

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. VI

AVRIL 1900

N° 9

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

M. le Dr Chevalier, nous donne, par l'entremise de votre journal, une correspondance pleine de bon sens au sujet d'un tarif médical qui devrait être adopté par le bureau de nos gouverneurs, c'est-à-dire le Comité des Médecins et Chirurgiens de la Province.

Le dévoué confrère nous parle avec beaucoup de conviction d'un tarif *minimum* et d'un *maximum*, il invite aussi généreusement la profession à lui prêter son concours afin que la chose arrive à bonne fin.

Pour simplifier la chose je me permettrai de promettre mon aide, quelque minime qu'il puisse être, pour assurer le succès de l'adoption d'un tarif minimum seulement ; car le tarif maximum existerait toujours suivant les circonstances sans qu'il soit nécessaire de le statuer, parce qu'en statuant sur le *maximum*, cela apporterait beaucoup trop de difficultés dans un grand nombre de cas, et cela indique qu'il y a maximum.

D'ailleurs le tarif maximum pouvait toujours exister, sans qu'il soit écrit, si l'on veut tenir compte un tant soit peu de l'exposé succinct du juge McAdam devant la Cour Suprême de New-York en rendant jugement en faveur du Dr McGillicuddy qui réclamait \$23,885.00 pour honoraires.

Dans cette cause, le docteur voulut prouver, par un confrère, la nature des soins donnés, etc. ; mais le président du tribunal n'a pas permis telle preuve attendu que les rapports, ou relations du médecin avec le patient, sont un secret professionnel. " Ce serait, dit-il autoriser l'abus de confidences, dont la loi a

voulu rendre le secret inviolable. Le médecin, pour établir sa cause en vertu du statut, n'a qu'à prouver qu'il a donné ses soins, et a, en sa qualité, obtenu du patient des renseignements sur sa maladie."

" La loi a pour but de couvrir du manteau de la Charité, le malade et l'infortuné et en même temps d'élever la profession médicale aux sublimes hauteurs du ministère du clergé et de la mission du bon Samaritain, tout en permettant au médecin de sauvegarder ses honoraires, conformément à la dignité de sa profession et avec toute la latitude que lui laisse le respect de sentiment humanitaire, dont le statut s'est inspiré dans ses restrictions."

D'après cette saine doctrine des tribunaux de nos voisins, il est assez clair que nous n'avons besoin que d'un tarif minimum pour empêcher certains confrères de soigner au rabais afin de se créer une certaine clientèle ; par ce tarif minimum le Collège pourrait décréter que celui qui donnerait ses services à telle distance de son bureau et pour tels cas au-dessous d'un tarif qui serait adopté, soit un acte dérogatoire à l'honneur professionnel qui pourrait être jugé par le comité de discipline du Collège des Médecins. Tant que pour la concurrence faite aux médecins par les pharmaciens, j'avais pensé qu'une " Association Médico-Pharmaceutique " eût pu arrêter ces actes déloyaux, par des renseignements assez précis, je puis dire que *la plupart de nos amis* " les pharmaciens détailliers " n'entendent pas si bien les engagements qui pourraient être faits de part et d'autre pour assurer une heureuse existence des uns et des autres ; c'est pourquoi je concours amplement dans le sens de M. le Dr Chevalier qui voudrait que les médecins des villes eussent leur propre pharmacie et préparassent eux-mêmes leurs potions, etc.

J'espère que le Dr Chevalier nous soumettra bientôt, par l'entremise de nos journaux de médecine une première épreuve du tarif médical minimum en demandant aux confrères de lui exprimer leurs vues pour assurer son adoption.

Croyez au dévouement entier
de votre confrère,

A. BOULLON, M. D.

NOTE DE LA RÉDACTION

M. le docteur Chevalier, nous informe qu'il a modifié son opinion depuis la publication de sa lettre, et qu'il est aujourd'hui d'avis qu'un tarif minimum est suffisant.

Résultats éloignés de la résection du cœcum dans un cas de cancer et dans un cas de tuberculose

PAR

LE DOCTEUR DELAUNAY

Chirurgien en chef de l'hôpital Péan

La résection d'une portion quelconque de l'intestin a toujours été, et à juste titre, considérée comme une opération redoutable et le plus souvent l'opération n'a été décidée que par l'imminence d'accidents mortels. Et cependant si nous interrogeons des statistiques et surtout si nous laissons et interprétons les observations comme elles doivent l'être, nous voyons que dans la majorité des cas l'intervention n'a été mortelle que parce qu'elle a été tardive ; ce n'est plus un malade que la chirurgie a opéré, c'est un mourant. Que se passe-t-il en effet lorsqu'on se trouve en présence d'une affection grave du tube digestif, d'un néoplasme par exemple, sinon formellement diagnostiqué, tout au moins fortement soupçonné ? Tant que les troubles fonctionnels ne sont pas trop sérieux tant que le malade mène à peu près l'existence de tout le monde, on épuise toutes les ressources d'une thérapeutique aussi savante qu'inutile, le plus souvent en pure perte. Et pendant ce temps précieux inutilement perdu, la lésion progresse, le néoplasme s'étend, des ulcérations se produisent, et au facteur principal ne tarde pas à s'ajouter un second tout aussi dangereux, l'infection secondaire. Ce n'est plus seulement contre les troubles fonctionnels dus à la lésion elle-même que l'organisme devra lutter, mais encore contre l'invasion microbienne d'origine intestinale, qui trouve devant elle autant de brèches ouvertes qu'il y a d'ulcérations. La marche alors va devenir plus rapide et bientôt apparaîtront les premiers symptômes de cachexie. Peut-être alors serait-il temps d'intervenir, mais on attend encore et le chirurgien ne sera appelé qu'à la dernière extrémité, ou lorsque des phénomènes d'occlusion forceront sa main. Alors il n'est plus temps, le malade meurt et on se console trop souvent en disant : c'était un cancer, il n'y avait rien à faire. Eh bien, si ! il y avait à faire quelque chose, il y avait à réclamer l'intervention en temps

utile et à ne pas demander au bistouri une résurrection impossible.

Et cependant s'il y a un organe qui résiste et se défend, c'est bien l'intestin, et c'est peut-être là plus que partout ailleurs que l'évolution est la plus lente et que même dans des cas désespérés les plus beaux résultats ont été obtenus.

La statistique, il est vrai, est loin d'être brillante, 50% en chiffres ronds, d'après Bilbroth. Mais nous ne devons pas regarder que le revers de la médaille ; il faut aussi considérer l'autre face, c'est-à-dire les résultats obtenus, et non pas seulement les résultats immédiats, mais surtout les résultats éloignés.

Voici ce que nous trouvons dans la thèse récente de M. Lar-denois.

Wölfler, au 25e Congrès de la Société allemande de chirurgie (1896) parmi des opérés guéris cite les cas suivants :

1	guéri depuis 16 ans	(Gussenbauer et Martini),
1	—	8 ans $\frac{1}{2}$ (Mikulicz),
2	—	6 ans (Czerny et Billroth),
7	—	4 ans

15 malades sont restés en bonne santé pendant un temps variant d'un an et demi à quatre ans.

Rueff cite une guérison de Zehnder datant de dix ans et demi et Schiller a retrouvé un opéré de Czerny après le même laps de temps.

Un malade de Reyman vivait encore neuf ans après l'opération. Körte fait connaître qu'un de ses opérés atteint, d'un cancer de l'S iliaque, survit six ans et demi sans récurrence, de même qu'un autre qu'il a opéré il y a cinq ans et demi d'un cancer du côlon transverse.

Et ces cas ne sont pas isolés, et vous trouverez dans le même travail de notre collègue les statistiques les plus encourageantes de Czerny et de von Brahma.

Quelle doit être notre conduite en présence de pareils résultats ? Devons-nous rester hypnotisés devant une mortalité de 50%, en nous consolant de notre inaction avec cette pensée que le cancer de l'intestin peut durer longtemps et que mieux vaut laisser le malade vivre quelque temps encore que de l'exposer à une intervention peut-être mortelle ? Je ne crois pas, et la mortalité fut-elle plus grande encore, je reste convaincu que l'on doit tout tenter pour essayer de sauver un condamné à mort.

Le malade qui fait l'objet de cette communication a été opéré le 31 mars 1898 d'une tumeur de cæcum, et l'examen histolo-

gique fait reconnaître une encéphaloïde ; aujourd'hui un an et demi après l'opération, non seulement il n'y a pas trace de récurrence, mais sa santé est excellente. La malade engraisse et ne suit aucun régime.

OBSERVATION I (1).—Cancer de cæcum. Ablation de cæcum et d'un fragment du côlon ascendant. Résection de la portion terminale de l'intestin grêle. Entéro-anastémose termino-latérale par le bouton de Murphy.

Femme de quarante ans. Rien de particulier dans les antécédents.

Histoire de la maladie.—Il y a deux mois environ, apparition de quelques douleurs vagues, irradiées, tantôt dans la fosse iliaque droite tantôt à gauche de l'abdomen. Durant ces crises, que la malade rapporte à la fatigue, la douleur n'est pas localisée, mais diffuse. Il n'y a pas de troubles digestifs, sauf un peu de constipation.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, un médecin consulté trouve dans la fosse iliaque droite un empâtement profond. Il conseille le repos absolu. Les souffrances sont alors localisées à droite. C'est une douleur survenant brusquement, et disparaissant après quelques minutes.

Il y a quelques jours, crise rappelant un accès de coliques appendiculaires, crise d'une durée de plusieurs heures. Vomissements alimentaires abondants. Typanisme du ventre, et hyperesthésie très marquée de la paroi. Le cæcum distendu forme une saillie nettement appréciable. Douleurs extrêmement intenses ; ce sont des sensations de torsion, de déchirement, localisées dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la région épigastrique. La crise se termine vers six heures du matin par une évacuation diarrhéique. La malade, depuis ce moment, se sent soulagée. Bien qu'elle ait un peu maigri ces derniers temps, l'état général est excellent.—Pas de fièvre.

Examen de la malade.—La fosse iliaque droite est sensible à la palpation. La percussion donne à ce niveau de la matité. On sent au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure un gâteau profond, dur, un peu irrégulier, large de trois travers de doigts, s'étendant vers le pubis.

La paroi abdominale n'adhère pas à la tumeur, et cette tumeur elle-même semble pouvoir être mobilisée en masse, et pouvoir être reportée en dedans. Rien d'autre dans l'abdomen. Les

(1) Thèse de Lardemais.

poumons et le cœur sont sains. Pas de troubles digestif marqués, mais il y a de la constipation.

En somme, il s'agit d'une affection du cæcum ayant évolué lentement, sans fièvre, sans grand fracas, à l'exception seule d'une crise. La tumeur n'est pas très adhérente. La malade a un peu maigri.

On porte le diagnostic d'appendicite, mais avec des réserves, la pensée d'un néoplasme du cæcum devant être éveillée en raison de la marche un peu spéciale de l'affection et de la mobilité relative de la tumeur. Cette particularité est très importante au point de vue du diagnostic différentiel. Il en est de même dans les affections de l'estomac. Une tumeur diffuse adhérente, immobile, est une tumeur inflammatoire. Si au contraire la tumeur est limitée, plus mobilisable, c'est probablement un néoplasme.

Opération à l'hôpital Péan, le 31 mars 1898.—Anesthésie chloroformique.

Incision de Roux, comme pour une appendicite.

On tombe immédiatement sur le cæcum infiltré, bosselé irrégulièrement. C'est un néoplasme qui paraît assez limité. La tumeur est mobile, peu adhérente ; la résection est indiquée.

Section de l'iléon entre deux pinces munies de caoutchouc. Libération du cæcum ; on pince et on sectionne successivement les appendices épiploïques, et les brides qui rattachaient la tumeur à son méso. Le côlon est sectionné entre deux pinces coprostatiques et la masse enlevée d'une seule pièce.

