde plus utile, plus complet, plus compréhensif et mieux fait que le "*Traité de Cystoscopie et d'Urétroscopie*" de George Luys, édition 1914, Octave Doin & Fils, éditeurs, Paris. Son chapitre sur le cathétérisme des canaux éjaculateurs et sur la symptomatologie des spermatozystites marque un pas gigantesque en urologie; pas qui n'a pas été apprécié à sa juste valeur et qui mériterait d'être mieux connu du public qu'il ne l'est aujourd'hui. Le premier Luys a vu l'importance de l'endoscopie postérieure et quoique ses travaux datent de douze ans ou davantage, leur application n'est pas encore entrée dans la pratique courante. Si elle l'était, beaucoup moins de malheureux traîneraient d'un cabinet de médecin à l'autre racontant toujours le même chapelet de souffrances croissantes et étant traités de malades imaginaires, d'hypochondriaques et de neurasthéniques.

L'urétroscopie postérieure, je le répète, est le moyen par excellence de déceler une vésiculite chronique qu'on soupçonne déjà après l'interrogatoire du malade, interrogatoire qui est plutôt un mo-

nologue dans lequel le malade répète pour la centième fois dans l'espoir d'être cru, son délire trop réel.

Que voit-on à l'urétroscopie postérieure? Tout, sauf un urètre normal. Oédème bulleux, végétations papillomateuses, ulcérations superficielles, abcès sous-muqueux, kystes sous-muqueux, abcès en grappe de raisin; en effet il est rare de trouver de si belles lésions, de si jolies lésions, car la forme et le coloris sont superbes et ne sont égalés que par les néoplasies vésicales bénignes. La fossette retro-prostatique entre le véru-montanum et le col vésical est aussi le siège de lésions de voisinage par stagnation de pus et par l'irritation du liquide muco-purulent qui s'échappe spontanément du véru-montanum, et une urétroscopie ne doit pas négliger de constater les lésions de cette fossette retro-prostatique. Je n'insisterai pas plus longuement sur l'urétroscopie car les détails de ses trouvailles et la délicatesse de sa technique n'intéressent que l'urologue.

D'autres symptômes objectifs sont: des urines troubles, phosphatiques, avec filaments dans les trois verres.

En dernier lieu nous parlerons d'un symptôme qui est plutôt une complication, qui n'a aucune connexion spéciale avec la vésiculite chronique, qui se trouve dans l'urétrite simple chronique et dans la prostatite chronique, je veux dire la péri-urétrite glandulaire.

Cette péri-urétrite est banale et ne diffère en rien des autres périurétrites; on y trouve ces petits abcès en grain de blé ou en petite balle de plomb qui roulent sous le doigt tout le long de l'urètre antérieur. La palpation de l'urètre tendu sur un bénygué droit, numéro 50 ou 52, laisse sentir ces glandes qui peuvent être isolées ou agminées, rares ou très nombreuses, dures et pediculées, et laissant sourdre une gouttelette de pus quand on les comprime sur le catheter.

*Chaque fois que chez un malade neurasthénique qui vous paraît être un fou, un névrosé, vous trouvez en plus de la symptomatologie subjective que j'ai énumérée, une périurétrite glandulaire chronique ayant résisté longtemps au massage prostatique et aux installations locales de sels d'argent, songez de suite à la spermato-cystite chronique.*



Certains malades se sont soumis pendant six à neuf mois à la dilatation, poussée jusqu'au No. 60, Béniqué et plus loin encore au kollman, au massage de la prostate deux fois par semaine, aux instillations de sels d'argent, et cette périurétrite persiste ainsi que tous les symptômes nerveux et psychiques.

Si la prostate était seule en cause, cela serait guéri depuis longtemps. Le diagnostic de vésiculite peut presque se porter automatiquement ici et doit être ensuite visé, corroboré par l'urétroscopie postérieure faite par un urologue.

Les complications de la vésiculite peuvent être de deux ordres : 1—Physiques, 2—Psychiques.

Parmi les complications physiques, notons ce que dit M. Marion dans le "Journal d'Urologie", Paris, du 27 avril 1920, au sujet des vésiculites chroniques. page 17, il dit en conclusion :

"La constatation de l'empâtement vésiculaire douloureux chez un prostatique doit éveiller l'idée de cancer, quel que soit l'aspect de la lésion prostatique. 2o.—Cet empâtement ne doit pas être interprété au moins dans un certain nombre de cas, comme une propagation certaine du néoplasme, mais simplement comme une dilatation rétrograde des vésicules, les canaux éjaculateurs se trouvant envahis par le cancer".

Eh bien ! comme la plupart de nos malades atteints de vésiculite chronique sont aussi des prostatiques un peu, M. Marion en ferait des cancéreux. Je ne suis pas de force à discuter ce point avec un homme de la très haute valeur de M. Marion et je m'incline. Mais pourrai-je demander aux collègues une chose ? On ne trouve la vésiculite chronique que chez des malades où l'on constate généralement aussi des lésions prostatiques concomitantes chroniques. Doit-on chaque fois qu'on trouve la combinaison vésiculite-prostatite songer au cancer ? Doit-on chez un jeune homme, comme mon client G.B., songer au cancer ? Doit-on chez un étudiant en médecine de 26 ans atteint de vésiculite chronique songer au cancer ? Le cancer (je ne parle pas du sarcome) est une affection de la vieillesse. Le cancer se trouve très souvent chez des malades sans antécédents vénériens, mais la vésiculite se trouve très rarement chez des malades qui n'ont

aucune tache vénérienne dans leur passé, tous ou presque tous ayant eu une ou plusieurs atteintes de blennorrhagie. Dans les trois observations de M. Marion, il s'agit d'hommes de 58, 61 et 66 ans. Mais dans les cas que je cite il s'agit de 37 et 26 ans. Luys cite deux cas de 40 ans dans son livre. Dans aucun cas il ne s'agissait de cancer. Chez tous ces malades il y avait prostatite chronique avec la spermatocystite comme vous le verrez en lisant les observations de Luys, pages 119 et 126 de son livre. Les deux cas de Luys guérirent; l'étudiant en médecine, mon camarade E. H., guérit, (soigné par Luys en personne) et mon client G. B. est guéri. Il ne s'agissait donc pas de cancer dans ces quatre cas.

Ainsi, comme complication, tout en m'inclinant devant l'opinion de M. Marion de l'Hôpital Lariboisière de Paris, je ne peux trouver aucun cas de vésiculite chez un malade jeune avec antécédents vénériens accompagné de prostatite, où il y ait eu cancer. Je peux par contre dans les mêmes conditions trouver quatre cas dont trois guéris dans le service même de M. Marion par son collègue Luys où il n'y avait pas de cancer.

D'autres complications sont simplement des symptômes ayant pris un développement considérable, tels que le rhumatisme chronique, gonotoxémique, perte complète de la volonté, et de l'aptitude au travail. Dans certains cas la neurasthénie conduit à la mélancolie anxieuse et au suicide.

