

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXIX

1er AVRIL 1910

No 4

MEMOIRES

LE TRAITEMENT OPERATOIRE MODERNE DES FRACTURES DE LA ROTULE

Par PAUL HEINECK, Chicago, (Illinois),

Professeur de Chirurgie, Reilance Medical College; Professeur de Chirurgie, University of
Illinois; Chirurgien à l'Hôpital du comté Cook (Cook County).

Fin (1)

En faveur des méthodes ouvertes, on avance, entre autres, les faits suivants :—

1. Les fractures itératives sont plus fréquentes après le massage et les autres formes de traitement non-opératoire, qu'après l'emploi des méthodes ouvertes. La rotule est plus fréquemment fracturée de nouveau que n'importe quel autre os (Lauper 22). Les méthodes ouvertes en restaurant plus parfaitement à l'os ses contours normaux, diminue considérablement la tendance à la récidive.

2. Dans les fractures, l'union fragmentaire considérée la plus désirable, est l'union osseuse. Les chirurgiens modernes n'espèrent pas une réunion osseuse dans les fractures de la rotule traitées non chirurgicalement. Un tel accident après l'emploi d'un tel traitement est possible, mais est d'une telle rareté que les faits de ce genre sont considérés des curiosités pathologiques. Une des principales justifications des méthodes ouvertes, est la fréquence

(1) Voir 1re partie dans *Union Médicale*, Mars 1910.

de réunions osseuses après l'emploi de ces méthodes. Comme il est démontré que l'union osseuse peut être obtenue, il est désirable d'employer les modes de traitement qui la procurent le plus fréquemment. La solidité de la rotule contribue à la stabilité du genou. L'observation clinique prouve que le cal fibreux est rarement accompagné de guérison fonctionnelle absolue, et qu'il a tendance à s'allonger quand le malade reprend sa vie active. Tous ces facteurs prédisposent le blessé aux chutes, et par cela à une nouvelle fracture de l'os. En général, l'union fibreuse d'une rotule fracturée est accompagnée de faiblesse, d'incertitude, d'instabilité et de diminution de contrôle de l'articulation.

3. Les procédés ouverts procurent une guérison plus rapide et plus complète. Pour Koerte, après les fractures de la rotule, le critérium de guérison fonctionnelle est la facilité avec laquelle le blessé monte les escaliers. Sur 25 fractures de la rotule traitées par la méthode ouverte, Koerte (14), en revit et en réexamina 23. Ces 23 avaient recouvré le pouvoir de monter les escaliers durant les premiers 4½ mois après l'opération. Le traitement opératoire est surtout indiqué chez les individus de vie active, dont l'occupation demande le travail à différents niveaux.

4. Les opérations saignantes permettent à l'opérateur d'atténuer toutes, et de supprimer la plupart des conditions ayant tendance à déterminer l'union défectueuse des fragments et ainsi que la conséquence de la réunion en position vicieuse: intégrité fonctionnelle altérée. L'adhérence du fragment rotulien supérieur aux condyles fémoraux est empêchée ou supprimée. Enumérons et disons brièvement les plus importantes de ces conditions défavorables.

1. L'écartement des fragments.

2. L'inversion, l'éversion ou le renversement des fragments. Souvent un ou les deux fragments sont basculés en avant ou en arrière. En présence d'une telle inclinaison, il n'y a pas de bandage, d'attelle de support, ou de méthode opératoire sous-cutanée qui puisse maintenir les surfaces fracturées en position exacte.

3. Les déchirures des expansions tendineuses et aponévrotiques des Vastes et des parties latérales de la capsule du genou.

4. L'interposition des tissus fibro-périostiques pré-rotuliens dans la brèche déterminée par la séparations des fragments.

5. L'atrophie du Quadriceps Femoral. Cette atrophie reconnaît diverses causes déterminantes. Parmi les plus importantes on cite la contusion de ce muscle, l'inflammation de l'articulation lésée, la non-activité du membre, l'épanchement dans la substance du muscle de sang venant de l'articulation par voie de déchirures capsulaires.

6. L'arthrite du genou.

7. Les adhérences de la rotule. L'adhérence du fragment rotulien supérieur aux condyles fémoraux est rapportée par plusieurs observateurs (18, 23).

8. La consolidation des fragments en position vicieuse apportant un obstacle mécanique au bon fonctionnement de l'articulation.

Après une fracture de la rotule la cavité articulaire renferme du sang liquide, coagulé ou demi-organisé. Cet épanchement sanguin parfois est peu considérable, parfois il distend la cavité synoviale; il prédispose à la formation d'adhérences intra-capsulaires et de corps étrangers articulaires. Dans les fractures transverses ou obliques, une collection intra-articulaire liquide, quelque peu volumineuse, fait subir au fragment supérieur ou au fragment inférieur, ou aux deux, un mouvement de rotation sur leur axe transversal. Baerlocher (17), en rapportant ses cas dit: — "dans chaque cas l'articulation contenait du sang". Dans les fractures surajoutées aux lésions osseuses, il y a des lésions des tissus voisins. Vu les relations intimes existant entre la rotule et les fascias, les muscles et les ligaments environnants, les fractures de cet os se compliquent de déchirures, de lésions des tissus contigus. Plus étendues sont ces lésions associées, plus marqué est l'écart interfragmentaire, et moins probable une guérison sans grande importance. Il importe de savoir si le malade après sa chute fit quelques efforts pour se relever, car de tels efforts provoquent de nouvelles déchirures des ligaments para-rotuliens, et de celles-ci résulte une augmentation de la diastase fragmentaire. D'après Vallas, après une fracture transversale, un mauvais résultat n'est pas attribuable tant à l'absence d'union et à la séparation des fragments qu'aux déchirures non réparées des parties antérieures et latérales de la capsule du genou. Vallas pratique et préconise la suture des déchirures du revêtement fibreux du genou. Mikulioz, Baerlocher, Lejars et Stinson recon-

naissent aussi l'importance de la réparation soignée des déchirures de l'appareil extenseur accessoire. Si importante est la réparation de tissus mous, si essentielle est la restauration de la continuité des fibres aponévrotiques des Vastes, du Rectus Femori et du Fascia profond de la jambe et de la cuisse que beaucoup d'opérateurs, dans le traitement des fractures de la rotule limitent leur intervention à la suture des tissus mous. La chute entre les fragments des tissus fibro-périostiques prérotuliens constitue un des plus importants obstacles à la réunion osseuse, car l'interposition de ces tissus empêche la juxtaposition exacte des fragments. Ce lambeau fibro-périostique encapuchonne l'une ou l'autre ou les deux surfaces fracturées. Dans certains cas, le relèvement de ce lambeau est facile; dans d'autres, pour l'effectuer, l'opérateur éprouve quelques difficultés. Dans beaucoup de fractures occasionnées par heurt direct, par contraction musculaire, ou par ces deux fractures réunies, la bourse synoviale pré-rotulienne est contusionnée. Du sang et des portions de cette bourse, superposés aux tissus aponévrotiques peuvent faire partie du rideau prérotulien.

L'opération ouverte facilite l'enlèvement des tissus mous interposés entre les fragments. L'union osseuse présuppose un affrontement exact des fragments. On ne considère pas comme corps étranger, le sang épanché entre les fragments, car il est de connaissance notoire que dans les fractures récentes il y a toujours du sang entre les surfaces fracturées. Tout autre tissu interposé constitue un corps étranger et détermine ou une union fibreuse, ou une absence d'union. Le massage atténue la douleur, active la circulation, hâte la résorption d'exsudats, restreint l'atrophie du Quadriceps, mais est tout à fait impuissant contre l'interposition entre les fragments de lambeaux fibro-périostiques ou autres corps étrangers. Il est illusoire de croire que ces débris fibro-périostiques puissent être enlevés par frottement réciproque des surfaces fracturées. L'enlèvement des tissus interposés n'est possible qu'à l'aide des procédés ouverts. A la suite d'une fracture de la rotule, on constate assez souvent une atrophie prononcée du muscle Quadriceps Fémoris. Cette atrophie est occasionnée principalement par les hémorragies intra-musculaires et par les meurtrissures du muscle et de ses filaments nerveux déterminées

par le même traumatisme qui cassa l'os. Les procédés ouverts abrègent la durée d'immobilisation du membre et permettent aux malades un usage plus précoce de leur extrémité. L'immobilisation prolongée favorise les raideurs et prédispose aux ankyloses. L'usage actif diminue et surmonte l'atrophie résultant de la non-activité du membre. Il a été dit, que dans le traitement de l'atrophie musculaire " une once d'exercice volontaire accomplit plus qu'une tonne de massage " (25). Cette atrophie musculaire est surtout bien marquée dans les fractures anciennes (26a, b, c, d, etc.). Par l'emploi des méthodes ouvertes on surmonte les obstacles précités à la restauration de l'intégrité fonctionnelle plus effectivement qu'en ayant recours à six différentes opérations sous-cutanées, séparées ou réunies. La tendance à l'adhérence du fragment supérieur aux condyles fémoraux est amoindrie. Plus l'accrolement des fragments est intime, plus la probabilité de consolidation osseuse est grande, et conséquemment plus complète sera la restauration anatomique et fonctionnelle. La rotule, n'ayant qu'une surface périostique, est un os de faible pouvoir régénérateur, néanmoins, dans les fractures de cet os, on peut, si on se conforme aux principes qui assurent la réunion osseuse dans les autres fractures obtenir les mêmes résultats satisfaisants.

Les procédés ouverts sont-ils parfois contre-indiqués ? Si oui, quand ? Quelles sont les circonstances qui rendent l'emploi des procédés ouverts d'une utilité douteuse ou qui les contre-indiquent tout à fait ?

Tout individu, quels que soient son âge, son sexe et sa position sociale, a besoin d'une bonne rotule. Comme dans les autres opérations, il faut tenir compte de l'état des tissus et des viscères du blessé. Dans le cas particulier, la détérioration anatomique et physiologique peut être si grande que le chirurgien est forcé à regret de substituer aux méthodes de choix des méthodes d'infériorité manifeste. Il est sage de présenter les faits au malade, afin qu'il choisisse entre l'intégrité et l'incapacité fonctionnelles.

Ehlem (14), ne reconnaît que deux contre-indications à l'emploi des méthodes ouvertes :

1. Absence d'intervalle interfragmentaire (diastase nulle).
2. Aucune perte d'extension.

On rejette l'emploi des procédés ouverts :

1. Dans les fractures de la rotule (a) survenant chez des individus diabétiques. Les tissus de diabétiques offrent peu de résistance à l'infection pyogène. Ce sont des tissus de pouvoir régénérateur amoindri. Néanmoins, un mauvais résultat n'est pas fatal. (b) Chez les tuberculeux avancés. (c) Chez les cardiopathes, les brightiques et les hépatiques avérées. (d) En présence d'un état général s'opposant à une intervention de cette importance. Individus tarés, vieillards affaiblis, etc.

2. Dans les fractures de la rotule à la fois fermées et longitudinales, ayant peu ou point de déplacement latéral.

Dans les fractures de cette nature, après l'emploi combiné des mesures suivantes — massage, immobilisation, extension complète de la jambe sur la cuisse, coaptation des fragments par appareil rétentif — le rétablissement des fonctions est la règle.

Dans les fractures longitudinales de la rotule une réunion osseuse est constamment obtenue (27 MacEwen). On rencontre peu d'exceptions à cette observation de MacEwen. Meyer (28), dans ses fractures longitudinales, après vérification préalable du diagnostic, au moyen des rayons X, fit emploi de procédés non-opératoires, et obtint d'excellentes guérisons fonctionnelles.

3. Dans les fractures de la rotule avec écartement fragmentaire insignifiante.

Il est intéressant de savoir qu'avec un écartement de moins de 2 cm. la consolidation reste possible, tandis qu'elle ne l'est plus avec un écart plus considérable (Chaput 28a).

4. Dans les fractures de la rotule dans lesquelles les ailerons et les tissus pré et para-rotuliens voisins n'ont subi que des lésions peu importantes. "Il est inutile de traiter par une opération sanglante les fractures de rotule non-complicquées de déchirures des ailerons latéraux". Vallas.

5. Chez ceux qui préfèrent endurer une certaine incapacité fonctionnelle plutôt que d'encourir les dangers véritablement minimes d'une opération ouverte.

Les procédés ouverts jouissent actuellement d'une popularité grandissante. Dans les mains de chirurgiens soigneux et habiles, ces méthodes ne sont pas accompagnées de dangers. Kocher en est devenu partisan convaincu. A la clinique de Von Bergmann, depuis l'année 1893, le traitement de routine des fractures trans-

versales de la rotule est le traitement ouvert. La connaissance plus détaillée des différents temps opératoires et l'appréciation plus raisonnée de l'importance de judicieux soins post-opératoires améliorent les résultats de plus en plus satisfaisants que nous procure le traitement sanglant.

C'est surtout à Lord Lister (29) que nous devons cette importante addition à nos ressources chirurgicales. Lucas Championnière, un des pionniers et un des partisans les plus enthousiastes de la méthode ouverte, nous apprend que Cameron, de Glasgow, pratiqua en 1877, la première suture rotulienne antiseptique. Lister opéra son premier malade la même année. En 1883, il rapporta 6 autres cas, prouvant ainsi qu'un accident qui antérieurement entraînait presque toujours une infirmité permanente pouvait être susceptible, grâce à ce traitement, d'être suivi de rétablissement complet. Le traitement sanglant se généralisa en Allemagne par la propagande de Hackenbruch, de Trendelenburg et de Koenig. La première opération ouverte, pratiquée en Allemagne, fut faite par Trendelenburg en 1878. Parmi les chirurgiens français, Chaput, Berger, Lejars (Paris), Mayer, Lambotte (Bruxelles) et Vallas (Lyon) sont partisans enthousiastes du traitement opératoire. C'est Berger (Paris) qui introduisit le cerclage. Nos analyses fournissent les résultats suivants:—

(a) Méthodes diverses,	33 cas
Bon résultat,	32 cas
Un décès (apoplexie),	
(b) Cerclage périphérique,	28 cas
Bon résultat,	28 cas
(c) Accollement des fragments osseux et suture des tissus mous,	240 cas
Bon résultat,	230 cas
Résultat assez favorable,	3 cas

Dans un cas (30), quoique les fragments soient séparés par un intervalle de $8\frac{1}{2}$ cm., le malade marche avec peu de difficulté.

(d) Suture osseuse,	810 cas
Bon résultat,	730 cas
Résultat assez favorable,	20 cas
Résultat pas précisé,	50 cas
Mauvais résultat,	10 cas

Un malade était syphilitique, un autre était diabétique. Sur ces dix cas, il y a eu 5 décès; un déterminé par le délire alcoolique, un par pneumonie, un par embolisme pulmonaire (19), un par infection incidente à l'opération (20b).

Après ample préparation du malade et du champ opératoire, l'emploi des procédés ouverts est positivement indiqué: —

I. Dans les fractures récents de la rotule en absence de contre-indications.

(a) Si le milieu est favorable:

1. Une salle d'opération aseptique.
2. Un chirurgien expérimenté et des aides ayant une conscience "aseptique".
3. Matériel de suture d'une stérilité absolue — gants en caoutchouc, etc.

(b) Si le malade est en bon état physique.

(c) Si la fracture est de nature à être suivie d'une infirmité pénible en cas d'emploi des méthodes non-opératoires.

(d) S'il n'est pas possible de ramener les fragments en position normale et de les maintenir réduits à l'aide d'un appareil contentif.

2. Dans les fractures à fragments multiples.

3. Dans les fractures ouvertes.

4. Dans les fractures avec épanchement intra-articulaire considérable. La séparation et le déplacement des fragments sont produits et maintenus en partie par l'effusion intra-articulaire, que celle-ci soit de nature inflammatoire ou de nature hémorragique.

5. Dans les fractures avec déchirures étendues des tissus péri-articulaires (ailerons, appareil extenseur accessoire). La distension marquée de la capsule articulaire suggère la présence de lacerations des parties molles péri-articulaires.

6. Dans les fractures avec diastase ayant à aucun temps excédé 2 cm. (Chaput 31). Les écartements de 2 cm. et au-dessous ne s'accompagnent pas de déchirures étendues des tissus fibreux pré-rotuliens ou para-rotuliens (expansions latérales du Triceps). Quand l'écartement dépasse deux cm., on constate des déchirures latérales, et de plus l'interposition de lambeaux entre les surfaces fracturées (Chaput 31).

7. Dans les fractures qui d'emblée promettent d'être suivies de

gêne constitutionnelle, telle que celle où des fragments osseux (32a, b) ont pénétré dans la cavité articulaire, celle avec renversement d'un ou de plusieurs fragments, celle avec déplacement très irrégulier (33a, b, c), etc.

