

# Le Bulletin Médical de Québec

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

- M. AHERN**, Professeur d'anatomie descriptive, chirurgien de l'Hôtel-Dieu,  
**M.-D. BROCHU**, Surintendant de l'Asile des aliénés de Québec, Professeur de pathologie interne,  
 des maladies nerveuses et mentales, Médecin de l'Hôtel-Dieu.  
**F.-X. DORION**, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins  
**P.-V. FAUCHER**, Docteur en Médecine  
**R. FORTIER**, Professeur de pédiatrie et d'hygiène  
**A. MAROIS**, Professeur de Médecine légale et de toxicologie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
**EUG. MATHIEU**, Professeur agrégé, suppléant à la clinique médicale.  
**C.-R. PAQUIN**, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins  
**A. SIMARD**, Professeur d'anatomie pratique et de Méd. opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
**L.-J.-A. SIMARD**, Professeur de physiologie et de pathologie générale, du cours  
 spécial des maladies des yeux et des oreilles  
**EDWIN TURCOT**, Professeur de Matière Médicale, Médecin de l'Hôtel-Dieu  
**CHARLES VERGE**, Docteur en Médecine, chef du Service d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu

AVEC LA COLLABORATION DE

- P. BROPHY**, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins — **L. CATELLIER**,  
 Professeur de pathologie externe, de Médecine opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
**P.-C. DUGNEAU**, Docteur en Médecine — **W. H. DELANEY**, Docteur en Médecine  
**N.-A. DUSSAULT**, Professeur agrégé, assistant à la clinique ophtalmologique et  
 Rhino-Laryngologique. — **L. N. J. FISSET**, Docteur en médecine.  
**E.-O. GAUTHIER**, Docteur en Médecine — **S. GRONDIN**, Professeur d'obstétrique,  
 de Gynécologie, Gynécologiste à l'Hôtel-Dieu — **J. GUÉRARD**, Docteur en Médecine —  
**AUGUSTE C. HAMEL**, médecin-chirurgien, et professeur d'histologie et de bactériologie.  
**A. JOBIN**, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins —  
**JOS. LACHANCE**, Docteur en Médecine — **E. LACERTE**, Docteur en Médecine —  
**A. LESSARD**, Docteur en Médecine — **R. MAYRAND**, Docteur en Médecine. — **P. [NORMAND]**,  
 Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins — **E. POLIQUIN**, Docteur en Médecine.  
**L.-C.-O. SIBOIS**, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins

## ABONNEMENTS

Un an - - - - - \$2.00 | Le numéro - - - - - 50 Cts.

ABONNEMENT SPÉCIAL POUR M<sup>rs</sup> LES ÉTUDIANTS \$1.00

Rédaction : Dr ROBERT MAYRAND 33, rue St-Jean.

Administration : Dr A. MAROIS, 51, rue St-Louis.

J. A. K. LAFLAMME, IMPRIMEUR, 37, rue Sous-le-Fort, Basse-Ville, Québec

# PANOPEPTON

possède toutes les qualités

d'un aliment parfait pour les malades

C'est un liquide transparent, d'une belle coloration rougeâtre, agréable à voir ; il possède un arôme délicat qui plaît à l'odorat ; une saveur agréable qui flatte le goût.

**LE PANOPEPTON** est agréable, est pris facilement, s'accorde bien avec l'estomac, et est absorbé instantanément ; il est nourrissant et garde le malade dans un état qui lui permet de bénéficier le plus possible du traitement médical.

FAIRCHILD BROS. & FOSTER.

New York

---

## LE FERROGEN (Frosst)

---

CONTIENT DANS CHAQUE ONCE LIQUIDE

*Fer Métallique,* 3 grains.

*Manganèse Métallique,*  $\frac{1}{2}$  grain.

*Extr. Fl. de Cascara,* 20 min.

*Associés à des peptones.*

### ==== Usages =====

**Anémie, Chlorose, Amenorrhée.**

**DOSE :** Deux à quatre dragmes fluides.

L'addition de doses toniques laxatives de cascara sagrada à cette préparation de Peptonate de Fer et de Manganèse a été très appréciée par la profession médicale qui montre clairement qu'elle y a confiance puisque plusieurs de ses membres les plus influents le prescrivent tous les jours. Nous enverrons avec plaisir gratuitement un flacon d (16 oz.) à tout médecin desirieux de l'essayer veut payer les frais de transport.

