

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

- Coloured covers / Couverture de couleur
- Covers damaged / Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated / Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing / Le titre de couverture manque
- Coloured maps / Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) / Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations / Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material / Relié avec d'autres documents
- Only edition available / Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion along interior margin / La reliure serrée peut causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la marge intérieure.
- Additional comments / Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

Canadiana.org a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials / Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from scanning / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été numérisées.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoires.

VOL. V.

MONTREAL, NOV. 1891.

No 11.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

Par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hotel-Dieu,
(Montréal) Paris.

ÉTILOGIE.

Etant donné la nature de ce travail, je n'ai évidemment pas à m'occuper ici de faire l'étiologie générale de la lithiase biliaire. Mais, il existe certaines particularités relatives aux conditions spéciales au milieu desquelles se développent les phénomènes de l'obstruction intestinale par les concrétions biliaires et qui méritent d'être signalées. Ces particularités sont de divers ordres et se rapportent à l'âge, au sexe, aux habitudes professionnelles des individus que la maladie atteint, aussi bien qu'aux conditions morbides préexistantes.

Le premier fait qui frappe d'abord notre attention, et qui ressort naturellement à la lecture des observations, est relatif à l'âge des sujets. En effet, si la lithiase biliaire a pu être observée quelquefois chez les adolescents, il n'en est pas de même de l'obstruction intestinale par calculs biliaires qui, elle, n'a été observée jusqu'à présent que chez les adultes et encore les adultes ayant dépassé un certain âge. Sur une statistique de 34 cas, il n'y en a qu'un seul au-dessous de 42 ans. Parmi les autres, il y en a neuf âgés de 70 ans et au-dessus, six de 60

à 70, treize de 50 à 60 et trois de 40 à 50 ; dans deux autres cas, il est dit seulement qu'il s'agit de femmes âgées.

Cette particularité importante relative à l'âge des malades, nous permet déjà de reconnaître, ou tout au moins de comprendre, que la principale cause de l'obstruction réside, pour quelques-uns de ces cas particuliers, dans l'inertie des parois intestinales ; chez les vieillards, en effet, les intestins sont souvent paresseux, et on admet généralement aujourd'hui que chez eux la paralysie intestinale joue un grand rôle dans les phénomènes d'obstruction chronique et de constipation dont ils sont si souvent atteints.

Le deuxième point important à signaler est relatif au sexe des malades : de même que pour la lithiase, l'obstruction intestinale par calcul biliaire s'observe plus fréquemment chez les femmes. Sur quarante-trois cas dont nous possédons les observations détaillées, nous trouvons trente femmes et seulement treize hommes, ce qui fait à peu près $\frac{3}{4}$ pour les femmes et $\frac{1}{4}$ pour les hommes. Je ne m'attarderai pas à exposer ici le résumé des opinions qui ont été émises pour expliquer ce fait ; je rappellerai seulement que les exercices corporels auxquels les femmes sont moins soumises que les hommes, leurs habitudes sédentaires, l'usage abusif du corset, ne doivent probablement pas être absolument étrangers à cette espèce de prédisposition pour l'affection calculieuse qui semble se manifester chez elles.

Les causes déterminantes ou accidentelles ont trait à l'état de santé ou de maladie dans lequel se trouvait déjà antérieurement le patient et qui en seraient la conséquence directe. En premier lieu, se placent certaines particularités relatives à l'état physiologique et à l'état pathologique de l'intestin. Telles sont par exemple : l'étroitesse naturelle de certaines portions du tube intestinal par rapport aux autres, notamment la forme spéciale du calibre de l'intestin grêle qui décroît de son origine vers sa terminaison et offre ainsi une disposition infundibuliforme ; l'existence de quelques replis valvulaires de la tunique muqueuse de l'intestin (valvules conniventes), qui par leur exagération forment de véritables diverticules où des calculs biliaires peuvent se loger. La fixité de certaines portions de l'intestin par rapport aux autres dont la grande mobilité les expose à des déplacements, des entortillements ayant pour résultat d'en retrécir le calibre, les angles que forment en se réunissant les diverses portions du duodénum, et plus encore les nombreuses coutures des anses intestinales, la présence de la valvule iléo-cœcale et même le sphincter-aval, ce sont là autant de causes physiologiques qui peuvent, à un moment donné, favoriser l'arrêt des calculs et déterminer une obstruction, la plupart du temps passagère.

A ces causes naturelles, on peut dire normales, viennent se joindre les divers états pathologiques, tels que les cicatrices des parois intestinales et toutes les lésions organiques ou autres ; les différentes tumeurs de la cavité abdominale à développement plus ou moins considérable et l'utérus gravide lui-même, ou simplement l'utérus déplacé, qui, en comprimant l'intestin, peuvent déterminer un arrêt plus ou moins complet dans le cours des matières.

Parmi les causes accidentelles, il faut noter encore et surtout, l'existence de quelques brides péritonéales plus ou moins étroites et résistantes ; les adhérences plus ou moins solides qui fixent les anses intestinales dans une situation anormale, et qui sont presque toujours le reliquat d'anciennes péritonites partielles ou généralisées, d'anciens phlegmons des ligaments ou d'autres inflammations de même nature.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les principales lésions, celles qui serviroient le mieux à expliquer la pathogénie des accidents résident dans le foie ; et encore quelques-unes d'entre elles sont aussi fréquentes dans plusieurs autres états pathologiques ; ce sont les lésions qui affectent le parenchyme hépatique lui-même et dont la nature est des plus variées. Ces lésions portent ordinairement sur toute l'étendue des voies biliaires ; mais les plus importantes sont celles que l'on trouve au niveau de la vésicule et qui sont généralement constituées par des ulcérations et des perforations de ces parois, mettant en communication sa cavité avec divers organes et notamment avec les différentes portions du tube digestif.

Chez les individus dont le thorax est fortement rétréci à sa base, comme cela se voit chez les femmes par suite de l'usage abusif du corset, le foie descend en général très bas et la vésicule se trouve alors en rapport avec les circonvolutions les plus élevées du jéjunum. Le col de la vésicule et le canal cystique qui lui fait suite, sont au-devant de la branche droite de la veine porte et reposent sur la première portion du duodénum. Le canal cholédoque, situé à son origine dans le petit épiploon, répond successivement à la veine porte, à la tête du pancréas, et à la partie interne de la portion moyenne du duodénum.

Ces rapports anatomiques établis, il devient maintenant facile de comprendre la nature des lésions dont les voies biliaires deviennent le siège. Presque toujours, l'autopsie des individus qui ont succombé aux accidents de l'iléus par concrétions biliaires, démontre l'existence d'une communication anormale entre la vésicule et une portion du tube intestinal. Quelquefois cette communication fistuleuse siège au niveau du conduit cystique ou bien au niveau du conduit cholédoque. Mais les communications avec la vésicule elle-même sont, de beaucoup

les plus fréquentes. Plus rarement la communication fistuleuse a lieu entre la vésicule et le colon.

Lorsque des calculs biliaires volumineux se développent dans la vésicule, ils peuvent donner lieu à des phénomènes de deux ordres. Ou bien la bile que la vésicule contenait se résorbe, les parois de l'organe reviennent peu à peu sur elles-mêmes et s'appliquent exactement sur les concrétions ; elles sont ordinairement très épaisses et "présentent quelquefois très nettement une apparence musculaire" (1). La membrane qui les tapisse intérieurement perd tous ses caractères de membrane muqueuse, et il s'établit souvent entre les calculs et les parois de la vésicule une adhérence assez intime pour qu'on ait beaucoup de peine à les séparer ; le calcul enkysté pour ainsi dire, peut séjourner indéfiniment dans la vésicule sans que sa présence se traduise par le moindre symptôme. Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, sous l'influence de la présence des calculs, il se développe une cholécystite symptomatique ; les parois de la vésicule s'enflamment, se ramollissent, se boursoufflent ; des petits abcès sous muqueux se développent ; puis finalement, les parois s'ulcèrent, et ces ulcérations ont une grande tendance à l'accroissement surtout en profondeur. Cette inflammation se propage à la tunique séreuse, une péritonite partielle en est le résultat et des adhérences souvent dures, résistantes, fibreuses se développent et englobent en une seule masse la vésicule et les organes voisins.

Il n'est pas rare de voir de vastes collections purulentes se développer au milieu de la masse d'adhérences et établir ainsi une sorte de cloaque sur le trajet de la fistule ; ce sont de vraies fistules indirectes qui s'établissent avant que les adhérences aient produit l'adhésion des parois. La fistule établie peut être de dimensions fort variables et pas toujours en rapport avec le volume des calculs éliminés. La forme est souvent irrégulière ; quelquefois elle est circulaire ou elliptique. Les bords sont généralement déchiquetés, indurés, très épaissis, imbibés de bile.

Les lésions que l'on observe du côté des voies digestives sont à peu près les mêmes que l'on trouve dans les autres formes de l'occlusion intestinale. Et d'abord quand il existe une fistule biliaire s'ouvrant dans le tube intestinal, on trouve soit au duodénum, soit au colon, les bords de cette fistule avec leurs caractères ordinaires. A ce niveau, la muqueuse intestinale est altérée, ramollie ou indurée, épaissie au point de faire quelquefois hernie à travers la fistule. Dans les cas de

(1) A. Luton, Art. Biliaires (voies) ; in Nouveau Dict. de Méd. et de Chirurgie prat., tome V, p. 53.

fistule cystico duodénale, celle-ci siège le plus souvent à la partie supérieure de la deuxième partie du duodénum. Au dessus de l'obstacle formé par le calcul, et quel que soit le point où celui-ci se soit arrêté l'intestin est généralement très distendu et renferme une plus ou moins grande quantité de matières et de gaz, voire même d'autres calculs variables en nombre et en volume. L'estomac et même la partie inférieure de l'œsophage participent quelquefois à cette dilatation. Immédiatement au-dessous de l'obstacle le calibre de l'intestin est au contraire diminué : on trouve les parois du canal alimentaire brusquement affaissées, appliquées l'une contre l'autre, dures, au point qu'on éprouve une certaine difficulté à les écarter.

Les parois de l'intestin sont souvent le siège d'une phlegmasie plus ou moins intense, mais d'autres fois elles sont absolument saines et les lésions n'existent qu'au niveau de l'arrêt du calcul ; la muqueuse est habituellement très congestionnée, gonflée, ramollie, hypertrophiée ; dans quelques cas le calcul est immobile et comme emprisonnée par la muqueuse tuméfiée. Lorsque les calculs arrivent au cœcum, ils s'y arrêtent plus ou moins longtemps ; on les trouve engagés dans l'appendice vermiculaire où ils déterminent des lésions graves ; celui-ci se gangrène en effet et se perforé. Le nombre des calculs varie considérablement, depuis le calcul unique, solitaire, volumineux, qui suffit à lui seul pour déterminer tous les accidents de l'étranglement interne, jusqu'aux calculs multiples, voire même innombrables. Quelquefois les calculs volumineux se fragmentent, circonstance qui favorise leur expulsion. La couleur en est aussi variable que leur forme et dimension.

PATHOGÉNIE.

La pathogénie de l'obstruction intestinale par calculs biliaires comprend deux questions principales à élucider : 1^o passage des calculs des voies biliaires dans l'intestin où ils vont déterminer les accidents de l'obstruction ; 2^o mode de production de celle-ci.

Le passage des calculs volumineux peut réellement avoir lieu par les voies biliaires, et deux ordres de faits tendent à le prouver : 1^o la dilatation parfois considérable, même excessive, des conduits biliaires dûment constatée aux autopsies par plusieurs observateurs (Béhier, Legroux, Cruveilhier, etc) ; 2^o l'absence complète de fistules biliaires que certains auteurs assurent avoir constatée quelquefois aux autopsies. Il est donc nettement établi que les voies biliaires peuvent, dans certaines circonstances, se dilater considérablement, et ce premier point admis, on ne peut raisonnablement pas refuser d'accepter la possibilité du passage de volumineux cholélithes à travers ces voies. Mais malgré

la possibilité et la fréquence relative de la dilatation des voies biliaires, il n'en est pas moins certain que, le plus souvent c'est par une voie anormale, par une ouverture fistuleuse des parois de la vésicule, que le calcul s'échappe, ainsi que cela a été depuis longtemps établi par Cruveilhier et Murchison.

Quelle que soit la voie suivie par le cholélithe lors de son expulsion de la vésicule, son arrivée et son séjour dans l'intestin se traduisent par des phénomènes variables quant à leur intensité, suivant les cas, mais caractérisés par l'arrêt, ou tout au moins par la gêne qu'ils déterminent dans le cours des matières, autrement dit, par l'obstruction intestinale. Mais quel est le mode de production de celle-ci pour les cas particuliers qui nous occupent? Deux opinions se trouvent en présence : pour les uns, il s'agirait uniquement d'un obstacle purement mécanique, déterminant l'arrêt des matières dans l'intestin au même titre que n'importe quel autre corps étranger, dont le volume se trouverait de beaucoup être supérieur au calibre normal du tube intestinal ; pour d'autres, le volume du calcul ne serait pas la cause première de l'arrêt des matières, celle-ci résiderait plutôt dans des phénomènes nerveux analogues à ceux que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin.

Les deux hypothèses semblent également admissibles, mais à côté de ces deux causes vient se placer une autre non moins probable et qui agit surtout dans les cas où la maladie se prolonge et semble revêtir la forme chronique de l'obstruction, forme commune surtout chez les vieillards. Je veux parler des altérations qui, chez eux, atteignent les tuniques intestinales, et notamment des modifications des fibres musculaires qui entrent dans les parois de l'intestin et qui produisent les troubles dynamiques dans le fonctionnement de cet organe. Ainsi, à l'obstacle physique, probablement cause première de l'arrêt des matières, viennent se joindre des troubles purement dynamiques, et dès lors, la pathogénie de l'obstruction intestinale par cholélithes se présente plus nettement à l'esprit.

SYMPTÔMES—MARCHE—TERMINAISON.

Que l'obstruction soit due à un ou à plusieurs calculs réunis, elle présente dans la manifestation de ses symptômes aussi bien que dans sa marche et dans son pronostic, des différences assez notables pour qu'il soit possible de lui reconnaître deux formes souvent bien distinctes ; la forme aiguë et la forme chronique.