8. Dans les fractures survenant chez des individus ayant subi une amputation de l'autre extrémité inférieure. Il est de grande importance que ces individus possèdent une intégrité fonctionnelle absolue du membre restant.

9. Dans les fractures survenant chez des individus dont l'autre genou est infirme, ainsi que dans le cas rapporté par Mayer (33b).

Chez cette malade, on avait réséqué dans son jeune âge, le genou gauche. A l'âge de 35 ans, elle fracture sa rotule droite. Mayer pratique le cerclage, coapte les fragments et obtient un résultat "très satisfaisant".

10. Dans les fractures survenant chez tout individu qui ayant subi une amputation partielle de la jambe, peut, pour la flexion et l'extension d'une jambe artificielle, tirer bénéfice d'une intégrité absolue de l'appareil extenseur de la jambe. Dans un cas rapporté par Charters (34), le tiers inférieur de la jambe avait été amputé. Deux mois après, le malade, en se promenant, à l'aide de béquilles, tombe et se fracture la rotule de la même extrémité. On pratiqua la suture osseuse. Le rétablissement des fonctions articulaires fut complet.

11. Dans les fractures bilatérales simultanées ou successives. Le mauvais fonctionnement d'un genou constitue une grande gêne, celui des deux genoux constitue une infirmité très grave. Dans les fractures bilatérales, il est raisonnable d'encourir quelques risques afin de transformer un individu presque tout à fait impotent en un sujet valide.

12. Dans les fractures itératives en l'absence de contre-indications.

13. Dans les fractures anciennes accompagnées d'infirmité prononcée si la perte fonctionnelle est attribuable à une ou à plusieurs des conditions suivantes: —

(a) Un cal fibreux étiré.

(b) Une réunion vicieuse empêchant mécaniquement le bon fonctionnement du genou.

(c) Une absence complète d'union.

(d) Une pseudarthrose.

(e) Une ankylose du fragment rotulien supérieur aux condyles fémoraux (18, 23).

(f) La contraction, la rétraction et l'atrophie exagérée du muscle Quadriceps Fémoris.

La contraction, la rétraction et l'atrophie de ce muscle constituent dans les fractures anciennes le principal obstacle au rapprochement des fragments. Dans l'observation rapportée par Erdmann (23), la contraction du Quadriceps était telle que sans opération on n'aurait pas réussi à affronter les fragments :

(g) Les déchirures non guéries des tissus aponévrotiques capsulaires et autres. Ces lacérations augmentent la diastase inter-fragmentaire et empêchent le rétablissement des fonctions. La rotule est un élément important de l'appareil extenseur de la jambe, mais il n'est pas le seul.

(h) Dans les fractures où l'emploi du traitement non-opératoire a donné de mauvais résultats.

Dans les fractures anciennes il faut, avant d'accoler les fragments, en aviver les surfaces fracturées, ou en enlever une légère couche d'os. Il faut, comme dans les fractures récentes, réparer les déchirures des parties molles et essayer d'obtenir la réunion osseuse de l'os fracturé. Ce desideratum ne s'effectue qu'en obtenant un rapprochement exact des surfaces fracturées avivées. Au point de vue opératoire, on classe les fractures anciennes en deux catégories.

1. Celles, dans lesquelles le rapprochement des fragments n'offre point ou peu de difficultés.

2. Celles où l'atrophie et la rétraction du Quadriceps rendent difficile le rapprochement et l'apposition des fragments.

Quand le rapprochement des fragments s'obtient sans grande difficulté, l'opération ne diffère de celle pratiquée dans les fractures récentes que par l'addition de deux temps opératoires :

1. *La résection du cal fibreux interfragmentaire.* — Il faut enlever complètement le tissu cicatriciel interfragmentaire.

2. *L'avivement des surfaces fracturées.* — Il est essentiel de surmonter l'espace interfragmentaire. Pour faciliter le rapprochement des fragments, il suffit dans certains cas d'avoir recours avant l'opération au massage, et durant et après l'opération au re-

lâchement du muscle Quadriceps. Parfois on est obligé d'allonger le tendon quadricipital, ou par des incisions latérales, ou par dédoublements. Si ces différentes manœuvres ne suffisent pas pour combler l'espace interfragmentaire, une opération plastique est indiquée.

Lequel des trois principaux procédés opératoires actuellement en vogue constitue la méthode idéale ?

Les résultats obtenus par l'emploi de ces trois différents procédés : suture osseuse, cerclage, suture des ailerons, sont si satisfaisants qu'il est embarrassant de suggérer l'abandon d'une ou de deux de ces méthodes. Chacune a à son actif des guérisons anatomiques et fonctionnelles parfaites. La suture osseuse a donné d'excellents résultats. Le cerclage a été suivi de rétablissement complet. Quant à la troisième méthode, Peyrot dit : " Dans les fractures de la rotule, d'excellents résultats ont été obtenus au point de vue de contour, de solidité, de fonction, dans un temps relativement court, dans des cas où toute autre suture fut limitée aux tissus fibreux pré-rotuliens et para-rotuliens " ? Dans toutes les méthodes, la suture des tissus nous est d'une grande importance. Les partisans de la suture osseuse (Baerlocher 17, Bockenheimer 19, Mikulioz 35, Oehlecker 36, Trendelenburg 37 et autres), font toujours suivre la suture osseuse par la suture des tissus mous.

Dans le traitement des fractures récentes de la rotule, j'ai abandonné la suture osseuse. Je n'ai pas encore rencontré de fractures anciennes où ce temps opératoire me parût nécessaire.

Dans le traitement des fractures de la rotule, la suture osseuse présente les inconvénients suivants :

- (a) Elle nécessite l'emploi d'instruments spéciaux.
- (b) Si le perforateur se brise un de ses fragments peut rester enfoui dans l'os. Dans un cas d'Annequin (38), le foret se brisa et sa pointe resta dans la rotule.
- (c) Elle n'est pas d'application universelle, ne pouvant être utilisée

1. Dans les fractures comminutives.
 2. Dans les fractures à fragments multiples.
 3. Dans les fractures où l'inégalité des fragments est grande.
- Le perforateur a grande chance à faire éclater un petit fragment.

4. Dans les fractures de rotules anormalement fragiles ; car dans ces rotules, la perforation des fragments parfois entraîne leur éclatement (39). L'élimination lente d'esquilles osseuses prolonge la convalescence, retarde la guérison.

5. Dans les opérations tardives. Dans ces cas l'atrophie souvent rend les fragments incapables de soutenir la traction des sutures.

Le fragment supérieur ou inférieur peut être de dimension insuffisante pour fournir une attache solide. En pareil cas, beaucoup de partisans de la suture osseuse pratiquent l'hémi-cerclage de Quénu. Dans l'hémi-cerclage, le plus grand fragment est perforé transversalement. Après introduction de la ligature approximante dans cette perforation, on la passe dans l'épaisseur du tendon quadricipital ou du ligament rotulien ; celui-là, si on a perforé le fragment inférieur, et celui-ci, si on a perforé le fragment supérieur.

(d) Elle est d'exécution difficile. La suture longitudinale des fragments est souvent, vu leur multiplicité, vu leur inégalité de volume, une opération très délicate.

(e) Le forage de la rotule demande de l'expérience. La perforation des fragments osseux est toujours d'exécution délicate et complique et prolonge l'opération.

(e) C'est une complication opératoire superflue ; car par le forage des fragments, on inflige un nouveau traumatisme aux tissus lésés. On obtient d'aussi bons, sinon de meilleurs résultats, par l'emploi de procédés moins difficiles et moins laborieux.

Le cerclage fut introduit par Berger (40). Les partisans de la suture osseuse y ont recours quand :

1. Un des fragments est trop petit pour permettre sa perforation préalable à l'introduction du fil d'argent, d'acier, ou autre matériel de suture.

2. Quand la petitesse d'un des fragments empêche sa suture directe au plus important fragment.

3. Dans les fractures comminutives ; pour ramener au contour et mettre de niveau une série de fragments irréguliers qui chevauchent les uns sur les autres ''.

4. Dans les fractures à fragments multiples et dans celles à fragments très irréguliers.

5. Dans les cas de fragilité anormale de la rotule. Dans ces cas, l'os n'offre pas un point d'appui solide à la suture.

Dans le traitement des fractures de la rotule, le cerclage est beaucoup employé :

(a) Comme mesure supplémentaire à la suture osseuse.

(b) Comme temps préliminaire ou supplémentaire à la suture des tissus pré-rotuliens et para-rotuliens.

Par beaucoup d'opérateurs le cerclage de la rotule est considéré le seul acte opératoire à employer dans la fracture de cet os. Le cerclage offre les avantages suivants :

(a) Il n'inflige aucun traumatisme aux tissus périostiques, cartilagineux et osseux. Ce procédé respecte le squelette.

(b) La ligature entourant la rotule est extra-articulaire. Elle chemine dans les diverses couches fibreuses péri-rotuliennes. Si les ligatures qui concernent l'os déterminent des troubles imaginaires, il est facile d'enlever l'agent offensant sans ouvrir l'articulation. Le cerclage respecte l'articulation.

(c) La méthode ne nécessite aucun instrument spécial ; elle est d'exécution facile et rapide, et les manœuvres qu'entraîne son introduction sont extra-articulaires. Elle contribue à l'encadrement, à la co-aptation exacte des fragments osseux. Dans son étendue, ce procédé est sûr, logique et utile. A nos yeux, ce procédé possède le démérite d'être insuffisant. Nous l'employons, mais seulement comme manœuvre préliminaire ou supplémentaire à la suture des tissus pré-rotuliens et para-rotuliens.

L'étude de la littérature du sujet, l'expérience chirurgicale et l'observation clinique, nous convainquent que les temps opératoires suivants réunis, constituent le traitement idéal des fractures de la rotule exigeant une intervention chirurgicale.

1. Il faut suturer soigneusement les tissus fibro-périostiques pré-rotuliens. Il est parfois avantageux d'affronter les bords des tissus pré-rotuliens rompus, de les rapprocher de façon à ce qu'il y ait chevauchement.

2. Il faut réparer exactement les déchirures capsulaires, ainsi que celles des tissus para-rotuliens. Cette manière de faire a l'approbation de tous les cliniciens.

3. Il faut entourer la rotule d'une ou de deux ligatures périphériques. Ces ligatures introduites dans la substance du tendon

quadracipital et du ligament rotulien à mi-chemin des faces antérieures et postérieures de ces structures rasant le bord de l'os. Ces manœuvres ont l'avantage d'être tout à fait extra-articulaires. Dans les fractures comminutives avec écartement osseux peu considérable et avec déchirures insignifiantes des tissus pré-rotuliens, je me contente du serclage de la rotule et du soutènement des tissus pré-rotuliens par plusieurs points en U, pour lesquels j'emploie du tendon Kangaroo. La conservation des tissus fibreux pré-rotuliens facilite grandement la formation d'une jetée osseuse entre les fragments. Au cours de ces manœuvres, j'essaie de ne pas exposer les surfaces articulaires.

Quand faut-il opérer ? Le jour ou le lendemain de l'accident ? Ou est-il préférable d'attendre avant d'opérer que les tissus se soient remis des effets immédiats du traumatisme ?

Dans les fractures ouvertes, il est désirable de faire transporter le malade à l'hôpital. En absence de contre-indications, on opère immédiatement après préparation moderne et antiseptique du champ opératoire. Je crois que tout le monde reconnaît les avantages de l'intervention immédiate dans les fractures ouvertes. Ce n'est que pour les fractures simples ou fermées qu'il existe une grande divergence d'opinion. Dans les fractures sous-cutanées, il doit toujours s'écouler entre l'accident et l'intervention un temps grandement suffisant pour la préparation du champ et du milieu opératoires.

Dans les cas de cette nature nous opérons ordinairement le 3ième ou le 4ième jour après l'accident, nous basant surtout sur l'état général du malade et sur l'état local du genou blessé. La congestion et l'exsudat inflammatoires alors atteignent leur apogée et commencent à rétrograder. Cette pratique nous a donné de bons résultats. L'intervalle entre l'accident et l'intervention est consacré à la purification du champ opératoire.

Afin d'obtenir un champ opératoire exsangue et de diminuer ainsi l'hémorragie, quelques opérateurs dans leurs opérations pour fractures rotuliennes font usage du bandage d'Esmarch. Thienger (41) et Oehlecker (36) et autres, y ont recours. Son non-emploi général prouve que cette mesure n'est pas d'une grande utilité. Appliquée selon les règles, la bande d'Esmarch interfère

avec l'élasticité normale des muscles individuels et des groupes musculaires, empêche parfois l'abaissement du muscle extenseur de la jambe, et ainsi peut entraver le rapprochement des fragments osseux. Son emploi est suivi d'un suintement sanguin, dans l'articulation et dans les tissus, suintement nuisible à une guérison rapide parfaite et complète. Nous ne connaissons aucune raison valide pour l'emploi de la bande d'Esmarch dans les opérations sous considération.

On a opéré avec succès à l'aide de l'anesthésie locale (Chaput 31, Lotheisen 26c, Stimson 13) des fractures de la rotule. Chaput et Stimson firent usage de la cocaïne; Lotheisen employa la méthode d'infiltration de Schleich. Ranzi (42), fit la ponction lombaire et eut recours à l'anesthésie sous-arachnoïdienne. Mikuliez et Mayer (33b), dans plusieurs cas, eurent recours à l'anesthésie spinale. En Amérique, c'est l'anesthésie générale qu'on emploie presque invariablement. Elle protège mieux le malade contre la douleur; elle procure un relâchement musculaire plus complet; elle permet au chirurgien de procéder plus délibérément et de modifier son procédé électif de façon à mieux rencontrer les indications que présente le cas particulier. Dans les grandes cliniques de l'Amérique et de l'Europe, pour les arthrotomies, l'emploi de l'anesthésie générale est presque universelle.

Quelle est l'incision qui fournit à l'opérateur l'accès le plus libre aux tissus lésés et ainsi facilite les manœuvres nécessaires à la réparation des lésions occasionnées par le traumatisme ?

De longues incisions faites avec méthode sont infiniment moins dangereuses que de petites incisions non adaptées aux manœuvres indiquées. Ces dernières n'exposent pas suffisamment le champ opératoire, ne facilitent pas la toilette de la cavité synoviale, et ne permettent pas la réparation soignée et exacte des déchirures capsulaires et aponévrotiques. A moins d'être très longue, l'incision médiane longitudinale ne se prête pas au maniement des fragments. Avec cette incision dans des fractures anciennes, l'avivement des surfaces fracturées et cicatrisées ne s'accomplit qu'avec difficulté; le nettoyage de la jointure reste incomplet. Quand le malade s'agenouille, la cicatrice est dans la ligne de pression, et de ce fait, reste douloureuse pour un temps indéfini. On reproche à l'incision en H de laisser une cicatrice immédiatement au-de-

vant de la rotule. Nous faisons usage d'une incision courbe, à convexité inférieure. Cette incision trace un grand lambeau convexe descendant jusqu'à l'épine tibiale. Elle commence au niveau du bord supérieur de l'os, à 2 cm. du bord latéral, terminant à un point correspondant opposé. Cette incision ne retarde en rien la guérison (W. Jacobson & Rowland 43), et elle a l'avantage de placer la cicatrice hors d'atteinte dans les mouvements du genou.

Il est dit qu'une incision à convexité inférieure donne un lambeau de vitalité supérieure à ceux à concavité inférieure. Les incisions convexes exposent bien le champ opératoire, facilitent l'enlèvement d'extravasations et d'exudations intra et extra articulaires, donnent libre accès aux fragments osseux, n'entravent aucunement la réparation soignée des déchirures capsulaires pré-rotuliennes et para-rotuliennes, et s'adaptent au drainage des tissus péri-articulaires. Avec une incision verticale le drainage est parfois difficile.

Nous condamnons le lavage de l'articulation au moyen de solutions antiseptiques et irritantes. Tout agent qui irrite l'endothélium de la synoviale diminue sa résistance à l'infection et la prédispose à l'inflammation. Le sérum artificiel (solution normale saline) en lui-même est non-irritant. Néanmoins, nous ne reconnaissons aucun mérite au lavage d'une articulation saine. Quel est l'avantage de surcharger les tissus de liquide ?

Nous ne sommes pas partisans des lavages de la cavité pleurale. Pour accomplir le drainage de cette cavité, nous comptons sur l'élasticité de la paroi thoracique, sur l'expansion pulmonaire inspiratrice, sur la montée du diaphragme, et sur l'emploi d'un tube à drainage. Dans les opérations péritonéales, nous ne sommes pas partisans de l'irrigation du péritoine pour l'enlèvement des exsudats et des extravasations qui peuvent y être contenus. Nous nous contentons d'essuyer et d'éponger ces derniers.