On procède alors à la réunion par l'implantation latérale, et, pour gagner du temps, on se sert du bouton Murphy.

On veut fermer la section du côlon par un fil de catgut passé en cordon de bourse, mais l'affrontement n'est pas parfait, et pour bien enterrer la muqueuse il faut pratiquer par dessus trois étages de sutures.

Une boutonnière, placée sur le côté interne du côlon, reçoit la partie femelle du bouton de Murphy. La pièce mâle est enchâssée dans l'extrémité terminale de l'iléon et serrée par un fil en cordon de bourse. Articulation des deux pièces du bouton et par-dessus surjet circulaire séro-séreux exécuté avec du catgut.

Ligature des nombreux appendices épiploïques sectionnés. Fermeture de la brèche taillée dans le méso péritonéal. Suture de la paroi.

Une mèche de gaze iodoformée introduite profondément jusque derrière le côlon est laissée en place pour assurer le drainage et l'écoulement des liquides s'il y a lieu.

Suites opératoires. — 31 mars. — T = 36,2 ; — P = 78 ; deux lavements nutritifs ; piqûre de morphine.

1^{er} avril. — T = 36,7 — P = 96 ; quatre lavements alimentaires.

2 avril. — Malade un peu faible, langue sèche ; quatre lavements alimentaires, 50 gr. de sérum, deux selles en diarrhée.

3 avril. — Premier pansement. La mèche est remplacée par une autre mèche imbibée de naphthol camphré ; deux tasses de lait ; 100 gr. de sérum.

Le 4 avril. — Le pansement découvre l'existence d'une fistule pleurale avec écoulement de liquide intestinal.

Le 8 avril. — La plaie est irritée par l'écoulement de la fistule. On cherche à constiper la malade.

Le 10 avril. — Il y a moins de matières dans le pansement. On enlève les fils. Il y avait un petit abcès à la partie supérieure de la suture. On aperçoit le bouton de Murphy dans la plaie. Mais l'état général est assez bon, le ventre souple, la langue humide ; pansements à la vaseline.

Le 14 avril. — Crampes douloureuses dans le mollet droit, qui persistent quelques jours (probablement phlébite atténuée).

A partir du 1^{er} mai, l'écoulement des matières par la fistule diminue d'une façon notable. Le 4 mai le bouton de Murphy est expulsé par les voies naturelles.

Le 8 mai, la malade se lève pour la première fois. Les pansements sont renouvelés seulement tous les trois jours.

Le 26 mai, la malade sort de l'hôpital ; il ne persiste plus qu'un orifice très étroit, et cette petite fistule fonctionne très peu.

En juillet, la malade est revenue. Elle a pris de l'embonpoint. L'état général est excellent, mais la fistule persiste toujours.

En décembre, seulement la fistule est complètement tarie.

Avril 1899. — L'opérée semble guérie. L'intestin fonctionne normalement, sans douleurs. La plaie de la paroi est guérie depuis longtemps. La cicatrice est souple.

Juin 1899. — La malade écrit à son chirurgien ; elle n'a pas de troubles digestifs.

Septembre 1899. — La malade est revue. Elle est en parfait état, et continue à engraisser.

Examen de la pièce. — Le cæcum épaissi et augmenté de volume présente à sa face externe une surface irrégulièrement bosselée. L'infiltration néoplastique envahit la partie inférieure du côlon ascendant ; elle s'étend jusqu'à la terminaison de l'iléon. La surface péritonéale du cæcum est lisse, sans adhérences ; la colo-

ration pâle, en certains endroits, est en d'autres violacée ou brunnâtre.

L'appendice est resté absolument sain.

Le cæcum est ouvert, sa paroi mesure deux centimètres d'épaisseur. A sa partie interne, la cavité est remplie de végétation rouge vif par places, grisâtres en d'autres endroits, ulcérées en certains points.

Un peu au-dessous de la valvule iléo-cæcale on aperçoit une ulcération grisâtre du diamètre d'une pièce d'un franc ; le fond saniemieux tranche nettement sur les parties voisines. D'autre part, la valvule qui semble avoir été le point de départ de l'épithélioma est transformée en une masse rouge formée par un bourgeon du volume du pouce, faisant saillie comme un bec, et devant gêner notablement la circulation des matières.

Examen histologique dû à M. le D^r Pilliet.—Les différents bourgeons de la tumeur sont tous constitués de la même façon : d'énormes masses formées de tubes réticulés et anastomosés. Ces tubes sont tapissés de cellules épithéliales actives à noyaux énormes. Les plus volumineuses de ces masses se nécrosent à leur centre, elles sont alors parsemées de granulations provenant du pigment sanguin. Dans l'épaisseur de la paroi intestinale on retrouve les mêmes proliférations détruisant les couches fibreuses et musculaires, mais là les cellules cylindriques subissent pour la plupart la dégénérescence colloïde.

En résumé, épithélioma à cellules cylindriques, à forme végétante, encéphaloïde.

La seconde observation que je vous présente a trait à une affection du cæcum diagnostiquée histologiquement au laboratoire de M. Brouet "tuberculose." Je dois ajouter, pour être complet, que ce diagnostic, bien que très probable, a laissé des doutes au sujet de la possibilité d'une lésion purement cicatricielle.

Bien que cette intervention soit de date plus récente et qu'elle n'ait pas au point de vue de la science la même importance que la précédente, elle démontre cependant que la résection d'une portion étendue de l'intestin non seulement n'offre pas des dangers aussi grands que l'on serait tenté de le croire, mais encore est susceptible de donner une guérison durable. La malade a été revue hier, 19 octobre, et sa santé est parfaite ; elle n'est soumise à aucun régime et ses fonctions digestives sont excellentes.

OBS. II (Inédite).—*Tumeur du cæcum—Fermeture des deux bouts terminaux de l'intestin grêle et du cæcum—Entéro-anastomose latéro-latérale.*

Femme âgée de trente-neuf ans. Entre à l'hôpital Péan le 23 février 1899.

Rien dans ses antécédents personnels.

Dans ses antécédents héréditaires, une sœur morte d'un cancer du sein avec généralisation et cachexie.

Histoire de la maladie.—Au mois de mai dernier, sans prodromes, sans affaissement dans l'état général, on peut dire en pleine santé, à l'occasion d'une période menstruelle, la malade éprouve une vive douleur dans les deux fosses iliaques. En même temps, état nauséux, légère élévation de température; constipation. Les règles cessent, mais la douleur persiste très violente, et de plus, au bout de quatre à cinq jours, se localise du côté droit dans la région caecale.

En même temps, la malade affirme s'être aperçue déjà de la présence d'une masse dans la fosse iliaque droite, ce qui ferait supposer que la tumeur évoluait déjà depuis quelque temps et d'une façon insidieuse, pour ne révéler sa présence que par une sorte de crise aiguë.

Depuis cette époque, la douleur n'a pas cessé; on doit noter simplement des alternatives de rémission et d'aggravation.

Parfois diarrhée mêlée de débris muco-membraneux. Le plus souvent constipation opiniâtre, véritables crises d'obstruction intestinale, terminées par de selles très douloureuses.

Les crises survenaient de préférence environ quatre heures après le repas.

Pas de sang dans les selles.

Jamais de vomissements.

La tumeur aurait pu augmenter de volume d'après le dire de la malade.

Sauf la dyspepsie spéciale due aux troubles digestifs, l'état général est assez bien conservé et il n'y a pas d'amaigrissement.

Examen de la malade.—Rien de particulier à la vue. Par la palpation au niveau de la fosse iliaque droite, et dans la région caecale, on sent dans la profondeur une sorte de masse indurée, plutôt qu'une véritable tumeur, et qui semble relativement mobile.

Cette exploration est pénible et réveille les crises douloureuses. Le point de Mac Burney n'est pas particulièrement sensible.

L'examen de l'utérus et des annexes ne donne rien de particulier, sauf une légère augmentation de volume de l'utérus.

Opération le 14 mars 1899.—Incision de la paroi à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et recourbée en dedans à ce niveau.

Le cæcum découvert est attiré au dehors. L'appendice paraît sain, mais au niveau de la valvule iléo-cæcale on trouve une induration très notable, formant une sorte de tumeur allongée parallèlement au gros intestin. Le péritoine est infiltré.

Section de l'intestin entre deux pinces à mors garni de caoutchouc. Libération du cæcum, et section au-dessus de la valvule du côlon, également entre deux pinces.

Fermeture en cul-de-sac des extrémités du gros et du petit intestin. Pour cette suture, nous enlevons à l'extrémité terminale une collerette de muqueuse d'environ un centimètre, et nous faisons un surjet linéaire sur les parois musculo-séreuse juxtaposées, les points en surjet rasant la muqueuse. Ceci fait, nous imaginons ce surjet terminal, et recouvrons le tout par un nouveau surjet séro-séreux.

Anastomose latérale de l'intestin grêle et du côlon ascendant, à environ trois centimètres au-dessus des bouts terminaux. (Les premiers surjets comprennent toute l'épaisseur des parois et un second est séromusculaire).

Suites opératoires.

14 mars			7 h., soir = 37°,6	P = 68
15 mars	7 h., matin =	37°, 5	7 h., —	37°,5 P = 68
16 —	—	38°,1	—	37°,8 P = 72
17 —	—	37°,5	—	37°,8
18 —	—	38°	—	38°,1
19 —	—	38°	—	37°,6
20 —	—	38°	—	37°,8
21 —	—	37°,8	—	37°,6
22 —	—	37°,4	—	37°,6

Au quatrième jour de l'opération, ouverture d'un abcès profond péri-cæcal contenant un pus grisâtre et fétide.

On fait sauter un tiers de la ligne de suture et on draine dans la profondeur avec des mèches salolées. L'écoulement, au début très abondant, s'est tari peu à peu, avec des pansements au naphтол camphré.

12 avril, production d'une fistule stercorale donnant issue à du liquide intestinal. Après trois pansements cette fistule est oblitérée.

Ce même jour, la malade à son réveil éprouve une vive douleur à la jambe gauche : celle-ci est œdématisée et semble le siège d'une véritable phlébite. Enveloppement ouaté et onction à la pommade laudanisée.

Pourtant l'état général reste bon ; mais la phlébite amène une augmentation de température.

16 avril.	7 h., matin ==	36°,8	7 h., soir ==	38°
17 —	—	37°,4	—	38°,7
19 —	—	37°	—	38°,3
20 —	—	36°,8	—	38°,3
21 —	—	37°	—	38°,3
22 —	—	36°,2	—	37°,1

Pendant tout ce temps, bon état général. Appétit normal. Selles régulières.

La plaie est complètement réunie, la cicatrice est souple. La malade quitte l'hôpital.

19 octobre.—Nous revoyons la malade. Elle dit ne jamais s'être si bien portée que maintenant. Elle mange absolument toute sorte d'aliments, digère très bien et va à la selle tous les jours.

Les selles sont très moulées.

Elle a regagné le poids qu'elle avait au début de la maladie.

Les parois du ventre sont très souples et très dépressibles. La palpation et la pression ne réveillent pas la moindre douleur.

MEDECINE PRATIQUE

La constipation habituelle d'origine spasmodique son traitement

PAR

R. ROMME

La constipation habituelle est produite, dans l'énorme majorité des cas, par l'atonie de l'intestin. Ce fait est aujourd'hui si bien établi, que lorsqu'un malade vient se plaindre de constipation habituelle et accuser toute une série de symptômes morbides qui en dépendent, on lui donne un traitement destiné à secouer l'inertie de son intestin, et dont le massage, l'hydrothérapie froide, générale ou locale, les lavements froids et un régime alimentaire particulier, forment la base. Cette pratique réussit quand la constipation habituelle, comme c'est ordinairement le cas, dépend de l'atonie de l'intestin. Mais il arrive aussi, dans quelques cas, rares il est vrai, que le traitement, si rationnel et correspondant si bien aux conditions pathogéniques, échoue et aggrave même la situation, surtout quand, pour appuyer les effets qui se font attendre, on lui adjoint les purgatifs. On essaie alors autre chose, un peu au hasard des diagnostics qui se succèdent, et, finalement, le malade est classé dans la catégorie des "constipés réfractaires."