1^o *Forme aiguë.*—Le premier phénomène qui se manifeste, n'est pas toujours le même pour tous les cas ; en effet, tantôt le malade est subitement pris de vomissements qui s'accompagnent bientôt de vio

lentes douleurs abdominales, de syncope, de constipation, de refroidissement, etc. ; tantôt, et le plus souvent, c'est la douleur qui ouvre la marche aux autres accidents, et les nausées, les vomissements, l'anurie se suivent plus ou moins rapidement et l'état général devient fort grave. Etudions chacun de ces phénomènes.

La douleur est violente, excessive, angoissante ; elle coupe la respiration au malade, et souvent elle détermine par son intensité un état syncopal. Son siège est des plus variables ; quelquefois, à l'hypochondre droit, vers le milieu du rebord des fausses côtes, c'est-à-dire au voisinage de la vésicule biliaire, où elle peut rester localisée ; ou bien elle s'irradie dans tout l'abdomen et notamment vers l'épigastre et le rachis. Cette douleur n'est pas constante ; elle survient par accès ; elle a en somme tous les caractères de la colique de mercure, et les tranchées qu'elle détermine apparaissent à des intervalles très rapprochés. Lorsqu'elles se produisent, on peut voir quelquefois les anses intestinales se dessiner assez nettement sur les parois abdominales. Au bout d'un temps assez variable, celles-ci se soulèvent, le ventre est ballonné, dur, tendu, très douloureux à la pression.

Les coliques s'accompagnent d'un besoin pressant d'aller à la garde-robe, qui ne constitue pas une des moindres souffrances des malades. Presque en même temps que les coliques, surviennent des vomissements abondants, s'accompagnant souvent d'une sensation de déchirement au creux épigastrique et d'ardeur le long de l'œsophage. D'abord alimentaires, ces vomissements deviennent bilieux et finalement fécaloïdes.

D'autres troubles gastriques s'ajoutent aux précédents ; dès le début de la maladie l'anurie est complète, la langue sèche, froide ; l'haleine fétide ou fade ; la soif, extrêmement vive, augmente les souffrances du patient. Les urines deviennent rares, rouges, chargées de sel ; la miction est douloureuse.

L'état général devient rapidement très grave ; le pouls est fréquent, faible, mou, filiforme, irrégulier ; des crampes très douloureuses envahissent les membres. L'aspect général du malade est alors caractéristique ; c'est en somme l'état cholériforme des étranglements graves : les yeux excavés, cerclés de noir ; le nez effilé ; les joues creuses ; les lèvres cyanosées. Les téguments sont recouverts d'une sueur froide, visqueuse ; l'émaciation est rapide. La température s'abaisse et reste basse jusqu'à la fin ; en un mot, le malade tombe rapidement dans le collapsus déterminé par l'inanition.

Mais l'issue n'est pas toujours funeste, et le calcul peut être évacué soit spontanément, ce qui est rare, soit sous la double influence des purgatifs et des lavements, En résumé ce qui caractérise spécialement

cette forme aiguë, c'est : 1^o la soudaineté de son début ; 2^o l'absence complètes de symptômes prémonitoires ; et 3^o la terminaison assez rapide par la guérison ou par la mort.

2^o *Forme chronique.*—Cette forme est caractérisée par une véritable période prodromique. Les malades sont d'abord en proie aux accidents de la lithiase biliaire ; ils ont eu des accès de coliques hépatiques suivis quelquefois de l'expulsion des calculs dans les selles ; puis des phénomènes souvent peu nets, surviennent et indiquent que l'hypochondre droit est devenu le siège d'une inflammation plus ou moins intense dans le voisinage de la vésicule biliaire. En même temps les malades accusent de temps à autre des vomissements biliaires, verdâtres, survenant sans cause appréciable. Pendant cette période, les malades sont atteints d'une constipation assez tenace, et il est des cas où les selles ne se produisent que sous l'influence des lavements ou des eaux purgatives.

La migration du calcul peut ainsi durer des mois et des années, se manifestant de temps à autre par des crises d'obstruction plus ou moins intenses et de durée variable, jusqu'à ce que le malade soit emporté par l'une d'elles, ou que le calcul soit rendu par les selles. Mais telle n'est pas toujours la marche de cette affection, tantôt en effet le calcul tombe dans un diverticulum de l'intestin, où il peut séjourner quelques années sans provoquer des désordres graves dans l'économie, et alors son volume s'accroît par l'addition des couches successives et concentriques de sels calcaires et de matières stercorales durcies. Tantôt le calcul, par sa présence, détermine une inflammation des parois intestinales, qui se propage à la tunique séreuse et il en résulte une péritonite souvent localisée, mais qui peut aussi se généraliser. D'autres fois les parois intestinales s'ulcèrent, se perforent et le calcul avec le contenu de l'intestin passe dans le péritoine ; il en résulte encore une péritonite suraiguë rapidement mortelle.

Comme dans la forme aiguë, le pronostic de l'obstruction intestinale chronique déterminée par les calculs biliaires reste grave. En considérant dans leur ensemble les deux formes cliniques, aiguë et chronique, on peut dire qu'en général, le pronostic de l'obstruction intestinale par calculs biliaires est grave et ne doit être posé qu'avec beaucoup de réserves : si on consulte en effet la statistique de Ricord, on voit que sur quarante quatre observations détaillées, vingt six fois la maladie s'est terminée par la mort, ce qui fait à peu près une mortalité de 59 pour 100.

TRAITEMENT

Le traitement est difficile à formuler d'une façon précise. Il est d'a-

bord une série de cas où les purgatifs et les autres moyens destinés à provoquer les contractions de l'intestin ne devraient être employés que dans une certaine mesure : ce sont ces cas aigus et sur-aigus, ou des phénomènes très graves suivent immédiatement l'occlusion et menacent sérieusement l'organisme. Les antispasmodiques et les calmants devront être employés ici en premier lieu ; ils y trouvent en effet, leur indication absolue, étant destinés à combattre l'irritation et le spasme de l'intestin, qui s'ajoute souvent à une faible lésion mécanique, et l'aggrave tout à coup dans de fortes proportions. L'opium, la belladonne et la glace seront alors les principaux agents thérapeutiques. Cette médication aura pour but de combattre les troubles généraux graves qui dépriment l'organisme dès le début de l'obstacle et compromettent immédiatement l'existence du patient. Si l'organisme résiste à sa première période d'acuité, dès que l'état général se sera amélioré, la médication devra changer. C'est alors qu'on peut agir dans le but de favoriser l'élimination du calcul.

Plusieurs moyens sont indiqués et parmi ceux-la, les purgatifs seront employés en premier lieu. Le café est un excitant qui quelquefois a donné des résultats heureux : malheureusement il est souvent vomé comme la plupart des liquides ingérés ; les lavements entrent ainsi pour une large part dans cette période de la médication. On pourrait rapprocher des lavements, d'autres moyens qui agissent mécaniquement tels que les douches ascendantes et les injections forcées, pratiquées au moyen de longues sondes œsophagiennes, poussées aussi loin que possible par la voie rectale. L'électricité, dont l'emploi est entré aujourd'hui dans la pratique courante, donne de très bons résultats, soit qu'on l'applique directement sur les muscles de la paroi abdominale ou qu'on agisse sur les fibres lisses de l'intestin.

On veillera en même temps sur la nutrition du malade, dont on soutiendra les forces avec du vin généreux, du bouillon, du lait glacé, des potions alcoolisées etc. Pendant la période algide, on réchauffera le malade, on pourra même conseiller des grogs chauds.

Mais malheureusement le traitement purement médical ne réussit pas toujours ; malgré tous les moyens employés l'obstacle persiste et la maladie suit son cours jusqu'à ce que le malade soit emporté par l'épuisement et l'intensité des phénomènes généraux, comme dans les cas aigus, ou par les complications péritonéales, comme dans les formes chroniques ; la situation est très grave, et il faut alors recourir à l'intervention chirurgicale. Ici une importante question de pratique se pose, comme dans toutes les occlusions intestinales dont l'obstacle n'a pu être levé par les moyens ordinaires : faut-il intervenir dans tous les cas et à quel moment ? M. Béraud et la plupart des auteurs répondent

par l'affirmative, et sont d'avis que la laparotomie doit être faite de très bonne heure.

Malgré les nombreuses et très récentes discussions sur ce sujet à la *Société de Chirurgie*, la lumière ne semble pas être faite encore sur ce point important de la pratique chirurgicale ; comme toujours les avis sont partagés,

Pour M. le professeur Verneuil, la laparotomie est absolument indiquée lorsqu'on connaît la cause de l'obstruction et que l'obstacle, pour être levé, demande l'ouverture large de la cavité abdominale ; mais, *quand on n'a pas de diagnostic*, il faut dit-il, ne se préoccuper que de l'accident obstruction en lui même, et tendre à en préserver le malade en pratiquant l'entérotomie suivant la méthode posée par Nélaton.

M. le Professeur Duplay pense au contraire, que dans les *cas douteux*, il serait sage d'adopter la méthode mixte qui est indiquée dans le dernier congrès des chirurgiens Allemands, et qui consiste à pratiquer la laparotomie combinée à l'anus contre-nature : " On commence, dit-il, par la laparotomie pour aller à la recherche de l'obstacle au cours des matières ; si cette laparotomie mène au but proposé, ce sera bien ; si elle ne peut aboutir on finira par pratiquer l'anus artificiel. " Dans ce cas on fixera à la partie inférieure de l'incision abdominale l'anse intestinale la plus rapprochée de l'obstacle et on ouvrira à ce niveau.

Il va sans dire que dans les cas où il se produit une péritonite par purgation, avec passage des calculs et des matières dans la cavité péritonéale, la laparotomie pour le lavage et le nettoyage complet de la séreuse, avec toutes les précautions antiseptiques, se trouverait absolument indiquée, comme dernière chance de salut.

Dr G. B. FARIBAULT.

Paris, 14 Octobre 1891.

La Damiana ou Turnera Diffusa

Par le Dr M. E. de Laval, Lake Linden Mich.

La Damiana est une plante ressemblant à la menthe, qui croit sur les côtes ouest du Mexique et que l'on rencontre au Brésil et aux Antilles.

Elle est connue sous le nom de Damiana et deux variétés de cette plante sont employées en médecine et appartiennent toutes deux à l'ordre naturel des Turnéracées : on la nomme aussi Turnera diffusa.

C'est au Dr Ignatius Orban célèbre naturaliste Espagnol que nous devons les premiers détails sur la Damiana. mais c'est au professeur Lester que la profession médicale, doit la connaissance de ses propriétés thérapeutiques.

Lester en 1879 préconisait, vu ses propriétés soi disant aphrodisiaques son emploi dans certaines affections génito-urinaires, et proposait aussi de nommer la Damiana, *Turnera Aphrodisiaca* : il nous donnait en même temps le résultat de ses travaux sur les propriétés de cette plante.

Ces travaux eurent un grand retentissement en Europe, car nous voyons que Brilton, Godniau, et Salvain publièrent à cette époque divers travaux originaux sur les propriétés pharmaceutiques et thérapeutiques de la Damiana.

Nous voyons d'après les chroniques de Don Juan Maria I Salvateria en 1699, que la Damiana était employée par les Mexicains, avant Cortès dans le traitement des affections génitales, non-seulement de l'impuissance mais dans le traitement de toutes les difficultés à l'acte génératif.

Aux Etats-Unis nous devons au Dr John J. Caldwell, 1874, les premières études sur les propriétés thérapeutiques de la Damiana et la découverte des vertus aphrodisiaques que possède cet agent.

D'après Henry B. Parsons la composition du T. *Aphrodisiaca* à est peu près la suivante :

Huile volatile	}	8 p. c.
Resine molle		
Chlorophylle		
Résine Brune.....		6½ p. c.
Substance amère.....		7 p. c.
Tannin		3½ p. c.
Sucre		
Gomme etc.		

On ne sait pas encore à laquelle de ces substances le Damiana doit ses propriétés thérapeutiques.

D'après Caldwell la Damiana exerce une forte action stimulante sur les organes génito-urinaires ; à dose modérée elle augmente la sécrétion renale, augmente aussi l'appétit vénérien. De plus, quoique la Damiana n'ait pas l'action thérapeutique du buchu ou de l'*uva ursi* il en remplit les indications si l'on en fait un usage prolongé.

Caldwell prétend que la Damiana employée en même temps que le *Cimicifuga Racemosa* est un moyen thérapeutique très efficace dans le traitement des affections des couches musculaires de la vessie, dans les névroses de cet organe accompagnant souvent les affections des reins, l'impuissance etc. Bolles nous dit de plus " que les diverses propriétés de la Damiana ressemblent à celles du groupe des toniques-amers aromatiques à laquelle appartiennent la *Menthe* et la *Chamo-mile*. Les propriétés aphrodisiaques pour lesquelles on emploie sou-

"vent la Damiana ne sont point encore entièrement prouvées." D'après Polk, la Damiana aurait une action spéciale stimulante sur les cellules nerveuses dont il augmente la nutrition et l'assimilation. Son action se porte plus sur les centres moteurs que sur les centres sensitifs.

Woodward prétend que la Damiana a une action stimulante directe sur le cerveau, action qui a lieu particulièrement sur la portion basilaire, et par là, sur les nerfs et les organes de la reproduction. Bran-non dit que la Damiana a une action spéciale sur le cervelet et la moelle allongée.

L'action de la Damiana diffère beaucoup de la Strychnine, du Phosphore et de la Cantharide.

Il agit à l'encontre de ces remèdes, particulièrement du phosphore en ne causant pas d'irritations de l'estomac ni d'ictères, de plus il ne cause aucune altération du sang, non plus la dégénérescence graisseuse du cœur ou d'autres viscères comme on l'observe après l'emploi prolongé ou à dose toxique du phosphore. Comme dit West, la Damiana n'agit pas comme irritant du cerveau comme le phosphore et la strychnine. Nous voyons que la Damiana agit comme tonique stimulant dont l'action a lieu sur les centres nerveux qui régissent les fonctions des organes génito-urinaires. On a remarqué que dans certains cas la Damiana a une action sur les nerfs sympathiques et que dans certains cas donnée à trop forte dose elle cause une intoxication qui sous certaines conditions peut aller jusqu'à un véritable empoisonnement.