Dans les arthrotomies pour fractures de la rotule, nous n'irriguons ni l'articulation, ni les tissus environnants. Tout sang, liquide et coagulé, est enlevé au moyen d'éponges de gaze tenues dans des pinces hémostatiques. Ce nettoyage de l'article se fait avec douceur, afin d'infliger aux tissus le moins de trauma possible. Les doigts sont tenus hors de la cavité articulaire. Quoique beaucoup de chirurgiens (Ranzi et autres) soient partisans de l'ir-

rigation articulaire, nous en recommandons l'abandon, et nous préconisons l'éponnement, l'assèchement de l'articulation à l'aide de compresses de gaze sèche. L'enlèvement de sang liquide ou coagulé nous a procuré des résultats plus satisfaisants que l'irrigation articulaire. On évacuera soigneusement tout sang liquide ou coagulé contenu dans le cul-de-sac synovial sous-quadricipital.

Pour les sutures perdues, c'est-à-dire pour les points de suture qui ne sont pas enlevables, nous déconseillons l'emploi d'agents non-résorbables. Le but des sutures est de maintenir les tissus en apposition pendant que la réunion organique s'effectue. Dans les fractures de la rotule, il n'est pas nécessaire que les fragments osseux soient contenus avec trop de force. Un ajustage exact suffit. Les sutures osseuses trop serrées déterminent une nécrose locale due à la compression et à la résorption osseuse. Il est de mauvaise pratique d'abandonner permanently dans l'articulation et dans les tissus péri-articulaires des points de suture non-absorbables, car il est démontré —

(a) Que les sutures métalliques fréquemment irritent les tissus (19), en diminuent la vitalité, augmentent les chances d'infection, et souvent demandent à être enlevées. Après la suture métallique de l'os, les bouts tortillés de la suture étant immédiatement sous la peau, rendent l'agenouillement pénible. Cet ennui post-opératoire n'existe pas après la suture transversale de l'os.

(b) Que les sutures métalliques fréquemment se dénouent, se brisent et pénètrent dans l'articulation qui les tolère mal.

(c) Que l'inclusion de sutures métalliques dans la rotule n'augmente aucunement la solidité de l'os.

(d) Que les sutures non-résorbables de cet os, insérées longitudinalement ou transversalement, ne remplissent pas les fonctions d'attelles permanentes. Von Bruenn (44), comme résultat de ses recherches, est arrivé aux conclusions suivantes :

1. Les fils d'argent n'offrent pas une résistance suffisante pour garantir l'union osseuse des fragments.

2. Avant et après réunion organique des fragments, ces fils peuvent se briser.

3. Des débris de fil peuvent s'introduire dans l'articulation et dans les tissus péri-articulaires et y occasionner des troubles inflammatoires.

Thiem prétend que chez certains malades les sutures métalliques empêchent suggestivement la guérison des troubles subjectifs. Tout fragment osseux sera complètement enlevé. Cette pratique donne des résultats très satisfaisants. La présence dans l'articulation de fragments osseux détachés entraîne les troubles articulaires fonctionnels et anatomiques provoqués par les corps articulaires étrangers. Hackenbruch et autres, ne drainent pas les tissus péri-articulaires à l'aide de tubes ou de gaze, mais laissent les extrémités de l'incision cutanée béantes. Le drainage sous-cutané nous paraît inutile dans les fractures de la rotule. Son emploi retarde la cicatrisation de la plaie cutanée. Pourquoi compliquer un acte opératoire par un temps inutile ?

Pratiquera-t-on le drainage de la cavité articulaire ? Dans les fractures simples, non. Dans les fractures ouvertes, oui.

On supprime le drainage articulaire aussitôt que le danger d'une arthrite suppurative est dissipé.

La tendance moderne est de rejeter l'emploi du drainage si l'on a des doutes sur son utilité dans le cas particulier. Quand il n'est pas nécessaire, au lieu de hâter la guérison, il agit comme irritant. Dans l'étiologie de l'inflammation, on envisage les irritants comme facteurs prédisposants et excitants.

En ce qui concerne la nature et la durée du traitement post-opératoire, la pratique des différents chirurgiens se ressemble peu. Nous procédons ainsi :

L'opération étant achevée, la plaie opératoire ayant été fermée avant le réveil du malade, on moule sur l'extrémité blessée une attelle, une gouttière de plâtre de Paris. Cette attelle bien ouatée, s'étend du pli glutéal jusqu'à 10 cm. au-dessus de la malléole externe et ouvre les surfaces postérieures et latérales du membre. Elle immobilise en extension complète de la jambe sur la cuisse et en flexion légère la cuisse sur l'abdomen. La flexion légère de la cuisse sur le bassin relâche le muscle Rectus Fémoris. Le membre est maintenu dans l'extension et dans l'élévation. Durant le séjour du malade au lit, le talon et les orteils sont tenus en surveillance. Le développement sur le talon d'un ulcère de compression est empêché par les moyens ordinaires. On veillera à ce que les draps et les couvertures n'exercent aucune pression sur les orteils. Si on ignore cette précaution, on risque de voir survenir

l'infirmité connue sous le nom de Talipes decubitus. L'attelle immobilisante est maintenue en position à peu près un mois. Le pansement est laissé en place de dix à quinze jours. L'examen de la plaie avant cette époque ne sera motivée que par une élévation de température, ou par la saturation des pansements ou par des douleurs assez intenses siégeant dans le genou. L'ablation des sutures se fait vers le quinzième jour. Les premiers mouvements de la rotule sont des mouvements latéraux. On commence la flexion de la jambe sur la cuisse un mois après l'opération. Les premiers essais de flexion sont faits prudemment. Avec l'usage, l'amplitude des mouvements augmente graduellement. Dans beaucoup de cas, la restauration des fonctions est complète; la marche se faisant sans aucune boiterie, et l'usage intégral des mouvements est recouvré. Lorsque le malade peut fléchir sa jambe à angle droit, nous discontinuons nos soins.

BIBLIOGRAPHIE

- 1a. Thorndike A., Congenital Absence of the Patella, or Its Tardy development, Trans. Of The Americ. Orthopaedic Assoc., Philad., 1898, p. 337.
- 1b. Senftner, H. F., Total Absence of Both Patellas, Arch. of Pediat., N. Y., 1904, vol. 21, p. 837.
- 1c. Wuth, Aug., Ueber angeborenem Mangel sowie Herkunft und Zweck der Kniescheibe, Revue d'Orthopédie, Paris, 1899, vol. 10, p. 338.
- 1d. Joachimsthal Ueber Struktur, Lage und Anomalien der menschlichen Kniescheibe, Arch. f. Klin. Chir., 1902, vol. 72, p. 342. Also Revue de Chir., 1902, vol. 26, p. 318.
- 2a. Berger, Extirpation de la rotule pour une ostéite chronique d'emblée de cet os, suivie de la conservation des mouvements du genou et de la restauration des fonctions du triceps fémoral, Bull. de l'Académie de Méd., Paris, 1901, vol. 45, p. 69.
- 2b. Creite, Beitrage sur Pathologie der Kniescheibe, Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1906, vol. 83, p. 179.
- 2c. Rouvillier, Fracture de la Rotule, Rev. de Chir., Paris, 1907, vol. 35, p. 320.

- 3a. Guibal, Présentation de cinq rotules atteintes de tuberculose primitive, Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1899, vol. 1, p. 620.
- 3b. Mayo, Wm., Discussion, Surg., Gyn. & Obst., Chicago, 1908, vol. 6, p. 312.
- 3c. Murphy, J. B., Surg., Gyn. & Obst., Chicago, 1908, vol. 6, p. 26. Tuberculosis of the Patella.
- 3d. Andrieu, J., Tuberculose primitive de la rotule, envahissement de la synoviale du genou, Revue Mensuelle des maladies de l'enfance, Paris, 1907, vol. 25, p. 324.
- 4a. Willis, W., Morley, Démonstration, The Lancet, 1907, vol. 2, p. 1689.
- 4b. Rogers, C. C., Removal of the Patella for Ununited Comminuted Fracture, Ills. Med. Jour., Springfield, 1908, vol. 13, p. 648.
- 5a. Scudder, C. S., Comminuted Fracture of Each Patella, Boston, Med. and Surg. Jour., 1898, vol. 138, p. 231.
- 5b. Scudder, Chas. L., Discussion, Ills. Med. Jour., 1908, vol. 13, p. 691.
- 5c. Rogers, C. C., Communication personnelle
6. Kudlek, Franz, Beitrag sur Pathologie & Physiologie der Patella, Deutsche Zeitschr. f. Chirur., Leipzig, 1907, vol. 88, p. 139.
- 7a. Friedlander, Luxation habituelle de la rotule, Rev. d'Orthopédie, Paris, 1901, vol. 2, p. 309.
- 7b. Judet & Touchard, Discussion, Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1903, also Revue d'Orthopédie, 1906, vol. 7, 2ième série, p. 73.
- 7c. Bérard, Luxation congénitale des deux rotules, Lyon Méd., 1904, vol. 103, p. 880.
- 7d. Ewald, P., Ueber congenitale Luxation sowie angeborenem Defect der Patella, combinirt mit Pes Varus Congenitus, Arch. f. Klin. Chir., 1905-1906, vol. 76, p. 524.
- 7e. Bullinger-Mueller, De la luxation congénitale de la rotule, Revue d'Orthopédie, Paris, 1906, vol. 7, p. 59.
- 8a. Delaye, Du dédoublement de la rotule appliqué à la cure des ruptures totales et anciennes du tendon quadricipital, Arch. Provinciales de Chir., 1901, vol. 10, p. 482.

- 8b. Norris, H., Rupture of the Quadriceps Extensor Tendon with Report of a Case, University of Penn., Med. Bull., 1903-1904, vol. 16, p. 367.
- 8c. Masini, Section du tendon du quadriceps, Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1906, vol. 8, p. 554.
- 8d. Delbet, P., Rupture du ligament rotulien, Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1905, vol. 7, p. 610.
- 8e. Ombredanne, L., Des ruptures du ligament rotulien, Rev. d'Orthopédie, Paris, 1906, 2ième série, vol. 7, p. 107.
9. Blume, S., Rupture of Both Quadriceps Extensors, American Medicine, 1904, vol. 8, p. 1038.
10. Walker, Jno. B., Rupture of the Quadriceps Extensor Femoris Muscle, Amer. Jour. Med. Science, Philadelphia, 1896, vol. 137, p. 638.
11. Sonnenberg, Krankenvorstellungen, Zentralbl. f. Chirurg., 1898, vol. 25, p. 384.
12. Moullin, C. M., 40 Consecutive Cases of Fracture of the Patella Treated by Wiring, The Lancet, 1905, vol. 2, p. 879.
13. Stimson, Ia., A Practical Treatise on Fractures and Dislocations, Philadelphia, 1907, Lea Bros. & Co.
14. Thiem, Ueber die Groesse der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subcutanen) Querbrueche der Kniescheibe. Verh. d. Deutsche, Gesellsch. f. Chir., 1905, vol. 34, p. 374 et p. 174, Discussion.
15. Barker, A. E., The Treatment of Fractured Bones by Operation, The Lancet, 1898, vol. 11, p. 467.
16. Phelps, Chas., The Result of Open Operation in the Treatment of Recent Fractures of the Patella, N. Y. Med. Jour., 1898, vol. 68, p. 871.
17. Baerlocher, H., Zur Behandlung des Kniescheibenbruches, Correspondenzblatt f. Schweizer Aerate, 1903, vol. 33, p. 105.
18. Hamilton, G. G., On the Treatment of Fractured Patella by Transverse Wiring, Edinburg Med. Journ., 1906, vol. 61, p. 206.
19. Bockenheimer, Einige Bemerkungen ueber die blutige Behandlung der Querfraktur der Patella, Von Bergmann's Klinik, Arch. f. Klin. Chir., 1905, vol. 78, p. 187.

- 20a. Deberauer, Die Behandlung der Patellae Frakturen an Wolfer's Klinik, Beitr. z. Klin. Chir., 1905, vol. 43.
- 20b. Ranschoff, Dr. Joe, The Treatment of Fractures of the Patella, Jr. A. M. A., 1906, vol. 47, p. 1177.
21. Smith, Herbert, A Case of Fracture of the Patella treated by the Open Method, Cand. Jr. Med. & Surg., Toronto 1904, vol. 15, p. 336.
22. Lauper, Ueber Refracturae Patellae, Correspondenzblatt f. Schweizer Aerate, 1904, vol. 34, p. 321.
23. Erdmann, J. P., Demonstration, Ann. of Surg., 1901, vol. 33, p. 488.
24. Meyers, Dr. Willy, Demonstration, Ann. of Surg., 1901, vol. 33, p. 194.
25. Deanesly, Discussion, Brit. Med. Jour., 1906, vol. 1, p. 1341.
- 26a. Rosenberger (Wuerzburg), Demonstration, Rev. de Chir., Paris, 1899, vol. 19, p. 120. Also Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1898, vol. 27, p. 155.
- 26b. Guyot, J., Quelques considérations de technique opératoire à propos d'un cas de suture secondaire de la rotule, après résection d'un long cal fibreux, Gazette Hebdomadaire des Sciences Méd., Bordeaux, 1906, vol. 27, p. 523.
- 26c. Lotheisen, Ueber die Zerreibungen in Streck-Apparat des Kniegelenkes, Beitr. f. Klin. Chir., 1899, vol. 24, p. 673.
- 26d. Straeter, Zur operativen Behandlung der veralteten Patellar-Fraktur, Zentr. f. Chir., Leipzig, 1903, vol. 30, p. 149.
27. Macewen, Wm., On the Pathology of Transverse Fractures of the Patella of the Olecranon, Ann. of Surg., Philadelphia, 1887, vol. 5, p. 177.
28. Meyer, Alfred, Beitrage zur Kenntniss der Laengs-Fractures der Patella, Deutsch Zeitschr. f. Chir., vol. 85, p. 657.
29. Lister, A New Operation for Fracture of the Patella, Brit. Med. Jour., 1877, vol. 2, p. 850.
30. Tenderich, Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrueche, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., 1900, vol. 56, p. 573.
31. Chaput, Fractures de la rotule et de l'olécrâne traitées par la ponction et la compression, Bull. & Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1903, vol. 29, p. 513.

32. McWilliams, Clarence S., Demonstration, Med. Record, N. Y., 1907, vol. 71, p. 748.
 - 33a. Mayer, Brussels, Discussion, Verh. d. Deutsche. Chir. Gesellschaft., 1905, vol. 34, p. 186.
 - 33c. Kroner, M., Ein Fall von Flaechen-Fraktur und Luxation der Patella, Deutsche Medizin. Wochenschr., 1905, vol. 31, p. 996.
 34. Charters, Symonds, Demonstration, Brit. Med. Jour., 1903, vol. 1, p. 1026.
 35. Von Mikulioz, A Contribution to the Treatment of Fractured Patella, Brit. Med. Jour., 1902, vol. 2, p. 1828.
 36. Oehlecker, F., Resultate blutiger und unblutiger Behandlung von Patella Frakturen, Berlin, Staedtisches Krankenhaus (Dr W. Koerte), Arch. f. Chir., 1905, vol. 77, p. 751.
 37. Trendelenburg, Erfolge der Knochennaht bei Kniescheiben, Eherapie d. Gegenwart, 1905, vol. 46, p. 17.
 38. Annequin, Des résultats éloignés de quatre cas de fracture récente de la rotule, traitée par la suture métallique, Arch. de Méd. et de Pharm. Milit., Paris, 1897, vol. 30, p. 369.
 39. Wissemans, m., Fracture comminutive de la rotule, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1898, vol. 24, p. 865.
 40. Berger, Suture de la rotule par un procédé nouveau (cerclage de la rotule), Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, T. 18, p. 523.
 41. Thienger, Zur operativen Behandlung frischer subcutaner Patellar-Frakturen durch offene Knochennaht, Beitr. Klin. Chir., 1902, vol. 36, p. 601.
 42. Ranzi, Bitraege zur operativen Behandlung von Frakturen, Arch. f. Klin. Chir., 1906, vol. 80, p. 569.
 43. Jacobson & Rowlands, The Operations of Surgery, vol. 2, p. 966.
 44. Von Bruenn, Ueber das Schicksal des Silberdrahts bei der offenen Naht der Patellar-Fraktur, Muenchn. Mediz. Wochenschr., 1906, vol. 53, p. 934.
-

Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

LES CALCULS DE L'URETÈRE *

Par le Dr Eug. Saint-Jacques chirurgien de l'Hôtel-Dieu

et le

Dr J. A. Saint-Pierre, assistant au service chirurgical

Pour n'être pas très fréquemment rencontrés les calculs de l'urètre ne constituent pas moins un état pathologique important dont il faut tenir compte en affections urinaires.