**Spécifiez toujours en prescrivant le Ferrogen (Frosst.)**

# ANNEE 1904-1905

## TABLE DES MATIÈRES

### *Mémoires Originaux*

	Pages
De l'intervention chirurgicale dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. Dr M. D. Brochu	1-49-93
Le traitement de la sciatique par une méthode électrique spéciale. Dr. DeBlois.....	8
Les courants staliques induits de Marton et quelques-unes de leurs applications en médecine. Dr. DeBlois	58
Tuberculose locale traitée par des injections modificatrices. Dr. E. Couillard.....	93
Otite purulente aigue, Mastoïdite. Evidemment péto-mastoïdiens. Dr. L. Montreuil.....	123
Le séro-diagnostic de la tuberculose. Dr. P. Courmont.	141
Péritonsiïlite suppurée, abcès péri-amygdalien. Dr. J. D. Pagé.....	189
L'anesthésie rachidienne à la stovaine. Dr. Chaput..	199
Myome utérin faisant obstacle à l'accouchement, opération césarienne. Dr. S. Grondin.....	210
Angiome dégénéré de la langue. Dr. A. Simard.....	217
Ecrasements périphériques des membres. Dr. A. Marois	237
Appendicite. Dr. A. Paquet.....	241
Kyste de la paroi intestinale. D. C. Dagneau..	293
Scopolamine comme anesthésique. Dr. A. Laurendeau.....	341-389-437-511-533
Asepsie dans le traitement des maladies superficielles de la peau. Dr. R. Mayrand.....	346
Gastro entérites des nourrissons. D. B. A. Castonguay.	485

*Revue des Journaux*

MÉDECINE	Pages
L'examen chimique du foie. . . . .	115
Traitement précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. Dr. Rénon. . . . .	249-298
Taenias . . . . .	397
Etat actuel du traitement médicamenteux dans la tuberculose . . . . .	442
Retrécissement mitral et en particulier, le retrécissement mitral pur. . . . .	537
Paralytie générale et syphilis . . . . .	333
<b>Chirurgie</b>	
L'esprit-d'asepsie dans le traitement des plaies. . . . .	16
De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite . . . . .	20
Les calculs phosphatiques de la vessie, remarquable efficacité préventive de l'urotropine. Dr. A. Simard. . . . .	28
Technique des injections salines. . . . .	87
Traitement des infections localisées par la méthode oxygénée. . . . .	88
Le soubresaut dans les fractures de jambes. . . . .	90
La prestatomie: état actuel de la question. . . . .	180
Nécessité de l'examen du canal génital dans les infections puerpérales . . . . .	232
Des injections de naphthol camphré dans les ganglions et abcès tuberculeux. . . . .	407
Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit par Tuffier. . . . .	454
Traitement rapide de la blennorrhagie chez les femmes. . . . .	467
Le diagnostic précoce du cancer utérin. . . . .	544
Traitement du panaris. . . . .	556
Brûlures de la muqueuse buccale. . . . .	563

TABLE DES MATIÈRES

3

**Pédiatrie**

Contribution à l'étude du pouls et de la tension artérielle dans la diphtérie.....	Pages 37
Pronostic de la coxalgie.....	58
L'hypertrophie des corps lymphoïdes du pharynx.....	412-368
Le citrate de soude dans les vomissements de l'enfance.....	469

**Sociétés médicales**

Association française de chirurgie.....	48
Société médicale de Québec, Mai 1904.....	265
"    "    "    Juin 1904.....	318
Association médico-chirurgicale du district de Joliette.....	476-327
Société médicale de Portneuf.....	330-424
Société médicale de Québec.....	374
Société médicale du district d'Artabaska.....	517

**Intérêts Professionnels**

L'assemblée semi-annuelle des gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens. P. Q.....	82
Rapport des élections triennales du Collège des médecins et chirurgiens.....	81
M. <sup>le</sup> Dr Valin et la Société Médicale de Montréal...	222
De la fondation de bibliothèques de Reques et de Journaux de médecine, dans les sociétés médicales de districts et le Bureau de médecine de la Province... ..	277
L'Union médicale de Fall-River.....	287
Une réponse à "l'Union" sur la confraternité médicale	310
Echos du banquet des médecins de Montréal.....	313
Questions d'actualité.....	352
Intérêts professionnels par le Dr Laurendeau.....	471
Bureau de Médecine.....	553