Nous voyons par l'observation rapportée par Bentley, que les symptômes toxiques sont caractérisés par des convulsions tétaniques, opisthotonos, contractions des muscles respiratoires, relâchement de la contraction tétaniforme entre chaque convulsion. D'après ce que dit Bentley ces symptômes toxiques offrent beaucoup d'analogie avec ceux observés dans l'empoisonnement par la strychnine, car l'action toxique de la Damiana semble avoir lieu particulièrement sur la moelle allongée. Bentley nous dit qu'un de ses patients avait pris par mégarde une infusion concentrée de Damiana et qu'après avoir recouvré la santé, il racontait avoir éprouvé des hallucinations, visions célestes et diaboliques, et se plaignait d'une douleur sur le trajet de certains nerfs. Si l'on s'est servi de la Damiana dans le traitement d'un grand nombre d'affections, c'est surtout dans le traitement de celles affectant les organes génitaux, que de l'aveu de presque tous les observateurs on en a obtenu les meilleurs effets thérapeutiques et curatifs.

Evens parlant du Damiana, en préconise l'emploi dans les affections utérines comme la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée*, aussi dans le catarrhe vésical, l'impuissance et la débilité nerveuse causée par des excès

sexuels. Miles croit que la Damiana doit être considérée comme un excellent aphrodisiaque et exerce certainement une grande influence dans le traitement de l'atonie des organes génitaux. Léonard, Murray, Morris, Talldwell sont tous d'opinion que la Damiana est un agent dont l'emploi thérapeutique est indiqué dans le traitement de l'impuissance et l'atonie des organes sexuels causée par la masturbation et accompagnée d'un état morbide des *vésicules séminales* de la portion bulbeuse et prostatique de l'urèthre. L'emploi de la Damiana en même temps que l'électricité, dit Caldwell, donne d'excellents résultats. Hamon rapporte une observation eu égard au traitement de l'anesthésie des organes sexuels chez la femme, et prétend que le traitement par la Damiana, causa un retour complet de la sensation et des désirs sexuels. Egan croit en l'efficacité du Damiana dans le traitement du diabète sucré, dans l'hypertrophie et l'inflammation aiguë de la prostate.

On emploie souvent la Damiana conjointement avec la strychnine et le phosphore, le fer et la pepsine. La dose du Damiana est de l'extrait fluide, 30 à 60 gouttes, (2 à 4 c. c.) de l'extrait solide de cinq à quinze grains. (.3 à 1 gramme).

On l'administre de préférence sous forme pilulaire.

On trouve dans le commerce une préparation patentée nommée "Damiana" mais qui n'est qu'un *nostrum* n'ayant aucune des propriétés thérapeutiques de la vraie Damiana.

M. E. DE LAVAL, M. D. VICTORIA

Membre de la Société Médicale, M. R., Houghton Co., Mich.

Membre honoraire de la Société des Médecins de la Nouvelle Angleterre.

L'huile d'olive dans le traitement des calculs biliaires.

Traduction par Jos. Avila Lapierre M. B.

On a beaucoup discuté dans ces derniers temps l'action de l'huile d'olive dans le traitement des calculs biliaires et du catarrhe des canaux hépatiques. Un certain nombre de médecins sont sous l'impression que ce médicament est trop vanté, et d'autres affirment qu'il a une très grande influence dans le traitement de ces maladies. A cause du différent qu'existe dans les opinions et de l'importance de cette matière, les thérapeutes de la Société Médicale polyclinique de Philadelphie ont entrepris de faire des recherches sur la valeur de cette huile dans le traitement des calculs biliaires. A ce sujet le comité de cette société se réunit et décida d'envoyer à tous les membres de la profession médicale un certain nombre de circulaires rédigés comme suit :

“Le sexe et l'âge du patient ? L'enfroit de la douleur ? Est-ce qu'il y a eu jaunisse ? Est-ce qu'il y a eu des attaques antérieures ? Avez-vous essayé d'autres traitements et quels en ont été les résultats ? Résultats du traitement par l'huile d'olive ? Remarques. ”

Dix-neuf réponses furent envoyées sur lesquelles 37 cas de calculs biliaires traités par l'huile d'olive étaient rapportés.

De plus le comité s'est efforcé de réunir autant que possible les cas antérieurs de calculs traités par ce procédé et a pu en avoir 17 cas formant en tout une liste de 54 cas.

Une étude approfondie de ces 54 cas montre qu'il y a environ $\frac{1}{3}$ plus de femmes que d'hommes qui avait souffert de calculs biliaires ; 2 patients sont morts et 98 pour cent des cas ont obtenu guérison.

Ces résultats montrent encore mieux l'avantage de l'huile lorsque nous considérons que l'un de ceux qui sont morts, souffrait d'une obstruction adhésive des canaux biliaires, maladie que l'intervention médicale ou chirurgicale ne saurait guérir.

Ces cas démontrent en effet l'efficacité de l'huile d'olive, mais ici se présente une question tout-à-fait légitime, c'est de savoir de quelle manière agit ce médicament.

Les expériences du Dr Rosenberg démontrent sans aucun doute qu'il augmente la sécrétion de la bile et diminue en même temps sa consistance. Mais comment cela s'accomplit-il ? Est-ce que cette huile stimule les canaux biliaires en venant en contact avec leurs ouvertures dans le canal alimentaire ? ou est-elle décomposée en acides gras et en glycérine par la présence du jus pancréatique et est-ce que la glycérine ainsi libre exerce dans le duodenum une action semblable à celle qui a lieu lorsqu'elle est introduite dans le rectum, causant un pouvoir péristaltique reflexe ? C'est là la théorie ingénieuse du Dr D. Stewart. Ou est-ce qu'elle agit selon l'hypothèse de Virchow, qui montre par ses propres expériences qu'elle est absorbée par le canal alimentaire, est excrété par le foie et arrive dans les intestins par les canaux biliaires. La dernière de ces théories semble être la plus rationnelle parce qu'elle explique certains faits bien connus, et place ainsi l'huile d'olive au même rang que les autres cholagogues.

Nous devons concevoir alors que la bonne influence de l'huile ne consiste pas tant à dissoudre les concrétions biliaires qu'à augmenter l'excrétion de la bile, qu'à activer la marche des calculs qu'à les rendre glissants et en dernier lieu à faire un lavage des canaux hépatiques.

Un autre point d'intérêt à connaître c'est de savoir la dose de l'huile. Est-ce qu'on a administré de grosses doses dans tous les cas précédents ? Non, huit cas n'ont reçu qu'une cuillerée à dessert toutes les 3 ou 4 heures et on a obtenu des succès aussi grands que dans les cas

ou on avait donné de 5 onces à une ou deux chopines. Si ceci est confirmé par les expériences subséquentes on aura beaucoup gagné en considérant qu'un grand nombre de personnes éprouvent beaucoup de répugnance pour toute les sortes d'huile surtout s'il leur faut en prendre grandes quantités.

De plus, selon les observations du Dr Stewart on peut employer indifféremment l'huile d'olive ou de coton, En effet il est bien certain que l'huile d'olive que nous achetons est la plupart du temps de l'huile de coton purifiée et le Dr Stewart est sous l'impression que n'importe qu'elle huile douce aurait le même effet dans le traitement des maladies dont nous parlons.

Dr F. J. MAYS M. D.

Notes sur l'administration des préparations de fer par le procédé hypodermique.

(Traduction par M. J. A. Lapierre M. B. Montréal.)

Il y a des cas de chlorose et d'anémie chez lesquels il est impossible de donner intérieurement ni le fer ni les composés du fer à cause d'une irritation gastrique ou du mauvais état du tube digestif. Dans de telles circonstances on doit recourir à cet excellent médicament en l'administrant sous forme d'injection hypodermique.

On a essayé d'administrer en injection hypodermique le fer sous différentes formes : on peut citer le fer dialysé, le pyrophosphate du citrate de fer ammoniacal, le citrate de fer, le citrate de fer ammoniacal, le tartrate de fer, le perchlorure de fer et le peptonate de fer.

Fer dialysé.—Selon MM. Bourneville et Bricon le fer dialysé a été employé par M. Danota dans l'anémie à la dose de 15 gouttes, et par M. Luton à la dose de 3, 5 et 10 gouttes. M. Luton dit que "le fer sous cette forme, dénudé de toutes les propriétés styptiques et astringentes, est toujours toléré aussi bien que la moindre solution neutre de morphine, il est absorbé promptement et produit seulement une légère enflure de la partie qui ne dure pas longtemps." D'un autre côté, M. Hasse employa une solution de la même substance à 5 pour 100 ; mais il fut obligé d'abandonner son essai à cause d'une inflammation forte produite par les injections. Les opinions sont donc divisées sur l'efficacité du fer dialysé administré sous forme d'injections hypodermiques.

Le pyro-phosphate du citrate fer ammoniacal a été employé souvent par MM. Huguenin, Nasse, Rosenthal et autres et dans plusieurs cas

a produit des irritations locales et souvent des abcès se sont formés.

Le citrate de fer ammoniacal a été employé avec succès par MM. Quincke, Ciamparelli et Gauthier, qui ont déclaré que l'injection avait donné lieu à une sensation de brûlure sans cependant causer trop de douleurs.

Le citrate de fer fut recommandé par M. Gloeveke (de Kiel) en 1884. La dose donnée par M. Martinetti était de 10 centigrammes dans un gramme d'eau pour les adultes. M. Chiara employa avec avantage, en 1885 la même proportion de citrate de fer en solution, dans de l'eau de laurier cerise distillée et dit n'avoir jamais observé d'affection locale.

Pour ma part j'ai eu occasion d'administrer cette composition de fer sous forme d'injection hypodermique dans deux cas que je cite immédiatement :

Premier cas.—2 octobre.—Madame H...V..., modiste, âgée de 27 à la veille de son accouchement. Pendant les 6 semaines précédentes, elle souffrit d'un rhumatisme articulaire général qui l'affaiblit beaucoup. Elle me consulta pour un léger catarrhe bronchique qui la fit tousser quelques jours avant et qui fut guéri rapidement. Le 5 octobre elle accoucha. Elle ne nourrit pas son enfant. Le 20 octobre elle se plaignit de dyspepsie. L'anémie était très marquée. Je prescrivit le lactate de fer intérieurement et une dose de quinine : mais la malade ne pouvait pas prendre très bien ces médicaments et je fus forcé de les remplacer par un traitement alcalin pour vaincre la dyspepsie qui était devenue plus sérieuse le 1er novembre. Désirant en même temps agir sur la pauvreté de son sang, j'eus recours aux injections hypodermiques de citrate de fer en solution dans l'eau, je commençai par une injection de 25 milligrammes sur le côté externe de la cuisse gauche. Cette opération ne fut pas douloureuse sur le moment, mais au bout d'une heure elle sentit une vive douleur dans la cuisse.

Le lendemain il y avait une rougeur étendue à l'endroit de l'injection.

Cependant au bout de deux jours la douleur n'exista plus, excepté quand la malade restait longtemps assise.

Le 8 novembre je fis une nouvelle injection dans la cuisse gauche, cette fois mettant 5 centigrammes de citrate de fer. Il n'y eut pas de douleur immédiate et plus tard elle ne fut pas très intense. Le soir le point de la piqûre était un peu rouge.

Le 10 une semblable injection fut administrée sur la cuisse droite sans douleur. Le 12 même injection sans douleur sur la cuisse gauche. Après l'opération, les suites, furent un peu plus difficiles, mais cette difficulté disparut rapidement.

Le 14 novembre, même injection sur la cuisse droite sans aucune sensation douloureuse. Le même traitement fut continué tous les jours jusqu'au 26 novembre, avec avantage pour la malade. Je n'ai pas besoin d'insister davantage sur l'influence de l'injection hypodermique de citrate de fer dans ce cas d'anémie, vû que mon seul but dans cet écrit est d'attirer l'attention sur l'action inoffensive locale ou le contraire des préparations de fer dans ce mode d'administration.

Je dois ajouter aussi que pendant une quinzaine de jours j'eus recours au citrate de fer ammoniacal en injection à la dose de 10 centigrammes et que je n'ai jamais observé aucuns symptômes locaux défavorables.

Second cas. 3 novembre—L. S., âgée de 14 ans, affectée d'anémie depuis quelque temps. Je pratiquai une injection hypodermique dans la cuisse gauche à la dose de 3 centigrammes de citrate de fer ammoniacal. Il n'y eut pas de douleur, ni aucuns symptômes locaux, cependant le malade refusa de prendre une autre injection, et préféra prendre le médicament intérieurement, en dépit de la répugnance qu'elle avait pour les remèdes.

Ces deux observations confirment les résultats rapportés par d'autres praticiens et prouvent que le citrate de fer et le citrate de fer ammoniacal doivent être employés en injections hypodermiques sans crainte d'abcès, quoique pas toujours sans douleur.

Le tartrate de fer, le lactate de fer et le perchlorure de fer ne peuvent pas être recommandés, parcequ'ils ont tous causé plus ou moins de symptômes locaux défavorables, lorsqu'ils ont été administré par différents médecins, tel que Bouchut, Elemburg et Rosenthal.

L'albuminate de fer—doit selon différents auteurs, être employé en application hypodermique, mais les solutions qui ont été recommandés ne sont pas toutes dignes de confiance.

Le peptonate de fer.—fut aussi employé avec succès par M Masse, en 1879 dans le traitement des lunatiques. selon la prescription de Fingelberg.

J'ai employé la composition de fer selon la prescription de M. Denayer, de Bruxelles.

Premier cas.—Mademoiselle M. G. âgée de 21 ans a été sous traitement pendant environ 5 mois pour l'hystérie et pour des symptômes d'anémie. Différents remèdes ont été prescrits intérieurement mais sans effet.

Le 28 janvier 1888. j'ai employé des injections hypodermiques de peptonate de fer à la dose de 1 gramme dans la partie supérieure du dos : quelquefois sur le côté droit et quelque fois sur le côté gauche.

Cette opération fut pratiquée dix fois consécutivement à deux jours d'intervalle. et ne causa ni irritation locale, ni enflure.

Second cas.—Ma seconde observation date du 15 mai 1888. La patiente était une jeune fille de 18 ans qui accusait depuis un mois tous les signes d'anémie. Je n'entrerai pas ici dans tous les détails de thérapeutique, me réservant de les rapporter dans un écrit subséquent. Je désire seulement m'assurer maintenant, si le peptonate de fer peut-être employé en injection hypodermique, sans donner lieu à aucune affection locale ou à d'autres désavantages.

Le 22 mai, j'injectai un demi gramme de peptonate de fer sur la surface externe de la cuisse gauche de cette patiente, il n'y eut pas de douleur.