L'épididymite à répétition "en bascule" allant d'un testicule à l'autre alternativement est aussi assez fréquent.

Le diagnostic doit reposer sur les éléments :

- 1o.—Symptomatologie subjective psychique,
- 2o.—Symptomatologie objective par l'urétroscopie.

Il n'est possible qu'avec la prostatite chronique; mais celle-ci s'accompagne rarement des symptômes mentaux qu'on trouve dans la spermatocystite chronique et cède beaucoup plus rapidement au traitement par le massage, douches chaudes intra-rectales et instillations médicamenteuses locales.

Le néoplasme des vésicules se trouvera rarement chez des jeunes sujets, tandis que la spermato-cystite existe presque toujours chez les jeunes.

#### TRAITEMENT :

Éliminons d'abord le traitement combiné par massages, douches intrarectales chaudes et instillations médicamenteuses. Il réussit rarement et l'on ne doit pas perdre de temps avec ces demi-mesures. Les deux canaux éjaculateurs allant au véru-montanum sont en général oédématisés et congestionnés, et pas d'un calibre suffisant pour laisser passer les accumulations épaisses contenues dans les vésicules.

*Traitement Urétroscopique* : Avant de songer à employer ce procédé, il faut de longue date y préparer l'urètre antérieur et postérieur par des lavages et faire disparaître l'inflammation aiguë des vésicules par des lavements chauds intra-rectaux de 125 à 155 cc. d'eau à 45 cent., tenus de trois quarts d'heure à une heure chaque soir en se couchant. Ceux-ci servent de pansements humides et tendent à décongestionner les vésicules.

Le traitement urétroscopique consiste à cathétériser les canaux éjaculateurs et les dilater afin de rendre le massage et le traitement per rectum effectifs. La dilatation agrandit le calibre des canaux, éjaculateurs et permet au pus épais, crêmeux et coagulé de passer, d'être expulsé par un massage intelligent. L'électrocautérisation ou la galvanocautérisation du véru-montanum en cas de lésions végétatives exubérantes ou très congestives est aussi efficace. Je n'entrerai pas dans les détails du cathétérisme suivi de dilatation, car en consultant les travaux de Luys, vous le trouverez décrit en détail, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire.

Je répète que ce cathétérisme suivi de dilatation permet d'exprimer tout ce que les vésicules contiennent de nocif. La guérison peut souvent être obtenue de cette façon à elle seule sans l'opération radicale qui entraîne des dégâts importants et qui doit être évitée chez un jeune homme qui a des idées de mariage et de famille, car il faut dire que l'opération radicale entraîne, règle générale, la perte

de la puissance de fécondation. Remarquez bien ; je dis "fécondation". Le malade retrouve sa virilité perdue, mais il ne peut plus féconder. Mon malade G. B. a des érections normales, pratique le coit avec sa femme mais n'est jamais jusqu'ici arrivé à éjaculer.

#### TRAITEMENTS OPERATOIRES :

Les traitements opératoires sont de deux ordres : soit le drainage ou la spermatoctomie totale par voie périnéale (nous laisserons de côté les autres voies car elles n'égalent pas la voie périnéale et présentent trop de difficultés d'exécution.

Primo : le drainage par voie périnéale se fait par la méthode de Proust : Incision demi-circulaire large autour de l'anus, décollement dans le plan de clivage inter-recto-urétro-prostatique. Incision en point déclive, drainage et fermeture par seconde intention qu'on favorise en mettant quelques points aux angles de la plaie opératoire.

Il n'y a pas de ligne de démarcation spéciale entre le choix du drainage et l'ablation totale des vésicules. La décision reste à l'opérateur qui doit juger d'après les lésions concomitantes de péri-vésiculite, de péricystite, ou l'état des vésicules elles-mêmes. Il ne peut y avoir de formule et seules l'expérience et la conscience de l'opérateur doivent faire cette décision.

La *spermatoctomie* se fait par la voie périnéale comme le drainage, sauf que le décollement est poussé beaucoup plus haut, un peu au-delà de la base des vésicules afin de donner un jour plus large et un champ d'action plus vaste. On fait le décollement des vésicules, l'abaissement, la résection et la suture. Quelquefois, la périvésiculite nécessite la dissection des vésicules sur toute leur étendue. Les suites opératoires comme pour le drainage sont de 12 à 15 jours.

#### CONCLUSIONS :

10.—L'on doit songer à la vésiculite dans chaque cas d'écoulement persistant, compliqué de périurétrite résistant aux massages prostatiques joints au traitement local par massages sur bœniqué, dila-

tations, et instillations, le tout accompagné de troubles nerveux croissants.

20.—La symptomatologie est plutôt nerveuse que génitale.

30.—Le toucher rectal ne renseigne pas toujours et ne ramène pas toujours du pus par massage.

40.—Les complications ou la marche même de la maladie tendent à marquer le malade comme neurasthénique ou faux urinaire plutôt qu'urinaire vrai.

50.—Le fin diagnostic se porte avec l'urétroscope.

60.—Le traitement combiné urétroscopie, dilatation des canaux éjaculateurs et massage réussit souvent, et l'on ne doit jamais faire l'exercice de la vésicule sans essayer pendant longtemps cette méthode conservatrice.

70.—Ce n'est que quand le traitement conservateur a été longuement utilisé, soigneusement appliqué et a finalement échoué que l'on doit avoir recours à la méthode opératoire, à l'opération mutilatrice.

80.—La voie périnéale est la voie la plus facile, la moins dangereuse et la plus usitée.

#### OBSERVATION DE M. G. B.

M. G. B. se présente à mes bureaux le 12 mars 1920, me demandant de l'écouter afin qu'il me raconte son cas en détails.

Blennorrhagie trois ans auparavant, en 1917, qui fut mal soignée, car le malade est marié et craignait que sa femme ne le vit. Orchitepididymite en 1918 et le malade infecte aussi sa femme. Il pratique le coït régulièrement utilisant toujours un condom. Il a consulté plusieurs médecins mais le traitement par les grands lavages ne lui plaisait pas et il se faisait des injections de solutions achetées aux pharmacies. En 1919 au mois de mars il s'inquiète car l'éjaculation est amoindrie, un peu rougeâtre et vient très rapidement. Il a simultanément quelques vagues douleurs du côté du périnée, aux bourses, le long des canaux déférents, à l'anneau inguinal, et bientôt ces dou-

ieurs apparaissent aux mollets, ainsi qu'au talon gauche au niveau de la bourse séreuse du tendon d'achille. Il se voit aussi maigrir, sa gaieté disparaît, l'appétit sexuel disparaît, l'éjaculation est prématurée et de couleur roussâtre. L'insomnie, l'inaptitude au travail et la neurasthénie profonde viennent se joindre aux troubles préexistants. La polyurie s'installe simultanément avec une douleur sourde au bas ventre, au niveau du col vésical. Quand la vessie est pleine, il y a des besoins impérieux et une pesanteur douloureuse. Après la miction il y a douleur et ténèsmes qui semble au malade être dans le rectum. Il n'y a jamais de sang ni de pus. Les urines sont toujours troubles, ayant des filaments quelquefois mais pas toujours.