**Formulaire**

	Pages
Médication de la toux.....	182
Ordonnances du praticien.....	336
Traitement du prurit.....	432
Ozène—Formule pour l'antipyrine.....	524

**Variétés**

La mort opératoire de Waldeck Rousseau.....	32
Nouvelle.....	48
Mouvement chirurgical à l'Hotel-Dieu de Québec.....	43-273
Le docteur P. P. Boulanger.....	91
Le docteur A. Chouinard.....	92
Clinique ophtalmologique-otologique et Rhino-Laryn- gologique à l'Hotel-Dieu.....	178
Nouvelle.....	259
Feu le docteur M. H. Brophy.....	291
La conservation ou le coiffage de la pulpe.....	381
Destruction honorifique.....	433
Sur quelques incompatibilités.....	518
Variétés.....	565



## *Travaux Originaux*

---

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

---

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à la discussion des membres de cette section du Congrès n'aura d'autre but que de fournir une simple contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes de nature tuberculeuse ; je me limiterai surtout au rapport qui offre le plus d'intérêt pour le praticien général : celui des indications de l'intervention chirurgicale dans cette variété d'empyème.

L'intervention chirurgicale, qui est la règle habituelle dans le traitement de toutes les autres variétés d'épanchements purulents de la plèvre, reste encore un sujet assez discuté pour la pleurésie purulente d'origine tuberculeuse ; et l'accord est loin d'être fait sur ce point de thérapeutique spéciale, tant parmi les maîtres de la pathologie interne que parmi ceux de la chirurgie. C'est un sujet, d'ailleurs, dont l'intérêt se partage également, pour ainsi dire, entre ces deux branches importantes de la médecine. L'empyème tuberculeux se rattache en effet à la médecine proprement dite par sa pathogénie et sa pathologie, comme toutes les autres inflammations de la plèvre ; mais il ressort plus particulièrement à la chirur-

(1) Travail présenté au deuxième Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Montréal, les 28, 29, 30 juin 1804.

gie par sa thérapeutique puisque la guérison de cette entité morbide ne peut être espérée, dans aucun cas, sans une intervention chirurgicale.

Les deux cas d'observation personnelle que j'apporterai à l'appui des conclusions auxquelles une expérience, depuis longtemps acquise, me portait à m'arrêter, ont été discutés aux lits des malades avec [des chirurgiens compétents: ils me serviront d'exemple pour formuler ce que je crois être un juste équilibre dans l'appréciation des conditions qui établissent l'opportunité de l'opération de l'empyème lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de pleurésie purulente d'origine tuberculeuse.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet il ne sera pas inopportun de rappeler quelques-uns des rapports pathogéniques les plus importants à connaître pour discuter ce point encore controversé de la thérapeutique de l'abcès tuberculeux de la plèvre.

Il me semble important en premier lieu, de dissiper tout équivoque sur les termes de pleurésie purulente tuberculeuse. Ce terme réveille presque toujours, à première vue, l'idée d'un sujet atteint de localisations tuberculeuses, plus ou moins latentes dans les poumons, et qui, à un moment donné, a pu faire une pleurésie purulente secondaire dont l'exsudat trahit sa dépendance du bacille tuberculeux.

Mais si ce terme implique l'existence d'une tuberculose préalable de la plèvre, il n'est pas moins juste de faire remarquer qu'il n'est nullement synonyme de *pleurésie purulente chez un tuberculeux*: un tuberculeux pulmonaire pouvant faire une pleurésie purulente non tuberculeuse, causée par l'envahissement dans sa plèvre d'un microbe pathogène étranger au bacille de Koch streptocoque, pneumocoque etc; et, par contre, un sujet indemne de toute tuberculose pulmonaire pouvant pré-



senter une pleurésie purulente d'origine exclusivement tuberculeuse par la pénétration accidentelle également du bacille tuberculeux au foyer de l'une ou l'autre des plèvres. Cette distinction est du plus haut intérêt pour le sujet qui nous occupe.

L'un des rapports les plus importants à considérer pour discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les pleurésies purulentes tuberculeuses est le suivant : c'est que les localisations de la tuberculose des plèvres, qui donnent lieu à la pleurésie purulente, sont presque toujours prédominantes et débutent du côté du feuillet pariétal ; et les faits constatés dans les autopsies permettent de conclure, selon Netter, que les lésions tuberculeuses ne s'étendent que secondairement du côté du feuillet viscéral et dans la trame du tissu pulmonaire.