Le 28 une nouvelle injection d'un gramme sur la cuisse droite, sans aucun trouble. Le 30, injection d'un gramme sur la cuisse gauche une légère sensibilité durant l'effet, mais elle fut de courte durée, il y eut aussi une petite tuméfaction.

Le 1er juin, injection d'un gramme, une légère enflure s'ensuivit, mais elle ne fut que transitoire. La même opération fut pratiquée tous les deux jours pendant une quinzaine avec, je dois l'admettre, profit pour la patiente.

3e Cas—Madame B. veuve, âgée de 52 ans était prise d'un cancer de l'utérus et avait atteint la période de cachexie. La patiente souffrait d'une grande anémie et d'une débilité extrême. Pendant environ 3 mois le tube digestif avait été dans une très mauvaise condition, la nourriture et les remède étaient renvoyés immédiatement après leur ingurgitation.

Au commencement d'octobre 1888, j'employai pendant un certain temps les injections du sous-cutanées de peptonate de fer. Ces injections furent faites dans la région hypogastrique le malade restant couché constamment sur le dos.

Ces opérations, qui furent pratiquées tous les deux jours ne furent suivies de rien de remarquable si ce n'est une petite enflure de la peau qui dura très peu de temps et sans beaucoup de douleur. La malade accusa plusieurs avantages de ces injections.

Ces trois observations montrent que le peptonate de fer en application hypodermique est tout à fait inoffensif ; il ne donne lieu à aucune douleur ou à aucun désavantage, et est rapidement absorbé par le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous conseillons donc son emploi dans tous les cas où l'administration des préparations ferrugineuses est contre-indiquée à l'intérieur à cause de la répugnance gastrique, et chaque fois qu'il y a une indication formelle d'introduire le fer dans l'organisme par la méthode hy-

podermique, comme, par exemple, dans le cas des lunatiques et des hystériques qui s'efforcent d'éloigner la prescription du médecin.

Dr ALE. STOCQUART.

Traduction de JOS. AVILA LAPIERRE B. M.

Montréal.

COURS ET CLINIQUES.

Clinique Chirurgicale de l'Hotel-Dieu

SOUS LA DIRECTION DES DOCTEURS HINGSTON ET BRUNELLE

Notes par Armand Hudon B. M. Interne de l'Hotel-Dieu

CLINIQUE DU DR. HINGSTON

Jeudi dernier le 12 courant, arrivait de St François Xavier de Brompton un patient à qui il était arrivé un accident assez sérieux. Cet homme était employé dans un moulin à scie, quand il eut le malheur de se faire prendre le pied entre un billot et une scie ronde. Heureusement pour lui que ce fut la face plantaire qui vint en contact avec la scie, car si c'eût été un des côtés interne ou externe du pied, le malheureux l'eût certainement perdu complètement : tandis que dans la position où se trouvait le patient il n'y eut que les surfaces molles qui furent attaquées ; déchirement de l'arcade plantaire des branches dites perforantes postérieures et des ligaments plantaires. Ces mortifications auraient été d'un pronostic peu grave si ce n'eût été le pied qui fut frappé avec violence par le bras de la scie qui le tenait emprisonné entre le billot. Les premiers soins donnés au malade furent de panser les plaies faites par la scie sans s'occuper de la luxation du pied produite par le coup. Deux semaines suffirent pour cicatrifier les plaies, mais l'articulation tibio tarsienne était horriblement gonflée et le patient souffrait de douleurs atroces. On lui présenta un "ramancheur" autrement dit rebouteur de profession, espèces d'hommes qui abritent autant d'ignorance que de prétentions dans leurs manœuvres stupides et impudentes, que la science medico chirurgicale déplore tous les jours à cause des funestes résultats dont ils sont la cause. Ce savant après plusieurs passes (on dit qu'ils ont des dons ??) dit à son crédule patient que tout était en ordre, que c'était un nerf qui s'était déplacé, et que lui (en anatomiste distingué) l'avait remis à sa position naturelle. Une semaine se passa après le prétendu miracle,

et notre pauvre homme n'en pouva plus, résolut de venir consulter le Dr Hingston. Après avoir entendu l'histoire du cas, la manière dont l'accident était arrivée et avoir examiné attentivement le pied, le Dr Hingston diagnostiqua au moyen d'une sonde exploratrice fracture de l'astragale dans sens antero-postérieur avec déplacement d'un des fragments. On mit le patient sous l'influence du chloroforme puis avec une pince à esquilles le Dr Hingston enleva l'astragale fracturé, et son fragment, après quoi il fit une large ouverture pour laisser écouler le pus qui se trouvait accumulé en assez grande quantité dans l'articulation tibio-tarsienne. Ayant désinfecté la plaie, le chirurgien y introduisit un tube de drainage. On comprend que le pied est beaucoup diminué de volume ce qui donne un grand soulagement au malade qui entrevoit déjà sa guérison " tout en jurant mais un peu tard que l'on ne l'y reprendrait plus " avec les *charlatans* !

AB UNO DISCE OMNES.

CLINIQUE DU DR BRUNELLE

Un cas assez curieux se présentait vendredi dernier au service du Dr Brunelle.

C'est un homme souffrant horriblement d'une rétention d'urine, et ayant deux phlegmons, dont l'un à la symphyse du pubis et l'autre un peu au-dessus. Après avoir examiné le malade avec le plus grand soin, notre distingué professeur constata deux strictures du canal de l'urètre avec enlargement de la glande prostatique; ce qui expliquait très bien la présence de la grande difficulté qu'avait le malade pour uriner. Il y a deux ans que ce dernier souffrait de cet inconvénient à la suite de refroidissements et de certains abus, mais la maladie n'avait ces symptômes et ces complications graves que depuis deux mois: le jet d'urine du patient était étroit et bifide et sur les derniers temps l'urine se trouvait réduite à un simple filet (dysurie) qui devenait de plus en plus faible, aussi y eut-il strangurie malgré les violents efforts auxquels se livrait le malade. Le Dr Brunelle avait l'explication et la raisons d'existence de ces deux phlegmons au-dessus de la symphyse du pubis qui n'était autre chose que l'urine du malade qui avait été forcé de se frayer un chemin dans le tissu cellulaire. Il ouvrit le phlegmon supérieur qui laissa échapper un jet d'urine avec assez de force, puis le second qui lui aussi laissa couler une assez grande quantité d'urine. Ayant introduit une sonde exploratrice dans l'ouverture inférieure, le chirurgien put parvenir jusque dans le fond de la vessie, tandis que dans l'ouverture supérieure la cavité phlegmoneuse était circonscrite. On se trouvait donc devant une infiltration d'urine

ne due à l'obstruction du conduit naturel. Mais comment cette urine ne s'était-elle pas épanchée dans la cavité péritonéale causant par là une péritonite? c'est parce que les deux membranes séreuses qui avait formé une péritonite antérieure circonscrite s'étaient réunies et avaient ainsi emprisonné l'urine, dans la circonscription dans les deux phlegmons dont j'ai parlé plus haut: ceci s'explique par la propriété qu'ont la séreuses de s'accoler et de se réunir tandis que les muqueuses n'ont pas ce pouvoir-là.

Après avoir enlevé tout l'urine qui n'avait pu sortir, il restait au chirurgien de lui faire un chemin: aussi fit-il l'urethrotomie interne divisant les deux strictures et faisant la dilatation du canal: après quoi il introduisit dans la vessie une sonde flexible à demeure pour laisser couler l'urine et rétablir par là l'ordre naturel. Quant aux deux ouvertures il les réunit par un tube de drainage: Nous prenons un grand soin de propreté et de désinfection du malade dont l'état est des plus satisfaisants et dont on a tout lieu d'attendre une prompte guérison.

ARMAND HUDON, B. M.

Montréal, 18 novembre 1891.

Interne.

MEDECINE

Affections chroniques des intestins, en particulier du cancer du rectum

Traitement par l'antisepsie intestinale. Publié dans le *Bulletin général de thérapeutique*, par M. le professeur DUJARDIN-BEAUMETZ.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'affections de ce genre qui ont été améliorées considérablement par l'antisepsie intestinale, d'une façon assez probante pour juger utile de les faire connaître.

En ces derniers temps, on a proposé diverses opérations chirurgicales plus ou moins graves pour remédier aux inconvénients du cancer du rectum. M. Beaumetz croit que l'on peut arriver à des résultats presque aussi beaux au moyen de l'antisepsie intestinale. Depuis trois ans, il donne ses soins à des malades manifestement atteints de cancer du rectum. Dans un cas, il s'agissait d'un malade qui lui a été présenté par le Dr Dubuc; dans deux autres cas, de femmes atteintes également de cancer. Chez tous ces malades, le toucher rectal, l'issue des matières ichoreuses et les phénomènes d'oc-

clusion intestinale permettaient d'affirmer l'existence du cancer; et cependant, il a pu obtenir, grâce à une antiseptie rigoureuse, une telle amélioration, que ces malades ont engraisé et sont dans un état de santé assez satisfaisant.

Il croit que le plus grand nombre des cancers du rectum se rapprochent, par leur évolution lente, de certaines néoplasies utérines qui peuvent exister pendant des années sans compromettre la vie des malades et qui n'entraînent la mort que par l'oblitération des uretères et les conséquences graves qui en résultent. De même aussi pour le cancer du rectum; lorsqu'on peut remédier aux inconvénients résultant de l'obstruction par les matières, lorsqu'on peut aussi combattre les accidents dus à la stercorémie, on arrive à maintenir un état général de santé suffisant pour permettre au malade d'augmenter de poids et de vivre d'une façon relativement satisfaisante.

Les moyens qu'il met en œuvre sont au nombre de trois; ce sont d'abord des moyens locaux, puis des médicaments antiseptiques et purgatifs introduits par la bouche, enfin un régime alimentaire.

Pour les moyens locaux, ce sont les irrigations rectales qu'il conseille. Il se sert de l'entéroclyseur de Cantani et il utilise le plus ordinairement un tube Debove n° 2, muni de son entonnoir, et il opère avec ce siphon comme pour l'estomac. Après l'avoir graissé, on introduit aussi haut que possible les portions rigides du tube dans le rectum; puis, le malade étant couché bien horizontalement, on remplit l'entonnoir de 1 litre à 1 litre $\frac{1}{2}$ de la solution, on l'élève et on fait pénétrer lentement le contenu de l'entonnoir dans l'intestin.

La solution qu'il utilise est celle de naphtol; il se sert du naphtol α , le plus soluble et le moins toxique, et voici comment il formule ces solutions:

Naphtol α 5 grammes.

En vingt doses; une dose pour un litre d'eau.

Généralement, il introduit 1 litre à 1 litre $\frac{1}{2}$ de la solution, et même jusqu'à 2 litres. Il n'est pas nécessaire que les malades gardent ces lavements qu'ils peuvent rendre presque immédiatement.

Pour les médicaments introduits par la bouche, il fait usage d'antiseptiques et de purgatifs. Comme antiseptiques, c'est le salol qu'il recommande tout particulièrement; le salol est pour lui, jusqu'à nouvel ordre, le meilleur des antiseptiques intestinaux, et le plus ordinairement il se sert de la formule suivante:

Salol.....	} à 10 gr.
Salicylate de bismuth.....	
Bicarbonate de soude.....	

En trente cachets, un cachet avant le déjeuner et le diner.

Mais on peut varier ces mélanges à l'infini et augmenter beaucoup la quantité de salol et la porter à 3 ou 4 grammes par jour.

Il maintient, d'autre part, la liberté du ventre, et c'est là, il faut bien le reconnaître, le point difficile, car, malgré tous les soins que l'on met à ce traitement, il existe toujours de l'encombrement intestinal, et tous les quatre ou cinq jours les malades ressentent des coliques et ont une débâcle. Les préparations dont il se sert le plus ordinairement sont ou les eaux purgatives, ou les poudres laxatives, ou bien encore le cascara ou la cascarine, s'efforçant d'approprier le laxatif à la tolérance du tube digestif du malade. Mais il est nécessaire de déterminer une garde-robe au moins chaque jour.

Enfin, comme complément à ce traitement, il ordonne un régime végétarien. Il n'a pas à revenir sur ce régime, au sujet duquel il s'est maintes fois expliqué ; il consiste à nourrir le malade exclusivement avec du lait, des œufs, des féculents, des légumes verts et des fruits. C'est le régime qui réduit à son minimum les toxines alimentaires.

Telles sont les grandes lignes du traitement qu'il a mis en œuvre dans les cas de cancer du rectum. Serait-on aussi heureux dans tous les cas ? Il ne le pense pas. Cependant, toutes les fois que le cancer ne déterminera pas un rétrécissement intestinal très considérable et permettra le passage d'une manière suffisante des matières fécales, il croit que l'on peut obtenir des résultats très satisfaisants par l'ensemble des moyens qu'il préconise.

Mais cette même méthode de traitement est aussi applicable à d'autres affections que le cancer du rectum, et il a obtenu d'excellents effets dans le traitement des inflammations chroniques du gros intestin et en particulier dans la colite glaireuse et pseudo-membraneuse.

On sait combien est fréquente cette colite glaireuse chez certains malades, surtout chez des femmes. C'est le même traitement qu'il utilise ; cependant il remplace souvent les lavements iodés, et dans un litre d'eau il verse 10 grammes de teinture d'iode. Il maintient, bien entendu, les cachets de salol, les laxatifs si la malade a de la constipation, et le régime végétarien.

(Le Scalpel).

Chloroforme—Propriétés antiseptiques

En 1867, alors qu'on ne parlait encore de l'antisepsie externe que timidement, et pas du tout de l'antisepsie interne, M. le docteur Desprez (de Saint-Quentin) employait le chloroforme en potion dans la période algide du choléra, avec succès. Evidemment notre confrère ne

songeait pas alors à faire de l'antisepsie interne, mais il en faisait sans le savoir.

Les résultats qu'il avait obtenus devaient l'encourager à persévérer dans cette voie. En 1876, il publiait une brochure dans laquelle il justifiait la composition de la potion dont il s'était servi, en expliquant très rationnellement l'action de chacun de ses composants. Voici la formule de cette potion :

Chloroforme.....	1 gr.
Alcool.....	8 “
Acétate d'ammoniaque.....	10 “
Eau.....	110 “
Sirop de chlorhydrate de morphine..	40 “

En 1885, notre confrère revient sur ce sujet dans une nouvelle brochure intitulée : *Du traitement rationnel de la période algide du cholé- rat asiatique etc.* ; et, cette fois, il songe à l'action antimicrobique du chloroforme, déjà indiquée depuis longtemps par Müntz, le professeur Bouchard, etc., dont les opinions ne faisaient que confirmer l'*a priori* de M. Desprez : “ Le chloroforme à dose infinitésimale, dit-il, suspend toute fermentation. et la vie des micro-organismes, la bacille virgule du docteur Koch, ne doit pas faire exception à cette loi. ” Les autres substances médicamenteuses contenues dans la potion contribuent peut-être à assurer le succès ; le chloroforme lui-même agit peut-être encore autrement que comme antiseptique, mais je me borne ici à cette propriété.