Actuellement le malade a 37 ans, pèse 130 livres au lieu de 170 qui est son poids normal. Il n'a pas d'appétit, dort mal et ne peut travailler. Le teint est pâle, les yeux mornes, hagards et sans vie. Ce malade est commis-voyageur inspecteur pour une très grande usine et doit beaucoup voyager en automobile, ce qui lui cause des douleurs intolérables au périnée, aux testicules et surtout au niveau des anneaux inguinaux. Pour cette raison il cesse de voyager en auto et on fait menace de lui enlever sa position.

C'est à ce moment après avoir déjà vu une dizaine de médecins, quelques charlatans, et un ou deux soi-disants urologues qu'il se présente à moi et me raconte son délire, tous ses symptômes, ses myalgies, arthralgies, etc., etc., me disant de ne pas le prendre pour un fou comme les autres médecins et me répétant qu'il est réellement malade. Je l'avoue, j'ai cru à premier abord que les autres médecins avaient eu raison, mais la façon dont le malade insista, son apparence, sa tenue, sa position, sa famille, tout me fit renoncer à ma première impression et je pris son cas en main.

#### EXAMEN :

Écoulement chronique par l'urètre d'un liquide muco-purulent contenant du gonocoque ainsi que de nombreux microbes associés. A la palpation de l'urètre des douzaines de glandes périurétrales tendues et douloureuses qui laissent échapper une quantité abondante de pus à la pression. Calibre de l'urètre normal, à la bougie explora-

trice à bout olivaire. Il y a un point très douloureux au niveau du véru montanum et la bougie ramène du sang mêlé de pus. Après l'exploration il ya des filaments dans les trois verres ainsi qu'un peu de sang.

Au toucher rectal, prostate normale (elle a été massée neuf mois), les vésicules séminales semblent normales, (remarquez ceci car plus tard à l'opération elles étaient énormes), mais elles sont enveloppées d'une gangue fibreuse qui ne permet pas de sentir grand' chose. Elles sont douloureuses au toucher ainsi que les cordons spermaticques, mais on ne peut rien exprimer par le massage. La cystoscopie montre une vessie absolument normale.

L'urétroscopie antérieure montre de nombreuses glandes en "V" ouvertes, congestionnées, rouges et des grosses plaques d'infiltration molle dans l'urètre antérieur.

L'urétroscopie postérieure n'est pas possible à cette séance et je la fais dix jours plus tard, toujours sans soupçonner ce que peut avoir mon malade. A cet examen je n'ai rien vu et je mis le malade au traitement par les grands lavages de  $KMnO_4$  au six millième et au massage de l'urètre antérieur sur béniqué et aux pansements à demeure à la Novocaïne-protargol-hermophenyl. Après un mois de ce traitement il allait un peu mieux et ses diverses algies l'avaient quitté, sauf quand il allait en automobile, et à ces moments ça le reprenait de plus belle comme vous avez pu le constater par les lettres que je vous ai lues. En mai, mon malade allant toujours de pire en pire au point de vue neurasthénique, je fis une nouvelle urétroscopie postérieure et je trouvai un véru-montanum déformé, gonflé, abcédé, congestionné, rouge feu, et une fossette retro prostatique où stagnait du pus verdâtre et je fis mon diagnostic illico. J'aurais dû faire ce diagnostic un mois plus tôt avec la belle symptomatologie psychique qui existait, mais je ne l'ai pas fait faute de connaissances, et c'est pour vous éviter la même faute que j'ai commise que je fais ce compte rendu détaillé aujourd'hui afin que vous soyez mieux renseigné que je ne l'étais et que vous ne tombiez pas dans la même faute.

J'ai essayé le cathétérisme des canaux éjaculateurs, leur dilatation, mais ce fut impossible même après des séances de galvano-cau-

térisation du véru, à cause de l'état du malade et on a dû en venir à la cure radicale, c'est-à-dire une spermatoctomie périnéale totale.

L'opération eut lieu le 20 juin: vésicules adhérentes, fibreuses, énormes, remplies de pus et de fibrine. Drainage, fermeture en 12 jours, disparition rapide des douleurs à distance aux testicules, aux bourses, au périnée, à l'anus, aux mollets et aux talons. Le malade revient à la vie, renaît, et se sent déjà beaucoup mieux, quoique pas encore complètement remis.

Il a des érections normales, le désir du coit, et il le pratique régulièrement depuis son opération.

Il n'y a plus d'éjaculation, et la sensation orgasmique est presque complètement abolie, quoiqu'il persiste un je ne sais quoi d'agréable que le malade ne peut décrire, mais qui sert de substitut, bien que la sensation diffère complètement d'avec celle qu'il avait à son état normal.

## Ecole Française de Stomatologie

---

L'Ecole Française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend:

- 1.—La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
- 2.—Des cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.
- 3.—Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au

Docteur BOZO,

Directeur de l'Ecole, 20, Passage Dauphine, Paris.



## LA TUBERCULOSE BOVINE ET SON CONTROLE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC.

Dr. A. J. G. WOOD.

La tuberculose bovine est une maladie très commune affectant les animaux aussi bien que l'homme, et se communiquant souvent aux porcs et aux volailles.

Comme la tuberculose est une maladie contagieuse, c'est-à-dire : susceptible de se communiquer par "contact", ordinairement elle se propage d'une vache à l'autre, jusqu'à ce que plusieurs en soient atteintes. Son développement est tellement lent que les animaux affectés ne démontrent aucun signe de maladie pendant des mois et souvent des années. Ce développement lent est la grande raison que cette maladie s'étend au troupeau de nos cultivateurs par toute la Province, parce qu'ils ne soupçonnent pas la présence de maladie dans leurs troupeaux avant d'avoir plusieurs animaux malades ou encore qu'ils en aient de condamnés sur les marchés ou aux abattoirs où il y a de l'inspection des viandes.

Comme vous connaissez tous l'histoire de la tuberculose, je ne vous ennuierais pas davantage, il suffit de dire que cette maladie a été introduite en Amérique par les animaux amenés de l'Europe par les premiers colons et n'a jamais disparu depuis ce temps-là, mais au contraire, a continué à augmenter et se répandre surtout dans les endroits où les vaches sont gardées longtemps renfermées dans les étables, lesquelles sont souvent mal éclairées et mal ventilées. Les animaux des prairies de l'Ouest sont beaucoup moins sujets à la tuberculose que ceux dans nos campagnes, par le fait qu'ils sont au grand air presque toute l'année.