“ La prédominance des lésions, au niveau de la plèvre pariétale suffit à établir, dit ce savant observateur, que la tuberculose pleurale n'est pas ici consécutive à la tuberculose pulmonaire. Chez la plupart des sujets, les lésions tuberculeuses des poumons sont insignifiantes ou manquent complètement.” C'est là un rapport du plus grand intérêt pratique pour établir le précepte d'une intervention chirurgicale hâtive dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses, non seulement à leur période aiguë, mais, même lorsqu'elles semblent passées à l'état chronique.

Il importe de rappeler, d'un autre côté, que si la pleurésie tuberculeuse est souvent purulente d'emblée, elle peut aussi, dans un certain nombre de cas succéder à une pleurésie séro-fibrineuse aiguë. La première période en est alors le plus souvent bruyante comme dans toutes les pleurésies aiguës, et elle apparaît chez des sujets qui, jusque-là, paraissaient indemnes de localisations pulmonaires. Mais, si la transformation se fait sans infection secondaire, il n'est pas rare de voir après 5 à 6 se-

maines du début de la maladie, tous les symptômes s'apaisent, bien que l'examen du malade pourrait révéler, par les signes physiques, un épanchement parfois considérable.

Si un tel malade n'est pas observé et qu'il s'écoule un temps assez long avant que l'existence et la nature de l'épanchement soient reconnues, l'empyème apparaîtra plutôt comme la manifestation d'une tuberculose torpide ou d'un abcès froid de la plèvre.

On attribuait autrefois cette transformation de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse en pleurésie purulente à l'infection secondaire causée par la thoracentèse non aseptique dans les épanchements à répétition. Mais il existe un certain nombre de cas bien observés, dès le début, où l'on a pu suivre la transformation spontanée de l'épanchement séro-fibrineux en liquide purulent. Ce sont les pleurésies dont l'exsudat séreux est riche en fibrine et en globules sanguins, (pleurésies *histologiquement hémorragiques*, (Dieulafoy) qui ont le plus de tendance à tourner à la purulence. C'est là un fait reconnu depuis longtemps.

Je ne m'arrêterai pas à rappeler tous les détails sur les lésions de l'anatomie pathologique, non plus que sur la pathogénie de la pleurésie purulente tuberculeuse.

Il me suffira de dire que les lésions tuberculeuses de la plèvre sont assez analogues à celles que l'on rencontre dans la tuberculose des autres membranes séreuses et qu'elles représentent souvent, d'après les auteurs, les lésions de la paroi d'un abcès froid—infiltration de follicules tuberculeux plus ou moins agglomérés, puis fonte caséuse ou transformation scléro-fibreuse qui est ici une condition de la guérison naturelle comme dans les autres manifestations de la tuberculose.

Mais cette transformation scléro-fibreuse ou l'organisation des exsudats fibrineux à la surface de la plèvre viscérale, bien

qu'elles puissent être considérées comme un processus favorable à la guérison des lésions tuberculeuses, offrent cependant des inconvénients sérieux pour le poumon qui se trouve refoulé et comprimé par le liquide de l'épanchement. Le poumon reste alors comme englobé dans une coque fibreuse, formée par les néo-membranes développées à sa surface, au siège des granulations tuberculeuses, et il ne peut reprendre son expansion pour combler le vide qui le sépare de la paroi thoracique, une fois que le liquide de la cavité pleurale a été évacué.

Pour favoriser la réunion du poumon et de la paroi thoracique, dans ces conditions, il faut avoir recours à des procédés opératoires plus ou moins compliqués—pleurotomie, castotomie, décortication du poumon, etc. Et encore, ces diverses opérations ne laissent-elles souvent à leur suite que des résultats incomplets — fistules pleurales persistantes, sans compter le danger de l'infection des sécrétions morbides de la plèvre. Aussi, est-il très important de prévenir cette complication du côté du poumon, par une intervention hâtive, aussitôt que le diagnostic de la nature tuberculeuse de la maladie est établi, afin de ne pas donner le temps aux infiltrations qui le plus souvent, ont leur siège primitif du côté de la plèvre pariétale, de se transmettre au feuillet viscéral et de tourner à la sclérose.

L'évolution de la pleurésie purulente tuberculeuse mérite, également, d'attirer l'attention avant de se décider à l'intervention chirurgicale.