Plus d'une fois, la crise urétérale calculeuse a été confondue avec la crise de lithiase rénale proprement dite. Mais avec le perfectionnement graduel des méthodes d'explorations, le diagnostic est devenu plus affirmatif en même temps que la technique opératoire gagnait en précision.

Afin de bien mettre en lumière, certains aspects de cette question de pathologie, permettez-nous de citer l'observation clinique personnelle suivante :

Madame C. (obs. 524), vient consulter pour douleur sourde et fixe à la fosse iliaque gauche. Cette douleur s'accompagne parfois de besoin fréquent d'uriner. La région lombaire gauche est le siège de crises douloureuses paroxystiques. La malade a 58 ans, est très grasse (200 livres). Son état général est bon, bien qu'elle souffre des reins, plus particulièrement à gauche, depuis au-delà d'une année. Elle n'a jamais remarqué d'hématurie. Il y a quelques semaines, elle fit une crise plus intense que les autres, la douleur se portant cette fois nettement vers la vessie. Depuis, il est resté dans la fosse iliaque une douleur peu intense mais tenace et persistante. L'examen des urines indique la présence d'albumine, de pus et de quelques cylindres hyalins et granuleux.

La palpation des loges rénales et des fosses iliaques, difficile à cause de la corpulence de la malade est négative. L'examen vaginal des urètres qu'il convenait de ne pas omettre allait éclairer le diagnostic. Celui de droite, n'est pas senti. Celui de gauche est perçu par l'index qui en le suivant, localise un nodule légèrement proéminent et nettement douloureux à la pression, et de plus, détermine le besoin d'uriner. La cystoscopie est négative.

* Présenté à la Société Médicale de Montréal, le 22 Mars 1910.

La séparation endovésicale (appareil Cathelin) donne en 15 minutes :

Rein droit.	Rein gauche.
Urine acide, 10 c.c.	Urine acide, 15 c.c.
Urée, . . . 16 grammes au litre.	Pus. Urée, 17 gr. 20 au litre.

L'élimination rénale, au cours de ces manœuvres d'exploration urinaire, cystoscopie, séparation endovésicale, cathétérisme, varie étrangement. Tantôt augmentée, tantôt diminuée, elle se montre encore moindre dans le premier que dans le second quart d'heure. Il est évident que dans le cas qui nous occupe, nous ne pouvions, par proportion établir le débit rénal total des 24 heures. Mais nous avons appris que l'urètre gauche charroyait du pus, et avec les faits déjà connus, bien que l'examen aux rayons X n'ait pu être fait, nous étions en état de préciser et de dire : Calcul enchatonné de l'urètre gauche.

L'opération, d'après la méthode d'Israël nous permit d'extraire par la voie extra péritonéale un calcul d'acide urique long d'un centimètre avec des arêtes bien nettes. Et bien que la plaie inguinale ne guérit que par seconde intention, elle ne donna pas une goutte d'urine.

La malade continue à se bien porter depuis.

Les calculs de l'urètre se forment-ils sur place ? ou sont-ils ce que nous appellerons migrants ?

Dans la très grande majorité des cas, ce sont des calculs qui ont originé dans le rein et sont descendus dans l'urètre où ils se sont arrêtés pour une cause ou pour une autre. Il est des constatations opératoires et des pièces d'autopsies qui prouvent ces avancés. Ainsi le Warren Museum de Boston contient un merveilleux spécimen montrant un sujet dont les deux reins sont farcis de calculs. En outre, un énorme calcul dans la vessie et un calcul enchatonné dans l'urètre gauche. Le sujet, mort à 37 ans avait souffert 12 années durant, subi 6 ans avant sa mort une lithotomie pour calcul vésical et était finalement venu mourir à l'hôpital d'infection et insuffisance urinaires.

Il y a quelque temps, Doyen présentait à la Société de Médecine

interne de Paris la radiographie d'un malade porteur d'un calcul du rein et un de l'urètre correspondant. La néphrectomie fit découvrir un rein presque complètement détruit, il ne restait pour ainsi dire qu'une énorme pyonéphrose.

Enfin, dans une série de 220 cas de calculs urétéraux dont les observations cliniques sont détaillées, on note 28 fois la présence de calculs dans le rein correspondant, soit 13%, et 7 fois dans les deux reins. Soit donc dans 3% des cas.

Mais ils peuvent originer sur place — calculs autochtones — et alors ils reconnaissent comme cause un point inflammatoire ou une suture, résidus d'une intervention antérieure sur l'urètre. Ainsi en témoignent deux cas dont Israël rapportait les observations cliniques à la Société des Chirurgiens de Berlin.

Très souvent, et cela se conçoit en se reportant à leur origine généralement rénale, on confond la douleur déterminée par la présence d'un calcul dans l'urètre avec la crise de lithiase rénale. Guyon, Legueu et Moschowitz ont attiré l'attention sur ce point, et Jeanbran y revenait tout récemment. L'observation que nous rapportons plus haut nous en donne un bel exemple. Au début et pendant longtemps, la douleur siégeait au rein, et ce n'est que quelque temps avant l'intervention que la douleur s'est portée et "fixée" à la fosse iliaque.

Et maintenant, voyons si les calculs migrants ne s'arrêtent pas en des endroits de prédilection le long de l'urètre. Les recherches anatomiques nous montrent que l'urètre normal a trois points de rétrécissements : un *point supérieur* ou pelvio rénal situé un peu plus bas que l'abouchement du bassinnet dans l'urètre — *c'est le collet de l'urètre* ; un *point moyen*, au niveau des vaisseaux iliaques et enfin, un *point inférieur* ou *justa vésical*. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé Byron-Robinson après un examen comparé de 800 urètres d'hommes et d'animaux. Les "isthmes urétéraux", ainsi appelle-t-il ces points de rétrécissements sont les endroits où se localisent de préférence les lésions pathologiques de l'urètre ; tels par exemple : les flexions ou torsions de ce conduit, l'arrêt des calculs migrants, l'hypertrophie valvulaire de la muqueuse, la tuberculose, le cancer, etc.

C'est donc sur ces points qui sont pratiquement des sphincters que doivent porter nos tentatives de localisation.

Ajoutons que c'est plus fréquemment aux rétrécissements inférieurs que s'arrêtent les calculs. 105 fois sur 214 cas, l'on a trouvé le calcul dans la portion pelvienne. Si on ajoute que 36 fois, le calcul s'était arrêté dans le segment intravésical nous aurons un total de 141 calculs *pelviens*, c'est-à-dire 70%.

Enfin, Hallé dans sa thèse a bien démontré que, en sus de ces isthmes de l'urètre normal, toute sténose de cause inflammatoire ailleurs située le long de ce conduit peut arrêter la migration d'un calcul et le fixer.

SYMPTOMATOLOGIE

La douleur fixe, est le symptôme capital. Sa localisation concordera évidemment avec le siège du calcul. Les crises antérieures de lithiase rénale avec expulsion ou non, de calculs, l'hématurie, la pyurie nous mettront l'esprit en éveil.

Une masse lombaire rémittente, douloureuse, avec exacerbation passagère de la douleur, coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur fera penser à une rétention rénale, hydro ou pyonéphrose par obstruction au libre passage de l'urine.

Par réflexe, le besoin fréquent d'uriner accompagne souvent les calculs de l'urètre. Si l'obstruction d'un urètre était suffisamment marquée, la dysurie succéderait à la pollakiurie et bientôt même, se produirait l'anurie. Si le malade en est à sa première attaque, si surtout il n'y a pas d'infection des voies urinaires, l'obstruction complète de l'urètre détermine, *sans élévation de température*, la *rétention rénale* qui se caractérise par une douleur intense à la région lombaire et souvent, dans les cas d'hydronéphrose tant soit peu considérable, la main peut percevoir la masse rémittente caractéristique. Mais, s'il y a *infection* par suite de la rétention d'une urine septique, nous aurons en sus une *élévation marquée* de la température. Remarquons que cette urine septique acquiert dans ces cas une virulence extrême, rappelant la toxicité suraiguë des appendicites "en vase clos" comme Dieulafoy les appelle et qui terrasse le malade avant que l'économie ait eu le temps d'organiser ses moyens de défense.

L'autre rein fournira donc à lui seul l'élimination urinaire. Cependant, il n'y faudra pas trop compter, car souvent, il est calculeux aussi et, ne le serait-il pas qu'il pourrait quand même sus-

pendre sa fonction d'excrétion en réponse au réflexe *réno rénal*. C'est ainsi que les choses se sont passées chez Madame P., lithiasique à répétition qui fait une crise aiguë de son rein gauche avec anurie *totale* pendant 48 heures. L'anurie ne céda qu'à la néphrotomie. Le calcul urétéral fut passé les jours suivants.

Cette anurie totale réflexe n'est pas rare au cours des affections urinaires et nous l'avons notée plus d'une fois, notamment durant les crises d'hydronéphroses chez les porteurs de reins mobiles.

Parfois les deux urétéres contiennent des calculs, et sur 220 malades, on a noté 8 fois la présence de ces corps étrangers dans les 2 urétéres. Ici, on conçoit facilement l'anurie absolue dont on doit toujours avoir la crainte chez les lithiasiques. Car elle peut s'établir insidieusement sans aucun symptôme précurseur.

Telle est l'observation citée par Dieulafoy. Il s'agissait d'un homme qui bien portant jusque là, s'aperçoit un jour qu'il n'urine plus. Il entre à l'hôpital et l'on constate qu'il n'y a rien dans la vessie. Il n'a jamais fait de colique néphritique. Pas d'hydronéphrose. Les signes d'urémie ne tradèrent pas à se produire et le malade mourut en moins de 4 jours. L'autopsie réservait des surprises. L'urétére droit était obstrué par un calcul, mais le gauche était *libre*. Maintenant que dire de l'*hématurie*, si ce n'est que c'est là un symptôme à manifestation irrégulière. Elle existe bien dans un grand nombre de cas, *pendant* la migration du calcul, mais sitôt que celui-ci est fixé dans l'urétére, l'hématurie disparaît.

Ainsi, une crise antérieure de lithiasie rénale accompagnée d'hématurie sans expulsion de calcul " la crise rénale blanche " et suivie d'une douleur à localisation fixe doit nous faire penser à un calcul urétéral enchatonné. Il est bon de se rappeler toutefois qu'un calcul n'obstruant pas complètement la lumière du canal peut exister pendant longtemps sans donner l'éveil.

La *Palpation* peut-elle nous aider à poser un diagnostic ?

S'il y a hydro ou pyonéphrose, par obstruction urétérale, la main percevra la masse costa lombaire. Dans le cas contraire, la palpation urétérale est tout de même d'un grand secours. Non pas au moment de la crise, car il est alors difficile si non impossible, de faire un palper fructueux à cause des douleurs que l'on réveille et de la contracture réflexe de la paroi abdominale. Mais

après la crise on sait que l'urètre reste douloureux pendant quelques jours, et c'est alors que les doigts pourront percevoir le point douloureux et même parfois, localiser le calcul.

Rien d'étonnant après tout quand on songe à quelles dimensions peuvent atteindre certains calculs. Dans le cas de Block on a mesuré 13 centimètres de long et 9 de circonférence (5 pouces x 3 $\frac{3}{4}$ pouces). Hammonie ne rapportait-il pas à la dernière réunion de l'Association Française d'Urologie le cas d'une collection de 13 calculs retenus dans une poche urétérale et sentis par la *palpation*. Mais le calcul siège-t-il dans l'uréter pelvien que le toucher rectal et surtout vaginal domient de précieux renseignements. Toutefois, si les calculs sont situés très bas, dans le segment intra-vésical le toucher rectal est quelquefois négatif. Ainsi chez le malade de Codman, où l'urètre formait une poche intra et extra vésicale logeant 27 calculs, le toucher rectal ne donna point de résultat. C'est la cystostomie qui devait mettre sur la trace du diagnostic.

Pendant, dans les cas de lithiase urinaire chez l'homme, bien que l'on ne puisse atteindre avec le doigt l'abouchement urétéro-vésical, situé à 10 centimètres de l'anus, il est toujours indiqué de faire un toucher rectal, car par compression à distance, on détermine de la douleur et des réflexes vésicaux s'il existe un calcul urétéral dans cette région.

Au contraire chez la femme, le voisinage immédiat de l'urètre pelvien avec la paroi latérale du vagin, en facilite singulièrement l'exploration. Jeanbrau nous dit que dans 20 cas le toucher vaginal dépista la présence du corps étranger. Mais il ajoute : "Ce corps dur est mobile et généralement indolore". Nous pensons au contraire que le doigt détermine de la douleur en localisant le calcul. Bien plus, il provoque le réflexe vésical : douleur et besoin d'uriner.

Young nous a bien décrit la série de réflexes que détermine la présence d'un calcul juxta vésical.

1° *Symptômes vésicaux*. — Mictions fréquentes, nocturnes et surtout diurnes, douloureuses et parfois hématuriques ;

2° *Symptômes séminaux*. — Éjaculations et pollutions nocturnes pénibles.

3° *Symptômes testiculaires*. — Douleurs intermittentes dans

le testicule du côté correspondant avec douleurs dans le gland et brûlures à la miction.

4° *Symptômes rectaux.* — Douleurs rectales permanentes et paroxystiques au moment des défécations.

Nous avons de plus, plusieurs moyens d'exploration qui peuvent compléter les renseignements fournis par les symptômes.

D'abord, la *cystoscopie* nous dira si le calcul est enclavé près de l'orifice urétéral, voire même s'il y montre le nez comme dit Fenwick. Tout dernièrement, grâce au cystoscope nous découvrions deux conerétions calcaires enchatonnées à l'orifice urétéral d'une malade (obs. Harnois) qui venait de faire une crise rénale et manifestait encore des symptômes vésicaux.

La *séparation endovésicale* des urines apportera aussi son contingent d'informations, savoir s'il y a anurie à droit ou à gauche, si l'urine du côté malade contient du pus, du sang, etc.

Le *cathétérisme urétéral* a parfois donné des renseignements, mais ils ne sont pas très précis. Viennent-ils corroborer d'autres symptômes qu'ils augmentent les probabilités et conduisent à préciser le diagnostic.

Enfin et toujours, on devra avoir recours aux rayons X. L'épreuve radiographique bien prise, est une réponse définitive. Seuls les calculs d'acide urique pur laissent passer les rayons X et ne trahissent pas leur présence. Mais il est si rare qu'ils soient purs. Généralement, ce sont des oxalates ou des urates, et si l'urine est alcaline, des phosphates.

Les erreurs ne peuvent venir que de l'interprétation de la plaque. Les phlébolites, les calculs appendiculaires, les ligatures résultant d'une opération antérieure sur les organes du bassin et maintenant incrustées de sels calcaires, les épines osseuses des os du bassin, les corps étrangers de l'intestin, etc., etc. Voilà autant de causes d'erreur contre lesquelles Albarran a raison de nous mettre en garde et que Jambrau signalait encore tout récemment.

Mais si la réponse des rayons X concorde avec les autres indications cliniques, nous avons là un ensemble de preuves qui conduisent à la certitude.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons déjà indiqué la crise de *calcul rénal* nous n'y reviendrons pas. Mais il est d'autres affections avec lesquelles le

calcul urétral peut donner le change ; et en premier lieu notons la *crise appendiculaire* : Dans la crise appendiculaire aiguë, il y aura un point différentiel *capital* : c'est l'élévation de la température. Elle fait toujours défaut dans la crise urétrale, à moins que nous n'ayons affaire à un rein affecté, et dans ce cas, en plus de la fièvre nous aurons : 1° les antécédents urinaires ; 2° la pyurie ; 3° peut-être hématurie ; 4° douleur à la région rénale ; 5° une masse lombaire indiquant l'obstruction urétrale et le rétention de l'urine septique *cause de l'hyperexie* ; 6° la pollakiurie que complètera probablement ; 7° la localisation vaginale du corps du délit.

Rien de tout cela dans l'appendicite aiguë, qui en revanche manifesterait bientôt sa réaction péritonéale avec sa sous-matité et son pouls accéléré.

N'ayons garde d'oublier d'interroger le sang pour connaître la formule leucocytaire. L'hyper-leucocytose à variété polymucléaire trancherait presque à elle seule le diagnostic.

Mais plus difficile encore à différencier que l'appendicite aiguë est la *crise de colique appendiculaire*. Ai-je besoin de rappeler que par là, nous entendons ces crises aiguës, apyrétiques, irrégulières d'intensité et de durée localisées au point de McBurney. Le diagnostic est d'autant plus difficile, qu'elles se manifestent chez des malades souffrant habituellement de malaise dans le côté droit de l'abdomen, chez les porteurs d'appendicite chronique tel que nous les rencontrons quelquefois. Entre autre chez une de nos malades (observation No 439) qui fut radicalement guérie de ses crises par l'ablation de l'appendice. Tout dernièrement nous avions dans notre service hospitalier un jeune malade de 13 ans A. H. (obs. 1592), qui depuis plus d'une année, faisait fréquemment des crises apyrétiques de douleurs subites et de courte durée dans son côté droit. Un examen très minutieux ne nous ayant rien révélé du côté de l'appareil urinaire, nous arrivâmes à la conclusion que l'appendice était en défaut. Et de fait, la laparotomie nous mit en face d'un appendice long, flexueux, tordu et bridé.