Or, d'après M. Carl Kraus et M. Anton Bum, qui se sont simultanément occupés de ces cas énigmatiques, la constipation "réfractaire" serait moins réfractaire qu'on ne le pense et céderait même aisément à un traitement basé sur la connaissance exacte des causes de cette constipation. Tous les deux ils admettent que celle-ci est d'origine nerveuse et tient à un état spasmodique du gros intestin, d'après la terminologie de M. Kraus, à un état d'hypertonie, d'après celle de M. Bum. L'hypertonie étant l'opposé de l'atonie, il est donc tout naturel que le traitement dirigé contre l'atonie de l'intestin aggrave régulièrement la constipation qui dépend d'un état spasmodique.

Il importe donc au praticien de savoir reconnaître cette constipation d'origine spasmodique. Elle se présente, du reste, avec des caractères qui permettent d'en faire le diagnostic, une fois que l'attention est éveillée, et d'instituer un traitement pathogénique qui fait disparaître cette constipation "réfractaire".

**

Le malade atteint de constipation d'origine spasmodique est ordinairement un névropathe avéré, tantôt irritable, tantôt déprimé, dont l'état de nutrition sans être mauvaise, laisse pourtant à désirer. La constipation dont il se plaint, et qui l'occupe au plus haut degré, ne date pas de longtemps, et est attribuée à une cause précise : changement dans les conditions habituelles de la vie, occupations professionnelle, veillées tardives, mariage, etc. etc. Il est rare que le malade accuse de véritables douleurs dans l'abdomen : ce qu'il éprouve, ce sont des sensations bizarres, baroques, irrégulières dans la description desquelles son esprit névropathique se donne libre cours.

Si l'on examine ce malade, on trouve son ventre, malgré la constipation, nullement distendu, mais plutôt aplati, et la paroi abdominale vigoureusement contractée. Vient-on, avec un peu de patience à vaincre cette contraction et à pratiquer la palpation profonde, on constate tout d'abord que l'intestin n'est pas douloureux ou douloureux seulement par places, et cela d'une façon passagère. Le gros intestin est contracturé et donne la sensation d'une grosse corde. Cette contraction est quelquefois partielle et porte alors sur un ou plusieurs segments du côlon ascendant ou descendant : les parties sus-jacentes sont dès lors distendues et donnent à la percussion un son tympanique. Au toucher rectal on constate très nettement que le sphincter est dans un état de contraction tonique permanente, et cela aussi loin que le doigt peut pénétrer dans le rectum qu'on trouve ordinairement rempli de matières fécales.

Celles-ci offrent, dans la constipation spasmodique, un aspect assez caractéristique pour constituer un des éléments principaux du diagnostic.

Les matières fécales expulsées par ces malades se présentent notamment sous forme de scybales dures et allongées, le plus souvent de contours ronds, mais ne dépassant jamais comme épaisseur celle d'un crayon ou du petit doigt. Dans d'autres cas les matières, toujours très dures, sont en quelque sorte, fragmentée et forment au fond du vase une série de boules qui rappellent les noix. Enfin dans certains cas, où les matières fécales sont moins dures, elles forment parfois des sortes de rubans laminés, peu épais. Comme nous venons de le dire, cet aspect des matières est caractéristique de la constipation spasmodique et ne se rencontre dans aucune autre forme de constipation habituelle.

Si nous laissons de côté les symptômes secondaires qui dépendent du séjour prolongé des matières fécales dans l'intestin et sont les mêmes dans toutes les formes de constipation habituelle, quelle qu'en soit l'origine, nous trouvons que la constipation spasmodique est caractérisée par les particularités suivantes : le malade est névropathe ; sa constipation est de date relativement récente, et est attribuée à une cause déterminée ; le ventre, malgré la constipation, est aplati, l'intestin non douloureux à la palpa-

tion, et la paroi abdominale contractée ; les matières fécales sont dures et de petit calibre. Ces particularités donnant à la constipation spasmodique un cachet à part, permettent d'en faire le diagnostic et d'instituer un traitement pathogénique.



L'hydrothérapie tiède et quelques médicaments calmants, joints à un régime alimentaire particulier, mais fort peu rigoureux, triomphent assez rapidement de la constipation spasmodique.

L'*hydrothérapie tiède* comprend, en premier lieu, l'application des compresses chauffantes sur l'abdomen. Une longue et large serviette trempée dans l'eau à la température de la chambre, est bien exprimée, enroulée plusieurs fois autour du ventre et des reins, et recouverte d'une toile imperméable et d'une bande de flanelle qui la maintient. Suivant la gravité des cas, la compresse est laissée en place une ou deux heures, et renouvelée plusieurs fois par jour ; au début et pendant plusieurs jours de suite, le malade doit garder la compresse chauffante pendant toute la nuit. Si la chose est possible, quand le malade est, par exemple, traité dans un établissement spécial, on combine les compresses chauffantes avec l'irrigation chaude médiante, c'est-à-dire qu'au-dessus de la compresse on dispose, en cercles concentriques, un tub. de caoutchouc dans lequel on fait circuler de l'eau à 40°.

L'effet de ces compresses se fait ordinairement sentir très vite. Sous l'influence de la chaleur humide, les sensations morbides accusées par le malade s'atténuent et disparaissent, l'état de contraction spasmodique cesse, et, après quelques-uns de ces enveloppements humides, le malade a une selle qui le satisfait.

Pour appuyer l'action de ces compresses chauffantes, on prescrit, en même temps, des bains tièdes généraux ou des bains de siège tiède. Les premiers, à côté d'une action locale, exercent une influence salutaire sur l'excitabilité générale du malade ; les seconds possèdent surtout une action locale et secondent puissamment celle des compresses chauffantes. Les indications respectives de ces bains varieront donc avec chaque cas particulier.

Plus efficaces encore que les bains tièdes sont les douches en jet d'une température de 28° à 30°. La douche ne doit pas durer plus de deux minutes. On commence par diriger le jet sur le gros intestin, et, après avoir fait une trentaine de tours sur la périphérie du ventre, de façon à impressionner en premier lieu le côlon ascendant, on douche les membres inférieurs, en avant et en arrière, puis le thorax et le dos.

Les *grands lavages de l'intestin* jouent, dans le traitement de la constipation spasmodique, un rôle non moins important que l'hydrothérapie proprement dite. Mais, ici encore, certaines précautions sont nécessaires.

Destinés à exercer une action à la fois calmante et évacuatrice, ces lavements doivent être donnés tièdes, à 37°, et injectés sous une très faible pression, de façon à pouvoir être gardés aussi

longtemps que possible et exercer ainsi une action locale. On peut employer pour ces lavements l'eau simplement bouillie ; mais souvent une infusion de camomille, par exemple, est préférable.

Dans certains cas, notamment ceux dans lesquels la constipation spasmodique s'est compliquée de colite ulcéreuse, les lavements d'eau sont avantageusement remplacés par les lavements d'huile d'olive tiède, à la dose de 400 à 500 centimètres cubes. L'huile agit alors de plusieurs façons : tout d'abord, elle ramollit et mobilise les scybales, calme l'irritation de la muqueuse, et, en s'opposant à la résorption de l'eau à la surface de l'intestin, conserve aux matières fécales leur consistance pâteuse ; aussi, quand l'effet de ces lavements se fait sentir, la défécation s'effectue sans difficulté à la grande satisfaction du malade.

Les lavements d'huile sont pris par le malade le soir, avant de se coucher, d'abord tous les jours, puis tous les deux, trois ou quatre jours.

Le régime alimentaire qu'on donne à ces malades n'est pas rigoureux. Il faut naturellement prescrire les aliments et les condiments qui irritent l'intestin, mais le mieux c'est encore de se rapporter à l'expérience du patient, de se guider sur ses goûts et de ne pas exclure certains aliments, en théorie nuisibles, mais qu'en réalité le malade supporte fort bien. S'il existe des signes de putréfaction intestinale, et si l'on croit pouvoir leur attribuer les manifestations nerveuses que présente le malade, on fera bien de limiter considérablement la quantité de viande et de prescrire un régime largement végétarien.

L'hydrothérapie, les lavements et quelques modifications dans le régime suffisent généralement pour faire disparaître la constipation spasmodique dans l'espace de quelques semaines. Mais, dans certains cas, où cette thérapeutique laisse à désirer, il n'est inutile de lui associer un traitement médicamenteux.

Or, il faut savoir que, dans la constipation spasmodique, les purgatifs, et surtout les purgatifs drastiques sont directement nuisibles. Ce qui réussit le mieux, ce sont encore les calmants, avant tout la belladone, que Trousseau a introduite le premier dans le traitement de la constipation habituelle, réfractaire aux moyens ordinairement usités. La belladone, sous forme de pilules de 1 centigramme d'extrait de belladone, est donnée le matin, à jeun, une puis deux pilules par jour. On peut aussi donner de la teinture d'opium à la dose de 5 gouttes par jour. Dans les deux cas il est préférable de "préparer" l'intestin par l'administration d'un peu d'huile de ricin.

Une maladie inconnue sévit en ce moment dans le township de Maddison. Quelques médecins sont cependant d'opinion que c'est une forme particulière et obscure de méningite.

Le médecin en chef de l'armée boer est le docteur Reinhart, gradué à l'université de Munich.

CLINIQUE MEDICALE

PNEUMONIE CONTUSIVE

PAR

A. SOUQUES

Médecin des hôpitaux.

On connaît depuis longtemps l'influence des traumatismes thoraciques sur le développement de la pneumonie. Morgagni, Roupe et J. Franck ont laissé quelques narrations frustes et sommaires sur cette matière. Lieutaud, Portal, Lermnier et Ardrad ont fait de ce sujet une étude plus nette et plus détaillée. Plus près de nous, les travaux de Legouest, Boyer et Gosselin d'une part, ceux de Grisolle, Courtois et Cahen d'autre part, ont contribué à fixer nos connaissances chirurgicales et médicales sur cette question.

Mais, jusqu'alors, la rubrique univoque de pneumonie traumatique s'applique indifféremment à tous les faits. Litten, le premier, en 1882, divise ses faits en deux catégories. Dans l'une, l'inflammation pulmonaire résulte d'une offense directe, faite au poumon, par une plaie pénétrante de poitrine, par un corps étranger ou par un fragment de côte fracturée. C'est la pneumonie traumatique proprement dite. Dans l'autre, l'inflammation dépend d'une simple contusion du thorax, sans plaie pénétrante et sans fracture de côte, autrement dit d'une offense indirecte du poumon. C'est la pneumonie contusive.

Cette division est rationnelle et doit être conservée, à notre sens, car elle correspond à une différence de mécanisme.

D'autre part, le terme de pneumonie a été souvent employé dans une acception trop étendue. Il s'est appliqué, en effet, à la bronchopneumonie, aux abcès et à la gangrène du poumon. Or il importe, respectant les espèces morbides, de le réserver à la pneumonie lobaire fibrineuse.