Cette variété de pleurésie peut débiter brusquement chez des sujets, de bonne santé en apparence ; l'allure en est le plus souvent bruyante et fébrile comme dans les pleurésies aiguës séro-fébrileuses ou les autres pleurésies purulentes, dont le pneumocoque ou le streptocobue sont les agents les plus ordinaires.

Si, toutefois, la première période a réitéré le caractère

des pleurésies aiguës, il n'est pas rare de constater qu'après une durée de 5 à 6 semaines, tout semble rentrer dans l'ordre alors, que, cependant, un examen attentif du malade pourrait faire constater tous les signes d'un épanchement déjà très considérable, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Que la pleurésie purulente tuberculeuse ait débuté par une phase aiguë, dont les symptômes fébriles se soient apaisés ou qu'elle ait été chronique d'emblée, son évolution est surtout remarquable par sa *longue période d'état* qui s'accompagne d'une intégrité relative de la santé générale du sujet qui en est le porteur ; c'est ce qui permet à l'épanchement d'être toléré très longtemps sans complications graves, parfois des mois, et même des années, contrairement à ce que l'on observe dans les autres pleurésies purulentes à streptocoque pneumocoque, etc.

La cachexie générale, les symptômes locaux, les complications de vomiques et de fistules pleurales ou thoraciques, qui apparaissent bien souvent d'une manière précoce dans l'évolution des autres formes de pleurésies purulentes, sont tout-à-fait exceptionnelles pour les pleurésies purulentes dans lesquelles le bacille de Kock reste seul en cause.

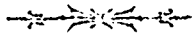
Le poumon n'en est pas moins exposé, cependant, comme nous l'avons indiqué plus haut, en rappelant les lésions histologiques de l'infiltration tuberculeuse, à subir des modifications importantes dont les conséquences peuvent être graves au point de vue du rétablissement des fonctions du poumon atelectasié par l'épanchement, et qui pèsent lourdement, par suite, sur le pronostic, malgré la bénignité apparente de la maladie.

Si l'attention n'a été attirée que tardivement sur cet épanchement, assez facilement toléré, on le trouve souvent très-considérable et on remarque une déformation notable ou un déplacement des organes thoraciques : le médiastin, le cœur, le poumon, ou le foie. Une première ponction, en même temps

qu'elle sert à révéler la nature de l'épanchement, procurera un soulagement notable qui peut durer des semaines, des mois et même des années. (Netter). C'est encore là un caractère qui distingue l'empyème tuberculeux des autres formes de pleurésies purulentes.

Ce sont ces résultats si bienfaisants en apparence et qu'on obtient avec un moyen aussi facile qui portent un bon nombre d'observateurs à refuser toute intervention chirurgicale plus sérieuse, telle que la pleurotomie costotomie, etc. Si ces dernières opérations laissent espérer les chances d'une guérison plus radicale, elles n'en exposent pas moins, en effet, dans bien des cas, à compromettre l'évolution naturelle de la pleurésie tuberculeuse, en faisant de l'abcès pleural tuberculeux une cavité ouverte, qui ne peut manquer de prédisposer aux infections secondaires, toujours à craindre dans les foyers ouverts de lésions tuberculeuses.

*(A suivre)*



#### CHRONIQUES VÉSICALES ET PROSTATIQUES

Pendant des années j'ai rédigé de fort nombreuses ordonnances de SANMETTO, je le considère comme un agent thérapeutique de grande valeur. Dans les cas d'hyperthrophie prostatiques des vieillards, de goutte militaire et dans toutes les irritations chroniques de la vessie et de la glande prostatique il fait preuve d'une action spécifique. Plus je manie le SANMETTO plus j'en ai confiance et par conséquent plus j'en ordonne.

Evansville, Ind.

DR. G. W. VARNER,  
Diplômé en 1886.

## LE TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR UNE MÉTHODE ELECTRIQUE SPECIALE

PAR M. LE DR. C. N. DEBLOIS, (TROIS-RIVIÈRES)

### I

La sciatique est une affection très rebelle que l'on rencontre fréquemment dans la pratique, c'est même, a-t-on dit, la bête noire des praticiens. Son symptôme capital est la douleur, occupant le trajet du grand nerf sciatique et de ses branches, mais cette douleur apparaît à des degrés et en des points tellement différents, que le mal change d'aspect avec chaque malade. De même, les causes étiologiques en sont nombreuses. Il en résulte que le traitement est tout à fait variable : telle médication qui a produit un excellent effet chez un patient, sera chez un autre absolument inefficace.