### LES RAISONS POUR LE CONTROLE DE LA TUBERCULOSE BOVINE.

Nous devons considérer la tuberculose bovine à deux points de vue différents, c'est-à-dire : le danger de contagion qu'elle présente

pour l'homme, et les pertes qu'elle fait subir au cultivateur.

Comme le premier point est le plus important, nous allons le considérer le premier, et il nous suffira de quelques exemples de contagion d'animal à l'homme pour vous convaincre que la vie humaine est menacée d'un grave danger par l'existence de la tuberculose bovine parmi les animaux de nos campagnes.

Le lait étant la base de l'alimentation des enfants et des petits animaux nouveaux-nés, et employé généralement à l'état cru, il n'est pas surprenant qu'on trouve les choses telles que rapportées par le Dr. Fraser, d'Edinbourg, qui dit que sur 70 cas de tuberculose chirurgicale, 41 ont démontré des bacilles de tuberculose bovine, 26 des bacilles humains et 3 cas les deux bacilles à la fois. Presque tous les cas démontrant des bacilles de tuberculose bovine étaient chez des enfants âgés de moins de cinq ans, seulement 20 cas sur 70 avaient une histoire de tuberculose dans leur famille. Je puis vous citer une foule de cas, où des cas de tuberculose se sont déclarés dans des familles n'ayant aucune histoire de tuberculose, et au bout d'un certain temps, on a trouvé qu'il y avait une ou plusieurs de leurs vaches laitières affectées de tuberculose, fait qui nous porte à croire qu'ils peuvent bien avoir contracté cette maladie de ces animaux.

Considéré de ce point de vue, je crois que nous devons prendre tous les moyens possibles pour faire disparaître aussitôt que possible, cete menace à la santé publique. Deuxièmement, nous devons considérer la question de la perte annuelle qu'elle fait subir au propriétaire, éleveur et laitier, qui ne contrôlent pas leur troupeau au moyen de la tuberculine, et qui achètent des animaux sur les marchés qui sont souvent tuberculeux et les introduisent dans leur troupeau sans autre précaution. On voit aussi la grande perte chez les porcs qui sont nourris au petit lait de crémèries et de beurreries sans pasteurisation.

Je vous donne ici le pourcentage des animaux tuberculeux trouvés dans les places sous le contrôle de l'Inspection du Gouvernement depuis quelques années et aussi le pourcentage de ceux abattus sous notre contrôle, vous pouvez en juger par là, comment il y en a d'abattus à des endroits où il n'y a pas d'inspection.

**ABATTUS SOUS LE CONTROLE DU GOUVERNEMENT FEDERAL.**

		%	%
		Boeufs.	Porcs.
Québec	1917	5.48	13.01
	1918	5.03	12.56
	1919	4.85	10.59
Tout le Canada	1917	4.10	19.37
	1918	4.06	19.04
	1919	3.72	19.42

**ANIMAUX ABATTUS SOUS LE CONTROLE DE L'INSP. MUNICIPALE.**

		%	%
		Boeufs.	Porcs.
Montréal	1919	4.38	3.50

La différence dans le pourcentage de tuberculose trouvée chez les porcs abattus sous le contrôle fédéral et les porcs inspectés par les inspecteurs municipaux s'explique comme ceci : tous les porcs inspectés et estampés par les inspecteurs fédéraux, sont abattus sous leur contrôle, et tous les viscères ainsi que les carcasses sont examinés avec soin par des inspecteurs vétérinaires, tandis que les inspecteurs municipaux ne voient seulement que les carcasses, parce que la plupart des porcs inspectés par eux, sont abattus à la campagne et expédiés à Montréal par express ou fret, sans être accompagnés des viscères.

Je crois que par ces chiffres, vous allez comprendre la perte énorme qui se fait chaque année, et toute sans aucune raison valable, parce qu'il a été démontré bien des fois, qu'au moyen de la tuberculine, nous pouvons contrôler et faire disparaître cette maladie.

**L'ÉPREUVE A LA TUBERCULINE.**

Comme l'épreuve à la tuberculine est le seul moyen efficace pour savoir si un animal est sain ou affecté de tuberculose, je vous demande de faire tout ce que vous pouvez pour supporter la campagne du

Gouvernement Fédéral qui doit être lancée sous peu pour l'épreuve à la tuberculine de tous les animaux du Dominion, avec compensation au propriétaire d'animaux tuberculeux.

Si cette campagne ne réussit pas pour une raison ou pour une autre, pourquoi n'aurait-on pas une campagne pour notre Province même, vu que les chiffres sus-mentionnés nous démontrent que le pourcentage d'animaux tuberculeux est plus haut ici qu'ailleurs.

Nous allons avoir probablement plus ou moins de résistance à quelques endroits de notre Province, les gens disent que l'épreuve à la tuberculine n'a pas de valeur, et que souvent des animaux sains sont sacrifiés, mais supposons pour un moment que cela arrive, n'est-il pas mieux de sacrifier une ou plusieurs vaches laitières que un seul enfant devienne tuberculeux par l'entremise du lait sur lequel il est nourri? En réponse à cette objection contre l'épreuve à la tuberculine, je dois vous dire que maintenant qu'on se sert des trois méthodes d'injection de tuberculine, la sous-cutanée, l'ophtalmique et l'intradermale, quelquefois combinées mais plus souvent séparément, l'épreuve est considérée être 98½ pour cent positive, bien entendu qu'elle soit faite par un vétérinaire expérimenté et honnête.

Depuis un certain temps, le Gouvernement Fédéral fait l'épreuve à la tuberculine gratuitement chez tous les gens ayant des troupeaux d'animaux enregistrés, et qui se donnent le trouble d'en faire la demande au Vétérinaire Directeur Général, Département d'Agriculture, Ottawa.

Si le troupeau est trouvé sain, le Gouvernement fournit un certificat au propriétaire du troupeau, attestant que son troupeau peut-être connu sous le nom de "troupeau accrédité exempt de tuberculose": ce certificat est bon pour un an pourvu que le propriétaire du troupeau se conforme aux demandes du Département d'Agriculture. EN CONCLUSION: Je vous demanderai, encore une fois, d'exercer votre influence, afin que la tuberculose bovine disparaisse de notre Province le plus tôt possible.

---

## LES MALADIES CONTAGIEUSES. (1)

Par le Dr. E. LABERGE.

---

Une organisation de lutte contre les maladies contagieuses peut sembler d'abord compliquée et bien gênante pour les individus intéressés. Mais quand il y a déjà dans la localité infectée une organisation permanente établie, le problème est simplifié; les règlements du Conseil Supérieur d'hygiène peuvent être appliqués facilement et à la satisfaction du public en général.