Depuis les recherches de Litten, les travaux se sont multipliés sur ce chapitre, tant sous la forme d'observations isolées que de mémoires critiques ou de thèses inaugurales, parmi lesquelles nous nous bornerons à rappeler celles de Proust, de Wendriner, de Koch, de Lescudé et de Pézerat. Depuis la même époque, la découverte du pneumocoque a singulièrement éclairé l'étiologie de la pneumonie. Le microbe a relégué, dans l'espèce, le traumatisme au second plan. Mais celui-ci n'en reste pas

moins un facteur capital. Son influence et son mode d'action demandent seulement à être interprétés. Nous le ferons plus loin, en n'envisageant, du reste, que la forme contusive, et en prenant pour base l'exemple suivant :

Il s'agit d'un chaudronnier de trente-trois ans, qui avait toujours joui d'une santé parfaite, qui n'avait jamais eu jusque-là—la chose doit être spécialement notée—de maladie de l'appareil respiratoire. Le 10 septembre dernier, vers 3 heures de l'après-midi, cette homme, voulant monter sur un tramway en marche, manque le pied et tombe à la renverse. Dans cette chute, c'est la moitié gauche du dos qui vient frapper le sol. Il se relève aussitôt sans encombre, rentre chez lui sans gêne ni douleur, passe toute la journée sans rien éprouver d'anormal et se couche bien portant vers 10 heures du soir. Le lendemain matin, au réveil, il éprouve un frisson, accompagné de sueurs, de céphalée et de courbature générale. Il ne peut se lever et reste ainsi couché durant deux jours, sans recevoir aucune visite, sans aucun soin. Pendant ce temps surviennent une toux quinteuse et pénible, un point de côté situé à la base gauche du thorax, en arrière, au niveau de la région contusionnée. La dyspnée était modérée, paraît-il, et, pendant les deux ou trois jours suivants, les crachats furent striés de sang.

Lorsque ce malade entre à l'hôpital Cochin, le 15 septembre, il est assez oppressé et se plaint de sa douleur de côté. On ne trouve aucun vestige de contusion thoracique, aucun signe de fracture costale. Par contre, l'examen stéthoscopique révèle les symptômes classiques d'une pneumonie lobaire de la base gauche, ou plutôt d'une pleuro-pneumonie. La percussion dénote, en effet, une plaque de matité, en arrière, qui dépasse l'angle inférieur de l'omoplate.

Les vibrations vocales sont presque abolies, et l'auscultation perçoit un souffle tubaire, à la limite supérieure de la matité. Enfin, sur une assez grande étendue, surtout près de la ligne axillaire, on trouve de nombreux râles crépitants. La plèvre est peu atteinte, car une ponction exploratrice, pratiquée le jour même, ne ramène aucun liquide.

A ces signes physiques se joignaient de la dyspnée, de la toux et des crachats visqueux, adhérents, couleur sucre d'orge.

Dans ces crachats, recueillis après lavage préalable de la bouche, l'examen bactériologique décelait de nombreux pneumocoques et quelques streptocoques.

Nous ajouterons que la température atteignait 39°, que les urines étaient albumineuses et que l'état général restait satisfaisant.

Le 18 septembre, le thermomètre ne marquait plus que 37°, et, le lendemain, la fièvre avait cessé. Les signes fonctionnels et généraux s'amendèrent parallèlement et disparurent vite. Seuls, les signes physiques persistent encore sous la forme de souffle et de râles sous-crépitaux mélangés. Enfin, huit jours plus tard, la résolution était absolue et la guérison complète.



Tels sont, en résumé, les détails du cas. Le diagnostic de pneumonie lobaire fibrineuse aiguë de la base gauche était évident. Point n'est besoin de le discuter.

Au surplus, l'intérêt n'est pas là ; il réside dans les conditions qui ont précédé le développement de cette pneumonie. Il est certain que celle-ci est apparue après une contusion thoracique. Mais a-t-elle été déterminée par cette contusion ? S'agit-il ici, en d'autres termes, de pneumonie par contusion du thorax ?

Il est impossible, dans un certain nombre de cas morbides, de refuser toute créance à l'ancien adage : *post hoc, ergo propter hoc*. Dans l'espèce, l'ordre chronologique prend une valeur singulière. Un homme, en pleine santé, fait une chute sur le dos ; le lendemain, il est pris de frisson, de troubles généraux, et, deux ou trois jours après, des symptômes typiques de la pneumonie franche. Le traumatisme a spécialement porté sur le côté gauche du thorax, en arrière et à la base. Or, c'est précisément en arrière et à la base gauche du poumon que siège le foyer pneumonique. Invoquer ici une coïncidence pure serait illogique. L'enchaînement même des faits prouve une relation de causalité.

Du reste, sans être fréquents, les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. Litten, qui, dans l'espace de six ans, a recueilli 320 cas de pneumonie, en a trouvé 14, c'est-à-dire 4,4 pour 100, qui étaient consécutifs à un traumatisme. Demuth, il est vrai, ne donne qu'un pourcentage de 1,66.

Il semble donc, d'après ces deux statistiques, que la pneumonie contusive doive se rencontrer assez souvent. Les faits publiés ne sont pourtant pas nombreux. M. H. Meunier, qui a consacré à ce sujet un chapitre de sa très remarquable thèse, n'a pu en relever que 49. M. Netter en a vu personnellement deux exemples. " Il s'agissait bien là, dit-il, des pneumonies lobaires à pneumocoques, et nous ne croyons pas qu'on puisse, pour rejeter tout lien de cause à effet, arguer de la rareté relative de ces observations." Depuis trois ans, il en a été publié quelques cas, notamment par Schaffeh, Hauch, Bloch, Harris, Lescudé, etc.

Il est inutile de faire remarquer que la nature du traumatisme importe peu. L'existence d'une condition adjuvante ou prédisposante : pneumonie ou bronchite antérieure, alcoolisme, surmenage, aurait, au contraire, une importance facile à concevoir.

Le seul intérêt de la pneumonie contusive réside dans l'étude de sa cause provocatrice. Rien, en effet, dans ses symptômes et dans ses lésions, ne la différencie nettement de la pneumonie de toute autre origine. On a bien écrit que son début était moins bruyant que le frisson initial y était plus rare, que la température montait moins haut et moins vite, et que la défervescence s'y faisait plus souvent par lysis. On a dit aussi que la prostration y était plus précoce et plus accentuée, la matité moins compacte, le râle crépitant moins sec, la marche plus rapide et l'issue plus favorable. Mais ce sont là des caractères subtils et essen-

tiellement contingents. On a dit encore que l'hémoptysie y était plus commune. Cela est vrai, si on parle de l'hémoptysie qui suit immédiatement le traumatisme, dépend d'une déchirure des vaisseaux pulmonaires, et ressortit, en réalité, plus à la forme traumatique qu'à la forme contusive de la pneumonie.

Un trait assez particulier serait la rareté de l'herpès. Pezerat, qui, entre parenthèse, englobe sous la même rubrique de pneumonie traumatique les deux catégories séparées par Litten, ne l'a relevé que trois fois sur une trentaine d'observations. Or, dans la pneumonie vulgaire, l'herpès se rencontre dans le tiers des cas environ. Un second trait, qui mérite d'être souligné, consiste dans la fréquence relative de la suppuration et de la gangrène consécutives. Il faut cependant, ici, faire une part aux cas de suppuration et de gangrène primitive qui ont pu emprunter, au début tout au moins, le masque de la pneumonie. Mais, ces réserves étant faites, la chose est vraie. Elle est également vraie pour la tuberculose post-pneumonique dont Jaccoud, Schradler, Thomas, Harris ont cité des exemples.

Au point de vue anatomo-pathologique, la pneumonie contusive ne présente aucun caractère spécial. Elle affecte le type lobaire habituel. Dans le cas de A. Petit, on trouva trois noyaux disséminés dans le même poumon.

Nous laissons de côté—et à dessein—les faits, d'ailleurs fréquents, de broncho-pneumonie, ainsi que les cas exceptionnels de pneumonie interstitielle ou disséquante, analogues à l'observation de Hayem et Graux, et cela pour ne pas donner au terme de pneumonie la signification étendue que nous critiquons plus haut. Du reste, si l'on veut avoir une idée approximative de la fréquence comparée des diverses lésions pulmonaires consécutives au traumatisme, il suffit de regarder le tableau suivant, emprunté à la thèse de Meunier :

Pneumonie et pleuro-pneumonie (dont 4 doubles et 3 suppurées).....	36 cas
Pneumonie catarrhale, broncho-pneumonie catarrhale, broncho-pneumonie.....	2 “
Pneumonie gangréneuse.....	9 “
Pleurésie purulente.....	1 “
Abcès pulmonaire.....	1 “

Il ne nous reste maintenant qu'à étudier le mécanisme intime de la pneumonie par contusion.

On croyait autrefois, sans preuves anatomiques du reste, que la contusion des parois thoraciques blessait le poumon sous-jacent à travers la paroi thoracique, et déchirait le parenchyme et les vaisseaux pulmonaires. L'inflammation de l'organe en était la conséquence naturelle. Or, cette opinion, même si elle était étayée aujourd'hui par la doctrine microbienne, ne saurait convenir qu'aux cas de pneumonie traumatique proprement dite.

Quelques observations de pneumonie contusive pourraient peut-être bien se réclamer d'une opinion analogue. Tels les faits où la pneumonie occupe non seulement le côté contus, ce qui est

la loi, mais encore le niveau même de la région contusionnée, ce qui se rencontre dans les cas de Lerminier et Andral, de Jollye, de Mongour, de Bloch, etc. On peut supposer ici que la contusion a frappé le poumon à travers le thorax, et déterminé une altération organique ou plutôt un trouble circulatoire circonscrit de cet organe. Du fait de cette perturbation localisée, l'organe perd en cet endroit ses moyens de défense contre le microbe qui l'assiège, contre le pneumocoque dans le cas présent.

Mais tous les faits de pneumonie contusive ne sauraient dépendre d'un semblable mécanisme. On ne peut invoquer ce mécanisme dans les observations où la pneumonie siégeait au sommet alors que la base avait été contusionnée, dans celles où le foyer pneumonique occupait le côté opposé à la contusion, dans celles, enfin, où la pneumonie suivit une chute sur les pieds, sur les genoux, sur un point quelconque autre que le thorax. Ces derniers faits sont authentiques, en dépit des réserves de Grisolles, qui les révoquait en doute. Ils sont rares assurément, mais ils n'en éclairent pas moins d'une vive lumière la physiologie pathologique de la pneumonie par contusion du thorax.

Pour les interpréter, en effet, on ne peut plus imaginer l'action directe de la contusion thoracique sur le poumon sous-jacent. Force est bien d'admettre une action à distance, une action réflexe. Le réflexe part du point contusionné, monte dans les centres bulbaires, s'y réfléchit et revient aux poumons par la voie du vague. Il s'ensuit une vasodilatation paralytique de l'appareil pulmonaire. L'expérimentation a donné la preuve de ce mécanisme, en montrant que le traumatisme détermine non seulement un tremblement du rythme respiratoire, mais aussi un trouble vaso-moteur avec abaissement de la pression sanguine, et cela dans tout l'appareil pulmonaire. Le terrain est alors préparé pour le pneumocoque, soit que celui-ci porte son action sur tel ou tel lobe d'un seul poumon, ce qui est la règle générale, soit qu'il envahisse les deux poumons, comme le prouvent les cas de Cahen, dans lesquels une contusion unilatérale avait provoqué une pneumonie double.

En admettant l'action réflexe, il devient aisé de concevoir aussi bien les observations de pneumonie lobaire consécutive à une contusion thoracique que celles qui ont suivi un traumatisme "extra-thoracique." Dans ces derniers faits, tout l'organisme se trouve en état de "shock," et l'infection se porte sur un point quelconque de l'appareil pulmonaire.