Aussi peut-on constater une grande différence d'opinion même chez les auteurs les plus modernes quant à la thérapeutique recommandable dans le traitement de cette maladie.

C'est ainsi qu'on a employé les injections de morphine en un point indifférent, (Huchard) ou suivant la méthode de Mr. Cross, dans le nerf lui-même, les injections locales de sérum artificiel, les injections profondes de nitrate d'argent à dose de 5 à 10 gouttes (Luton). On a appliqué sur les points douloureux tous les révulsifs possibles, les vésicatoires avec ou sans morphine, les pointes de feu, les ventouses. Puis vient la série de bains d'air chaud sec à 400 degrés F., les bains sulfureux, les douches écossaises ou chaudes. Le massage a été fait. On a appliqué localement le chlorure de méthyle selon la méthode de Mr. Debove. Tous les médicaments susceptibles de calmer la douleur,

tels que l'opium sous toutes ses formes, le salicylate de soude, l'ammonol, l'antipyrine, la phenacétine, l'essence de thérébentine, le chloral, les iodures, la belladone, etc., ont été tour-à-tour administrés. Les moyens chirurgicaux eux-mêmes n'ont pas été épargnés: on a sectionné de petits rameaux du nerf sciatique, on a pratiqué l'acupuncture et l'élongation du nerf malade. Les courants continus, le bain hydro-électrique ont été mis à contribution (Larat).

Enfin plus récemment MM. Cathelin, Sicard et Chipault ont proposé de traiter les douleurs sciatiques par l'injection intra-arachnoïdienne de solution de cocaïne à 1 p. 100 dans la région lombaire ou par l'injection de serum artificiel dans le sac épidual.

L'abondance, la richesse de cette énumération fera hésiter le praticien et c'est le cas de dire: plus il y a de médications recommandées contre une maladie, moins on est sûr de la guérir, car la richesse, dans ce cas, cache la pauvreté. Mais, nous dirait-on, est-ce que les différents traitements cités plus haut n'ont pas produit de bons résultats dans un certain nombre de cas? oui sans doute; ils ont amélioré les uns, ils en ont guéri d'autres, mais aussi, combien de patients ne sont-ils pas restés sans le moindre soulagement? Combien de fois, le médecin, en présence d'une sciatique, n'est-il pas obligé de s'adresser à plusieurs traitements successifs, d'aller d'une méthode à une autre, avant de trouver celle qui guérira... ou ne guérira pas son malade, très heureux encore quand il arrive au résultat désiré avant d'être lâché par son client.

C'est que toute cette thérapeutique est vraiment infidèle et n'a bien souvent d'action que dans un nombre limité de sciatiques. On n'a pas encore préconisé un procédé sur laquelle le praticien puisse compter, tout au moins dans la généralité des cas.

A l'appui de ce que nous venons de dire, on nous permet-

tra de citer l'opinion autorisée de MM. les professeurs Pitres et Vaillard (Traité de médecine et de thérapeutique 1902, tome dixième, page 179.)

"On a préconisé, disent-ils, contre la sciatique *une infinité de moyens thérapeutiques qui tous comptent à leur actif quelques succès et beaucoup de revers.*"

Nous avons été appelé, par un concours de circonstances toutes particulières, aussi bien que par nos fonctions d'électrothérapeute, à soigner un grand nombre de sciatiques. La plupart était des cas très rebelles contre lesquels étaient venus s'échouer tous les traitements recommandés dans les manuels classiques.

### TECHNIQUE DE LA METHODE ELECTRIQUE

Voici le traitement que nous préconisons, traitement qui nous a toujours donné, depuis que nous l'employons, des résultats très-satisfaisants dans toutes les formes de sciatique, même la sciatique névrite. Cette méthode électrique a pour base les courants de Morton combinés avec les bains statiques et les étincelles.