Comme il n'y a pas de meilleur argument que les chiffres, je vais mentionner ceux que donne M. Follet dans son rapport sur l'épidémie de l'Inde française.

Cas de choléras, 297 ; morts, 168.

Cholériques traités par la méthode de M. Desprez, 136 ;—morts, 39 ;—28, 92, p. 100.

Ces chiffres, conclut M. Follet, parlent assez haut d'eux-mêmes et n'ont pas besoin de commentaires.

Continuons l'historique de la question.

En 1884, M. Cunéo, médecin en chef de la marine, administre le chloroforme en inhalation contre le choléra et le patient éprouve un résultat immédiat excellent.

En 1888, les expériences *in vitro* et *in anima vili* de Salkowski viennent montrer à nouveau l'action microbicide de l'eau chloroformée, et, à plus forte raison, du chloroforme contre le bacillus anthracis et celui du choléra, et donner ainsi une sanction scientifique et expérimentale à la méthode empirique de M. Desprez.

La même année, le docteur Stepp, se fondant sur les propriétés an-

tiputrices et microbicides de cette agent, emploie l'eau chloroformée contre l'ulcère de l'estomac et la fièvre typhoïde, et propose d'en faire usage contre le choléra. Enfin le docteur Shilling emploie les pulvérisations d'eau chloroformée contre la coqueluche et obtient d'excellent résultats. M. Desprez se basant sur la contagiosité de cette maladie et admettant sa nature microbienne, avait déjà utilisé contre elle les vapeurs de chloroforme, et à fait, à ce sujet, une communication au Congrès international d'hygiène et de démographie de 1889.

Une fois admise l'action antimicrobique du chloroforme, confirmée par les excellents résultats obtenus dans le choléra et la coqueluche, notre éminent confrère devait naturellement songer à l'administrer dans les autres maladies microbiennes ou contagieuses ; la rougeole, la fièvre typhoïde, la diphtérie et la tuberculose ; enfin, en dernier lieu, l'influenza.

Les résultats de sa pratique ont été résumés dans une communication faite à la Société de médecine de l'Aisne en 1890, et son intérêt nous autorise à la reproduire ici *in extenso*.

De l'application du chloroforme aux affections épidémiques et contagieuses, et en particulier à l'influenza, par M le Dr DESPREZ (de St Quentin). — Depuis le moment où mon travail sur le choléra a été communiqué à la Société de médecine de l'Aisne et aussi au Congrès d'hygiène de Paris en 1889, nous avons eu l'influenza, étrange maladie d'une expansion si phénoménale qu'on avait peine à y croire. Sa généralisation si rapide et un ensemble d'accidents d'apparence infectieuse me firent croire immédiatement à la présence d'un micro organisme, dont les spores multipliés à l'infini allaient frapper toute une grande région en même temps.

C'est alors que je mis en jeu, sous formes très variées, les vapeurs du chloroforme en inhalations directes et légères, — l'eau chloroformée au millième en boissons : thé tilleul, lait, etc. ; — une légère quantité de chloroforme était presque toujours associée aux éléments indiqués du traitement.

Les résultats d'une rapidité prodigieuse que j'ai obtenus, pendant les trois premiers mois de cette année 1890, par le traitement au chloroforme discrètement administré, se sont manifestés sur une si large échelle, et dans les cas les plus graves que, pour moi, il était bientôt établi que cette redoutable affection était aussi facilement domptée que le choléra par les préparations chloroformées.

Partageant mon enthousiasme pour les préparations à base de chloroforme, M. Jannequin, chef d'institution à Saint-Quentin, eut l'idée, que j'encourageai fort, de pulvériser largement dans les dortoirs et dans les salles d'études, de l'eau chloroformée au 1/5000^e.

Depuis la fin de décembre, où l'épidémie commença à prendre en ville un développement sérieux, la pulvérisation fut faite très largement et, chose très remarquable, pas une des personnes qui résidaient complètement dans ce lieu, — 55 élèves et le personnel de la maison, — ne fut atteinte d'influenza.

Seul, un élève qui alla passer à Bohain, en février, quelques jours dans sa famille atteinte d'influenza, revint avec les symptômes de la maladie ; il fut traité ce jour là au chloroforme en boisson et en pulvérisation.

Cet élève retourna, le lendemain, chez ses parents où il suivit le traitement au chloroforme, qui lui avait été prescrit, et, trois jours plus tard, il rentra guéri à sa pension.

C'est le seul cas d'influenza contracté par les internes de la pension Jannequin, pendant qu'en face se trouvait une grande maison de commerce où 35 personnes, sur 40, furent prises d'influenza.

Quant aux externes qui fréquentaient les classes, ils ont été généralement épargnés par l'épidémie, bien plus que les autres membres de leurs familles.

Il paraît au moins très probable, sinon certain, que cette influence remarquable du chloroforme en vapeur et de l'eau chloroformée, prise à l'intérieur ou à l'état pulvérisé, contre le micro organisme de l'influenza et les autres affections contagieuses, est due en grande partie à la grande richesse en chlore de la molécule du chloroforme (C_2HCl_3) qui se décompose en présence des matières organiques pour les transformer.

J'ai déjà vu, dans ma pratique personnelle, un certain nombre de coqueluches, de scarlatines, de rougeoles, de fièvres typhoïdes admirablement et rapidement transformées par l'usage interne et externe du chloroforme.

Le traitement à base de chloroforme, dans la pneumonie infectieuse, m'a donné des résultats d'une efficacité et d'une rapidité prodigieuses.

Dans le croup, d'après ce que j'en ai vu, je crois qu'il est l'élément le plus puissant de guérison.

Dans la tuberculose au premier et même au deuxième degré, j'ai vu des résultats très encourageants depuis plusieurs années déjà, surtout si le chloroforme est associé à la créosote, au quinquina et à une bonne hygiène. En un mot, l'influence puissante à dose infinitésimale sur les micro-organismes me fait placer le chloroforme bien audessus de l'éther et des vapeurs de térébenthine, dont l'efficacité n'est pas douteuse.

Ces résultats, annoncés par un observateur habile, instruit et consciencieux, et qui ont d'ailleurs été confirmés par la pratique de plu-

sieurs de ses confrères, méritent évidemment d'attirer l'attention. L'administration du chloroforme *intus et extra*, telle que l'emploie M. Desprez, n'est ni difficile ni dangereuse ; de plus elle est efficace ; à ces différents titres, elle est digne d'être recommandée, et nul doute que les praticiens n'y aient recours, dans le traitement des affections microbiennes, soit isolément, soit concurremment aux autres médicaments antiseptiques.

(*Nice Médical*)

L'estomac des phthisiques

Par M. MARFAN.

La nécessité d'assurer une bonne nutrition, chez les tuberculeux, donne un grand intérêt à la connaissance des troubles gastriques de la phthisie. Il faut étudier successivement : 1^o la dyspepsie commune des phthisiques ; 2^o les formes initiales de cette dyspepsie ; 3^o la gastrite terminale.

1^o La dyspepsie commune est caractérisée par la diminution de l'appétit, par divers malaises gastriques qui suivent l'ingestion alimentaire, par des éructations et des régurgitations fétides ou acides, par la toux gastrique (c'est-à-dire celle qui suit le contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac), par les vomissements qui succèdent à la toux gastrique. Ces deux derniers symptômes (toux gastrique et vomissements) sont sous la dépendance de l'irritabilité anormale du nerf vague qui a sur son trajet deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac. Les autres troubles gastriques sont sous la dépendance d'un affaiblissement de la motricité stomacale (dilatation) et de la sécrétion du suc gastrique (hypopepsie avec ou sans fermentations putrides). Ces deux modifications, insuffisance motrice et insuffisance sécrétoire, ne sont pas l'effet d'une lésion stomacale ; elles sont indépendantes de la fièvre. Il est probable que c'est l'empoisonnement par les toxines de la tuberculose qui trouble et affaiblit les fonctions stomacales et que la dyspepsie des phthisiques est une dyspepsie toxique.

2^o Dans la plupart des cas, la dyspepsie commune s'établit d'emblée ; elle se développe soit en même temps que les phénomènes qui annoncent la localisation pulmonaire, soit un peu après. Mais, dans d'autres cas, son apparition est précédée de troubles gastriques caractérisés cliniquement par une gastralgie plus ou moins vive et, chimiquement, par une hyperpepsie (hyperacidité de G. Sée) ; elle s'accompagne toujours de dilatation gastrique. Elle est d'ailleurs inconstante, ne dure pas très longtemps après les débuts des lésions pulmonaires, et fait place à l'hypopepsie.

3^o A la dernière période de la maladie, lorsqu'il existe de grosses lésions cavitaires du poumon, on voit parfois les phthisiques dyspeptiques présenter, du côté des voies digestives, des phénomènes nouveaux qui indiquent le développement d'une gastrite : langue rouge vif, vernissée, dépouillée comme à la suite d'une scarlatine ; anorexie profonde ; diarrhée persistante. Cette gastrite est la conséquence de l'intoxication tuberculeuse à laquelle s'ajoute peut-être l'action des toxico-infections si fréquentes à la dernière période de la maladie.

On ne peut fixer à l'avance ni le régime ni les remèdes qui conviennent à l'estomac des phthisiques. Chaque malade a sa formule gastrique qui peut varier suivant la période du mal. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt celui de l'hypo-pepsie, tantôt celui de la dilatation de l'estomac, tantôt celui des fermentations putrides qu'il faut mettre en œuvre. La suralimentation n'est légitime que lorsque le suc gastrique n'est pas trop insuffisant.

La seule indication thérapeutique spéciale à la dyspepsie des phthisiques, c'est celle qui découle de la fréquence des vomissements ; celle-ci nécessite l'emploi des anesthésiques de l'estomac, parmi lesquels l'auteur place la créosote en solution faible, le menthol et l'eau chloroformée.

—*Le Courrier Médical.*

CHIRURGIE.

Emploi de la glycérine comme analgésique dans les brûlures

Par M. GRIGORESCU

La glycérine pure, appliquée aussitôt après la brûlure, est un analgésique parfait et durable. Plus l'application est prompte, plus l'effet est complet. Dans les cas les plus graves, il est nécessaire de répéter deux ou trois fois l'emploi, mais, en général, une seule application suffit. On doit laisser la partie continuellement humectée par la glycérine ou même employer un petit bandage protecteur. On applique quelques gouttes de glycérine sur la partie brûlée et on frictionne légèrement. Un sentiment de cuisson modérée survient, mais il disparaît presque immédiatement et il ne reste plus qu'une sorte d'anesthésie locale. L'inflammation fatale dans tous les cas de brûlure est évitée presque complètement. De plus, l'élimination de la couche épithéliale se fait petit à petit et la cicatrice est beaucoup moins marquée.

L'Union Médicale.

Injections parenchymateuses d'éther iodoformé dans le goître mou

Des deux solutions suivantes :

I. Iodoforme.....	1 gramme.	
Ether.....	} à 7 grammes.	
Huile d'olive.....		
II. Iodoforme.....	1 gramme.	
Ether.....	5 grammes.	
Huile d'olives.....	9 —	

proposées par *V. Mosetig-Moorhof* pour injections parenchymateuses ne s'est servi, dans les 16 cas traités par lui (8 hommes et 6 femmes) que de la première solution. Il injecta une seringue de Pravaz dans chaque goître et même davantage dans les goîtres énormes (1 fois jusqu'à 6 grammes). Les séances furent répétées tous les 4-6 jours ; quelques malades, sans inconvénient aucun, ont reçu des injections pendant plusieurs jours de suite. Les résultats furent excellents : Après deux mois de traitement environ (10 injections) le cou de tous les malades était diminué de 6 centimètres de circonférence : deux mois plus tard, la diminution atteignit 8-10 centimètres. Les goîtres n'ont pas repris leur volume même six mois après la cessation des injections. Jamais de phénomènes secondaires fâcheux quelconques.

Les Nouveaux Remèdes.

Un mot à propos de la chirurgie du cerveau

Par le Dr. O. Laurent.

Dans un mémoire sur l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau, j'ai cru pouvoir émettre les conclusions suivantes ;

- 1° L'intervention chirurgicale donne des succès dans un certain nombre de lésions du cerveau ;
- 2° L'hydrocéphalie peut pourtant être considérée comme incurable dans la grande majorité des cas ;
- 3° L'abcès cérébral guérit assez fréquemment par l'opération ;
- 4° L'épilepsie traumatique est en général justiciable de la trépanation. Celle-ci se montre moins efficace dans l'épilepsie jacksonnienne ;
- 5° Pour ce qui est des tumeurs, l'indication opératoire ne se présente guère que pour celles qui sont peu volumineuses, bien limitées et à siège superficiel.

Comparativement à leur nombre, on peut dire que les résultats favorables obtenus par leur ablation sont tout-à-fait exceptionnels ;

- 6° L'excision est le traitement de choix de l'encéphalocèle de volume moyen.

Mais on peut tirer une conclusion générale de ces conclusions particulières et résumer en une formule les résultats actuels des travaux relatifs à la chirurgie cérébrale. Cette formule serait énoncée de la façon suivante :

L'intervention chirurgicale appliquée aux lésions du cerveau, ne peut améliorer d'une façon notable ou faire disparaître, à de très rares exceptions près, que celles qui sont superficielles et limitées.

La plupart des lésions étendues du cerveau qui sont portées dans les statistiques comme étant guérie par la trépanation, ne constituent guère que des succès opératoires.

Pour l'*hydrocéphalie*, prenons par exemple le cas de guérison de Broca. Mais ce chirurgien n'est surtout intervenu que pour combattre une contracture localisée (la contracture du membre supérieur gauche), les autres troubles cérébraux présentés par le petit malade ne pouvant être amendés par la trépanation (1). Du reste, ce cas n'appartient pas à l'hydrocéphalie type. Il en est de même du cas de guérison de Mayo-Robson, qui n'eut à faire la trépano-ponction que d'un seul côté et ne retira qu'une demi once de liquide.