Cette infection est, d'ailleurs, facilitée. Le poumon, chez certains sujets, est en état de pneumonisme latent, si on peut employer un tel néologisme. En effet, von Besser et Claisse ont trouvé le pneumocoque parasitant dans les bronches d'individus sains. S'il n'existe point dans l'arbre broncho-pulmonaire, étant donné qu'il vit normalement dans les voies respiratoires supérieures, la ventilation pulmonaire l'apportera au moment opportun dans le poumon que le traumatisme a désarmé, en paralysant ou en annihilant ses moyens de défense physiologique. Autrement dit, la contusion produit un trouble fonctionnel du système

vaso-moteur du poumon, à savoir, une vaso-dilatation qui modifie la diapédèse et compromet la phagocytose. Samuel, Ochotina, Giuffrè et Polacci ont fait voir que la vaso-dilatation suspend, chez l'animal, la défense qui rendait les microbes inoffensifs. De leur côté, Charrin et Ruffer ont établi que l'infection d'un organe est favorisée par la suppression de son innervation.

On a objecté—et c'est Sturges qui a formulé l'objection—que l'éclosion des manifestations pulmonaires était chronologiquement trop rapprochée du traumatisme pour qu'il pût s'agir de véritable pneumonie. L'objection ne vaut point. Elle conviendrait tout au plus à deux ou trois des observations publiées. Dans la majorité des cas, les signes de la pneumonie ne se montrent que deux ou trois jours après la contusion. Seul le frisson survient plus tôt. Mais le frisson, ainsi que le remarque fort justement M. Meunier, traduit simplement l'infection qui s'installe. Ne le voit-on pas survenir, dans un aussi bref délai, au cours de l'infection urinaire, consécutive à un traumatisme chirurgical de la vessie, par exemple ?

Au surplus, les faits de pneumonie par contusion sont trop nombreux aujourd'hui pour qu'on puisse les expliquer par une coïncidence et nier toute relation de causalité entre la contusion et la pneumonie. On ne peut pas davantage révoquer en doute le caractère fibrineux et lobaire de cette pneumonie. La clinique et l'anatomie pathologique en ont donné la preuve. Les recherches bactériologiques, faites pendant la vie, ont révélé dans les crachats la présence du pneumocoque, ainsi qu'en font foi les examens de A. Petit, Mongour, Lucatello, Murry, Sokolowsky, etc., de telle sorte que la réalité et l'authenticité de la pneumonie contusive sont établies sur des bases inattaquables.

En résumé, le traumatisme, et, avant tout, le traumatisme thoracique, peut provoquer et localiser la pneumonie lobaire, aiguë, fibrineuse, par simple contusion. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une application particulière de la loi générale dégagée par Max Schuller. En ce qui concerne la pneumonie, la méthode expérimentale a montré le bien fondé de cette loi. Gamaleia n'a pu produire la pneumonie lobaire, chez l'animal, qu'en traumatisant le poumon, soit qu'il inoculât le pneumocoque à travers la paroi thoracique, soit qu'il l'introduisît par la voie trachéale, après avoir préalablement injecté du tartre stibié. En 1889, Platania obtint des résultats analogues, en produisant également, au préalable, une lésion aseptique du poumon. D'autre part, la méthode expérimentale a montré que le traumatisme préparait l'infection, en déterminant un trouble du système vaso-moteur d'origine réflexe. Bref, le rôle et le mécanisme du traumatisme dans le développement de la pneumonie contusive sont solidement établis sur des bases à la fois cliniques et expérimentales.

L'ÉPISTAXIS ET SON TRAITEMENT

PAR

LE D^r PAUL RAUGÈ*(Suite.)*

b) *Hémorragie circonscrite à siège inaccessible ou indéterminé.*—C'est le cas des hémorragies traumatiques. Et c'est celui également des épistaxis opératoires qui ne diffèrent des premières que parce que le traumatisme est ici artificiel et volontaire.

On ne peut rien dire de bien précis, comme siège et comme étendue, sur cette forme d'épistaxis soumise naturellement, comme toute hémorragie provoquée, à l'imprévu du traumatisme ou à l'importance de l'acte opératoire qui causent l'effusion sanguine. Suivant la profondeur de la lésion, c'est tantôt la muqueuse qui saigne, tantôt le squelette sous-jacent. Quant à la topographie même de ces sortes d'hémorragies, ce qu'on n'en peut affirmer de moins vague, c'est qu'il n'est pas un point des cavités nasales d'où elles ne puissent provenir, depuis les os propres du nez, jusqu'aux régions les plus profondes limitées par le maxillaire supérieur, l'ethmoïde ou l'apophyse ptérygoïde. On sait la valeur diagnostique que présente l'hémorragie nasale en tant que symptôme probable des fractures de la base du crâne; mais l'épistaxis, en ce cas, n'est plus qu'un fait très secondaire, et dont l'importance s'efface devant des symptômes plus graves.

En somme, autant on pouvait tout à l'heure affirmer, présumer tout au moins, le point exact d'où provenait le sang, autant, ici, on est forcé à des descriptions indécises, autant le traitement lui-même sera par suite, inconstant et divers.

A cette catégorie se rattachent les hémorragies déterminées par les tumeurs ou les lésions organiques des fosses nasales: ulcères de toute nature, varices, angiomes, télangiectasies et tumeurs cavernieuses, sarcomes mous, polypes muqueux, fibromes naso-pharyngiens, corps étrangers et rhinolithes. Là, encore, on ne peut rien prévoir sur la source de l'hémorragie, aussi imprécise et variable que l'altération qui la cause. Un examen rhinoscopique complet pourra seul—et encore pas toujours—montrer la lésion coupable et mettre quelque certitude dans l'appréciation de la nature, de la position et de l'importance des altérations vasculaires.

c) *Hémorragies diffuses.*—On admettait anciennement, on admet encore aujourd'hui que, sous l'action de troubles circulatoires (maladies du cœur, stases veineuses), ou de perturbations de la crase sanguine, il se produit très fréquemment, du côté des

fosses nasales, des hémorragies secondaires qui, par opposition avec les précédentes, méritent véritablement le nom d'épistaxis médicales. Il ne s'agirait plus, en pareil cas, de lésions localisées, mais d'un écoulement sanguin se faisant d'une façon diffuse et, si je puis dire, en surface.

Sans doute on ne peut pas nier que les hémorragies nasales ne soient un accident fréquent dans nombre d'états dyscrasiques : la plupart des fièvres éruptives, le purpura, le scorbut, le paludisme, la leucocythémie, l'ictère grave, les maladies du cœur et du foie peuvent évidemment déterminer des épistaxis plus ou moins abondantes, et qui indiquent d'ordinaire des affections à forme grave. L'épistaxis prémonitoire de la fièvre typhoïde, la grande épistaxis du mal de Bright, celle qui survient communément dans le cours de la scarlatine ou de la variole hémorragique sont des faits de pratique courante. Il serait puéril de nier que la muqueuse des fosses nasales ne puisse, sous ces diverses influences, saigner comme tout autre muqueuse. Elle y est même plus disposée qu'aucune autre par sa grande vascularité et par la présence, dans son chorion, d'une couche de tissu caverneux épaisse de 2 à 4 millimètres (Toynbee Zuckerkand) et qui fait de cette membrane un véritable appareil érectile (corps caverneux de la pituitaire). Mais ce qui semble plus difficile à admettre, c'est le mécanisme, d'ailleurs assez vague, qu'on attribue à ces hémorragies lorsqu'on dit qu'elles se produisent sans effraction de la muqueuse, du moins sans effraction apparente. On a quelque peine à concevoir que lorsque les hémorragies des bronches, de l'estomac, de l'intestin sont unanimement rapportées à l'ulcération de leurs muqueuses, la muqueuse des fosses nasales soit la seule à qui l'on accorde la faculté mystérieuse de pouvoir saigner sans plaie visible et de laisser transsuder à sa surface une véritable rosée de sang. Et il semble fort improbable que l'épistaxis la plus médicale ne soit pas, comme toute hémorragie, le résultat d'une perte de substance. Cette déchirure, évidemment, peut être plus ou moins profonde, plus ou moins difficile à reconnaître ; cela n'empêche pas qu'en clinique il faut toujours la rechercher.

Si j'insiste, c'est que je crois qu'il y a là une question tout à fait capitale au point de vue thérapeutique. Tant qu'on s'imagine, en effet, que l'épistaxis symptomatique est d'ordre purement médical, on néglige assez volontiers de lui faire un traitement direct, pour s'attarder à des prescriptions médicamenteuses, le plus souvent théoriques et illusoire. On ne devrait jamais oublier qu'une épistaxis, quelle qu'elle soit, relève des moyens locaux beaucoup plus que des potions, des révulsifs ou des vésicatoires ; qu'elle est "une hémorragie chirurgicale qui réclame un traitement chirurgical ; le traitement médical ne vient qu'ensuite" (Lermoyez).

Il nous est maintenant facile de résoudre, avec précision, ce problème si important de pratique journalière : quel est le traitement à faire en présence d'une hémorragie nasale ? Les indications qui précèdent nous en fourniront la solution et guideront notre conduite.

Quelle que semble être la cause qui produit l'écoulement sanguin, la première indication, la plus simple, est d'aller droit au lieu d'élection. Il importe donc, avant tout, de savoir au juste où il est.

L'orifice du canal de Jacobson occupe, à la surface de la cloison, une situation presque constante, assez constante pour que M. Potiquet ait réussi, dans la plupart des cas, non seulement à le découvrir sur le cadavre, mais à le voir sur le vivant, et même à y introduire un fin stylet. Il se trouve, d'après les mensurations de A. Kœlliker, à 8 millim. 5, en moyenne, au-dessus du plancher nasal, et à 23 millimètres de l'angle formé par la sous-cloison avec la lèvre supérieure.

Les variations individuelles dans la situation de cet orifice sont d'ailleurs si peu prononcées " qu'en suivant la distance maxima et minima indiquée par A. Kœlliker, on arrive à circonscrire sur la cloison un espace à peu près losangique, mesurant 7 millimètres de bas en haut, 8 millimètres d'avant en arrière, dans lequel on trouve presque à coup sûr l'orifice " (Potiquet). C'est par cette " zone de recherche " que doit, par conséquent, commencer la poursuite de la source probable dans toute hémorragie nasale. Pour atteindre cette région, il est à peine nécessaire de se servir du speculum. Je dirai presque qu'en ce cas cet instrument est plutôt incommode, car l'extrémité de sa branche interne vient précisément recouvrir le point de la cloison qu'il s'agit d'explorer. Relever fortement l'aile du nez, de façon que l'orifice de la narine se renverse le plus possible en dehors. A la surface de la cloison, dont cette manœuvre découvre la partie inférieure, suivez une ligne oblique en haut et en arrière : c'est à 2 centim. ou 2 cent. $\frac{1}{2}$ sur cette ligne que se trouve la zone hémorragipare. Je ne crois pas que, pour une pareille manœuvre, le praticien le plus inexercé à la rhinoscopie antérieure puisse se retrancher dans son incompetence.

On va m'objecter, j'imagine, que, même dans cette région très accessible, la recherche n'est pas commode au milieu du sang qui s'écoule, des caillots qui gênent l'examen, et qu'on a, cela se comprend, quelque scrupule à détacher de peur d'augmenter l'hémorragie. Sans doute, il ne faut pas s'attendre à voir toujours très nettement le point exact d'où sort le sang. Mais il est toujours possible et facile d'appliquer sur ce point présumé le doigt ou un tampon porté par une pince. Si l'on constate, à ce moment, que l'hémorragie faiblit on s'arrête, c'est qu'on est sur la bonne piste ; il ne reste qu'à maintenir à demeure cette compression circonscrite : on peut employer, dans ce but, soit les pinces à vis de pression servant au redressement de la cloison, soit le fixateur en baleine imaginé par Delstanche pour maintenir en place les sondes d'Itard (Garel). Si l'on n'a pas entre les mains ces instruments un peu spéciaux, on peut fort bien les remplacer par une simple pince à arrêt, soit en l'appliquant extérieurement à cheval sur le dos du nez, soit en introduisant dans chaque narine une des branches préalablement garnie de gaze. Cette compression

méthodique suffit dans la plupart des cas, et, au bout de quelques minutes, l'écoulement est complètement arrêté.