Donc, pour combattre avec succès les maladies contagieuses, il faut un Bureau de Santé local qui devrait être toujours en fonction dans toute municipalité bien organisée. Ce n'est pas le temps lorsqu'une épidémie s'est déclarée d'établir le Bureau de Santé; celui-ci devrait être toujours en opération, être au courant de ses devoirs, être en mesure d'agir lorsqu'une menace d'épidémie apparaît, et prévenir des désastres quand il est encore temps.

Pour obtenir ce but, le Bureau de Santé local doit connaître les règlements du Conseil Supérieur d'Hygiène, il doit avoir assez d'énergie pour les faire observer, lorsque l'occasion se présente; de cette façon, une municipalité sera protégée efficacement. Mais pour prendre les mesures nécessaires le Bureau de Santé local doit être averti de l'existence du foyer d'infection le plus tôt possible. Il faut donc que le diagnostic soit fait dès le début de la maladie, et celle-ci doit être déclarée à l'autorité municipale afin de permettre au Bureau de Santé local d'instituer immédiatement les mesures de quarantaine, la désinfection enfin de prendre toute action qui assurera au public la protection contre l'infection menaçante.

---

(1) Travail lu au VII Congrès de Médecine de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Dans notre pays, il est important de faire une campagne d'éducation auprès du public, qui est porté à voir dans ces mesures une punition un déshonneur, enfin, il y a une foule de préjugés contre lesquels il faut réagir, et on ne peut réagir que par l'éducation du peuple. Le médecin traitant devrait avoir assez d'esprit public pour s'appliquer à faire cette campagne d'éducation, pour persuader les gens que ces règlements, ces lois sont nécessaires pour protéger la population et prévenir la dissémination des maladies contagieuses.

Le médecin a des devoirs envers la société, et celui-ci en est un des plus importants. Si le public comprenait l'utilité, la nécessité devrais-je dire du Bureau de Santé local, les objections disparaîtraient, lorsqu'il doit intervenir. Il n'y a que le médecin de famille qui puisse faire cette éducation et changer, en matière d'Hygiène, la mentalité des gens, faire accepter les règlements que la prudence la plus élémentaire prescrit lorsqu'un cas de maladie contagieuse est déclaré dans une famille.

Cette famille se confie à son médecin, elle s'en rapporte à ses connaissances médicales pour obtenir par ses prescriptions, ses conseils et ses soins la guérison du malade, mais aussi ne l'oublions pas, messieurs, elle est en droit d'attendre de son médecin la protection pour ceux qui ne sont pas atteints par l'infection.

Mais pour que le médecin agisse dans ces cas, il doit connaître les maladies contagieuses, leur diagnostic différentiel, et dès qu'il se trouve en présence d'un contagieux, avertir l'autorité sanitaire locale. Avouons-le, messieurs, nos connaissances en fait de maladies contagieuses se résument à bien peu de choses; les médecins en règle générale ne connaissent pas assez la symptomatologie des maladies contagieuses, et je crois être utile à mes confrères ici présents en étudiant brièvement quelques-unes de ces maladies, celles qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique: La Diphtérie, la Fièvre Scarlatine, la Rougeole, la Variole, la Varicelle.

#### *DIPHTERIE :*

Cette maladie est produite par un microbe très connu, le Klebs Loeffler; elle se rencontre surtout chez les enfants de un à dix ans

et se manifeste plutôt dans les climats froids et tempérés l'automne et le printemps. C'est une maladie locale qui en peu de temps produit une infection générale.

Lorsque la maladie présente un caractère bénin, pour les deux ou trois premiers jours, elle diffère peu d'un simple mal de gorge ordinaire, la membrane dans ces cas n'apparaît que vers le milieu du second jour; c'est alors que la bactériologie nous rend des services très précieux en nous permettant de dépister à bonne heure la maladie, d'instituer un traitement précoce et efficace et par des mesures sages prévenir la dissémination de la maladie. Donc en présence d'un enfant souffrant d'un mal de gorge douteux il est du devoir de tout médecin, surtout du médecin hygiéniste, de recourir au diagnostic bactériologique.

Le siège de prédilection de la diphtérie est le pharynx, le larynx ou les fosses nasales; elle est caractérisée par la formation d'une fausse membrane très adhérente d'un blanc nacré, d'un gris fer, plus ou moins étendue; elle est formée par l'implantation des bacilles sur la muqueuse où ils produisent une irritation qui amène au point inoculé des leucocytes, nos organes de défense; ces leucocytes, vaincus par les bacilles forment avec les cellules superficielles de la muqueuse et la fibrine du sang un mince coagulum qui est la fausse membrane. Cette fausse membrane s'étend, s'épaissit rapidement et dans les vingt-quatre heures qui suivent la maladie peut-être devenue très grave, de fait une diphtérie non traitée ou improprement traitée est toujours une maladie très grave.

Dès que les bacilles se sont implantés sur la muqueuse, les toxines qu'ils secrètent pénètrent dans l'organisme et produisent une infection générale. L'enfant se plaint de maux de tête, de malaise général; il a de la fièvre 101, 102, 103 degrés. La fausse membrane s'étend, s'épaissit, une plus grande quantité de poison pénètre dans l'organisme, la fièvre augmente, les maux de tête sont plus prononcés, les glandes du cou, siège de la défense de l'organisme se tuméfient, elles sont douloureuses. La voix est nasonnée. Le petit malade présente une toux rauque due au progrès de la maladie dans le la-

rynx; la respiration devient de plus en plus gênée, le pouls est rapide, il faiblit; c'est l'effet du poison sur le coeur; l'odeur de la respiration du malade est nauséabonde. Ce processus dure de sept à dix jours; puis les symptômes peuvent s'amender et le malade guérir quoique rarement, conservant une paralysie plus ou moins considérable, effet de la toxine sur les centres nerveux.

Cette paralysie peut être limitée aux muscles du pharynx; lorsque le petit malade boit des liquides, ceux-ci lui passent par le nez. Cette paralysie peut affecter le coeur, et l'enfant est exposé à mourir subitement d'une paralysie cardiaque. Si les fausses membranes ont envahi le larynx, elles peuvent fermer complètement la lumière du conduit de la trachée et l'enfant peut mourir de suffocation dans quelques heures.

Lorsqu'on fait une prise dans la gorge d'un malade supposé infecté du bacille de la diphtérie, il vaut mieux autant que possible, faire cette prise sous la membrane, sur la membrane on peut avoir une culture négative c'est surtout en-dessous de la membrane qu'on aura plus de chance d'avoir le Klebs Loeffler.

### *SCARLATINE :*

On ne connaît pas encore l'agent infectieux qui cause cette maladie, mais il existe certainement et la fièvre scarlatine est une maladie très contagieuse. Elle atteint surtout les enfants de un à 10 ans; la gorge et les fosses nasales semblent être le siège de cette maladie. La période d'incubation est de trois à sept jours.