Enfin, les poussées de *salpingite* ressemblent parfois à s'y méprendre à celles de l'appendicite. Le passé puerpéral ou gonococcique, les symptômes utérins, les lésions douloureuses généralement bilatérales prêteront rarement à la confusion.

TRAITEMENT.

Le diagnostic établi, quel traitement instituer ?

Nous posons qu'il s'agit de calcul bien et dûment enchatonné, n'ayant pas cédé au lavage du rein par les liquides (flushing of the kidneys).

Il y a deux alternatives : ou le malade fait de l'hydropyrophrose, ou simplement de la douleur localisée sur le trajet de l'urètre.

Dans le premier cas, l'indication est urgente, il faut soulager le rein sous peine de voir l'anurie absolue s'installer si elle n'existe pas déjà. Les commémoratifs pathologiques, le côté siège de la crise indiqueront à quel rein il faut frapper. C'est là qu'il faut aller et la néphrotomie s'impose.

Il faut opérer *encore plus hâtivement!* que dans les calculs du rein dit Pousson, et Legueu exprime absolument la même opinion. Sur 11 opérés d'urgence celui-ci n'a réussi à enlever le calcul qu'une seule fois. Le pressant est de soulager le rein et de prévenir l'urémie. Le calcul est généralement passé les jours suivants. En tous cas le danger immédiat est paré et nous avons le temps d'examiner en détail le malade et aviser par quelle voie intervenir.

Au contraire, posons-nous le diagnostic de calcul enchatonné de l'urètre chez un malade souffrant, mais non en danger immédiat d'anurie, il y a lieu de chercher à localiser le calcul. Est-il au point de rétrécissement supérieur, la voie lombaire est tout indiquée pour intervenir : néphrotomie ou plus généralement une pyélotomie.

Siège-t-il à l'isthme moyen, que c'est au procédé d'Israël que nous donnons la préférence. L'incision au-dessus du ligament de Poupart permet de relever le péritoine recouvrant la fosse iliaque et d'aller par voie extra-péritonéale à la recherche de l'urètre généralement trouvé accolé au péritoine soulevé.

Quant aux calculs bas situés, les calculs pelviens, ils sont parfois très difficiles d'accès. La voie périnéale (Morris) et rectale (Ceci) ne semblent pas populaires. La voie vaginale par contre, employée par Doyen et Pozzi a permis plus d'une fois d'extraire le corps du délit chez la femme.

Enfin, si le calcul montre le nez à l'orifice urétéral, c'est par la vessie qu'il faut intervenir et c'est ici que les cystoscopes nouveaux modèles ont toute leur utilité.

Telle est la conduite à tenir en face d'un calcul enclavé dans l'urétére et avec Jambran nous concluons :

Les résultats de l'urétéro lithotomie permettent d'escompter la guérison de 98 % des cas si l'on intervient en dehors de l'anurie chez un sujet capable de supporter l'anesthésie générale ou lombaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pappa. Contributions à l'étude des calculs de l'urétére. Thèse. Paris, 1908.
2. Moschcowitz. Personal observations upon ureteral calculi. *Med. Record.*, May, 1909.
3. Byron Robinson. The Ureteral isthmuses. *Med Record*, April, 1909.
4. Bagg. Roentgen Rays. Diagnosis of calculi. *Med. Record*, Marche, 1909.
- Israë, Black et Neuhauser. Coc. de Chirurgie de Berlin, décembre 1908.
- Garré, Volcker, Kummel & Kolzenberg et Israël. Société de Chirurgie de Berlin, avril, 1909.
- Buchanan. Blocking stone in the lower end of ureter. *Med. Record*, March, 1909.
- Doyen. Soc. de Méd. Int. Paris, avril 1909.
- Watson & Cunningham. Gen. Urin. Dis. 1909.
- Mass. Gen. Hosp. Autopsy Records. Multiple calculi in both kidneys, uretes, and bladder.
- Hallé Noël. Caculs de l'urétére. Thèse et Ass. Fr., Avr. '09.
- Lagueux. Les calculs de l'urétére. Thèse, Paris.
- Jeanbrau. Rapport: l'Ass. Fr. d'Urol. Session d'oct. 1909.
- Cathelin. Journal des praticiens. Oct. 1909.
- Rossi. Lithiase rénale et . Gaz. des hôpitaux, 1907.
- C. A. Ball. Diag. of unifact. cal. in the ureter. *Brit. Med. Journal*, 1908.
- Rigby. The oper. treatment of unifacted calculi in the ureter. *Annals of Surg.*, 1907.

- Reunion Ass. Fr. Urol. à Paris, oct. 1909.
- Jeaubrau, Legueu, Hartman, Tedenat, Arselin, Le Fur, Hamonic, Pousson, Rafin, Desnos, André, Cathelin, Pasteau, Dieulafoy. Clinique: L'anurie calculuse.
- Bhenn. Des épreuves radiag. des calculs urinaires. *Wener K. Woch*, 1907.
- Bargon et Ancelin. Idem. *Soc. méd., Lyon*, 1907.
- Osgood. Diag. des calculs du rein et urètre. *Annals of Surgery*, 1907.
- Erdmann. Lithiase rénale et append. *Med. Record*, 1908.
- Sourdelle. Etude clin. de la lithiase rénale. Thèse, Paris, 1907.
- Villard et Thévenot. Anurie cal. datant de 8 jours; néphrotomie; guérison. *Lyon*, mars 1907.
- Zabel. Diag. et traitement des calculs enchâtonnés de l'urètre. *Zeit. of Urol.*, 1907.
- Pozzi & Proust. Les calculs de l'urètre pelvien chez la femme. *Rev. Gynec. et chir. abdominale*, 1909.

REVUE GENERALE

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA SEMEIOLOGIE DES NEPHRITES. (1)

Par M. E. P. BENOIT

Professeur de clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame.

La question des néphrites se prêta longtemps à des discussions nombreuses; elle paraît être aujourd'hui à peu près résolue, et résolue, chose intéressante, dans le sens même formulé par Bright. Après avoir exposé les trois aspects anatomiques des reins malades: reins gros et blancs, reins bigarrés peu modifiés dans leur volume, reins durs et atrophiés, Richard Bright ajoutait, avec cette vraie modestie de savant qui devient rare aujourd'hui: "L'existence de ces trois formes d'altérations est une conjecture que je hasarde, mais je ne suis nullement assuré de l'exactitude de cette vue. Au contraire, il se peut que la première forme de

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 8 mars 1910.

dégénérescence que je signale n'aïlle jamais au-delà du premier degré, et que tous les autres cas, ceux de la seconde série et ceux de la troisième, doivent être considérés seulement comme des modifications et des degrés plus ou moins avancés d'une seule et même affection."

Le principe de l'unité des néphrites est ici (1827) nettement défini; mais la suggestion de Bright devait être longtemps perdue de vue, en France du moins.

Lancereaux, qui représente, dans l'école française, le type moderne du clinicien systématique, fut le *promoteur de la théorie dualiste*: gros rein blanc et néphrite parenchymateuse, petit rein rouge et néphrite interstitielle, formes cliniques différentes que l'on peut opposer l'une à l'autre (1876).

Chareot ayant prêté l'autorité de son nom à cette théorie, elle devint *classique*. Il fallut rien moins que les belles recherches bactériologiques et expérimentales de Brault (1882) pour vérifier la sagesse des provisions de Bright, et *démontrer l'unité* des néphrites.

Nous savons, grâce à cet élève distingué de Cornil, que la même cause toxique, qu'elle soit microbienne, minérale ou alimentaire, peut déterminer soit le gros rein blanc, soit le petit rein rouge, soit la forme mixte. Tout dépend de la *durée* et de l'*intensité* de la cause morbide. Une intoxication rapide et massive altère profondément l'épithélium rénal et hypertrophie le rein; une intoxication extrêmement lente atrophie l'organe; une intoxication subaiguë donne la forme mixte.

Ces notions anatomo-pathologiques jettent une très grande clarté sur l'évolution clinique des néphrites; elles nous aident à nous orienter dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces maladies.

C'est ainsi, par exemple, que la présence de l'albumine dans l'urine ne suffit pas à établir le diagnostic de néphrite, et n'est pas un élément *nécessaire* à ce diagnostic. L'albuminurie peut être liée à un défaut d'utilisation des albuminoïdes de l'organisme; elle n'est pas nécessairement liée à une altération de l'épithélium rénal. Telles sont l'albuminurie orthostatique des enfants, l'albuminurie de fatigue des prédisposés à la tuberculose, l'albuminurie passagère des maladies fébriles. Par contre, les

lésions scléreuses du rein évoluent souvent jusqu'à l'urémie sans donner d'albumine.

Pour constater que l'épithélium rénal est malade, il faut autre chose. La présence dans l'urine, par exemple, des *cylindres épithéliaux* ou *granuleux*, des *cellules de desquamation épithéliale*, a une toute autre valeur. On peut y ajouter la coloration rouge de l'urine, donnant l'aspect trouble, sale, bouillon de bœuf, la présence de cristaux d'hématoïdine, la densité élevée, dépassant 1030, la réduction de l'urine totale des vingt-quatre heures. Ce sont là, les cylindres surtout, des signes convainquants d'une néphrite, et d'une néphrite aiguë. La diminution de l'urée, la rétention des chlorures dans les tissus et l'œdème généralisé ou localisé viendront signaler la gravité de la situation et l'urgence d'une intervention thérapeutique. Mentionnons ici en passant, que l'œdème peut très bien précéder l'albuminurie, par exemple chez les scarlatineux.

Et cependant, même avec des signes aussi marqués de néphrite, le pronostic demeure favorable lorsque l'intoxication (microbienne ou autre) n'est pas trop massive, qu'elle est due à une cause de courte durée. Le rein se répare vite dès que la cause est supprimée, si l'imprégnation toxique n'a pas été intense. La néphrite scarlatineuse, de nature hypertoxique, est toujours grave, tandis que les néphrites compliquant les injections de courte durée sont parfois une congestion desquamative du rein plutôt qu'une néphrite véritable.

Dans la néphrite chronique, l'allure est toute différente. L'albumine, les sédiments, les cylindres font souvent défaut dans l'urine; celle-ci peut être claire, aqueuse, de densité faible, et souvent augmentée de volume. Les œdèmes sont rares. Les reins n'attirent aucunement l'attention; cependant, leur insuffisance fonctionnelle est telle que souvent l'urémie est imminente. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas assisté, chez quelque brightique, à l'éclosion brusque d'une des formes si variées de l'urémie, attaque qui est souvent la première révélation d'un mal qui ne s'est jamais annoncé par quelque symptôme urinaire notable.

Cependant, quelque insidieuse qu'elle soit, la *néphrite chronique* signale son existence par des *signes irrécusables*, faciles à constater pour celui qui les cherche non pas du côté des voies urinaires, mais, comme l'a enseigné le premier et excellent observa-

teur que fut Richard Bright, du côté du cœur et des vaisseaux. Et alors l'hypertension artérielle, l'hypertrophie du cœur et le bruit de galop apparaissent, témoins silencieux de vingt, trente ou quarante années de surmenage rénal, à moins que ce ne soit les suites tardives d'une néphrite aiguë oubliée depuis longtemps.

Les symptômes spéciaux des néphrites, les variétés cliniques de ces maladies, les lésions qu'on y rencontre sont donc liés étroitement, tel que l'a si bien démontré Brault, à la durée et à l'intensité de l'intoxication qui les détermine. C'est pourquoi les auteurs de pathologie interne les plus récents, et entre autres Lafitte (1909), divisent les inflammations du rein en néphrites aiguës, néphrites chroniques diffuses et scléroses rénales, chacune de ces formes ayant son étiologie propre et ses symptômes particuliers.

Les néphrites aiguës compliquent une maladie infectieuse ou succèdent à un empoisonnement. Le plus constant des symptômes, dans ces cas, est l'albuminurie. L'urine révèle des lésions de l'épithélium et contient souvent à part les cylindres, du sang. La marche est rapide, l'œdème très précoce, l'anurie fréquente, et l'urémie toujours à craindre. Mais par contre l'amélioration peut être assurée par un traitement appropriée, traitement qui sera surtout diurétique.

La néphrite chronique diffuse succède fréquemment à la néphrite aiguë; elle peut apparaître plusieurs semaines ou plusieurs mois après une maladie infectieuse ou une intoxication. L'action sur le rein n'a pas été aussi massive que dans la forme précédente, mais on trouve dans l'urine des cylindres granuleux ou épithélias. L'albuminurie, plus ou moins masquée, est constante; les œdèmes apparaissent finement et sont lents à s'effacer; ils sont souvent régionaux. Les battements du cœur sont mous et mal frappés, le pouls est faible. Parfois se montre un symptôme d'une importance majeure, la rétinite albuminurique. L'anémie donne à la peau une coloration terreuse et blafarde. Enfin, l'insuffisance rénale est déjà latente; on la met en évidence par l'épreuve au bleu de méthylène; c'est elle qui conduira en deux ou trois ans les malades vers l'urémie et la mort, s'ils ne sont pas soignés. Dans ces cas, le traitement est affaire d'hygiène et de régime, plus encore que de médicaments.

La néphrite atrophique des arthritiques, des artério-scléreux,

des alcooliques, des gros mangeurs, des obèses, par une action de sclérose lente et continue, détruit progressivement les glomérules. C'est le filtre qui se ferme peu à peu, mais d'une façon si lente, que l'organisme a le temps de s'adapter au nouvel état de choses, maintenant une tolérance relative jusqu'à la période terminale de la maladie. Ici, peu de symptômes urinaires, sauf la polyurie. Il n'y a pas de desquamation épithéliale, par conséquent pas de cylindres. L'albumine est très peu marquée ou fait complètement défaut. Mais l'intoxication urinaire s'installe graduellement. Seuls, les petits signes du brightisme la révèlent tout d'abord ; puis, la tension artérielle augmentant, le cœur se trouve atteint à son tour ; peu à peu l'intoxication se précise, la moindre cause occasionnelle détermine des congestions viscérales, et les grandes attaques d'urémie deviennent de plus en plus inévitables. C'est de toutes les néphrites, la forme la moins curable, la plus difficile à traiter.

En résumé, rappelons-nous que le rein a une organisation anatomique bien spéciale ; qu'il est à la fois un filtre et une glande, un filtre par ses glomérules, une glande par son épithélium tubulaire ; que son rôle physiologique est d'éliminer constamment les produits toxiques de la désassimilation. Toute intoxication passagère ou lente apporte donc une surcharge au rein, et lui est une cause d'irritation inflammatoire. Les lésions déterminées seront en rapport avec l'intensité et la durée de l'intoxication. Courte et massive, ce sera la néphrite aiguë ; plus lente, mais encore intense, ce sera la néphrite diffuse sub-aiguë ou chronique ; enfin, très lente et progressive, la sclérose tiendra la principale place, et peu à peu étouffera les éléments nobles du rein. Le diagnostic doit préciser les diverses formes de néphrites, car c'est de lui que découlent le pronostic et le traitement.

INTERETS PROFESSIONNELS

LETTRE OUVERTE AUX GOUVERNEURS DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Vénéralité de certains médecins — Déontologie et pratique médicales — Tarif — Charlatanisme — Sage-femmes — Que vaut notre nouvelle loi médicale ?

Monsieur le Rédacteur,

Depuis assez longtemps déjà, la pratique médicale dans certaines paroisses offre des ennuis causés par la conduite déloyale de certains médecins.

Les praticiens de la campagne, sont, aussi, très contrariés de l'immunité dont jouissent les charlatans et les "faiseuses d'accouchements".

Si vous le voulez bien, nous examinerons un peu quelle est la véritable situation. Je tâcherai de faire la description, aussi fidèle que possible, de la situation du médecin de campagne qui veut exercer honnêtement sa profession ; et, n'ayez crainte, le tableau ne sera pas chargé. J'essaierai de rester un peu en deçà de la vérité afin de ne pas être accusé d'exagération, ni traité de pessimiste. Je sais bien que je vais troubler la "douce quiétude" de certains confrères, paragons de toute vertu, mais qui vont bonnement leur chemin, en semant partout la zizanie dans les rangs de la profession et arrêtant les meilleures envolées vers la perfectionnement de nos relations mutuelles.