Mais s'il ne s'arrête pas ? Alors il faut bien reconnaître que l'hémorragie, cette fois, ne vient pas de sa source ordinaire et que son origine est plus profonde. C'est-à-dire, que sans attendre, on doit immédiatement se résoudre à agir d'une façon moins directe, à attaquer l'ennemi sans le voir. Mais là encore il conviendra de graduer les moyens d'action, d'aller du simple au compliqué, de ne pas se hâter surtout de faire le tamponnement postérieur.

Le premier moyen à mettre en œuvre, c'est le tamponnement par la narine, j'entends un tamponnement méthodique, permettant d'exercer suivant les règles, sur toute la paroi nasale, une compression modérée et régulière.

Pour pratiquer cette opération qui ne demande, pour être bien faite, qu'un peu de patience et de soin, il n'est pas absolument nécessaire d'appliquer le speculum nasal. Toutefois, si on l'a sous la main, cet instrument, en dilatant la narine, permettra de mieux voir ce qu'on fait et facilitera beaucoup la manœuvre. Au moyen d'une longue pince, la cavité est peu à peu remplie de petits bourdonnets de gaze ou de tampons d'ouate hydrophile. Ces tampons peuvent être libres ou réunis en queue de cerf-volant (Houdeville). L'important est de les faire petits, pour pouvoir les tasser par couches successives, et de les étager avec soin sans laisser entre eux aucun vide.

On peut d'ailleurs les imprégner de liquides hémostatiques (antipyrine au 10°, cocaïne au 20°, eau de Pagliari, ferripyriue au 5°, acide trichloracétique au 100°). MM. Lermoyez et Gellé recommandent en pareil cas l'eau oxygénée à 12 volumes, qui, à condition d'être employée fraîche, possède une puissante action hémostatique. Quant au perchlorure de fer, dont chacun connaît les dangers, je ne dois le citer ici que pour en proscrire l'emploi.

Il faut également signaler une substance indiquée depuis peu dans le traitement des hémorragies : je parle du sérum gélatiné conseillé par M. Paul Carnot : c'est une solution de gélatine (5 à 10 %) dans le sérum artificiel (chlorure de sodium : 7, eau 1000). Ce mélange, soigneusement stérilisé par des ébullitions successives, comme s'il s'agissait d'un milieu de culture, est mis dans des flacons bouchés où on le conserve à l'état de gelée solide. Au moment du besoin on le fait fondre au bain-marie pour en imprégner les tampons ou pratiquer des injections nasales. Dans une épistaxis rebelle, M. Siredey a employé avec succès cette substance, dont l'action coagulante favorise la formation des caillots et forme, avec le sang qui remplit la cavité, un véritable magna compressif.

Au lieu d'entasser les tampons à même dans la cavité, en les bonnant, si je puis dire, à nu, on a conseillé, non sans raison, de commencer par introduire à vide un sac de caoutchouc ou de baudruche qu'on remplit, une fois en place, avec du coton ou de la gaze, ou qu'on gonfle simplement d'air. Tout le monde connaît le moyen classique qui consiste à employer dans ce but un simple

condom détourné, pour la circonstance, de ses applications ordinaires. C'est l'idée du pessaire à air étendue aux cavités nasales.

Il est un tour de main du même genre que je veux encore citer : c'est celui que M. Dionisio a imaginé récemment. Voici, sommairement décrite, la technique de ce procédé vraiment ingénieux et à la fois très simple :

Prenez un tube de caoutchouc de 8 millim. de diamètre et de 8 à 10 centim. de long ; étirez-le sur un mandrin d'acier qui en dépasse un peu la longueur, en coiffant les deux bouts du tube sur les extrémités du mandrin. Sur le tube ainsi allongé, et par cela même aminci jusqu'à n'avoir plus qu'un diamètre de 3 ou 4 millim. ; enroulez une couche de gaze. Poussez-le dans les fosses nasales. Une fois le système introduit, décoiffez le bout extérieur du mandrin et retirez-le du tube en laissant ce dernier seul en place. Le tube, en reprenant sa longueur, reprend aussi son calibre primitif ; il se gonfle, si je puis dire, à l'intérieur de la cavité nasale et y exerce une compression d'autant plus efficace qu'elle est régulière, élastique, et se transmet à la paroi par l'intermédiaire de la gaze.

Indiquons enfin, en terminant, un moyen trop souvent oublié et qui, pourtant, peut donner à peu de frais les plus excellents résultats ; je veux parler des injections très chaudes (40 à 45°) qui produisent dans les fosses nasales l'effet décongestif et hémostatique dont chacun connaît les applications si utiles dans certaines métrorragies.

Il est bien peu d'épistaxis qui résistent aux traitements précédents, et en particulier à un tamponnement antérieur convenablement appliqué. Il peut arriver cependant que ce moyen lui-même demeure insuffisant et ne réussisse qu'à diminuer, mais pas à tarir l'hémorragie. Le sang ne coule pas par la narine, mais il continue malgré tout à fuir par l'orifice postérieur ; si l'on examine le pharynx, ce qu'il ne faut jamais manquer de faire, on le trouve tout rouge et inondé de sang que le malade avale en abondance. C'est alors, et alors seulement, qu'on est autorisé, comme on dit, à brûler sa dernière cartouche et à faire, en désespoir de cause, le tamponnement postérieur.

Je crois superflu de m'étendre sur cette opération trop classique qu'on trouve surabondamment décrite dans toutes les petites chirurgies. Je rappellerai seulement quelques précautions sur lesquelles on n'insiste, je crois, pas assez.

Attacher à l'œil de la sonde, avant de l'introduire, une anse de fil assez longue sur laquelle on fixera tout à l'heure le chef postérieur du tampon ; faute de cette précaution, on a souvent beaucoup de peine à enfiler directement ce chef dans l'orifice du ressort métallique englué et obstrué par le sang.

Employer un tampon de gaze proportionné aux dimensions de la chéane, c'est-à-dire ayant le volume et la forme un peu allongée de la dernière phalange du pouce du malade (Zarniko cité par Larmoyez).

Guider le tampon postérieur avec un doigt introduit par la

bouche, jusqu'à ce qu'on sente exactement appliqué sur l'orifice postérieur.

Ne jamais laisser le tampon séjourner pendant plus de vingt-quatre heures et prendre, lorsqu'on le retire, tous les soins de propreté nécessaires pour désinfecter la cavité. Par cette double précaution, on réduira au minimum les deux inconvénients majeurs du dangereux moyen de salut qu'on n'a pu parvenir à éviter : contact trop prolongé des tampons sur les orifices tubaires ; décomposition des caillots enfermés dans une cavité close.

Est-il besoin d'ajouter que, dans les cas, heureusement fort rares, où le malade est tout à fait exsangue, où des syncopes se produisent, où la vie enfin est menacée, on mettra immédiatement en œuvre tous les moyens généraux usités dans les grandes hémorragies : injections sous-cutanées d'ergotine, injections de sérum artificiel, transfusion ?

e finis sur une question par laquelle, en bonne logique, j'aurais peut-être dû commencer : le médecin a-t-il toujours le droit d'arrêter une épistaxis ?

On a quelque peu abusé de l'influence soi-disant salutaire qu'auraient sur la santé générale certaines hémorragies spontanées, celles qu'on appelait autrefois hémorragies dérivatives, critiques ou supplémentaires. La muqueuse des fosses nasales est une de celles assurément à qui l'on a le plus souvent prêté ce rôle étrange et tutélaire de soupape de sûreté.

Sans doute, on croit moins aujourd'hui à ces flux providentiels, et ces doctrines humorales nous semblent un peu surannées. Il se peut toutefois qu'on y revienne, maintenant que les émissions sanguines paraissent reprendre faveur et que la saignée redevient de mode. Pour le moment, on peut encore conclure que l'épistaxis est, après tout, une hémorragie comme une autre, c'est-à-dire une cause d'affaiblissement qui conduit à l'anémie aiguë, à la syncope, à la mort ; qu'elle est en somme une menace qu'il faut conjurer quand on le peut. Le sang n'est pas moins précieux quand on le perd par la narine que lorsqu'il vient d'une plaie artérielle, et je ne vois pas clairement pourquoi l'hémorragie nasale, pas plus que les hémorroïdes, aurait seule ce privilège d'être traitée avec plus de respect que toute autre perte de sang.

(*Bulletin Médical*).

Le docteur Charles Willgohe de l'Ohio, vient de célébrer son 96ème anniversaire. Il se livre encore à l'exercice de sa profession, et jouit d'une excellente santé.

Le directeur de l'Académie militaire de Médecine et de chirurgie de St-Pétersbourg a été autorisé à admettre des femmes médecins dans les hôpitaux, pour le soin des femmes et des enfants.

Causes et traitement des abcès chauds de la prostate

PAR

A. ROUTIER

Chirurgien de l'hôpital Necker.

Nous venons d'observer deux cas d'abcès de la prostate présentant dans leur étiologie des points assez intéressants pour qu'il m'ait semblé utile de ne pas les laisser passer inaperçus.

Vous savez que le plus souvent les abcès chauds de la prostate ont une cause qui est presque toujours la même : l'urètre est malade et suppure soit du fait du gonocoque, ce qui est le cas le plus fréquent, soit pour toute autre cause d'infection. Un traumatisme nouveau vient s'ajouter et provoque l'abcès ; c'est alors tantôt un cathétérisme au cours d'une urétrite, tantôt une injection mal faite, tantôt une fatigue exagérée, soit de nature vénérienne, comme des excès de coït, soit une fatigue ayant directement exercé son action sur le périnée, comme l'équitation, un long voyage en chemin de fer ou un excès de cyclisme.

Il est tout à fait exceptionnel qu'on observe des abcès chauds de la prostate en dehors de ces causes habituelles, et surtout avec un urètre sain. Or, les deux malades dont je veux vous entretenir, et chez lesquels j'ai eu à traiter des abcès de la prostate, présentaient précisément cette particularité.

Le premier était un homme de trente-quatre ans, n'ayant, dit-il, jamais eu de lésions de l'urètre, ni chaudepisse aiguë, ni goutte suspecte, chez lequel la miction avait toujours été normale. Le 24 octobre dernier, au sortir d'une soirée passée dans un café-concert, il fut pris brusquement de rétention d'urine ; il lui fut impossible d'évacuer une seule goutte dans l'édicule où il était entré pour satisfaire son besoin d'uriner. Il rentra chez lui et ne fut pas beaucoup plus heureux : il frissonna, se sentit mal à l'aise, puis, après de nouveaux efforts, il rendit à grand'peine quelques gouttes d'urine dans la nuit, et resta ainsi dans cet état jusqu'au 30, urinant quelques gouttes tous les quarts d'heure.

Quand il se présenta à la consultation, sa vessie était pleine, saillante ; il urinait par regorgement, l'urine laissait déposer du pus au fond du vase. En dehors de la miction, le canal était sec, le méat n'était pas enflammé.

Il se plaignait de douleur au fondement, de ténésme rectal ; au toucher, la prostate était douloureuse, tuméfiée, et on sentait deux saillies latérales formées par les deux lobes gonflés et tendus ; pendant cet examen, la pression sur les lobes prostatiques n'aménageait aucun suintement par le canal de l'urètre.

Le malade avait en outre de la fièvre, 38°4, il était anxieux, marchait avec peine et s'asseyait difficilement.

Je le fis purger, j'ouvris ses abcès prostatiques le 2 novembre, et le 10, il sortait parfaitement guéri.

Le second de mes malades n'est pas moins intéressant. Agé de quarante-deux ans, d'une bonne santé antérieure, n'ayant jamais eu la chaudepisse, il a dû, pour gagner sa vie, n'étant pas occupé de son état, faire, au terme dernier, le métier pénible de déménageur.