Au début on observe un peu de nasillement, le malade se plaint de maux de tête, la température s'élève rapidement, dans les premières douze heures elle peut atteindre 103, 104 et même 105 degrés.

Le pouls est très rapide; la langue est sèche, très chargée. Le malade a mal à la gorge, il a des nausées, des vomissements, de l'inappétence, et dans les 24 ou 48 heures qui suivent une rougeur apparaît d'abord sur le cou, sur la poitrine puis sur la peau de l'abdomen et enfin se généralise à tout le corps. Cette irruption se pré-



sente d'abord comme un petit pointillé très fin, rouge, des petites taches peuvent se fusionner et toute la peau devenir rouge, d'un rouge très vif. Une particularité qu'il est intéressant de noter, c'est celle-ci; chez les personnes qui portent des jarretières, sous ces jarretières il n'y a pas d'irruption. Par la pression on peut faire disparaître cette rougeur pour quelques instants, mais le petit pointillé initial persiste. La muqueuse du pharynx, les amygdales présentent aussi cette irruption par petites taches rouges; elles se recouvrent d'une sécrétion muco-purulente d'un blanc jaunâtre. Cette sécrétion s'enlève facilement avec une petite spatule ou une tige quelconque. Cette sécrétion est bien différente de la fausse membrane diphtérique qui est adhérente à la muqueuse sous-jacente et qui est d'une couleur blanc nacré, d'un gris sale. Cette inflammation de la muqueuse du pharynx peut se propager par la trompe d'Eustache jusqu'à l'oreille moyenne et causer des otites suppurées très rebelles.

Le facies du malade a quelque chose de remarquable; l'enfant a la fièvre, ses joues sont colorées, mais le pourtour de la bouche, les lèvres et le pourtour du menton sont pâles très pâles. Cette pâleur tranche si bien avec la couleur des joues due à la fièvre, qu'elle constitue un élément de diagnostic qu'il ne faut pas négliger. Les ganglions du cou sont le siège souvent d'une inflammation intense, ils deviennent gros, durs, douloureux, ce processus inflammatoire peut aller jusqu'à la suppuration. La langue présente un aspect qu'il faut retenir; son extrémité surtout, est caractéristique; cette particularité est due à la turgescence des papilles qui lui donne l'apparence d'une fraise. La langue quoique chargée laisse percer les papilles qui sont très rouges, ces papilles durcies par la congestion donnent au toucher une sensation de rudesse, c'est la langue de chat des auteurs, contrairement à ce qu'on observe dans la rougeole où la langue est lisse et unie. La peau surtout celle de l'abdomen offre aussi cette particularité. Les papilles de la peau sont plus proéminentes; la peau présente cet aspect qu'on est convenu d'appeler, chair de poule.

Après trois ou quatre jours d'une température élevée, 103, 104 et même 105 degrés, la fièvre diminue très rapidement, l'éruption pâlit, le mal de gorge disparaît peu à peu.

L'urine présente quelquefois de l'albumine qui disparaît généralement avec le repos au lit et une alimentation appropriée. La desquamation apparaît vers le septième ou le dixième jour après le début de la maladie. Il arrive quelquefois qu'on n'aperçoit pas la desquamation, elle peut manquer, c'est très rare, un oeil exercé remarquera qu'à l'extrémité des doigts, sous les ongles, la peau commence à se détacher; à la partie antérieure au pourtour du pli de l'aisselle. on remarque que l'épiderme est mortifié et commence à s'exfolier au niveau des papilles de la peau. Généralement, la desquamation se fait d'une façon plus apparente, de grands morceaux de peau se détachent et tombent, la peau du malade semble recouverte d'écaillés comme celle d'un poisson. On a vu quelquefois la peau des doigts se détacher comme des doigts de gants. Généralement la desquamation est terminée dans les trente jours qui suivent le début de la maladie.

La contagion est possible à toutes les périodes de la maladie, même pendant la desquamation; il faut donc isoler le malade pendant toute cette longue convalescence, qui, du reste, doit être suivie bien attentivement pour prévenir toute complication soit au rein, soit au coeur complications qui feront de ces enfants des néphritiques ou des cardiaques, c'est-à-dire des invalides, pour le reste de leur vie.

Soyez sur vos gardes, Messieurs, avec la scarlatine; elle affecte quelquefois une allure bizarre, capricieuse, incohérente; il y a des épidémies de scarlatine dont on ne peut pas saisir le mode de contagion. C'est qu'il y a des angines scarlatineuses sans autres symptômes apparents que l'angine; tout le processus spécifique se cantonne au niveau de la muqueuse pharyngée; ces cas sont méconnus, mais ils peuvent transmettre la maladie à d'autres personnes et quelquefois transmettre un germe très virulent qui sera cause d'une affection très grave. Ces formes légères de la fièvre scarlati-

ne souvent guérissent incomplètement, et les malades conservent des lésions permanentes soit au rein, soit au coeur.

### ROUGEOLE :

Le début de cette maladie est assez vague, mais elle est très contagieuse même à cette période. On observe d'abord un peu d'éternuement, de légers maux de tête, un peu de fièvre, sensation de chaleur dans la gorge, puis après quelques heures apparaissent d'autres symptômes plus caractéristiques de la maladie. Ce sont des démangeaisons, des écoulements du nez, du larmolement. L'enfant fuit la lumière, il éprouve sur la conjonctive une sensation de corps étrangers qui le fatigue beaucoup.

Il se plaint de démangeaison, de chaleurs, de brulements dans la gorge et dans le nez, la langue est chargée; l'enfant a des nausées, des quintes de toux et est plutôt mal à l'aise que réellement malade. Ces symptômes, en général, durent de 24 à 48 heures et quelquefois il est difficile, même pour un médecin expérimenté de dire réellement ce qu'a l'enfant. Cependant, Messieurs, c'est la période de la maladie la plus contagieuse.

Quelque temps avant que l'éruption apparaisse, 12 à 24 heures, et en plaçant ce malade bien en face de la lumière, on peut voir des petits points blancs, grisâtres, transparents qui tranchent bien sur le fond rouge lisse de la muqueuse buccale. Lorsque ces petits points blancs sont peu nombreux et espacés, on peut mieux les observer; on remarque qu'ils forment le centre d'une tache rouge, rose d'abord qui devient en quelques heures d'un rouge vif et la muqueuse est normale tout autour; s'ils sont très nombreux, toute la muqueuse est rouge, et les petits points blancs simulent du sable qu'on aurait saupoudré sur ce fond rouge. C'est ce qu'on appelle le signe de Koplik. Ce que je viens de décrire du signe de Koplik démontre et explique quelques autres symptômes que nous observons et qui sont la conséquence de cette éruption papuleuse.