Après avoir exposé cette conduite déloyale des confrères et avoir dit la conduite des charlatans et des bonnes femmes, nous essaierons de consulter la loi médicale et d'y découvrir le grand remède au cas où ces confrères et bonnes femmes ne voudraient pas entendre raison. Il est bon de dire que la situation qui nous est faite dans le district d'Arthabaska est certainement la même que celle qui existe dans les autres districts : la nature humaine, la même partout, se retrouve partout avec ses mêmes défauts.

Vers 1904, un certain nombre de médecins du district d'Arthabaska se réunissaient et jetaient les bases d'une association médicale. A en juger par l'enthousiasme dont firent montre les pro-

moteurs du mouvement, et que l'on retrouve dans les archives de la Société au compte-rendu de cette première réunion, on pouvait espérer en une société née vivante et viable. Il est bien vrai que quelques confrères de la région n'ont jamais cru devoir s'enrôler dans les rangs des sociétaires ; mais tout compte fait, il faut bien avouer que ces messieurs ont été à peu près toujours gentils, au moins en apparence. Tous les jeunes médecins qui sont venus s'établir dans le district ont tous eu à cœur de demander à s'associer aux autres, mais les médecins charlatans, les hableurs de la profession, les sournois, les insinuants ont fait parade d'une vertu exemplaire. Je les entends encore parler de leur honnêteté farouche, de leur loyauté envers les confrères. Sous prétexte de travailler à cimenter une union durable entre nous tous, leur conduite hypocrite a contribué peu à peu à exaspérer les meilleures énergies et vint le jour où voyant que notre "ex"-société ne servait qu'à mieux mettre en relief leur turpitude médicale, j'ai tout naturellement adressé au président en office ma résignation comme secrétaire et comme membre actif. Les confrères qui se réunissaient les jours suivants ont assisté, impassibles à la mort de la Société, et depuis nul effort n'a été fait pour la faire revivre.

Je choisis aujourd'hui cette occasion pour exposer à toute la profession et aux médecins du district d'Arthabaska en particulier la raison de ma démission et consécutivement de la mort de la Société. Seulement il me sera permis de ne point mentionner de noms pour le moment. J'aurai probablement avant trop longtemps l'occasion de traduire ces messieurs devant le Conseil de Discipline, puisque depuis au-delà d'un an que la Société est défunte, ils n'ont fait qu'empirer, si bien qu'aujourd'hui, leur conduite n'est qu'une vilénie indigne d'un médecin qui se respecte le moins du monde. Il serait temps, je crois, de guérir cette maladie. En tout cas, sans nom aucun, ces messieurs vont bien se reconnaître, si seulement ils lisent un peu "l'Union".

Voici un peu ce que faisaient ces confrères : Monsieur le docteur X. laissait la paroisse de A. et se rendait à Ste-A., distance de 36 milles, y faire un ou deux examens médicaux pour des compagnies d'assurances au prix de trois dollars chacun, alors que ce docteur X, officier de notre Société, avait approuvé la résolution d'exiger l'honoraire de \$5.00 ; et ceci au détriment des médecins

de l'endroit qui ne voulaient pas violer leur promesse. Ce même monsieur faisait cela couramment dans le district. Malheureusement il n'est pas le seul et plusieurs vont se coiffer du bonnet en lisant cet exemple de déloyauté. Ce qui pourrait, à mon sens, atténuer la malice de l'acte de ces confrères, c'est qu'il était connu que la question était débattue dans toutes les sociétés médicales à cette époque ; et que, bien que la presque généralité des médecins acceptât le nouvel honoraire, plusieurs, et non des moins en vue, le rejetaient encore. Ceci n'excuse pas ces confrères, car ils auraient dû faire connaître leur manière d'agir : la franchise est de mise partout.

CONCURRENCE DÉLOYALE

Toutes les sociétés médicales avaient adopté un *tarif d'honoraires*. Le tarif adopté par notre Société, pour ne pas être absolument parfait, avait été fait, je crois, pour s'harmoniser avec l'aisance de nos populations. Les médecins, qui ne s'étaient pas enrôlés avec nous agissaient à leur guise. Mais j'ai vu, et je puis dire, plusieurs ont vu Monsieur le docteur Y... faire fi de ses engagements et se déplacer de 15 milles pour \$2.50 ou \$3.00, et quelquefois, à la sourdine, pour \$2.00. Comment voulez-vous que les médecins puissent arriver à pratiquer dans leur paroisse en présence d'une lutte aussi déloyale ? Ce même monsieur ne se gêne nullement, sous prétexte de "*visite de consolation*" de s'introduire clandestinement dans les familles où il y a de la maladie, et cela, à 15 milles de chez lui, dans une paroisse où il y a deux médecins établis. Il est très insinuant, et en disant qu'il visite "*gratis pro Deo*" ces malades, il trouve moyen de laisser force pilules, d'envoyer les remèdes par la malle et de correspondre pour entretenir la commission. C'est là un excellent moyen de détourner les patients de leur médecin habituel. Encore si c'était un spécialiste émérite, je comprendrais que l'on pourrait quérir ses soins à 5 lieues à la ronde, mais.....

Ce même confrère, s'il vous plaît, ne s'est pas gêné de prendre des patients des autres médecins, à 15 milles de chez lui, sans demander une consultation ; sans exiger que le patient règle son compte avec le médecin traitant.

Oh, Déontologie ! comme tu es délaissée !

C'est en présence de ces faits, authentiques, veuillez m'en croire, faits ignobles chez un médecin, par ailleurs gentilhomme, que j'ai décidé de me retirer de la Société médicale dont il était membre. Je n'ai pas voulu, en me retirant, faire claquer les portes, croyant que devant une pareille protestation silencieuse, il comprendrait. Les membres de la Société, qui avaient à cœur de la voir réussir, se sont, sans doute, demandé ce qui m'avait poussé à en agir ainsi. Eh bien, ils vont comprendre maintenant. J'ai aimé mieux me retirer d'une association que j'aimais, et qui, soit dit en passant, m'avait déjà rendu des services signalés, que je ne saurais oublier; j'ai préféré en sortir que de continuer à rencontrer ces messieurs qui ne craignent pas de venir pratiquer sur notre terrain pour nous forcer à déguerpir. Qu'ils s'en consolent. Ils peuvent continuer leur petit jeu; je suis ici et j'y resterai.

LES MÉDECINS DES HOPITAUX

Savez-vous bien, chers lecteurs, que la lutte entre les médecins de campagne, en plusieurs endroits, en est rendue à donner son temps et ses services au rabais. Ainsi ce monsieur qui répondait qu'il aurait chargé à peu près \$25.00 pour réduction et soins consécutifs dans un cas de fracture du fémur, à l'individu à qui j'avais moi-même chargé \$40.00; moi, j'étais dans la paroisse, et cet aimable confrère à 15 milles. Comment voulez-vous maintenant arriver à vivre suivant votre état avec une lutte pareille.

Je ne fais que mentionner en passant la conduite des médecins qui n'ont toujours qu'un méchant mot à dire de leurs confrères voisins; ces derniers ne sont toujours que des ignorants et des paresseux. Leur conduite, à elle seule, suffit pour les déprécier dans l'estime du public.

Je mentionnerai d'une manière toute spéciale la conduite peu recommandable de certains médecins des hôpitaux.

N'a-t-on pas vu dernièrement, un chirurgien en vedette, qui m'a toujours prêché, lorsque j'étais étudiant, de me faire respecter du public en faisant payer mes services à leur juste valeur, n'a-t-on pas vu, dis-je ce même chirurgien demander \$150.00 à la femme d'un riche marchand d'une paroisse non loin d'ici, et à la fin lui faire une laparatomie avec hystérectomie pour \$75.00. Et combien d'autres agissent ainsi, je vois par certaines lettres que j'ai en main, que cette coutume est de mise en haut lieu médical.

Que dire aussi des honoraires exigés par les chirurgiens de service dans les hôpitaux ? Il est un fait admis aujourd'hui, c'est que les trois quarts des clients qui vont dans les services hospitaliers sont capables de payer un honoraire raisonnable. Que se passe-t-il alors ? Ces clients, à qui leur médecin demandera un prix très raisonnable pour faire une opération qu'il est capable de conduire à bonne fin, se rendront à l'hôpital où, invariablement ils n'auront à payer qu'une bagatelle. Quand j'étais étudiant, j'entendais certain professeur nous répéter à satiété de faire le plus de chirurgie que l'on pourrait. Il est certain que la plupart des jeunes médecins du jour ont acquis, grâce au perfectionnement de l'enseignement médical, des connaissances suffisantes pour faire bon nombre d'opérations. Mais comment voulez-vous qu'ils y arrivent quand leurs clients n'ont qu'à se rendre à l'hôpital pour avoir le même service pour presque rien.

Il serait temps que messieurs les chirurgiens prissent les moyens de protéger leurs confrères de la campagne.

Je ne crains pas de dire que le service hospitalier est une exploitation des communautés religieuses, car une foule de patients y passent par charité qui pourraient facilement payer un cent dollars pour une opération majeure.

Jamais je n'oublierai le cas de ce beauceron qui se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec, avec un certificat de pauvreté, pour faire subir une ovariectomie à sa femme et qui était un des plus riches cultivateurs de la Beauce. Heureusement que le chirurgien a eu le nez fin et qu'il lui dit de vendre 5 vaches et de lui payer \$150 dollars; ce qui fut fait.

LES CHARLATANS.

J'en suis rendu à parler des charlatans. Je n'entreprendrai pas de vous décrire ce qui se passe dans les campagnes. Chacun le sait, et tous nous avons à en souffrir.

C'est la même chose pour les faiseuses d'accouchements qui se font plus nombreuses qu'on ne le croit. Bien rares sont les paroisses qui n'ont pas cet oiseau enchanteur.

Un mot aussi des médecins non licenciés qui exercent la profession médicale à l'abri de tout trouble. Y a-t-il un seul district

où il n'y en ait pas au moins un ? et cependant, ces messieurs n'enlèvent-ils pas le pain à ceux qui sont en règle avec le Collège des Médecins ?

Voilà, chers lecteurs, quelques-uns des principaux emuis dont souffrent beaucoup de médecins de la campagne. Vous me direz peut-être, que cet état de choses a toujours existé, inutile donc d'en parler. Néanmoins, je crois bon d'attirer surtout l'attention de Messieurs les Gouverneurs sur cette triste situation. Il est bien curieux, tout de même, de voir qu'il n'y a que la seule profession médicale qui présente cette anomalie.

Voyez donc le barreau et les avocats,, la Chambre des Notaires et les membres de cette profession. Dieu merci, avouons-le à leur louange, ils s'estiment mieux entre eux, et leurs services sont bien mieux payés.

TARIF MÉDICAL — CONSEIL DE DISCIPLINE

Pour terminer, je me permettrai d'indiquer quelques modifications et améliorations à apporter à la loi du Collège des Médecins, qui pourraient rendre service aux médecins en général.

En ce temps où la profession commence à s'occuper du fameux *bill Roddick*, qui certes, offrira bien des avantages, ne croyez-vous pas que l'on pourrait tout d'abord perfectionner le régime actuel avant d'en essayer un autre.

En premier lieu, si nous avions un tarif légal obligatoire pour tous les médecins. Si j'ai bonne mémoire on m'a déjà dit que le Collège avait essayé d'en établir un, mais que la chose avait manqué. Tant qu'à la nature du tarif lui-même, je sais que nos gouverneurs doivent assez bien connaître les besoins de toutes les classes pour pouvoir en faire un qui serait juste et pour le médecin de ville et pour le médecin de campagne ; et pour le spécialiste et pour tous. Mais, de grâce, qu'on en fasse un, qu'on le fasse sanctionner et qu'on établisse des pénalités pour les violeurs.

En attendant ce tarif sauveur, ceux qui veulent se protéger contre des confrères déloyaux n'ont que deux alternatives : ou d'endurer leur mal en patience et de s'exposer à faire une pratique toute végétative en contemplant d'un œil indifférent leur charmant

confrère qui veut lui faire la niche à vil prix ; ou de s'adresser au Conseil de Discipline pour faire redresser leurs griefs.

Le Collège des Médecins a réussi à faire amender la loi qui le régit. Dans la nouvelle loi il y a beaucoup de bon. Mais le chapitre qui a trait au Conseil de Discipline semble fait pour n'être jamais mis en pratique. Il y a dans "l'Union Médicale" du mois d'avril 1909 un petit article qui montre bien ce qui en est. Ainsi, un médecin qui a à se plaindre d'un confrère, devra pour obtenir justice, commencer par payer. L'article en question dit que le Conseil de Discipline est une farce. Je n'ose pas le croire encore, malgré qu'il est facile de constater tous les obstacles qu'on a semblé mettre à son fonctionnement. En tout cas, il faut l'essayer, et j'espère bien soumettre à ce tribunal un *test case*, convaincu que s'il est impossible d'en tirer justice, la profession entière saura bien intervenir pour nous faire donner une loi analogue à celle qui régit le Conseil du Barreau et la Chambre des Notaires. Serait-ce les avocats ou les notaires qui toléreraient des vilénies analogues à celles que j'ai décrites ici ?

En ce qui concerne les honoraires chargés par les chirurgiens dans les hôpitaux, je crois qu'il serait facile pour ces messieurs d'y remédier de manière à se protéger et à faciliter aux médecins de campagne leur pratique déjà assez pénible. La consultation à l'hôpital devrait être payée ; autrement, pour le moindre bobo, les gens des paroisses avoisinantes des villes se rendent aux hôpitaux et leur médecin habituel en est réduit à ne soigner que les cas sérieux. Il a déjà été suggéré, dans ce journal, (" Union Médicale ", juin '09), d'établir comme règle dans les hôpitaux, d'exiger un certificat assermenté du secrétaire-trésorier de la municipalité d'où vient le patient, certificat indiquant ses moyens. Cette mesure n'est pas parfaite, on le conçoit ; mais elle contrôlerait assez bien cette exploitation indigne de la communauté religieuse qui reçoit le malade et du chirurgien qui l'opère, et elle donnerait plus de chances au médecin de campagne qui veut faire de la chirurgie de pouvoir pratiquer cette branche rémunératrice de la science médicale.

En passant, j'indiquerais à messieurs les Médecins des hôpitaux (service de médecine, ou de chirurgie, ou de spécialités), de bien

recommander à ces jeunes internes, qui reçoivent et traitent les patients que les médecins de la campagne envoient (ou regardent aller) aux hôpitaux, de se garder de tout commentaire désagréable à l'égard de ces médecins. Il est arrivé souvent que ces jeunes messieurs se sont permis de dénigrer le médecin qui a traité ce patient. Ces remarques, qui semblent parfois justes, sont le plus souvent sans fondement et font un tort considérable au médecin. Il est très important que les autorités médicales des hôpitaux y voient de près, car quelques-uns de ces jeunes internes posent aisément en censeurs.

Les charlatans ! Voilà le *hic* de la pratique médicale. La nouvelle loi médicale semblait promettre un redressement facile de tous les griefs causés par les charlatans. Où en est-on rendu ? Au même point qu'auparavant ; c'est-à-dire que l'on n'est pas plus avancé. Si vous voulez entreprendre de faire cesser cette pratique illégale vous vous buttez à toutes sortes d'obstacles. Je vois dans "l'Union Médicale" de juillet 1909, dans un article au sujet du charlatanisme, ces paroles : " On constate avec plaisir qu'on a fait disparaître l'obligation où on était de prouver rémunération pour qu'il y eût matière à poursuite. " Aujourd'hui tout est changé ".

Détrompez-vous, messieurs, c'est plus que jamais la même chose. En voici la preuve : au commencement de juin 1909, je faisais parvenir au Régistrare par la voie du Dr L. J. O. Sirois, gouverneur pour notre circonscription, une plainte contre un charlatan de nos environs. On lui a fait payer l'amende de suite ? Non ! Je reçois du Régistrare et de Monsieur le Docteur Sirois plusieurs lettres me disant " qu'on pourrait exiger le nom d'un témoin additionnel et le montant approximatif de l'honoraire payé " (lettre du Dr Sirois)", quel a été le diagnostic fait, le montant qui a été donné et le nom de *quelques* témoins (lettre du Dr Boucher, Régistrare). Dans une autre lettre le Dr Sirois me disait " que Messieurs Beaudin, avocats, avaient perdu une cause à St-Jérôme, faute de témoignages écrasants ".

Le nouveau Régistrare m'écrivait qu'il " lui fallait des renseignements détaillés et intelligents (sic), etc. . . . Après réception de ces renseignements indispensables, nous procéderons contre le

nommé X... ” Et la chose en est restée là ; et Monsieur X exerce son art comme de plus bel sans être inquiété. Au moins, avais-je fait une plainte complète ? J'avais donné le nom et l'adresse du charlatan, le monsieur qui avait été sous ses soins ; la date à laquelle il l'avait consulté, et c'est tout... La loi ne dit-elle pas “ même à titre gratuit ” ?