#### A. Courants de Morton

Ils sont appliqués de la façon suivante. Le malade non isolé est placé auprès d'un des conducteurs de la machine statique; l'armature externe de l'une des bouteilles de Leyde, la positive, est reliée à une large électrode, laquelle est placée sur la région épigastrique du patient et à demeure. L'armature externe de l'autre condensateur est reliée à un excitateur pourvu d'un manche isolant, et terminé par une sphère métallique de petit diamètre ou par un tampon de charbon recouvert de peau de chamois et bien humide. La région malade étant mise à découvert, on applique cette dernière électrode négative sur la ré-



gion lombaire au niveau de l'émergence du sciatique. Les deux excitateurs polaires de la machine étant placés en contact, l'appareil est mis en marche et on écarte l'un de l'autre les excitateurs polaires, jusqu'à ce que l'étincelle qui jaillit entre les deux produise des chocs induits assez énergiques pour provoquer la contraction apparente des muscles lombaires. Une étincelle d'un demi pouce entre les boules polaires est généralement suffisant. On promène alors l'électrode négative petite et labile sur chaque point douloureux de la jambe malade en glissant tout doucement de l'un à l'autre. Quand tous les points ont été électrisés de la sorte, ce qui dure ordinairement 10 minutes, on change les pôles.

Le pôle négatif est relié à une électrode fixe de grandes dimensions sur laquelle reposera le pied du côté malade, pendant que la petite électrode labile sera attachée au pôle positif et promenée de nouveau sur chacun des points douloureux, comme dit précédemment.

Vaut-il mieux faire une séance tous les jours ou tous les deux jours?

Nous croyons les séances quotidiennes préférables. La durée totale de la séance d'électrisation sera de 20 minutes.

### B. *Bains statiques.*

Quand au bain statique, il sera aussi appliqué tous les jours. On emploiera le bain négatif de dix à vingt minutes de durée, suivant la gravité et la nature du cas. Au bout de ce temps, des étincelles aussi fortes que le malade peut les supporter seront administrées sur la partie inférieure de la colonne vertébrale et tout le long du nerf sciatique, en insistant un peu plus longtemps sur les points douloureux.

Il vaudra mieux, au point de vue de la moindre durée du traitement, faire deux séances par jour. Une séance de courants

de Morton le matin, et dans l'après-midi un bain électrique avec étinceilles statiques. Cependant dans les cas de sciatique névrite, il serait préférable de ne donner qu'une séance par jour, au moins pour commencer.

Les courants statiques induits de Morton, que nous donnons à tout malade atteint de sciatique sont de puissants sédatifs du système nerveux. Ils contribuent par ce fait à diminuer les douleurs souvent très vives et débilitantes de l'affection. Ils aideront aussi à l'action des bains électriques sur l'état général, lesquels bains, comme l'on sait, sont d'excellents régulateurs du système nerveux. On peut dire en s'appuyant sur les travaux de D'Arsonval, d'Apostoli, de Morton, de Vigoureux et d'autres savants électrothérapeutes, que cette méthode électrique, qui se compose des bains statiques joints aux courants de Morton, a la propriété précieuse d'augmenter considérablement les échanges nutritifs, condition favorable au malade atteint de sciatique, qui presque toujours est un arthritique, c'est-à-dire un ralenti de la nutrition. Ces données sont importantes à connaître pour expliquer l'action curative de ce traitement, car il est incontestable que l'état général d'un malade atteint de sciatique joue le grand rôle dans la persistance de la maladie.

### RÉSULTATS

La méthode de traitement que nous venons de décrire dans tous ses détails nous a toujours donné les meilleurs résultats. Depuis 1897, nous avons traité par ce procédé thérapeutique près de cent cas de sciatiques de tous genres. Dans une moyenne de 80 pour cent de ces cas, nous avons vu disparaître l'accès, et beaucoup parmi les autres ont été améliorés. Quelques-uns seulement n'ont éprouvé aucun soulagement. L'action se manifeste quelquefois en deux ou trois séances, souvent en dix ou douze, et la guérison complète demande rarement plus d'un à

deux mois. Les quelques observations suivantes, que nous avons dû résumer vu la brièveté du temps, ne manqueront pas de mettre en relief la valeur réelle de cette méthode de traitement, méthode dont les éléments (bains statiques, étincelles, courants de Morton) peuvent être utilisés par tout médecin possesseur d'une machine statique à son bureau de consultation.

1<sup>ère</sup> Observation (résumée.)

Louis D., 38 ans, Sciatique droite depuis quatre ans, rebelle à toute espèce de thérapeutique, chlorure de méthyle, vésicatoires, salicylate de soude, marche impossible. Station debout très difficile et pénible. Points douloureux classiques. Signe de Lassègue.—Traitement.—Quinze courants de Morton et quinze bains électriques avec étincelles fortes sur le trajet du nerf : disparition complète de la douleur. La guérison se maintient depuis un an.