Peu habitué à ce dur labeur, il fut très fatigué, commença par sentir de vraies brûlures pendant la miction, puis fut pris, vers la fin d'octobre, de rétention d'urine et eut quelques frissons ; il alla à Saint-Louis, où on le sonda ; on dut répéter le cathétérisme deux fois par jour, puis la miction se rétablit, mais trop fréquente cette fois, il urinait toutes les deux heures environ. C'est à cause de cette fréquence des mictions, indolentes du reste, qu'il nous fut adressé.

Le malade était apyrétique, ne souffrait pas, et ce n'est que par l'examen direct, par le toucher rectal, que j'ai découvert dans sa prostate un abcès du lobe droit.

Cet abcès, ouvert le 6 novembre, était guéri le 15 et le malade quittait le service le 17, parfaitement guéri.

Vous le voyez, d'après ces observations, l'étiologie de ces abcès reste obscure ; chez nos deux malades le canal était indemne, nous ne nous en sommes pas tenus bien entendu à leur affirmation, mais à plusieurs reprises durant leur séjour, nous avons examiné leur canal, visité leur méat urinaire, jamais nous n'avons pu y découvrir l'ombre d'une trace d'urétrite.

Sans traumatisme direct ou indirect, sans autre cause que des raisons banales, peut-être le froid chez le premier, un excès de fatigue chez le second, ces deux hommes ont été pris de rétention d'urine.

Or, il me semble que cette rétention est plutôt la conséquence que la cause de l'abcès.

On a, il est vrai, sondé le second de nos malades, mais ce cathétérisme, pratiqué à l'hôpital Saint-Louis, a toutes les chances pour avoir été bien fait ; il n'a du reste été pratiqué que pour parer à la rétention ; le sujet avait déjà eu des frissons, je n'oserais l'accuser d'avoir causé l'abcès que nous avons eu à traiter, ces cathétérismes répétés n'ont pas causé de fièvre, pas réveillé de nouveaux frissons, et ont été suivis du rétablissement de la miction.

Celle-ci était, il est vrai, trop fréquente ; elle s'exerçait toutes les deux heures, quelquefois plus souvent, mais elle était indolente et n'avait pas le caractère de ces mictions fréquentes, impérieuses et douloureuses de la cystite du col.

Jamais il n'y a eu de sang avant, pendant ou après ces mictions ; je le répète, les cathétérismes pratiqués à ce malade ne me paraissent pas, pour tous ces motifs, devoir être accusés de la production de l'abcès.

Nous restons donc dans le vague pour expliquer cette suppu-

ration aiguë de la prostate chez nos deux malades ; il faut nous contenter de ces causes banales, froid, fatigue, sans pouvoir nous expliquer d'une manière plausible, la localisation de la suppuration dans la prostate.

Si par leur étiologie ces deux malades s'éloignent des types classiques, ils y rentrent à peu près par leurs symptômes : tous deux ont eu de la rétention d'urine, tous deux ont eu des frissons ; la fièvre a persisté chez le premier, elle était tombée chez le second, mais il y avait eu certainement un début fébrile, il insistait bien sur les frissons coïncidant avec une rétention d'urine.

Si le premier a eu ces douleurs vives spéciales caractéristiques des abcès de la prostate, douleur qu'exaspère le moindre effort, que réveillent la toux, la défécation, l'action de s'asseoir, nous devons constater la parfaite indolence du second, de telle sorte que nous aurions bien pu passer à côté de cet abcès sans le voir, si nous n'avions pas, de parti pris et systématiquement, pratiqué le toucher rectal.

C'est en effet le complément indispensable de tout examen clinique, quand il s'agit de maladies des voies génito-urinaires ; par le toucher rectal, vous appréciez de suite l'état de la prostate, l'état des vésicules séminales, et vous pouvez explorer dans une certaine mesure le bas-fond de la vessie. C'est peut-être parce qu'on ne suivait pas assez ce précepte que Civiale a pu dire que les abcès de la prostate, quoique communs étaient le plus souvent trouvés à l'autopsie.

:

Je veux encore attirer votre attention sur le traitement des abcès chauds de la prostate. C'est une question que j'ai déjà été amené à traiter en 1894, à propos de cinq cas qui s'étaient présentés dans le service ; depuis, un de mes très bons élèves, M. A. Lafont, à la suite de l'année d'externat qu'il passa ici, choisit ce point de thérapeutique chirurgicale pour sujet de sa thèse inaugurale. Les faits que j'ai observés depuis, les deux cas que vous venez de voir n'ont fait que confirmer les conclusions auxquelles je m'étais arrêté ; plus que jamais je crois que le vrai traitement des abcès chauds de la prostate, c'est leur ouverture large par la voie rectale.

Notez qu'en adoptant la voie rectale, vous obéissez une fois de plus à cette loi chirurgicale qui vous commande d'aborder toujours les abcès par leur point le plus culminant.

Laissez-moi aussi vous rappeler un fait clinique que j'avais déjà mis en lumière dès 1894, fait tiré de l'examen des malades pendant l'état de veille ou pendant le sommeil anesthésique.

J'avais remarqué alors, et j'ai toujours constaté depuis, que le toucher rectal donne des sensations différentes dans les deux cas.

Dans l'état de veille, par le toucher, vous provoquez la douleur, qui tout naturellement est abolie par l'anesthésie, mais le

fait que je veux vous signaler, c'est la disparition souvent complète, absolue, de la tuméfaction due à l'abcès.

La douleur provoquée par le toucher à l'état de veille sollicite la contraction du releveur de l'anus notamment, et, la prostate ainsi assujettie, il est facile de sentir la tuméfaction due à l'abcès ; alors, vous pouvez en apprécier le siège, le volume, l'étendue, l'unité, la dualité.

La tumeur est toujours latérale ; l'abcès siège dans un des lobes de la prostate, tantôt à droite, tantôt à gauche, et, dans ce cas, vous constatez l'asymétrie de la glande dont la partie abcédée fait saillie et bombe sous le doigt.

Dans certains cas, et c'est ce que nous avons trouvé chez le premier des deux malades que nous étudions, la saillie est bilatérale, séparée par un sillon, l'abcès était double, et fait que j'ai pu constater à maintes reprises, les deux foyers étaient indépendants.

Eh bien, quand, l'anesthésie obtenue, nous pratiquons encore le toucher pour bien déterminer le point où devra pénétrer le bistouri, on ne sent plus bien la tuméfaction de l'abcès ; on ferait alors avec peine le diagnostic de l'abcès : le releveur de l'anus est relâché, tout paraît souple sous le doigt, et il faut vraiment une grande attention pour retrouver le foyer déjà perçu.



Le traitement des abcès de la prostate, comme celui de tous les abcès, consiste dans l'évacuation du pus. J'ajoute que plus tôt cette évacuation a lieu, plus vite le malade est guéri ; et surtout cette évacuation hâtive évite au malade les complications de ces abcès, qui, comme vous le savez, sont surtout les suppurations péri-prostatiques et les fusées vers les fosses ischio-rectales, le pli de l'aîne ou le périnée ; alors surtout vous éviterez ces fistules urinaires signalées par la plupart des auteurs, qui semblent dire que par la voie rectale c'est un des accidents à redouter.

Je puis par expérience vous affirmer le contraire ; dans deux cas seulement j'ai vu l'urine couler par l'ouverture de l'abcès, mais c'étaient deux cas où par la force des circonstances j'avais dû intervenir fort tard, alors que l'abcès déjà ouvert par l'urètre ne guérissait pas ; fatalement l'ouverture de l'abcès mit l'urètre en communication avec le rectum, mais cette fistule guérit vite et spontanément.

Le secret pour bien guérir les abcès de la prostate, je le répète, c'est de les ouvrir vite et de bonne heure.

Je sais bien que certains abcès, souvent méconnus, s'ouvrent dans l'urètre et peuvent guérir ; cette ouverture peut être spontanée ou provoquée par le passage d'une sonde ; on cite toujours et partout le cas de J.-L. Petit. Il m'est arrivé aussi d'ouvrir ainsi un abcès en sondant un malade ; ce doivent être de petits abcès, siégeant surtout dans les parties de la prostate qui avoisinent le canal, des abcès sous-muqueux pour ainsi dire.

Quoi qu'il en soit, la voie urétrale n'est pas une voie à conseiller ; il serait téméraire de vouloir, par cette voie, ouvrir à tâtons avec le bec d'une sonde un abcès dont on ignore le siège exact.

J'ajoute que les vrais abcès des lobes, ceux qu'on sent bien faire saillie par le toucher, seraient sans doute difficilement accessibles par cette voie.



Les chirurgiens se partagent encore entre la voie périnéale et la voie rectale pour aborder les abcès de la prostate. La grande influence de M. le professeur Guyon, la thèse de mon collègue et ami Segond, inspirée par son maître, ont, je le crois, conduit le plus grand nombre à abandonner la voie rectale pour la voie périnéale ; malgré l'autorité incontestée du professeur Guyon, je n'hésite pas à trouver une grande supériorité à la voie rectale ; mon opinion s'appuie sur tous les faits déjà nombreux de ma pratique, comparés à ceux dont j'ai pu lire la relation dans les diverses publications.

Je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer, jamais je n'ai observé ces accidents imputables, disent les partisans de la voie périnéale, à l'incision du rectum. Je n'ai jamais eu d'hémorragie, jamais de fistule urinaire, sauf dans les deux cas dont je vous ai parlé, et où la fistule, qui n'était pas à mettre au compte du procédé, a guéri spontanément.

C'est par la voie rectale que vous aborderez l'abcès par sa partie la plus proéminente, c'est par cette voie que vous pourrez ouvrir les deux foyers purulents quand ils existent, c'est par là que vous videriez le mieux ces foyers.

Reste la question d'infection secondaire ; l'intestin, le rectum étant un milieu septique, que de complications vous menacent si vous faites communiquer avec ce milieu contaminé le foyer prostatique !

A toutes ces objections théoriques, je ne puis vous répondre que par des faits, mais ils sont probants ; jamais je n'ai observé d'infection secondaire ; quand mes malades avaient de la fièvre, elle est tombée par l'ouverture de l'abcès et elle n'a pas reparu.

La guérison absolue a variée entre huit et douze jours ; je ne crois pas que vous trouviez un pareil résultat dans le traitement des abcès de la prostate ouverts par le périnée.

Je suis et reste donc partisan de la voie rectale, mais à condition que l'ouverture de l'abcès soit large et franche.

En 1894, dans l'étude que je faisais sur ce même sujet, je montrais que si la voie rectale avait été abandonnée, c'est pour cause d'une mauvaise technique ; les chirurgiens ouvraient alors timidement les abcès de la prostate avec un bistouri muni d'une boule de cire, glissé sur le doigt ; c'était insuffisant et dangereux, et à cette pratique, je préférerais la voie périnéale.

Tout récemment : dans les *Annales de chirurgie des voies urinaires*, on préconisait l'emploi du trocart évacuateur suivi des

lavages du foyer, c'est revenir aux anciens errements, à cette chirurgie timide d'autrefois, qui croyait que de la grandeur d'une incision dépendait la gravité de l'intervention, et qui dans la piqure du trocart voyait une atténuation à l'emploi si dangereux du bistouri.

Nous n'en sommes plus là, et avec la grande majorité de mes collègues, je crois que l'incision en général est moins aléatoire que la ponction, et que dans tous les cas de suppuration, c'est l'incision suffisante, large, évacuatrice, qui est le moyen le meilleur.

L'incision des abcès de la prostate par la voie rectale n'ayant toujours donné des succès et des succès rapides, grâce, je crois, à ma technique, il me reste à vous l'exposer.

..*

Je ne l'ai pas modifiée depuis 1894. Cependant, au lieu de donner du chloroforme à mon malade, je me contente de l'anesthésie au bromure d'éthyle; elle est plus courte, mais beaucoup plus rapide.