Remarquez bien que je n'accuse ni le Régistrateur, ni le Docteur Sirois, de n'avoir pas poussé l'affaire. Loin de moi cette idée. J'ai seulement démontré que la nouvelle loi ne nous protège pas plus qu'auparavant. Les charlatans sont bien connus : tous les médecins savent quels cas ils ont soigné ; mais est-il toujours facile de donner le nom d'un témoin ? Ces patients vont souvent seuls consulter le charlatan, et 9 fois sur 10 il est impossible de savoir le montant payé. Il y aurait, je crois, lieu d'améliorer la loi à ce point de vue. En tout cas, si le Collège se croit capable de faire payer l'amende à mon homme, je lui fournirai encore des cas. C'est exactement la même situation pour les accoucheuses de la campagne. Inutile d'insister.

Il me reste un mot à dire de la tolérance exercée vis-à-vis de certains médecins non licenciés. Dans notre district, il y en a un qui pratique depuis 6 à 7 mois. Ce monsieur fait courir les bruits qu'il a vu le Docteur un Tel et le Docteur un Tel, et qu'il a la permission de pratiquer. Sans mentionner qui que ce soit, il me semble qu'il y a quelqu'un qui devrait intervenir de suite et faire partir cet intrus.

Je me suis toujours demandé en vertu de quel principe on n'avait pas inscrit parmi les actes dérogatoires à l'honneur professionnel le fait, pour un médecin, de vendre de la boisson sans licence. Est-ce que cette conduite n'est pas de nature à ravaler la profession au dernier degré ! Comment voulez-vous que nos populations croient aux enseignements antialcooliques à l'ordre du jour quand elles voient certains médecins, qui devraient prêcher l'abstinence, fournir aux bas instincts de la nature de multiples occasions de se satisfaire ? Et le médecin, vendeur de boisson est-il rare ? Malheureusement il y en a un trop grand nombre. Est-ce qu'un certificat du percepteur du Revenu comme quoi un médecin

aurait payé l'amende pour vente illégale de boisson, certificat, déposé devant le Conseil de Discipline ne devrait pas suffire pour faire enlever la licence à ce médecin ?

Je termine cette revue de quelques ennuis auxquels est exposé un médecin de campagne, ennuis causés par la conduite déloyale de certains confrères, etc. . . . Le tableau n'est pas surchargé. Je ne suis pas le seul, sans aucun doute à en souffrir, et plus d'un médecin reconnaîtra bien la situation où il se trouve pour pratiquer la médecine. Avouez donc qu'elle est bien peu enviable et que ça ne sert guère à grand'chose d'avoir dépensé quinze ou seize ans de notre jeunesse pour pratiquer une profession qui offre tant de chances de rapporter peu.

Ce sont des faits authentiques que je soumetts à l'attention de la profession médicale toute entière. J'ai indiqué aussi certaines réformes possibles qui amélioreraient la situation. A vous Messieurs les Gouverneurs, chargés de nos destinées, d'en faire une étude sérieuse, peut-être même avant le . . . Bill Roddick.

Comme mot de la fin, j'espère que dans le district d'Arthabaska l'on pourra réorganiser une association médicale qui pourrait réussir. Mais, je suggérerais qu'on mette de côté toute question de tarif puisque c'est là le point chatouilleux. Fondons une association pour l'étude et que nos réunions soient l'occasion de belles conférences médicales. Ce sera là faire œuvre utile.

OMER E. DESJARDINS, M. D.

Ste-Anastasic, Mars 20 1910.

Note de la rédaction. — La loi médicale pourrait trouver ici son application en se reportant au paragraphe 4002*k*, sec. 6, page 17, et au paragraphe 4002*rr*, sec. 8, page 29.

BILL RODDIK

A PROPOS DE LA CLAUSE DES DIX ANNEES

RÉPONSE AU DOCTEUR L. J. O. SIROIS,

Vice-Président C. M., C. P. Q.

Cher Confrère: —

J'ai pris connaissance de votre lettre parue dans "l'Union Médicale", du mois de mars dernier, je dois vous dire que les raisons de compromis et de concessions réciproques que vous invoquez au sujet de l'article 18, paragraphe 2, ne tiennent pas debout.

Vous avez méconnu un principe sacré et inviolable, celui de l'égalité des membres de la profession médicale.

Qu'importe que cette mesure soit des Provinces de l'Ouest ou de la Colombie Anglaise, elle est injurieuse et injuste, vis-à-vis des jeunes médecins, et ne mérite pas d'être approuvée par les gouverneurs de la Province de Québec.

Vous l'avez approuvée, et vous avez consenti à aliéner les droits des plus jeunes, vous avez méconnu les principes de l'égalité, vous nous avez lancé à la face le stigmate de l'infériorité, et sous prétexte de nous apaiser et de nous faire courber l'échine, vous avez obtenu que l'examen sera seulement sur les matières finales.

Non, cher Docteur, il n'en sera pas ainsi, nous défendrons nos droits, et nous ne permettrons pas, si possible, de les ignorer, et encore moins de ne pas les respecter.

Si nous nous élevons contre cette clause du Bill Roddick amendé, ce n'est pas pour la simple question de l'examen mais bien pour être traité en égal avec nos aînés. N'ayons qu'un poids et qu'une mesure.

Vous admettez, cher Docteur, que le niveau des études médicales d'aujourd'hui est de beaucoup supérieur à celui de vingt ou vingt-cinq ans passés, ceci demande de la part de l'élève une plus grande science et beaucoup plus de capacité pour subir l'épreuve du Doctorat avec succès. Qu'arriverait-il si tous les médecins avaient à subir la même épreuve, le même examen, que celui demandé aujourd'hui aux jeunes médecins? Je crois que cela serait de nature à embêter plusieurs parmi les aînés, et peut-être pourrions-nous leur adresser le même conseil, hautain et peu dé-

licat, que vous adressez aux jeunes. S'il était trop rouillé pour tenter l'épreuve, il ferait mieux pour son plus grand bien, et le bon nom de la Province, de ne pas franchir l'ombre du clocher paroissial ; mais je n'oserais. Voyons, un peu plus de délicatesse et respectons-nous les uns les autres, et marchons la main dans la main, pour défendre et faire respecter nos droits, qui sont les mêmes pour tous les membres de la profession.

En attendant, nous nous réjouissons de voir que le Bill Roddick soit remis à plus tard, avec l'espérance d'avoir justice en retranchant complètement cette clause.

Un jeune confrère,

Dr ST-DENIS.

NOTE. — A la dernière séance de la Société Médicale le prof. Foucher nous a expliqué que les médecins de l'Ouest avaient ajouté cette clause afin d'empêcher les médecins anglais, d'Angleterre, d'envahir en masse leur territoire.

La raison est bonne. Mais devons-nous faire des injustices à nos élèves dans le but de se protéger contre les étrangers ?

Il serait facile il me semble d'insérer un amendement qui satisfasse tout le monde.

ANALYSES

MEDECINE

L'autosérothérapie de l'ascite, par MM. V. AUDIBERT et F. MONGES. (*La Presse Médicale*, février 1910.)

Il y a quelques mois, je faisais ici même, l'analyse d'un intéressant article paru en septembre dernier, dans lequel M. Marcou nous faisait part de ses succès dans l'autosérothérapie des épanchements pleuraux.

A la fin de son travail, il laissait entrevoir qu'on pourrait peut-être traiter de même les ascites et qu'il poursuivrait ses recherches de ce côté.

Messieurs Audibert et Monges viennent précisément de publier l'observation clinique (malheureusement unique) d'une ascite traitée avec succès par l'autosérothérapie.

Leur technique opératoire est en tout semblable à celle décrite par Gilbert (de Genève), et renouvelée par Marcou: Ponction de quelques centimètres cubes de liquide ascitique et injection sous-cutanée de ce liquide sans avoir retiré complètement l'aiguille hors de la peau. La méthode diffère quelque peu, cependant, par la quantité de l'injection qui peut varier de 3 à 5, 7 et 10 cc. comme maximum. L'injection est répétée à peu près tous les six jours.

Les résultats ont semblé remarquables aux auteurs qui ont vu la quantité des urines augmenter du double environ les jours qui suivirent les interventions. La patiente semble cependant devoir être tenue à un régime assez sévère. Les résultats toutefois sont encourageants, puisque l'état de la maladie ne nécessite plus des ponctions évacuatrices qu'on était obligé auparavant de répéter tous les 15 jours.

L'observation clinique rapportée par les auteurs, encore que peu convaincante n'en est pas moins intéressante, et la simplicité de la méthode la met à la portée de tout praticien. En présence d'une ascite récidivante on ne serait pas justifiable de ne pas l'essayer.

MM. Audibert et Monges semblent, cependant, s'attribuer un peu trop le mérite exclusif de cette thérapeutique. A plusieurs reprises au cours de leur article ils insistent sur le fait qu'ils sont "les premiers à utiliser cette méthode".

Or, il est facile de constater en confrontant quelques dates, que ces messieurs n'ont commencé leurs expériences que le 8 septembre 1909, c'est-à-dire 4 jours après la publication dans la *Presse médicale* des résultats de M. Marcou dans l'autosérothérapie des pleurésies et son intention de diriger ses recherches vers un traitement identique des ascites.

Quoiqu'il en soit de ces petites vanités professionnelles nous ne saurions trop recommander aux confrères d'expérimenter cette méthode dans tous les cas d'épanchements non purulents. Elle nous a personnellement donné de jolis succès dans les pleurésies sérofibrineuses.

J. A. BOURGOIN.

CHIRURGIE

Traitement par les injections de pâte de bismuth, par Dr LANCE, dans *Tablettes Médicales Mobiles*. 16 février 1910.

Depuis un an, les Américains mènent grand bruit autour d'une méthode nouvelle de traitement des fistules et cavités suppurantes.

BECK (de Chicago), voulant rechercher par la radiographie l'étendue et la direction de trajets fistuleux compliqués, injecta par l'orifice un mélange de sous-nitrate de bismuth et de vaseline liquéfié par la chaleur, pour rendre le trajet perceptible aux rayons ROENTGEN. A son grand étonnement, ces trajets se fermèrent très rapidement. Il érigea ce mode d'exploration en méthode de traitement et sa vogue est très grande aux Etats-Unis. En Europe, déjà, quelques auteurs en ont expérimenté les effets (NEMENOFF, EGGENBERGER, DOLLINGER).

Ses indications sont fort étendues et voici les principales que nous avons relevées dans les publications :

1° *Fistules pathologiques*. — Fistules et cavités d'abcès chauds, après cessation de la période aiguë ; arthrites suppurées (DON), fistules d'abcès froids, adénites tuberculeuses, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches (SWINDT), fistules à l'anus (PENNINGTON), fistules de fractures ouvertes (HINES) ;

2° *Fistules opératoires*. — Fistule de drainage de laparotomie, pancréatique après gastrectomie, de prostatectomie, de rein tuberculeux (OCHNER), cavités d'empyème tuberculeux (OECK, OCHNER) ;

3° *Maladies des yeux*. — Daeryocystite (GRADLE, BECK) ;

4° *Rhinologie*. — Suppurations chroniques des sinus frontal, ethmoïdaux, antre d'Hygmore, rhinites atrophiques, ozène, rhinite pseudo-membraneuse. Opérations sur les cornets, résections de la cloison [comme moyen d'hémostase et pour prévenir l'infection (BECK, 319 cas)] ;

5° *Otologie*. — Otites externes, moyenne chronique, et comme pansement après les opérations de mastoïdite [au lieu du tamponnement à la gaze et drainage] (GRADLE, BALLENGER, ANDREWS, BECK) ;

6° *Gorge*. — Abcès péri-amygdaliens, amygdalite lacunaire chronique.

L'état aigu des lésions est une contre-indication formelle, une réaction intense suivrait l'injection.

La technique est simple. BECK emploie une seringue en verre à piston d'amiante et embout de caoutchouc. Pour les cavités du nez, on se sert d'aiguilles droites, courbes, à extrémité olivaire.

L'embout doit tenir fortement à la seringue, car l'injection nécessite une certaine force. La seringue est stérilisée par ébullition.

BECK se sert de plusieurs pâtes plus ou moins consistantes, dont voici les deux plus usuelles :

1.

Sous-nitrate de bismuth libre de toute impureté.....	1 partie
Vaseline.....	2 —

2.

Cire blanche.....	} à à 5 grammes
Parafine molle.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	30 grammes
Vaseline.....	60 —

Le mélange doit être fait intimement pendant ébullition et la pâte stérilisée à l'autoclave. Pour s'en servir, on la fait ramollir au bain-marie. On emplit la seringue et on attend que la pâte soit sur le point de se solidifier. Le malade est placé de façon que le contenu de la fistule ne s'écoule pas au dehors. On exprime avec soin le trajet, on nettoie l'orifice d'entrée, puis on pousse lentement et avec une force suffisante la pâte dans la fistule. La pénétration s'accompagne d'une sensation de cuisson qui persiste peu. La seringue retirée, l'orifice est vivement bouché par un tampon de coton qu'on maintient jusqu'à solidification.

Si la cavité présente plusieurs orifices, tous, sauf un, doivent être, pendant l'injection, maintenus bouchés par de petits tampons de coton maintenus par un aide, du collodion ou des rondelles de sparadrap.

L'injection est renouvelée, selon les cas, à un temps variable de deux à quinze jours.

Parfois, une seule injection suffit à amener la guérison ; d'ordinaire plusieurs sont nécessaires.

Comment agit la pâte ?

Tout d'abord mécaniquement et de plusieurs façons : par un drainage modelant de tous les trajets, en les mettant à l'abri de l'air, par une pression uniforme des tissus ; enfin, surtout, en servant de charpente à la cicatrice, car la radiographie montre cet englobement de la pâte par le tissu. En plus, l'action bactéricide du sous-nitrate de bismuth n'est pas douteuse : dès les premières injections, l'écoulement de la fistule devient aseptique, à moins de la présence d'un séquestre ou d'une cavité non injectée. BECK

pense que cette action est beaucoup plus chimiotaxique que chimique.

Cette méthode, si séduisante au premier abord, présente un gros point noir, c'est que le sous-nitrate de bismuth possède une action toxique, qui n'est pas à négliger. Ce pouvoir nocif a été étudié par BECK et, surtout, BENSAUDE et AGASSE-LAFONT.

Il ressort de ces études que les cas anciens (pansement des plaies, dermatologie) sont certainement dus à des impuretés du produit, l'arsenic en particulier. Dans les cas plus récents où le sel employé était pur, soit pour l'usage interne (thérapeutique gastro-intestinale, emploi pour la radiologie en bols ou en lavements), soit pour l'usage externe (pâte de BECK), l'intoxication est due au sous-nitrate de bismuth. Elle se présente sous deux formes bien différentes :

Intoxication aiguë, caractérisée par de la dyspnée, tachycardie, hyperthermie, convulsions et, surtout, la cyanose excessive, avec méthémoglobinémie. Accidents pouvant être mortels.

Intoxication lente: stomatite, teinte blanche de la muqueuse buccale avec taches bleues, liséré bleuâtre autour des dents, pouvant aller à l'ulcération. Catarre intestinal douloureux, néphrite desquamative, pouvant entraîner la mort dans les cas graves.

Dans le premier groupe de faits, c'est l'acide qui causerait l'intoxication: on reproduit expérimentalement, par l'ingestion de nitrites, un empoisonnement méthémoglobinémique identique. Dans le second, il s'agit d'intoxication par le bismuth, qu'on retrouve dans les viscères.

Par l'emploi de la pâte de BECK, on n'a observé dans la seconde forme: à la surface des plaies, en milieu alcalin et albumineux, il se forme de l'albuminate de bismuth facilement absorbé. EGGENBERGER a observé un cas mortel chez un enfant de sept ans, six semaines après l'injection de 30 cc. du mélange de BECK. Un cas mortel de ROBERTS, dans une coxalgie fistuleuse, est moins probant; car la néphrite à laquelle le malade a succombé, avait débuté bien avant l'injection. AL. DOX a observé un cas très grave d'intoxication après l'injection de 70 gram. de bismuth en deux fois. Dans un cas d'empyème, G. BECK ayant injecté 720 gram. de pâte, a été obligé de la retirer devant les signes d'une intoxication grave. Dans maints cas, dit-il, j'ai noté une petite lividité des muqueuses et de la peau et un bord bleu des dents; dans un cas, une ulcération de la bouche.

Devant ces faits, faut-il rejeter absolument l'emploi de la pâte au sous-nitrate de bismuth? Si on trouve une autre substance non

toxique, qui remplisse les mêmes indications, cela n'est pas douteux. Si l'action du sous-nitrate de bismuth est vraiment supérieure à celle des autres substances médicamenteuses, on peut conserver son emploi, mais en restreindre singulièrement l'application aux fistules peu étendues, ne nécessitant que l'injection de doses vraiment innocentes du topique. Encore devra-t-on toujours le rejeter chez l'enfant, qui paraît particulièrement sensible à sa toxicité.