Ainsi le larmolement, la photophobie, la démangeaison dans le nez, l'écoulement du nez etc., sont dûs à cette éruption papuleuse

qui cause une irritation soit sur la conjonctive soit sur la muqueuse du nez. Cette éruption se produit également sur la muqueuse des bronches, de là les accès de toux dont ces malades sont incommodés ; elle est la cause primaire de cette complication si redoutable, la broncho-pneumonie. Cette éruption se produit également sur la muqueuse du tube digestif, elle cause des nausées et des vomissements. L'épithélium du rein doit être aussi affecté, ce fait expliquerait les désordres observés du côté de cet organe. Ces considérations nous font comprendre l'importance de garder les malades au repos, à la diète, de prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter chez eux ces complications si redoutables qui sont la broncho-pneumonie, les néphrites, etc., etc.

Vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie, l'éruption apparaît, elle est typique. Elle apparaît d'abord sur les joues, sur le front, ce sont des taches rouges plus ou moins étendues, séparées par des espaces de peau saine ; ce n'est pas comme dans la scarlatine un pointillé fin qui apparaît d'abord sur le corps. Les contours de l'éruption de la rougeole sont plus ou moins réguliers, avec le temps ces rougeurs s'étendent, deviennent de plus en plus foncées et le centre de ces plaques surplombe de sorte que le peau a une apparence de bouffissure, apparence pommelée à contour plus ou moins irrégulier. Cette éruption prend à peu près deux jours à sortir complètement, puis elle pâlit et disparaît ; enfin il s'établit une légère desquamation, l'épiderme tombe en petites particules très fines comme la poudre d'amidon ; cette desquamation est bien différente de celle de la fièvre scarlatine, l'épiderme dans cette dernière maladie se détachant par morceaux.

On ne connaît pas le microbe de la rougeole mais il existe certainement et la maladie est très contagieuse ; surtout au début. Il est donc indiqué dès le début d'isoler ces malades. Ce microbe inconnu semble doué d'une faible résistance aux rayons du soleil, on choisira donc pour isoler ces malades une chambre bien ensoleillée.

*VARIOLE :*

La variole est une maladie dont on ne connaît pas l'agent infectieux, cependant on ne doute nullement de son existence; cette maladie est très contagieuse et à toutes ses périodes. Elle débute d'abord par la fièvre, des nausées, des vomissements, des douleurs lombaires, des maux de tête. La température du début peut s'élever jusqu'à 103 et 105 degrés, la peau est chaude et sèche. Cette température tombe vers le troisième jour alors que l'éruption apparaît. Cette première élévation de la température qui tombe alors que l'éruption apparaît est pathognomonique de la variole, aucune autre maladie ne présente cette particularité. Cependant dans les cas très graves de variole confluente, on n'observe pas cette particularité, la température ne descend pas à la normale. On attribue cette élévation initiale de la température à l'effort que fait l'économie dans la lutte qu'elle engage contre le microbe envahissant. Vers le troisième jour, l'éruption apparaît; le malade se sentant mieux, est tout surpris de constater ces petites taches qui ne lui disent rien d'important cependant. Ce sont d'abord de petites papules, dures au toucher qui dans les trois jours qui suivent se transforment en vésicules. Ces vésicules sont d'un blanc nacré entourées d'une zone inflammatoire qui est le siège d'une démangeaison considérable. Ces vésicules sont cloisonnées; en les piquant avec une aiguille, elles ne se vident pas entièrement; ce cloisonnement est ce qui reste des cellules épithéliales, c'en est le squelette; c'est vous dire que l'éruption est dermique; ce fait vous explique la cicatrice indélébile qui persiste après la guérison. Trois jours plus tard les vésicules se transforment en pustules et à ce moment la température s'élève jusqu'à 103, 105 degrés et même plus dans les cas très graves. C'est la fièvre due à la suppuration, alors elle est due à de l'auto-infection.

Lorsque l'on perce ces pustules, il s'en échappe un liquide séropurulent quelquefois teinté de sang. Cette éruption peut se présenter sur toutes les parties du corps même dans la bouche, le pharynx, le larynx et dans les fosses nasales. Ces faits vous expliquent pourquoi les malades sont incommodés par des accès de toux très persistante, c'est l'irritation produite par l'éruption qui en est la cause;

de même la déglutition est quelquefois très pénible, c'est toujours dû à la même cause. On remarque cette éruption à la face palmaire des mains et sous la plante des pieds.

Vers la deuxième journée de la maladie, la dessiccation commence et les croutes tombent, cependant dans les mains et sous la plante des pieds l'épiderme résiste et il faut enlever cet épiderme pour libérer les croutes desséchées. Dans les cas ordinaires, trois ou quatre semaines après le début de la maladie, la desquamation est complète et les malades sont guéris. Il ne faut pas lever la quarantaine tant que toutes les croutes, toutes les gales ne sont pas tombées.

Je vous ai décrit une forme ordinaire de la maladie, mais les symptômes peuvent être plus ou moins prononcés; on peut n'avoir à constater qu'une éruption très discrète, quelques éléments seulement huit à dix; quelquefois l'éruption est tellement généralisée que les vésicules se fusionnent les unes dans les autres, alors on a la variole confluente; quelquefois le processus inflammatoire est tellement profond qu'il attaque les vaisseaux sanguins et alors on aura des hémorragies dans les pustules, c'est la variole hémorragique presque toujours mortelle. Mais c'est toujours le même processus pour les formes bénignes ou les formes graves, trois jours de symptômes prodromiques, trois jours de papules, trois jours de vésicules, trois jours de pustules; papules vésicules ou pustules évoluent en même temps à chacune de leurs périodes. Les enfants comme les adultes des deux sexes sont également affectés, la maladie ne respecte que ceux qui sont vaccinés; efforçons-nous donc de rendre aussi général qu'il nous sera possible cette excellente mesure préventive qu'est la vaccination, et recommandons la re-vaccination en temps d'épidémie. Une vieille vaccination peut amoindrir les caractères de la variole, mais elle ne protégera pas toujours contre toute atteinte. Il faudra garder en quarantaine pendant quatorze jours toute personne non-vaccinée qui aura été exposée à la contagion et garder sous observation pendant le même temps toute personne vaccinée.

*VARICELLE :*

C'est une maladie éruptive très contagieuse et dont on ne connaît pas encore l'agent infectieux. Elle a été longtemps confondue avec la variole, mais elle en diffère essentiellement, et un médecin averti ne s'y trompe pas. C'est une maladie de l'enfant, cependant les adultes peuvent être exceptionnellement atteints. Il est probable que les adultes ont acquis l'immunité en contractant la maladie dans leur jeune âge. La période d'incubation est assez incertaine; quelques auteurs disent quatorze jours, d'autres vingt-un jours, d'autres sept jours. La maladie débute par de la fièvre qui peut aller parfois jusqu'à 103 et 104 degrés, caractère très important, cette fièvre persiste après que l'éruption est apparue contrairement à ce que l'on a observé dans la variole. Au bout de vingt-quatre heures, on voit apparaître les premières vésicules surtout sur le tronc; elles peuvent apparaître aussi, mais plus rarement sur d'autres parties du corps, même sous la plante des pieds et dans la face palmaire des mains. Cette éruption est d'abord une macule rosée qui devient vésicule dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent. Elle est sous-épidermique et laisse échapper tout son contenu dès qu'on la perce; il n'y a pas comme dans la variole un cloisonnement qui retient le liquide, c'est un liquide clair et transparent, très rarement lactescent ou purulent.