En ce qui concerne la *méningite*, je ne connais aucun cas de guérison obtenue par la trépanation.

Si l'*abcès*, bien que superficiel, a une certaine étendue, il détermine très souvent la production d'une méningite, si l'on tarde quelque peu à intervenir; s'il est profond, il entraîne généralement la mort malgré l'opération. Néanmoins, parmi les affections les plus graves du cerveau, l'abcès est celle qui légitime encore les meilleures espérances.

Pour ce qui est des *psychoses* idiopathiques et de la soi-disante *épilepsie* essentielle (je ne parlerai pas de la méningo-encéphalite chronique et de la microcéphalie), quelques cas ont paru bénéficier de la trépanation. Mais on peut objecter qu'il pouvait ne s'agir que de coïncidence, ces affections étant susceptibles d'amélioration passagère ou permanente, spontanée ou consécutive d'un traitement médical. On peut aussi objecter que des opérations pratiquées sur des régions éloi-

(1). M. Broca écrit : " Le regard est vague, hébété... La parole est nulle. L'intelligence est très faible. L'enfant reconnaît cependant toutes les personnes de son entourage... J'ai opéré pour parer à une complication particulière ; à une contracture ... j'ai obtenu un résultat PALLIATIF indéniable. (En effet, après la trépano-ponction), la mère raconte que depuis quelque jours son enfant recommence à se porter un peu sur les pieds, en étant soutenu sous les aisselles, comme avant la crise d'il y a trois mois... La *déglutition* n'est pas améliorée "

M. Broca a obtenu le seul résultat en vue duquel il avait opéré, l'amélioration des mouvements (et sous ce rapport son observation est des plus remarquables), mais l'aphasie et l'affaiblissement de l'intelligence n'ont pas été modifiés.

gnées, sur d'autres régions que la tête, ont parfois retenti favorablement sur le cerveau malade, et qu'enfin la période d'observation post-opératoire n'a pas toujours été suffisamment longue pour qu'on fût en droit de conclure à un résultat bien définitif.

En résumé, si la lésion est superficielle et localisée (abcès, tumeur, épilepsie traumatique, etc.), l'intervention peut être suivie d'un succès complet ou notable ; si la lésion est profonde (abcès, tumeur), ou généralisée (méningite, hydrocéphalie), la mort est fatale dans l'immense majorité des cas.

Ces lignes étaient écrites lorsqu'a paru la communication d'Agnew (de Philadelphie) au congrès de Washington (1). Elle vient à l'appui

(1) Deuxième Congrès des médecins et chirurgiens américains. *La Semaine Médicale*, 7 octobre 1891, p. 405.

de la conclusion générale sus-énoncée et se résume comme suit :

Dans toute fracture du crâne avec dépression, même lorsque celle-ci est légère et n'est pas accompagnée de symptômes cérébraux, on doit pratiquer la trépanation afin de prévenir les conséquences funestes que la lésion pourrait emmener dans la suite ;

Dans l'épilepsie traumatique, la trépanation ne peut exercer qu'un effet purement palliatif ;

Dans l'épilepsie jacksonnienne, la trépanation ne peut procurer qu'un soulagement temporaire ;

Dans les abcès du cerveau, qui abandonnés à eux-mêmes se terminent tous par la mort, la trépanation est indiquée comme une dernière ressource et doit être pratiquée le plus tôt possible ;

Dans les hémorragies traumatiques du cerveau, la trépanation est une intervention des plus rationnelles et tout indiquée ;

Dans les céphalalgies d'origine traumatique, la trépanation offre beaucoup de chance de succès ;

La trépanation n'est d'aucune utilité dans le traitement de l'hydrocéphalie ;

Elle doit être rejetée dans les cas de microcéphalie non compliquée d'athétose ;

Il est probable que les observations ultérieures limiteront de plus en plus l'indication de la trépanation dans les tumeurs du cerveau.

La Clinique

De la cure radicale des hernies

Dans la séance de l'Académie de Médecine du 25 Août M. Lucas-Championnière a fait une communication sur 254 cas de hernies sans étranglement, qu'il a traitées par la cure radicale. Sur ce total d'opérations, ce chirurgien ne compte que deux morts seulement.

“ En présentant un ensemble aussi considérable d'opérations, on peut établir plus nettement qu'on l'a fait encore les indications de la cure radicale de hernie sans étranglement. Le danger couru par un sujet soumis à l'opération dans ces conditions étant extrêmement faible si certaines conditions sont observées, on peut affirmer que la cure radicale doit être aujourd'hui la règle et non l'exception, mais avec les réserves suivantes qui réduisent dans une certaine mesure le champ des opérations.

Chez les très jeunes enfants, je ne conseille guère l'opération. Sauf des cas exceptionnels, on n'a pas assez de tissus entre les mains pour s'assurer une action étendue, et l'opération ne manque pas de quelques dangers. A partir de l'âge de six ou sept ans il en est tout autrement. L'enfant supporte très bien l'opération et son développement ne peut que gagner à cette intervention.

Chez le vieillard, l'opération est dangereuse, et il ne faut la faire que sur une indication pressante, surtout en présence d'accidents qui compromettent profondément la santé générale,

Même chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, il faut être prudent. J'en ai opéré beaucoup, mais j'estime que pour eux l'opération ne doit être accordée qu'en présence d'accidents déterminés : douleur, irréductibilité, incoercibilité, troubles digestifs, impossibilité de travail etc.

Chez les sujets de sept à quarante ans, on doit, au contraire, être généreux de l'opération, d'abord toutes les hernies qui présentent des accidents sont justiciables de l'opération : hernies douloureuses, irréductibles, incoercibles, croissant de volume, etc.

Je ne fais de réserves que pour les sujets malades et cachectiques et pour ceux qui présentent de si mauvaises parois abdominales que les hernies se multiplient, que la paroi s'effondre en plusieurs points.

La hernie inguinale congénitale doit être opérée sans exception, surtout celle qui s'accompagne de quelque ectopie testiculaire.

Enfin, chez la femme dans les conditions de jeunesse suffisantes sur lesquelles j'ai insisté, l'opération devrait être pratiquée sans exception, puisqu'elle présente pour elle des bénéfices plus assurés encore et la débarrasse de l'imminence d'accidents particulièrement menaçants pour elle.”

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
Annales d'Orthopédie.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus

On admet d'une façon certaine le retentissement des affections du tube digestif sur le cœur, ainsi que celui des affections du foie et du rein. Les troubles sympathiques dans le cas de maladies de l'utérus sont moins connus, bien qu'ils aient été décrits par divers auteurs et spécialement par M. Teissier (de Lyon) et Fabre (de Marseille). Mademoiselle Roussel vient d'étudier ces manifestations dans sa thèse en citant quelques nouvelles observations.

Les affections utérines qui retentissent sur le cœur sont surtout celles qui produisent des troubles anémiques intenses et qui sont douloureuses. Les grandes tumeurs pelviennes, les kystes ovariens, surtout s'ils se compliquent de phénomènes inflammatoires, les endométrites, les salpingites, les néoplasmes de l'utérus sont une cause active de désordres cardio-vasculaires. Il en est de mêmes des métrites, des péritonites, etc,

Les accidents cardiaques, au cours des affections utérines sont susceptibles de revêtir diverses formes. On peut les diviser en quatre catégories, division qui d'ailleurs est toute artificielle, car toutes ces formes peuvent se fondre les unes dans les autres.

La première forme est le type asystolique ; les malades ont de temps en temps les jambes enflées, de la dyspnée, en tous les signes de l'insuffisance tricuspидienne ; c'est en somme le tableau de l'asystolie gastro-hépatique.

Le type arythmique est une seconde forme quand le cœur est accéléré, avec irrégularités et exagération des battements. Les palpitations surviennent par accès, s'accompagnent de dyspnée, d'angoisse, et constituent un trouble fréquent au moment de l'époque menstruelle, même chez les femmes bien portantes au point de vue utérin.

Le type syncopal peut présenter tous les degrés de la défaillance cardiaque depuis la lipothymie jusqu'à la syncope complète. Celle-ci peut même aller jusqu'à la mort subite. Des palpitations se produisent, puis un léger étourdissement survient qui oblige la malade à s'asseoir ou à s'allonger. Les malades qui présentent ce type sont en général des anémiques, quelquefois des nerveuses. On peut rapprocher de ce type une forme spéciale d'accidents consistant dans des rougeurs subites avec bouffées de chaleurs qui se manifestent chez certaines malades, accidents précédés eux-mêmes de défaillance et de pâleur.

Enfin le type latent est le plus fréquent, les accidents cardiaques sont peu marqués, mais une auscultation attentive permet de reconnaître un bruit pré-systolique ou un rythme de galop et on peut reconnaître que le cœur est dilaté.

La caractéristique de tous ces accidents, c'est qu'ils peuvent disparaître rapidement à la suite de la guérison de l'affection utérine. C'est là aussi le criterium du diagnostic qui est quelquefois fort difficile en raison surtout de la confusion possible avec les accidents cardio-brigntiques, ou certaines fausses chloroses brigntiques. Mais le point important est de savoir que des accidents de ce genre peuvent exister et que chez certaines cardiaques l'attention doit se porter du côté des organes utérins.

Journal de Med. et de Chir. Prat.

Troubles cardiaques de la ménopause.

Le Dr Kisch (de Berlin) a étudié cette question dans un mémoire analysé par la *Revue des sciences médicales*.

Chez les femmes arrivées à l'âge critique, Kisch a observé 3 espèces de troubles cardiaques

1^o La *tachycardie paroxystique*. Les accès ne durent en général que quelques minutes, mais peuvent se reproduire plusieurs fois dans la même journée. L'amélioration et l'augmentation d'énergie des battements cardiaques causent à ces femmes une sensation très incommode ; elles éprouvent de l'angoisse, de la compression du thorax, des battements carotidiens, des pulsations de l'aorte abdominale, des bouffées de chaleur à la face, une vive céphalalgie ; parfois il s'y joint des bourdonnements d'oreille et des étourdissements, rarement une syncope.

Habituellement, on observe en même temps de l'agitation physique et intellectuelle, de l'inaptitude à toute occupation régulière, un sommeil pénible, entre-coupé de rêves, et généralement une grande excitabilité nerveuse. Les malades de Kisch, loin d'être anémiques, étaient plutôt pléthoriques ; leur sang contenait une proportion d'hémoglobine de 110 à 120, tandis que 93 est le chiffre normale chez les femmes. Elles n'avaient ni dyspnée, ni asthme cardiaque, ni albuminurie ; dans quelques cas seulement, de l'œdème des pieds. Kisch a obtenu de bons résultats d'un traitement consistant dans l'emploi systématique des laxatifs, d'un régime léger, d'exercice corporel régulier, des lotions froides et d'enveloppement humides du bas-ventre.

Il s'agit là d'une névrose consistant plutôt en une irritation des nerfs extra cardiaques excito-moteurs qu'en une parésie des filets nerveux antagonistes ; ce qui le prouve, c'est l'énergie de l'impulsion cardiaque

la régularité des battements et la coexistence d'autres troubles des nerfs vaso-moteurs.

Pour Kisch, cet état d'excitation est sous la dépendance des modifications qu'il a décrites dans les ovaires à l'époque de la ménopause et qui se caractérisent par l'hyperplasie du stroma. Des troubles identiques s'observent à la suite de la castration chez les femmes, ainsi que l'a signalé L. Glaevkece.

Moon a également publié un cas de tachycardie à la suite d'une cessation brusque des règles

2^o La *faiblesse cardiaque*, moins fréquente, mais plus sérieuse. Elle atteint en général des femmes frêles qui ont été chlorotiques à la puberté, anémiques plus tard et chez lesquelles l'âge critique s'accompagne de ménorrhagies profuses, ou bien encore des femmes qui ont toujours été très abondamment menstruées, qui ont eu des accouchements répétés et difficiles, ou des avortements qui les ont affaiblies.

La *surcharge graisseuse* du cœur en rapport avec la tendance à l'embonpoint qui caractérise la ménopause. Chez les femmes l'oppression et les palpitations ne surviennent guère qu'à l'occasion de mouvements corporels un peu énergiques, ou après les repas, mais ces troubles cardiaques liés à l'obésité sont beaucoup moins marqués chez les hommes.

Un cas de curage de cavité utérine pendant la période puerpérale.

Le Dr PETROW recommande le curage de l'utérus dans la métrite à la suite de couches. Le lavage intra-utérin est insuffisant, comme l'a établi le travail de Auvard. Les recherches de Bergmann ont démontré que, par les injections, on repousse même dans l'intérieur du tissu les éléments organiques que l'on veut évacuer. L'opération elle-même est facilitée, dans la période puerpérale, par ce fait que la dilatation préalable du col n'est pas nécessaire. Quand à l'objection que, dans cette période, il y a danger de déchirer le tissu ramolli de l'utérus, il est évident qu'une main inexpérimentée ne doit pas s'y aventurer et qu'un opérateur sachant manier la curette saura procéder avec ménagements. L'auteur cite à l'appui de l'utilité de curage, dans la période puerpérale, un cas de sa pratique que nous résumons ici,

Marie M., couturière, 33 ans, nullipare, entre le 25 février dans le service gynécologique de l'hôpital de Saratow. Il y a 6 jours enceinte de 9 mois, elle tombe d'un escalier et le soir elle accouche d'un mort-né. La délivrance ne s'effectue pas ; hémorrhagie peu importante. Etant très pauvre, la malade reprend son travail le jour même de ses couches ; faiblesse et frissons. Cela dure 4 jours ; au 4^e jour, sortie du

placenta. Au 6^e jour, la malade complètement affaiblie, est apportée à l'hôpital à 10 h. du soir, avec 40,3 de température et 120 pulsations ; écoulement vaginal abondant, purulent et sanieux, La partie vaginale de l'utérus est molle et informe ; les orifices externe et interne laissent passer le doigt, la muqueuse utérine est ramollie et floconneuse (?) Abondante sécrétion dans la cavité ; l'utérus est de 14, 12, mou et sensible. Rien dans le fond utérin. Bain général de 28 R.

Après avoir fait la toilette habituelle des organes génitaux externes et du vagin, on fait, sous chloroforme, un curage soigneux de la cavité utérine. On retire beaucoup de débris placentaires, en état de décomposition putride. Lavage de la cavité ; un léger tamponnement vaginal.