PHARMACOLOGIE

1° *Syphilis du nouveau-né.*

Liquueur de Van Swieten..... xx gouttes
par jour, en 4 fois, dans du lait pour un nourrisson de 3 à 4 semaines.

2° *Grippe.*

Dans la forme fébrile :

Sulfate de quinine.....	} à 2 grammes
Extrait de quinquina.....	
— de racine d'aconit.....	

Pour 20 pilules, 3 pilules par jour.

Quand l'élément névralgique prédomine, prendre 3 fois par jour à quatre heures d'intervalles.

Boomhydrate de quinine..... 0 gr. 25 centigr.

et un granule de :

Aconitine cristallisée..... ¼ milligrammes

Quand les formes fébriles et névralgiques sont associées :

Antipyrine..... 2 ou 3 grammes

En 2 ou 3 fois.

ou bien :

Salol..... 5 grammes

pour 10 cachets, 5 par jour.

Quand il y a des phénomènes inflammatoires et catarrhaux :

Poudre d'ipéca... 1 gr. 50 à 2 grammes

En 3 fois, à 10 minutes d'intervalle.

Quand les accidents inflammatoires et catarrhaux prédominent du côté de la poitrine :

Poudre de Dover.....	} à 2 grammes
— scille.....	
Sulfate de quinine.....	

Pour 20 cachets, prendre 4 à 5 par jour.

Dans les cas de vomissements et de douleurs épigastriques:
eau gazeuse, lait glacé à l'eau de Vichy puis:

Bic. de soude.....	} 44 0 gr. 30 centigr.
Magnésie calcinée.....	
Salicylate de bismuth.....	

Pour 1 cachet, 3 à 5 par jour (1)

BIBLIOGRAPHIE

Affections chirurgicales de l'Abdomen (*Péritoine, Estomac, Intestin*), par le Dr GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. gr. in-8 de 582 pages avec 115 figures. Broché, 12 fr.; cartonné, 13 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le volume du *Nouveau Traité de Chirurgie* (publié sous la direction de MM. LeDentu et Delbet), consacré à la chirurgie de l'abdomen, vient de paraître. Il est dû en entier à M. A. Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et contient 115 figures illustrant le texte. C'est la première fois qu'un livre classique contient avec toute l'ampleur voulue ce qui concerne la chirurgie de l'estomac et les maladies de l'appendice. On y trouvera en outre des chapitres originaux concernant le mégacôlon ou maladie de Hirschsprung, les sigmoïdites et les périsigmoïdites, l'occlusion intestinale, l'exclusion de l'intestin, l'anus contre nature, la tuberculose du péritoine, le cancer abdominal, etc.

La partie clinique et opératoire est tout particulièrement soignée, et il est aisé à l'aide de nombreux schémas de suivre les détails opératoires concernant les opérations si multiples qu'on peut pratiquer sur l'estomac, l'intestin grêle et les côlons.

On remarquera surtout avec la critique de tous ces procédés opératoires que ses études antérieures permettaient à M. Guinard de justifier par de nombreuses observations personnelles, les chapitres consacrés à l'appendice, et en particulier ce qui concerne, l'appendicite chronique avec la grossesse extra-utérine, etc... L'étude clinique de l'appendicite chronique souligne les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles cette affection si commune peut conduire et montre que nombre d'opérations peuvent être évitées, si on s'adresse à la source même du mal, à l'appendice.

(1) Formulaire aide-mémoire de Génév'er. Chez Steinheil Paris, 1910

La littérature étrangère a été largement mise à contribution par l'auteur qui a pris soin de dénoter la plupart des indications bibliographiques.

Ce volume de 600 pages fourmille d'idées neuves et d'aperçus originaux qu'on peut ne pas partager, mais qui en rendent la lecture attrayante et suggestive.

SUPPLEMENT

UNE EXPERIENCE DE SEPT ANNEES D'USAGE DE CREOSOTE DANS LA PNEUMONIE.

Par I. L. ZAUDT, M. D. North Texas.

Lors de mon départ du collège en 1886, j'étais sous l'impression que le traitement essentiel de la pneumonie consistait dans le "tartre émétique" et l'effusion du sang à la première période, et plus tard, dans le calomel et ventouse. ()

Aucune mention quelconque de traitement direct, et quand Jean Miller fut guéri, (un client du nord de Dallos) je me félicitai du résultat et du traitement.

Un an ou deux plus tard, je modifiais mes opinions en lisant l'ouvrage de Hughes Burnet, d'Edinburg, sur la médecine générale, dans lequel il insistait sur l'alimentation et "peu de médicaments", et cependant le chiffre de la mortalité était amoindrie.

Plus tard je lisais un petit ouvrage "La nature et la science en maladie" par "Sir James Foster"; alors je constatais véritablement qu'une proportion considérable des cas de ce genre était favorable avec ou sans médicaments si nous pouvions les alimenter suffisamment.

C'est-à-dire, la pneumonie savait se limiter d'elle-même et suivre un certain cours suivant la résistance latente.

Il est vrai que je donnais des médicaments au début, dans l'espoir de modifier les symptômes de la maladie, bien que je n'eusse aucun espoir, changer l'évolution.

Pendant bien longtemps, je prescrivis l'acétate d'Ammoniaque, et ensuite, sauf dans les cas affaiblis, le salicylate d'Ammoniaque.

Je suis convaincu que la maladie était nullement modifiée par ce traitement.

Ce n'est qu'après une expérience assez prolongée que je réalisais l'action spécifique du salicylate d'Ammoniaque tel que précé-

nisé alors dans ces cas; les doses moyennes que je prescrivais ne pouvaient me donner le résultat attendu.

Je crois que la rougeole était aussi passible d'amélioration immédiate au début que la pneumonie pouvait l'être dans les circonstances.

Vous pouvez en conclure que je ne rêvais pas la guérison quand je décidais l'emploi de la créosote dans mon premier cas de pneumonie, et dans un cas d'entérite; mais je fus aussi surpris que possible du résultat.

Une de mes tantes, fort intelligente, disait quand j'étais petit garçon, que l'éducation pratique dépendait plutôt de l'observation que des livres.

Toutes les publications à ce sujet prétendent que la pneumonie suit un cours naturel et se limite d'elle-même.

" Mon observation me dit que la créosote, dans un grand nombre de cas, a un effet curatif et même abortif."

Dans un journal médical ancien (N. Y. Med. Record, March 3rd 1901), j'ai donné en résumé l'opinion de plusieurs écrivains qui proclament avec enthousiasme l'effet curatif de la créosote dans la pneumonie, j'ai aussi rapporté seize cas consécutifs que j'ai traités durant l'hiver de 1899 et 1900, sur lesquels quatre étaient guéris le second jour, cinq le troisième jour, et un le 4e jour (10 ou 62½/100 en 3 jours), un le 5, 6, 7, 8e jour et deux le 10e jour. J'ai depuis perdu un cas dont je mentionnerai les détails un peu plus loin.

Comme preuve additionnelle de la cure au créosote, je veux donner un bref résumé de correspondances personnelles reçues depuis mon dernier exposé:

Prof. Andrew H. Smith, N. Y. dit:

J'étais sous l'impression que: probablement la pneumonie était due à une infection pneumococcique tandis que la pneumonie en lysis indiquait une infection mixte. Ce qui ne s'applique cependant qu'aux cas non traités par la créosote ou autres antiseptiques.

Je suis convaincu de l'effet immédiat de ce traitement avant la crise, c'est-à-dire vers le 2 ou 3 jours du début; j'ai observé beaucoup de cas, et ai rarement vu aucune crise quand le traitement était appliqué au début.

Dr A. H. Davidson-Aude, Texas, dit:

J'ai vu votre premier rapport sur la créosote dans la pneumonie (1898) et m'en suis servi depuis avec les meilleurs résultats.

Rd Emma H. Yates, Aude, Texas:

Vous nous promettiez de bons résultats avec le traitement à la créosote dans la pneumonie et suis heureuse de vous lui témoigner

ma certitude. J'ai été agréablement surpris de la convalescence heureuse de mes patients.

Une seule visite était bien souvent suffisante.

Je doutais d'abord de mon diagnostic dans une convalescence aussi rapide, mais l'avenir a justifié le diagnostic, les résultats du traitement.

Comme il lui était nécessaire de faire de longs voyages dans la campagne, il était ennuyeux de laisser des médicaments à leur discrétion et rarement il était obligé de répondre à un second appel.

Son témoignage de deux années de pratique avec une expérience de dix ou douze cas de ce genre, justifie la supériorité de ce traitement.

Le 11 mai, à peu près six semaines après la publication de mon dernier journal, Dr George H. Sanborn Henniker, N.Y., me transmettait ses remerciements. Le lendemain de la réception du journal, il écrivait à Boston, demandant le carbonate de créosote et quelques jours après, il était appelé auprès d'une dame, 45 ans, malade depuis 2 jours, pouls 120, respiration 40, température 105 avec crachats rouges.

Il prescrivit le carbonate de créosote, retourne le lendemain avec amélioration telle qu'il croit avoir fait une erreur de diagnostic.

Il était appelé le lendemain sur le symptôme primitif. Il recommence son traitement et la convalescence est courte et heureuse.

Trois autres cas, soumis au même traitement, donnent les mêmes résultats en très peu de temps.

Le dernier cas était un homme de 50 ans, température 105, respiration 50, pouls 140, avec expectoration abondante d'un liquide rougeâtre; c'était le soir du premier jour de la maladie.

Il donne la créosote, et le lendemain matin, la femme du client le rencontre à la porte et lui dit :

"Docteur, vous vous êtes trompé dans votre diagnostic de pneumonie". Mon mari est bien ce matin et il a faim.

Le médecin (pour se servir de ses propres paroles) ne voulait courir aucun risque et continua le traitement pendant 3 jours à certains intervalles, le patient était au travail 10 jours plus tard.

Voilà le contraste de sa propre expérience et de l'enseignement des auteurs.

Il faut se rappeler que le rapport de mes cas démontre des résultats inégaux de 25/100 guéris le second jour, 21/100 le 3e jour, et puis, 2½/100 jusqu'au 10e jour, bien que dans tous les cas sérieux, la maladie était modifiée d'une façon évidente.

Un écrivain dit: "Au début de la maladie, ce traitement est spécifique."

Tout en admettant cet énoncé, j'ai observé des résultats aussi évidents après la crise sauf peut-être dans la coloration du crachat.

J'ai constaté, avec beaucoup d'autres, que la différence des résultats ne dépendait pas autant de la période de la maladie que du genre d'infection.

Je suis sous l'impression que les pneumocoques étaient les plus susceptibles au traitement, mais à défaut de microscopes, je n'ai pu vérifier exactement cet énoncé.

Depuis le début de ce traitement au carbonate de créosote, oct. 29, 1899, je n'ai eu qu'un cas fatal, et ce fut le 7 avril dernier, chez un patient soumis à ce traitement dès le début et apparemment sans aucun effet, et bien que ce cas présentait tous les symptômes d'un cas ordinaire de pneumonie lobaire ou croupale, il y avait certainement plusieurs indications particulières.

D'abord une frisson à 3. a.m. Je le visitais six heures plus tard. Il se plaignait de douleurs dans le côté et toux avec expectoration rougeâtre assez prononcée. Je diagnostique une pneumonie mais ne peut localiser alors la lésion pulmonaire.

Plus tard, cependant, je trouvais la partie postérieure du poumon gauche congestionnée sur toute la surface, pendant que la partie antérieure et toute la partie droite me paraissait tout à fait libres.

Cette condition exista pendant tout le cours de la maladie qui dura 21 jours.

Les symptômes étaient seulement perceptibles en arrière, souffle tubaire, avec crépitation fine et rude.

L'expectoration était peu modifiée.

Voilà en somme mes conclusions :

Un pourcentage considérable de ces cas est avorté, presque tous les autres sont modifiés et améliorés, et le reste, un faible pourcentage, ne retire aucun bénéfice de ce traitement.

J'ai toujours tenu à publier les cas défavorables pour deux raisons : c'est une question de probité professionnelle d'abord, et ensuite pour cette raison principale que si l'un de nous qui n'a pas encore essayé ce traitement, se sentait disposé de le faire et devait débiter sur un de ces cas où l'action est nulle, l'impression n'en soit pas trop défavorable et la critique absolue.

Tel que illustré dans le premier cas du docteur Sanborn, il est prouvé qu'il ne faut pas s'abstenir du traitement aussitôt que les symptômes primaires sont disparus, et qu'il faut toujours compter avec les symptômes de retour.

Le traitement doit être continué à divers intervalles pendant au moins trois jours.

Dans la broncho pneumonie il vaut mieux prolonger le traitement.

Ajoutons quelques mots sur cette préparation spéciale et les doses et je termine.

La formule primitive contenait une goutte de créosote ajoutée à 7½ grains de salicylate d'Ammoniaque. — J'ai continué cette combinaison dans la plupart de mes cas jusqu'à 1899.

Dans quelques cas, j'isolais la créosote pour protéger l'irritabilité gastrique.

J'ai perdu, je crois, deux de mes cas, et deux autres qui me furent envoyés à la dernière extrémité. — J'aurais peut-être pu les sauver avec la préparation actuelle.

Un certain monsieur, dont le nom et l'adresse m'échappent a rapportés un certain nombre de cas traités avec le carbonate de créosote et le gaiacol alternativement avec résultats à peu près égaux. Il vante hautement le traitement. Je ne suis pas en faveur de la substitution du gaiacol à la créosote et je me base sur mon expérience personnelle.

Dose : je donne habituellement à l'adulte 7½ gr. à 10 grains ou gouttes toutes les 3 heures, dans les cas urgents, je donne la dose plus fréquemment pendant quelque temps.

Les uns recommandent 60 grs ou gouttes matin et soir, pendant que les autres préfèrent un total journalier de 2½ drachmes à 3 drachmes.

Dr Sanborn, dont les cas sont rapportés plus haut, donne 1 goutte toutes les heures.

Il se peut que nous donnions les doses trop élevées, qu'il serait préférable comme résultat de donner de petites doses à de courts intervalles.

Dans certains cas, j'ai eu de bons résultats avec 1 goutte de créosote seule toutes les 3 heures.

Je ne mélange pas la créosote d'habitude, je ne me sers d'aucun autre expectorant ou vomitif, quelquefois quelques doses de calmants pour calmer la douleur du début avec l'aide de la strychnine.

L'ANTIPHLOGISTINE VIS-A-VIS LA CIE "DENVER MUD"

LA PREMIÈRE A GAIN DE CAUSE

Dès le début, notre préparation "L'Antiphlogistine" fut imitée sous le nom de "Denver Mud", et cela pendant plusieurs années.

La valeur de notre produit, des années de travail assidu, en sus des dépenses considérables en ont fait un produit universellement connu ; les imitations se sont succédées de part et d'autre, et dernièrement, certaines manufactures ont mis sur le marché une préparation du nom de " Denver Mud ", de nature à tromper le public qui ne serait pas ainsi la marchandise originale.

A cet effet, nous avons poursuivi la " Compagnie Chimique de Colorado ", Chaumette, Kansas, et le procès vient de se terminer en notre faveur après nombre de témoignages de toutes les parties des Etats-Unis.

Sur appel final, et faute de défense ou de raisons à l'appui, la Cour nous donnait un jugement absolu sur tous les points.

LA DENVER CHEMICAL CO.,
New-York.

LA GRIPPE — CORIZA AIGU.

Par W. T. MARRS, M.D., Jewett, Ill.

Quel est le traitement abortif de la grippe ou du catarrhe nasal aigu ?

C'est la question qui fut posée il y a plusieurs années à un grand nombre de médecins éminents du pays.

L'opinion générale favorisait le repos au lit jusqu'à convalescence parfaite comme le moyen le plus efficace. Mon observation personnelle me porte à croire que les sédatifs sont plus actifs que les stimulants.

Je n'attache aucune importance à la quinine.

Un sédatif vasculaire, comme la digitale, l'aconit est préférable.

Le calomel, suivi d'un laxatif salin est très approprié au début, la Glyco-Thymoline à 25% à 50% avec eau en douches nasales K. & O. diminue la congestion de la muqueuse de la gorge et du nez.

C'est une solution alcaline, sédatif et antiseptique qui soulage toujours le patient.

Si vous désirez une action sédatif plus marquée, il est souvent bon d'ajouter une petite quantité de menthol.

Il faut conseiller au patient de toujours tenir la muqueuse nasale dans une condition aseptique et propre, car il n'y a aucun doute, le coryza peut être le début d'une infection tuberculeuse.