Les éléments de cette éruption ne sont pas tous identiques en ce sens que les premières vésicules se dessèchent lorsque d'autres ne font qu'apparaître, c'est-à-dire qu'on assiste à une succession d'éruptions contrairement à ce qu'on observe dans la variole où l'éruption est uniforme et est complète d'emblée. Les vésicules de la varicelle se dessèchent dans l'espace de deux à trois jours, puis tombent dès le septième ne laissant généralement pas de cicatrices vu qu'elle est sous-épidermique. Dans la variole l'éruption est dermique ce qui explique dans ce dernier cas la cicatrice indélébile.

Quelquefois par des grattages l'enfant peut infecter secondairement ces vésicules, alors elles peuvent laisser des cicatrices, mais ces cicatrices sont plus petites et moins profondes que celles de la variole. La dessiccation comme je viens de le dire, apparaît vers le

troisième jour après l'apparition de la macule contrairement à ce qu'on observe dans la variole où la dessiccation n'apparaît que vers le douzième jour. Il est important de noter ici que la vaccination ne protège pas contre la varicelle, par conséquent un enfant bien vacciné qui présente des symptômes qui font hésiter entre la varicelle et la variole doit vous engager à vous prononcer pour la varicelle.

Étant établi qu'il y a un malade souffrant d'une maladie transmissible dans une famille, le Bureau de Santé Local doit immédiatement faire observer les règlements du Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec, c'est-à-dire mettre en quarantaine cette maison infectée. Le médecin traitant a aussi des obligations à remplir afin de prévenir la dissémination de la maladie; il doit d'abord choisir pour son malade la chambre la mieux ensoleillée de la maison. (N'oublions pas que le soleil est le meilleur désinfectant). Puis il doit faire enlever les tentures, les rideaux et les tapis. Il ne doit jamais pénétrer dans une maison infectée sans se couvrir d'une houppelande afin de protéger ses habits contre les germes répandus dans l'air de cette maison, et ainsi ne pas être un véhicule de maladies contagieuses.

Il devra insister auprès de la famille et auprès de l'infirmière pour les engager à veiller attentivement sur le malade pour qu'il ne souille pas les objets qui l'environnent, ou même les murs et les planchers. Il devra prescrire que l'expectoration du malade soit recueillie dans des crachoirs spéciaux ou dans des linges que l'on peut brûler ou ébouillanter, que les déjections soient recueillies dans des vases spéciaux contenant une solution désinfectante. Les restes d'aliments devront être détruits ou stérilisés après chaque repas, de même les ustensiles, couteaux, fourchettes, assiettes devront être ébouillantés avant de sortir de la chambre.

Le médecin devra aussi insister auprès de la garde-malade pour qu'elle prenne des précautions minutieuses pour éviter de contaminer les autres membres de la famille; elle devra rester enfermée dans la chambre du malade et n'y laisser entrer personne; si elle doit sortir de la chambre du malade pour une raison ou pour une autre elle devra se laver les mains et changer de vêtement avant de sortir.



Le médecin en laissant son malade doit toujours se laver les mains et la figure; tout médecin consciencieux ne devrait jamais permettre à son malade de sortir de la chambre tant que la guérison n'est pas complète et qu'il ne présente plus de danger d'infecter les autres membres de la famille.

Il faut savoir résister aux instances qui vous seront faites et de la part du malade et de la part des parents.

Les autres enfants qui habitent une maison infectée, quand bien même toutes les précautions seraient prises ne devraient jamais fréquenter les écoles tant que la maladie n'est pas finie et même attendre jusqu'à huit jours après que la quarantaine est levée.

Les règlements du Conseil Supérieur d'Hygiène prescrivent la désinfection après que la maladie est terminée, une désinfection par la formaline, huit onces de la solution à 40% par mille pieds cubes. Cependant aujourd'hui il se fait peu de désinfection; on préfère et avec raison, des soins de propreté, minutieux pendant le cours de la maladie, un bon lavage des boiseries avec solution d'eau de javelle et on stérilise la lingerie qui a servi au malade, par l'ébullition. Mais après un-décès ou après le départ du malade lorsque la maladie est à l'état aigu, je crois qu'on devrait toujours désinfecter avec la formaline, et faire un bon ménage après la désinfection.

---

## COURS PRATIQUE D'ORTHOPEDIE DE M. CALOT.

---

(11e année) en sa clinique de **Paris, 69 Quai d'ORSAY**, du lundi **17 janvier** au 24 janvier 1921, avec exercices individuels en 1 semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. du soir. **ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPEDIE INDISPENSABLE AUX PRATICIENS (Déviations congénitales et acquises)**, et du traitement des **TUBERCULOSES EXTERNES OU CHIRURGI-CALES**, et du **traitement le plus pratique des FRAC-TURES**.

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription 140 frs (et de moitié pour les internes et les externes). Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance en écrivant à **M. Calot à la Clinique-Calot, 69, Quai d'Orsay, Paris**, ou à **l'Institut-Calot à Berck-Plage**, (Pas de Calais).

(Le programme détaillé sera envoyé sur demande)

# Sanmetto

Pour les maladies des ORGANES GENITAUX-URINAIRES.

**Le Tonique vivifiant du Système Reproducteur**

SPECIALEMENT UTILE DANS LES

Affections Prostatiques des vieillards — L'Impuissance sénile — La Miction Difficile—L'Inflammation de l'urèthre—Les Douleurs Ovariennes—L'irritation de la Vessie

D'UN MERITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

**DOSE :** Une cuillerée à café quatre fois par our.

**OD CHEM CO., N.-Y.**

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

## — ABONNEZ-VOUS A —

# “ LA MUSIQUE ”

REVUE MENSUELLE

ELLE INTERESSE EN INSTRUISANT

**Vous y pourrez lire :**

MUSIQUE ET MUSICIENS A QUEBEC.....N. LeVasseur  
CHARLES GOUNOD.....M. Brenet  
LA MUSIQUE D'EGLISE.....H. Lefebvre, S. J.

et des notices biographiques de tous nos musiciens d'autrefois: Gleckmeyer, Des-sane, Sabatier, Ducharme, Letondal, Boucher, Gagnon, etc.

Elle vous tiendra également au courant de l'activité musicale dans le monde entier.

Abonnement: \$1.50 par année.

**Adresser : ——— 20, Côte de la Montagne, ——— QUEBEC.**