Le soir, pouls 90 plein, température 37°. L'involution utérine s'effectue régulièrement ; la température reste normale. Au 9^e jour, après le curage, sortie de la malade. (*Wratch*, 891, n° 22.)

Journal de Méd. de Paris.

Teinture de belladone dans les premiers stades du travail.

Toutes les fois que malgré les douleurs persistantes l'orifice du col ne se dilate pas suffisamment (surtout chez les primipares), M. ASHAR (*Austral. med. Journ.*, déc. 1890, p. 92) recommande de donner toutes les heures ou même à des intervalles moins espacés, XX-XXX gouttes de teinture de belladonne (jamais moins de XX gouttes sous peine d'échec). Dans les nombreux cas où il recourut à ce traitement, les résultats furent toujours excellents ; diminution rapide des douleurs, dilatation énergique du col. La belladone est supérieure au chloral.

PÆDIATRIE.

Le gros ventre chez l'enfant

Par le docteur L. BAUMEL (de Montpellier).

Leçon recueillie par M. J. GIRAL, aide de clinique.

Messieurs,

J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous parler aujourd'hui de cet enfant de 4 ans, entré hier dans un état déplorable et couché à la salle Saint-Vincent.

Il présente, vous l'avez vu, le tableau le plus complet de la misère physiologique.

Très amaigri, ses membres sont grêles, ses fausses côtes déjetées en dehors, son ventre est énorme.

Sur le pli inguinal se trouve une plaie, produite par le bouton d'un bandage qu'on lui avait appliqué pour maintenir réduite une hernie inguinale double.

La moitié droite du cuir chevelu est le siège d'une horrible plaie occasionnée par une brûlure.

Ce malade est enfin profondément anémié et il est, en outre porteur d'une cyphose lombaire des plus accusées.

Tout cela dénote, à première vue, un grand vice de nutrition et surtout d'assimilation.

A quoi peut tenir cet état physiologique ?

Pour moi, Messieurs, je le rapporte tout entier au *gros ventre*.

Que faut-il entendre par ces mots ?

Dans vos ouvrages classiques, cherchez le chapitre relatif à cette maladie. Vous ne le trouverez nulle part.

Vous verrez cependant un chapitre intitulé *Carreau*, dans lequel se trouve englobée la description de cette maladie, dont le carreau n'est, à mon avis, que la seconde période.

Ce matin, vous avez pu voir quand je percutais avec attention l'abdomen de cet enfant, j'ai trouvé de la sonorité abdominale exagérée, de la dilatation gastrique, de l'hypertrophie de la rate et du foie.

Tout cela dénote un état pathologique dont l'étiologie est, d'après moi, facile à déterminer.

Toutes les fois que je suis en présence d'un gros ventre chez l'enfant, je songe tout de suite à l'alimentation, vicieuse par la qualité et par la quantité des aliments ingérés, vicieuse parfois à cause de l'état dans lequel les aliments arrivent dans l'estomac par le fait d'une mastication incomplète.

Les gens très occupés, qui consacrent très peu de temps à leurs repas, souffrent habituellement de gastralgie ou de dyspepsie, parceque, leur mastication étant défectueuse, l'estomac est obligé de suppléer en quelque sorte à celle-ci.

Il en résulte pour cette organe d'abord de la fatigue, puis la muqueuse s'enflamme et l'on est en présence d'une gastrite.

Les enfants sont surtout sujets à cette maladie.

Les parents, craignant que ceux-ci ne se nourrissent pas suffisamment les poussent, en général, à manger plus qu'il ne faut et par ce moyen les rendent facilement malades.

Les premiers résultats d'une alimentation vicieuse par excès sont

l'indigestion, la dilatation gastrique et leurs suites, la gastrite et la gastro-entérite.

Je ne reviendrai pas ici sur la gastro-entérite, à laquelle j'ai dernièrement consacré une leçon.

Je vous répéterai toutefois que le nourrisson aussi bien que l'adulte, et peut être mieux que lui, est exposé à cette maladie.

Les nourrices, en général, donnent le sein aux enfants toutes les fois qu'ils pleurent,

Elles pensent que c'est la faim qui les fait pleurer, vu qu'ils se calment aussitôt qu'ils sont au sein.

Il leur serait difficile, en effet, de faire les deux choses à la fois.

Avec un peu d'attention, on remarquera toutefois que, dès qu'ils ont tété, ils se mettent à pleurer plus fort que jamais, parce qu'alors ils ont des coliques plus violentes encore.

Il faut donc être très sévère dans la réglementation des tétées.

Lorsque l'enfant vient de naître, c'est il est vrai assez difficile.

Mais dès qu'il a atteint l'âge de deux mois environ, exigez de la nourrice qu'elle ne donne le sein que toutes les deux heures ; après trois mois, toutes les trois heures seulement, et lorsque l'enfant commence à manger, il faut un intervalle de quatre heures entre le potage et la première tétée qui suit.

Comme vous le voyez, c'est d'ordinaire à la suite d'une alimentation défectueuse que se produit le gros ventre, Il dénote le plus souvent une gastro-entérite, aiguë ou chronique.

Voilà donc un enfant qui a la diarrhée. Elle n'est pas liée à la dentition, puisque l'enfant est âgé de 4 ans et que la dent de 4 ans vient plus souvent à 6. C'est donc de la diarrhée due à la gastro-entérite.

La première indication thérapeutique qui découle de l'étude physiologique de cette maladie, c'est de supprimer les causes qui l'ont provoquée et l'entretiennent.

Au point de vue anatomo-pathologique, je ne puis pas, Dieu merci, vous montrer aujourd'hui des pièces justificatives.

Nous pouvons pourtant, malgré cela, nous rendre compte de ce qui se passe dans l'abdomen de notre sujet.

Il y a une dilatation gastro-intestinale, se traduisant par du météorisme à la partie supérieure et à gauche de l'abdomen, et une inflammation de la muqueuse, s'accompagnant de diarrhée.

Pensez-vous, Messieurs, que tout se borne là ? Non, certainement.

Il existe aussi une augmentation de volume du foie et de la rate.

Si la polyphagie peut jusqu'à un certain point expliquer l'hypertrophie du foie, comment pourrait-elle expliquer celle de la rate ?

C'est ici qu'intervient l'anémie.

Les anciens auteurs prétendaient que l'anémie était surtout caractérisée par un souffle aortique.

Or, M. Constantin Paul a fortement ébranlé ce principe par la description d'un bruit de souffle anémospasmodique de l'artère pulmonaire.

Des recherches récentes ont démontré que c'était aussi du côté des valvules auriculo-ventriculaires qu'il fallait chercher les signes de

Parrot a insisté sur ce fait que le souffle existait souvent à la valvule tricuspide par insuffisance de cette valvule, due à l'état globuleux du cœur.

Le ventricule droit, mal nourri, s'élargit sous l'influence de la pression sanguine, les muscles papillaires sont écartés et laissent la valvule béante, de là l'insuffisance tricuspide *fonctionnelle* et *durable* par conséquent.

l'anémie.

Notre petit malade est anémique certainement en raison de sa nutrition défectueuse et c'est son anémie qui explique, par le mécanisme que je viens de vous indiquer, auquel s'ajoute peut-être l'influence exercée par la gêne fonctionnelle et circulatoire du poumon liée à la cyphose, la production de la rate cardiaque consécutive à celle du foie cardiaque.

Mais le côté le plus important de l'étude du gras ventre n'est certes pas celui que nous envisageons en ce moment.

Le côté relatif à l'absorption est, sans contredit, le plus intéressant.

Je vous ai parlé du système sanguin. Il est évident que les veines abdominales sont plus ou moins turgescents.

Et les le sont mécaniquement, et cette turgescence n'est pas faite, on le conçoit sans peine, pour favoriser l'absorption et la nutrition.

Mais le système lymphatique lui-même joue un très grand rôle dans la production du gros ventre

Un enfant a-t-il de la diarrhée, il ne suffit point de combattre ce symptôme,

A-t-il de la constipation, il n'est pas toujours utile de l'évacuer simplement.

Il faut avant tout, faire de la *thérapeutique pathogénique*, ainsi que le conseille M. le professeur Ch. Bouchard. (1)

J'ai attiré votre attention sur la diarrhée, parce qu'elle dénote, en général, que l'intestin est enflammé. Cette inflammation est tantôt aiguë tantôt chronique.

(1) Bouchard : Préface au *Traité de thérapeutique* de Nothnagel et Rosenbach, 1880.

Or de la muqueuse gastro-intestinale partent des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à des ganglions de la même nature,

Supposez que cette muqueuse soit le siège d'une inflammation, celle-ci se propagera aux vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants. De là des lymphangites et des adénites secondaires.

Vous savez, Messieurs, qu'une plaie, pour si petite qu'elle soit, siégeant au bras ou à la jambe, a immédiatement pour conséquence une adénite, axillaire ou inguinale.

La tuméfaction des ganglions mésentériques, ainsi produite, détermine parfois une péritonite de voisinage.

L'absorption est toujours diminuée, parfois même supprimée.

Les vaisseaux sanguins sont comprimés par les masses ganglionnaires.

De là, stase dans ses vaisseaux, en amont des ganglions, entre ceux-ci et l'intestin, d'où par suite de parésie de ce dernier.

Cet ensemble symptomatique disparaît en général rapidement, sous l'influence d'une alimentation bonne et bien réglée, et principalement, sous l'influence du régime lacté absolu.

Si je vous ai fait une description anatomo-pathologique aussi détaillée de la maladie, c'est pour mieux vous faire comprendre le second point de cette lésion qui a trait au *carreau* ou *adénite mésentérique sub-culeuse*.

Si l'inflammation est généralisée, tous les ganglions mésentériques sont pris ; si l'inflammation est circonscrite, quelques ganglions seulement sont atteints.

L'adénite détermine, non seulement une augmentation de volume des ganglions, mais encore par péritonite de voisinage, des néo-membranes et alors un empâtement plus ou moins généralisé de l'abdomen, ce qui n'est pourtant pas le cas le plus commun.

Les symptômes les plus habituels sont : le gros ventre et le météorisme abdominal, en raison de la profondeur (mésentère) à laquelle se trouvent placés les ganglions inaccessibles aux mains de l'explorateur.

Qu'un enfant au contraire soit atteint de gastro-entérite ou d'entéroculte aiguës, si l'on percute tous les jours, avec soin, son abdomen, on verra survenir et persister certaines zones de sonorité contrastant avec certain.

Cela est dû à la péritonite symptomatique.

Il faut donc diriger la thérapeutique contre la cause première de l'inflammation.

Si l'on ne laisse pas ces désordres persister, tout rentre bientôt dans l'ordre.

Dans le cas contraire, la situation s'aggrave, les néo-membranes en-

globent les viscères abdominaux, qu'elles enserrent plus ou moins fortement, s'opposant ainsi à l'absorption et à la nutrition.

Un mot maintenant sur l'évolution tuberculeuse de la maladie.

On a prétendu que le *carreau* est toujours tuberculeux.

Ici, il est nécessaire de s'entendre.

Si l'on veut désigner la *tuberculose des ganglions mésentériques* sous le nom de *carreau*, soit ; mais alors il faut décrire à part le *gros ventre*.

Pour moi, il y a deux périodes dans l'adénite mésentérique.

La première est celle que je viens de vous décrire.

La seconde correspondrait au *développement des tubercules*.

Si j'étais partisan aveugle de l'hérédité, je n'hésiterais pas à déclarer que cet enfant est atteint de tuberculose abdominale, puisque, dans ses antécédents, nous trouvons le père mort phthisique (?).

Il est probable, en effet, que cet enfant, vivant avec ses parents, a respiré à pleins poumons l'air de la chambre où se trouvait son père.

Il a pu absorber aussi les poussières provenant des murs ou du sol.

Il ne serait donc pas surprenant qu'un bacille tuberculeux eût pénétré jusque dans son intestin et que là, trouvant un terrain de culture admirablement préparé, il s'y soit développé facilement.

Ce n'est pas pourtant mon opinion.

Pour moi cet enfant n'est pas tuberculeux. Il ne présente à noter en effet, ni de la fièvre ni une localisation pulmonaire. Son gros ventre me paraît dû, tout simplement, à une mauvaise alimentation.

Considérant la tuberculose des ganglions mésentériques comme un état secondaire venant se greffer sur une lésion locale, inflammatoire et primitive, j'affirme que le gros ventre n'est pas tuberculeux d'emblée, qu'il n'est même ni toujours, ni souvent tuberculeux.

L'état général de notre petit malade est fait, en outre, pour éloigner toute idée tuberculeuse, comme je vous le disais tout à l'heure.

D'où vient alors que cet enfant soit dans un état de misère physiologique aussi prononcé.

C'est que, privé de son père et fils d'une mère aliénée (c'est elle qui a produit la brûlure de la tête en y versant dessus du bouillon brûlant), cet enfant a été ensuite confié à des mains étrangères et qu'il a été, de tout temps, très mal soigné.

Son alimentation a été jusqu'à ce jour vicieuse et tout son organisme en souffre.

De plus, il est, je vous l'ai dit, cyphotique.

C'est là un signe de rachitisme, résultant lui-même de la nutrition défectueuse du sujet, de l'athrepsie *tardive*, en un mot, dont je vous ai déjà parlé dans ma leçon sur le rachitisme.

La cyphose est lombaire et les fausses côtes sont déjetées en dehors par l'augmentation de volume du foie et de la rate.

Si le système osseux était suffisamment nourri, il pourrait résister à la pression de dedans en dehors exercée par ces viscères, mais comme il manque de substances calcaires, il se laisse fléchir et déjeter en dehors.

Il est donc nécessaire d'intervenir activement dans ce cas.

Tout d'abord, régler l'alimentation et prescrire le régime lacté exclusif.

Ce sera le meilleur moyen de favoriser la digestion et la nutrition de notre malade.

À cela, nous ajouterons : *quinquina* (1) pour combattre l'atonie générale ; du *phosphate de chaux* (2) pour fortifier le système osseux. Enfin, à l'aide d'un appareil (3) destiné à combattre la cyphose, nous parviendrons à redresser et à maintenir ce pauvre petit malade, qui sans cela, serait, voué à une difformité des plus marquées.