Le malade est purgé la veille, et prend un grand lavement le matin du jour où il doit être opéré.

Le malade une fois endormi au bromure d'éthyle et couché sur le côté droit, je fais la dilatation du sphincter avec le spéculum de Trélat; par un grand courant d'eau boriquée ou naphtholée, je lave largement le rectum; avec une valve de Sims, je fais écarter la paroi postérieure. On a à sa gauche et sous les yeux la paroi antérieure.

Par l'examen du malade, précédemment fait, on sait où est l'abcès, à droite ou à gauche; on sait s'il y en a deux; on cherche à nouveau cette ou ces tuméfactions; vous savez que je vous ai dit que cette recherche était alors beaucoup plus difficile, elle est cependant possible; le siège de l'abcès bien déterminé, on tâte légèrement pour s'assurer qu'il n'y a pas d'artère qui batte; cette artère, du reste, si elle était coupée, serait très facile à lier, et on incise hardiment avec un bistouri dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

Le pus jaillit à flots; le doigt pénètre dans la cavité de l'abcès, y guide une canule par laquelle vous lavez bien les parois de la cavité, et vous tamponnez à la gaze iodoformée ou stérilisée.

Dès le quatrième jour, le malade va à la selle; le tampon tombe le plus souvent pendant cette opération, et le lendemain vous pouvez, par le toucher, constater que votre incision est représentée par une dépression de la muqueuse, dans laquelle le doigt ne peut plus pénétrer. Dès lors, le malade se croit guéri, ne souffre plus; et, le huitième jour, tout est réellement bien fini.

Dans les cas d'abcès doubles, d'abcès des deux lobes, que dans ma pratique j'ai toujours trouvés indépendants l'un de l'autre, vous répétez pour le second abcès ce que vous avez fait pour le premier, séance tenante bien entendu, et la guérison n'en est pas pour cela retardée d'une heure.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er janvier 1900. Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille à Paris. En vente chez Déom Frères, rue St-Denis.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là des connaissances indispensables aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Leur but a été de faciliter la tâche de l'étudiant ; non seulement ils lui donnent sous une forme aussi synthétique que possible, la matière des questions qui sont données d'une façon courante, mais ils ont surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadés que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, ils ont dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de *schéma*, quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre ou on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

L'ouvrage luxueusement imprimé, est illustré de très nombreuses figures originales. Ce sera le guide indispensable à l'étudiant qui commence son stage hospitalier.

A. LUTAUD.—*Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale.* (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète. Un fort volume in-8 de 730 pages et 601 fig. Paris, MALOINE, éditeur).
En vente chez Déom Frères, rue St-Denis.

Ce volume vient à point pour résumer les notions modernes que doit avoir le praticien sur la gynécologie. Il tient une place moyenne entre les simples *mementos* et les gros traités publiés pendant ces dernières années.

Mais, ce qui caractérise ce nouveau *Manuel*, c'est le soin apporté par l'auteur à la description de la *technique*, non seulement des grandes opérations abdominales, mais des interventions plus modestes, *abordables par tous les praticiens*.

" Je me suis surtout attaché, dit l'auteur, à faire connaître les opérations accessibles à l'immense majorité des médecins.

C'est ainsi que je n'ai épargné aucun détail relatif à la *petite chirurgie*, à l'*asepsie*, au *choix des instruments*, aux *positions* et *explorations gynécologiques*. Au risque d'être prolix, j'ai tenu à faire connaître l'arsenal gynécologique moderne que nos fabricants français ont porté à un degré de perfection qui n'a jamais été égalé à l'étranger.

Les *opérations autoplastiques* (Périnéorrhaphies, Colporrhaphies, etc.), qui sont aujourd'hui à la portée de tous les praticiens, ont été décrites avec minutie et accompagnées de nombreuses planches.

J'ai encore donné de plus grands développements à la description et surtout au *traitement mécanique des déplacements utérins*.

Une expérience de plus de vingt années m'a appris, qu'on peut souvent, avec un pessaire approprié, corriger les déviations les plus graves pour lesquelles l'hystérectomie avait été conseillée. Le plus modeste médecin de campagne doit, dans ces cas, rendre les mêmes services que le maître le plus illustre.

Il en est de même pour le *vaginisme*, la *stérilité*, les *affections inflammatoires et infectieuses de la vulve, du vagin et de l'utérus* dont la thérapeutique est rarement opératoire.

Au risque d'être considéré comme réactionnaire, j'ai consacré un article au *traitement hydro-minéral* des métrites, estimant qu'on a trop négligé nos stations thermales pendant ces dernières années; beaucoup d'entre elles offrent à la gynécologie les ressources les plus précieuses."

Mais, si l'auteur s'est attaché à conserver à la thérapeutique médicale et non opératoire l'importance qu'elle comporte, il a tenu à faire figurer dans cet ouvrage la technique des interventions les plus récentes et les plus audacieuses. C'est ainsi que de nouveaux

chapitres sont consacrés à la *grossesse extra-utérine et à son traitement chirurgical*, à l'*hystérectomie subtotale appliquée au cancer utérin*, aux *traitements des suppurations pelviennes*, etc.

Les méthodes opératoires les plus récentes de Segond, de Doyen, de Kelly, de Pozzi, de Ricard y sont nettement exposées.

Mais ce qui rend cet ouvrage essentiellement utile aux praticiens, c'est le nombre considérable des figures (plus de 600) et la place importante, consacrée à la thérapeutique.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par E. Ausset, professeur agrégé à Lille, 3 volumes in-8° 15 francs. En vente à la librairie Déom frères, rue St-Denis.

La troisième série des *Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants*, de M. le Professeur Ausset, vient de paraître, promettant de poursuivre l'étude si intéressante et si spéciale de la pathologie du jeune âge.

Dans les deux séries précédentes, le professeur Ausset avait étudié un certain nombre d'affections communes et fréquentes, dont la connaissance s'impose à tout praticien comme à tout étudiant ; telles sont : l'athrepsie, le gros ventre tympanique, le gros ventre flasque, la fièvre typhoïde infantile, la coqueluche, la tuberculose des ganglions bronchiques, la tuberculose infantile, la chorée, les maladies cardiaques de l'enfance, la syphilis héréditaire, les maladies éruptives, etc., soit que l'auteur considérât chacune de ces questions dans son ensemble, soit qu'il voulût mettre en lumière quelques points mal élucidés ou attirer l'attention sur certains faits cliniques importants.

L'ordre poursuivi n'était pas dû au pur hasard, mais au choix qu'avait fait l'auteur, avec les cas les plus intéressants de son service : des questions de pratique courante immédiate et le but recherché était de les réunir en un livre qui fût utile à tous sans exception. Aussi le succès qu'ont eu les deux séries précédentes a-t-il fait à l'auteur un devoir de poursuivre son travail dans le même sens. La troisième série, consacrée à l'étude, notamment des convulsions infantiles, de la paralysie faciale, des spasmes laryngés dans la diphtérie, considérés dans leur rapport avec le tubage, du sachtisme, de la spléno-pneumonie des pleurésies, de la bronchite chronique simple et de la dilatation des bronches, indique bien également la préoccupation de l'auteur.

Le point de vue didactique n'est d'ailleurs pas négligé, car, à propos de chaque cas, l'auteur examine la maladie dont ce cas n'est qu'une modalité, et montre les variations et les formes diverses qu'elle peut revêtir aux yeux du clinicien, de même que le traitement qui s'applique à chacun de ces cas ou à chacune de ces formes. Chemin faisant, il apporte ses idées personnelles à l'explication des phénomènes observés, ce qui, avec la façon claire, précise et méthodique dont les sujets sont exposés, donne

à ce travail une réelle originalité. Nos lecteurs verront si nos remarques sont justifiées.

Le premier nuuéro de la revue " Bibliographia Medica," ou index mediens, recueil mensuel pour le classement méthodique de la bibliographie internationale des sciences médicales, dont les directeurs sont messieurs les professeurs Charles Polani et Charles Richet, et le rédacteur en chef, monsieur Marcel Beau-douin, directeur de l'institut de bibliographie de Paris.

Voilà un ouvrage que nous aimerions voir consulter par nos voisins des Etats-Unis. Cela les empêcherait peut-être de continuer à attribuer, avec la désinvolture qu'on leur connaît, des opérations à des auteurs américains, d'ailleurs recommandables, des découvertes et des opérations connues et pratiquées des années auparavant par des savants et des chirurgiens français, dont les noms n'apparaissent même pas dans les semblants d'historique, dont les dits américains accompagnent leurs travaux de démarquage.

NOTES DIVERSES

On rapporte deux cas de mort par la rage à Richmond, Indiana.

Le prochain congrès des médecins français, aura lieu à Toulouse en 1901.

Le Dr Widal, de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Sir James Paget le fameux chirurgien Anglais est décédé le 4 décembre 1899, à l'âge de 86 ans.

Le Dr Yersin a été envoyé en mission scientifique à Java, par le gouvernement Indo-Chinois.

Sir William Dawson, ancien principal de l'université McGill, est décédé à l'âge avancé de 74 ans.

Une épidémie de variole vient de se déclarer chez les Indiens de la réserve de Calvillo-Washington.

Un buste en marbre de Emile Dubois Raymond, a été placé dans l'Institut de physiologie, à Berlin.

Le jeu de football a occasionné la mort de onze joueurs, durant la dernière saison, aux Etats-Unis.

On a découvert dernièrement qu'un grand nombre de bœufs tuberculeux avaient été vendus à Berlin.

Le *Medical Age* dit que l'on doit présenter une ambulance automobile, à l'hôpital St-Vincent, New-York.

Le British Medical Association tiendra sa 68ème assemblée annuelle à Ipowich du 31 juillet au 3 août 1900.

Il y a actuellement 88 femmes dont l'âge varie entre 50 et 70 ans, qui étudient la médecine à l'université de Kiel.

On dit qu'il y aura un congrès anti-tuberculeux à Naples, le printemps prochain, sous la présidence du docteur Baccilli.

Il y a aujourd'hui aux Etats-Unis, plus de 400 noms sur la liste des médecins désireux de se rendre dans le Sud-Africain.

Le 20 décembre 1899, on a dévoilé la statue de William Pepper, dans le Free Museum of Science and Art, à Philadelphie.

L'académie de médecine de Belgique vient de se prononcer en faveur de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des enfants malades, à Paris, est mort dernièrement d'une maladie de cœur.

La British Medical Society, a donné une réception aux infirmières américaines du Maine, à leur départ pour le Sud-Africain.

Depuis l'ouverture des écoles publiques à Chicago, près de 2,000 cas diphtérie et de scarlatine ont été rapportés au bureau de santé.

Le docteur Brazi, l'éminent bactériologiste de San Polo, a été frappé de la peste, en donnant des soins à un malade, à l'hôpital de Santos.

Grâce aux efforts du professeur Guyon de Paris, il y aura une section de chirurgie de voies génito-urinaires, au prochain congrès de Paris.

Un rapport récent de Calcuta constate que près de de 3,000,000 de personnes doivent être secourues par le fonds de secours pour la famine.

On annonce que Mme J. Karl, de Mabile, Alabama, a donné naissance à six garçons, le 8 décembre 1899. La mère et les enfants se portent bien.

Le docteur Raymond, chef de la clinique Charcot à la Salpêtrière a obtenu une vacance d'un an afin de réparer sa santé épuisée par un travail excessif.

Un parti d'étudiants en médecine d'Edinbourg s'est embarqué dernièrement, pour servir comme ambulanciers dans l'armée boer, sous la conduite du docteur Nethling.

Le professeur Félix Victor Birch-Hirschfeld qui a occupé pendant longtemps à l'université de Leipsig la chaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, est décédé le 20 novembre dernier à l'âge de 57 ans.