Voilà, Messieurs, ce que j'ai cru devoir vous dire aujourd'hui, désireux de vous montrer que, chez l'enfant atteint de gros ventre, on ne doit jamais se laisser abattre et que, malgré l'état déplorable dans lequel se trouvent certains sujets, il faut souvent, sinon toujours, espérer la guérison comme conséquence d'un traitement bien compris et d'une médication justement appliquée. *(L'Union Médicale).*

Du diagnostic de la coqueluche à la période catarrhale.

La coqueluche, comme on sait comprend trois périodes :

1^o La période catarrhale ou initiale, caractérisée par une toux dite catarrhale, mais avec absence totale de quintes ;

2^o La période convulsive ou spasmodique, pendant laquelle se montrent les quintes caractéristiques ;

3^o Enfin la période de déclin, pendant laquelle les quintes disparaissent, sans que la toux néanmoins disparaisse complètement.

Le diagnostic de la coqueluche, dans le cours de la deuxième période, ou période d'état, ne présente aucune difficulté. Elle est suffisamment caractérisée par l'existence des quintes propres à cette maladie, et que tout le monde connaît. Pourtant même à cette période, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares. Les enfants ont de la fièvre et

(1). Une cuillerée de décoction, matin et soir, dans une tasse de lait sucré.

(2). 40 centigrammes par jour, en deux fois, dans du lait.

(3). V. ma leçon sur le rachitisme. (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier, 1891.)

présentent à l'auscultation de nombreux râles humides ou sibilants, et si le médecin n'est pas témoin d'une quinte caractéristique, il formule plus d'une fois le diagnostic de bronchite au lieu de celui de coqueluche, et c'est la famille du petit malade qui, dans ces cas, établit le vrai diagnostic.

Il en est de même pour la troisième période à laquelle quelques auteurs redonnent le nom de catarrhale, et qui devraient plutôt être dénommée période pharyngienne, les lésions à ce moment de la maladie siégeant à peu près exclusivement dans le pharynx, et la toux étant nettement pharyngienne. Dans cette troisième période, les quintes si caractéristiques ont disparu, et si le médecin est appelé auprès de l'enfant sans avoir assisté à la marche de la maladie, ou sans obtenir des renseignements précis, il commettra fatalement une erreur de diagnostic.

Nous reviendrons une autre fois sur cette question, et nous indiquerons le moyen de reconnaître la coqueluche, sans être témoin d'un accès convulsif, comme aussi de la diagnostiquer à la troisième période, lorsque les quintes n'existent plus, mais que la toux persiste encore.

Pour aujourd'hui nous voulons nous borner à établir la difficulté du diagnostic de la coqueluche, à sa période catarrhale, et à donner néanmoins les moyens de la diagnostiquer.

A cette période, les erreurs de diagnostic constituent non les exceptions, mais la règle à peu près absolue. Le médecin appelé auprès du petit malade atteint d'une toux plus ou moins fréquente, d'un peu de fièvre, mais avec absence totale de quintes, diagnostiquera un rhume, une grippe, une bronchite légère, mais jamais ou presque jamais il ne formulera le diagnostic de coqueluche. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que, les quintes spasmodiques venant à se montrer, le mot de coqueluche sera prononcé, et il le sera en générale par l'entourage du malade et non par le médecin dont le savoir et la perspicacité seront ainsi égarés en défaut.

Pourtant, même à cette période, le diagnostic de la coqueluche est possible, sinon facile. Disons d'abord que cette période a une durée régulière à peu près fixe, et en quelque sorte mathématique : elle comprend une semaine à peu près uniformément. Les enfants toussent pendant huit jours, sans avoir de quintes, et celles-ci apparaissent régulièrement vers le huitième jour ; il est très rare de les voir survenir avant ou après les huit jours écoulés.

Quels sont les caractères de cette toux qui constitue non seulement les prodromes de la coqueluche, mais qui est la coqueluche même ?

Cette toux prodromique n'est pas une toux bronchique, mais une toux pharyngienne. Les enfants toussent sans faire d'inspiration préa-

labe, et sans que les muscles thoraciques entrent en jeu. Ils toussent d'une toux exclusivement gutturale, pharyngienne, par petites saccades brusques et répétées, sans aucune expectoration, leurs lèvres étant brusquement repoussées en avant et exécutant le mouvement familier aux " fumeurs de pipe ". Cette façon de tousser est absolument spéciale à la coqueluche et dans nombre de cas nous a permis, à elle de seule de diagnostiquer cette affection.

En second lieu, cette toux se manifeste principalement la nuit. Est-ce la position horizontale ? est-ce la chaleur du lit ? toujours est-il que les enfants toussent surtout la nuit et le matin, plutôt que le jour. Cette toux est presque incessante, s'accompagne d'agitation nocturne et augmente en intensité à mesure qu'on approche de la fin du premier septenaire, époque où surviennent les quintes, l'expectoration, les vomissements alimentaires.

En dehors de la toux, il existe d'autres phénomènes qui aident puissamment au diagnostic. Ainsi dès cette première période, il existe souvent de la bouffissure de la face, quelquefois très marquée à la paupière inférieure, son siège de prédilection. En même temps, les conjonctives sont injectées, et les yeux quelquefois larmoyants.

Il existe en outre presque constamment du coryza, bien moins intense que dans la rougeole, mais caractérisé par des étternuements peut-être plus fréquents que dans cette dernière affection.

Ce coryza, joint au larmolement et à la toux pharyngée pourrait faire penser à la rougeole, car c'est la seule maladie qu'il soit possible, à cette période, de confondre avec la coqueluche, et dans certains cas il n'est vraiment pas facile de se prononcer entre les deux affections. Pourtant la rougeole donne lieu en général à une fièvre plus intense ; le larmolement et le coryza sont plus abondants, la toux n'est pas si exclusivement nocturne et présente d'autres caractères que ceux décrits ci-dessus ; enfin l'éruption rubéolique se présente le troisième jour, et vient lever tous les doutes s'il en existent encore.

Du côté des lèvres et de la bouche, on observe également diverses phénomènes qu'on rencontre seulement dans la coqueluche. Ainsi les lèvres présentent une rougeur intense tout à fait anormale ; elles sont souvent boursoufflées, et presque toujours elles sont fendillées sous l'épiderme, laissant voir un certain nombre de lignes rouges tracées à la surface du derme, dirigées parallèlement, d'arrière en avant, et qui plus tard donneront naissance aux ulcérations qui ont déjà été signalées par nous aux lecteurs de *l'Actualité médicale*.

En même temps on peut voir à la base de la langue, de chaque côté du frein, un nombre assez considérable de petits points assez semblables à une double éruption de lichen. Ces petites granulations consti-

tuent autant de vésicules qui sont le point de départ de l'ulcération sublinguale qu'on observera plus tard. Car quoi qu'on en put dire, l'ulcération sub-linguale se montre exclusivement dans la coqueluche, et si on a cru l'observer dans certaines bronchites, en se basant sur ce que les malades ne toussaient pas par quintes, on a simplement commis une erreur de diagnostic, car il n'est pas rare d'observer des malades atteints de coqueluche qui ne présentent de quintes à aucune période de la maladie.

Tels sont les signes ou symptômes qui permettent de reconnaître la coqueluche avant l'apparition des quintes. Résumons-les :

- 1^o En premier lieu, la toux principalement nocturne ;
- 2^o Cette toux est gutturale, ou plutôt labiale, en " fumeur de pipe " ;
- 3^o Bouffissure de la face, surtout des paupières inférieures ;
- 4^o Eternuements fréquents, accompagnés d'un léger coryza ;
- 5^o Rougeur et fendillement sous-épidermique des lèvres ;
- 6^o Eruption vésiculeuse de la face inférieure de la langue.

L'existence de ces divers phénomènes, principalement la toux si caractéristique et l'éruption linguale, permettent d'affirmer que l'enfant va avoir la coqueluche. Et si par hasard il se trouve dans un milieu où règne cette maladie, on peut être sûr que le diagnostic ne sera pas infirmé.

DR E. VIALLE.

L'Actualité Médicale.

BULLETIN

Déontologie Médicale

Certains médecins sont réduits à faire distribuer leurs cartes aux portes des églises.

Dimanche dernier l'on nous a remis la circulaire suivante :

" Le Dr, diplômé aux Ecoles de Médecine du Canada et de Paris, (sic) après..... ans d'expérience dans sa profession vient d'ouvrir ses bureaux, etc. "

Avant que la mode ne s'établisse de faire distribuer des annonces de porte en porte, hâtons-nous de créer dans nos universités des cours de déontologie.

Bureau des Médecins

A la réunion du bureau des médecins qui a eu lieu à Montréal dernièrement, l'on a adopté les amendements suivants au projet de l'acte médical.

Les cours ne seront que de quatre ans, comme par le passé, au lieu d'être de cinq, comme le voulait le projet de loi.

L'on formera un bureau central d'examineurs tant pour l'admission à l'étude que pour l'admission à la pratique. La moitié des membres de ce bureau seront choisis parmi les professeurs des différentes facultés de médecine—l'autre moitié parmi les médecins de la province, —Ce bureau d'examineurs sera tout à fait indépendant du collège des médecins.

C'est là croyons-nous, une sage mesure ; par le fait même, nous obtenons la réciprocité avec Ontario ; de plus, le désir d'arriver avantageusement à ces examens est de nature à créer, entre nos universités une émulation qui ne peut que relever le niveau des études médicales.

NAISSANCES.

A la Pointe St Charles, le 6 Nov, 1891, l'épouse de M. le Dr Delorme un fils.

En cette ville, le 8 oct. l'épouse du Dr J. Asselin, 49D St-Denis, une fille.

Bibliographie

TRAITÉ PRATIQUE DE MATIÈRE MÉDICALE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE, par M. le Dr H. E. Desrosiers, Montréal, 1891.

Nous venons de recevoir ce traité par le public médical attendait avec impatience.

Depuis longtemps le besoin se faisait sentir parmi nous d'un ouvrage de thérapeutique essentiellement canadien et à la hauteur de la science actuelle.

Sous le rapport de l'étude des médicaments, les médecins canadiens-français sont dans une position assez étrange.

Tenant à l'École française à cause notre langage, nous tenons à l'École américaine et anglaise par notre position géographique et par nos auteurs universitaires. Notre pharmacopée se ressent nécessairement de ces diverses relations. Les traités français de thérapeutique ne nous conviennent pas exactement : nous n'avons pas été habitués à leur manière de doser ; les médicaments ne sont pas tout à fait les

mêmes ; leurs poids et leurs mesures ne nous sont pas suffisamment familiers ; enfin ces traités présentent pour nous un certain nombre d'inconvénients. Les traités anglais et américains dont nous avons adopté les poids et les mesures et même la plupart des médicaments, ont l'inconvénient assez grave d'être écrits dans une langue qu'un grand nombre d'entre nous ne comprennent que bien difficilement.

L'ouvrage de M. le Dr Desrosiers vient remédier à cette anomalie ; et nous devons dire tout de suite qu'il y remédie de manière que nous n'ayons rien à envier aux autres nations.

Science, méthode et clarté : telles sont les qualités, qui d'après nous placent cet ouvrage au rang des meilleurs ouvrages de la thérapeutique contemporaine.

L'ouvrage se divise en cinq parties.

Dans la première, l'auteur donne des définitions préliminaires ; il traite des voies d'introduction des médicaments de leur absorption, de leur élimination, de leurs modes d'action et des influences qui modifient l'action des médicaments, de leur accumulation, de la synergie ou de l'antagonisme des médicaments ; des différents modes d'administration et de la posologie ; puis vient la classification des médicaments qui nous amène à la seconde partie. c'est à dire à l'étude des médications.

Pour faciliter au praticien les recherches cliniques les plus en rapport avec les besoins de chaque moment l'auteur a classé les médicaments d'après leur action prépondérante sur les différents systèmes. Le fait de savoir sur quel système un médicament exerce son maximum d'action, nous dit d'avance dans quel cas on doit l'administrer, de là, l'avantage de cette classification essentiellement pratique.

Dans cette partie de son ouvrage, l'auteur se borne à mentionner à la fin de chaque médication, les médicaments qu'en font partie,

Les médicaments sont traités en détail dans la troisième partie.

M. le Docteur Desrosiers voulant éviter au lecteur les ennuis de chercher en différents endroits, les différentes notions qui se rattachent à un même médicament à adopté, l'ordre alphabétique. De cette manière, l'on voit tout de suite toutes les actions d'un médicament.

Une particularité à noter dans cette partie est celle-ci : la partie typographique est disposé de telle sorte que les médicaments qui n'ont pas encore fait leurs preuves ou ceux qui ne sont que rarement employés sont en petit texte. Le lecteur peut ainsi juger si sa thérapeutique sort ou non de la thérapeutique usuelle.

Après avoir étudié les médicaments, il faut de toute nécessité apprendre la manière de les prescrire : aussi la quatrième partie de l'ouvrage traite des principes généraux sur l'art de formuler.

M, le Dr. conseille d'éviter les signes qui constituent une source d'erreurs, de prescrire en français et une foule de choses, qui ne sauraient manquer d'être d'une grande utilité, tout à la fois praticien et à ses clients. Enfin, la dernière partie—thérapeutique spéciale—ne sera pas la moins goûtée : combien de fois le praticien occupé n'est-il pas embarrassé, devant les cas même les plus simples ; il ne sait que prescrire. Le livre de M. Dr. Desrosiers le tirera d'embarras. La plupart des maladies y sont énumérées par ordre alphabétique avec les médicaments qui leur conviennent, leurs doses et leurs modes d'administration. Au point de vue pratique cette partie résume toutes les autres.

Le livre de M. le Dr. Desrosiers est un livre qui restera.

Pour s'en convaincre, et en même temps pour se mettre au courant de la science actuelle quant à ce qui regarde la matière médicale et la thérapeutique, nos lecteurs n'ont qu'à se le procurer : ils s'en trouveront bien.

THE STATISTICS AND LESSONS OF FIFTEEN HUNDRED CASES OF REFRACTION, by Georges M. Gould M. D. ophthalmologist to the Philadelphia hospital. Philadelphia.

A CLINICAL REPORT OF OPERATIVE SURGERY IN THE SERVICE OF DR W. T. BULL AT THE NEW-YORK HOSPITAL, by Dr. W. B. Coley.

New-York D. Appleton & Co.

LA CLINIQUE FRANÇAISE, Programme des Cours Paris rue d'Assas.

DE LA DIPHTÉRIE, par le Dr Elisee Rivard, Paris, L. Boulanger éditeur, 81 rue de Rennes