2<sup>ème</sup> Observation (résumée.)

Madame Y., Ottawa. Sciatique de la jambe droite, vainement traitée quatre mois durant au moyen des courants continus et de la faradisation. N'a dû sa guérison qu'aux courants de Morton, combinés avec les bains électriques et les étincelles statiques.

3<sup>ième</sup> Observation (résumée.)

M. L., Bécancourt, 27 ans, sciatique gauche, depuis 3 ans. Marche difficile et travail impossible. Le traitement fut bains électriques avec étincelles et courants de Morton. On donna aussi quelques douches écossaises. Après trente jours de traitement, le malade, se considérant comme guéri, s'en va travailler dans les chantiers. Là, il s'expose à toutes les intempéries et en revient au printemps dans les meilleures conditions de santé. Sa guérison a donc été définitive.

## 4ième Observation (résumée.)

M. D.—sciatique depuis deux mois. Traitement : courants de Morton et étincelles statiques. Guérison en huit jours. Il n'y a pas eu de rechute.

## 5ième Observation (résumée.)

L. L., Champlain.—Névralgie sciatique d'origine rhumatismale. Douleurs atroces, marche très difficile. Insuccès des médications ordinaires. Traitement : courants de Morton et bains électriques avec étincelles sur le trajet du nerf sciatique et la partie inférieure de la colonne vertébrale, douches chaudes. Guérison avec augmentation de poids de vingt livres. La santé n'a pas failli depuis.

## 6ième Observation (résumée.)

M. X., 38 ans, est atteint de sciatique depuis deux ans. Cette affection a résisté à toutes les médications mises en usage. Seules les piqûres de morphine ont apporté un peu de soulagement au malade. Il n'existe qu'une légère atrophie, mais par contre les douleurs sont très vives. Marche très difficile. C'est dans cet état que le malade vint nous consulter, le 15 juin 1902. Il est immédiatement soumis au traitement suivant :

Bain statique tous les deux jours, durée 20 minutes, en y ajoutant des étincelles au niveau du rachis et sur le trajet des nerfs malades. Les autres jours, courants de Morton localisés sur le membre souffrant, suivant la technique indiquée précédemment.

Bain d'air sec surchauffé, de trente minutes, trois fois par semaine.

Ce traitement fut suivi avec régularité pendant trois mois et demi, et le succès le plus complet fut le résultat de cette médication. Dès la seconde semaine le malade put reprendre son

travail ordinaire et le continuer sans interruption tout le temps de la cure.

Le 30 septembre, M. X...quittait l'Institut radicalement guéri. Depuis bientôt deux ans notre client n'a pas éprouvé la moindre rechute, ce qui prouve que la guérison est bien définitive.

Ces observations sont intéressantes, par le fait que la plupart des malades avaient usé sans grand résultat, de tous les traitements ordinaires : salicylate de soude à hautes doses, antipyrine, massage, électricité localisée faradique et galvanique et qu'ils ont été rapidement soulagés par notre méthode électrique. Dans un cas cependant, le succès n'a répondu à notre attente qu'après trois mois et demi de traitement intensif. Nous avons eu à noter des échecs, comme dit précédemment, mais ces échecs sont en somme l'exception et l'électrothérapie appliquée de la façon que nous avons indiquée constitue, d'après notre expérience, un moyen quasi héroïque de guérison dont la rapidité est parfois surprenante.

Nous concluons donc que cette méthode de traitement, si elle ne doit pas faire renoncer à d'autres médications qui ont déjà fourni quelques preuves de succès, pourra, dans tous les cas, être utilement essayée lorsque les autres moyens thérapeutiques auront échoué.

Trois-Rivières, 10 juin 1904.



## REVUE CHIRURGICALE

---

### L'ESPRIT D'ASEPSIE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES

---

De la découverte du germe comme cause de l'inflammation des plaies, de leur infection pour être plus correct, naquit le germicide destructeur des organismes nocifs, et les pansements antiseptiques comme barrière à opposer à leur invasion dans la brèche faite aux téguments protecteurs.

L'ère de l'antisepsie bouleversa la chirurgie, et les résultats éclatants obtenus au moyen de cette méthode rallièrent rapidement les plus tenaces moyen ageux, firent tomber les dernières résistances. On s'aperçut bien vite cependant que l'antisepsie, si elle était un grand progrès, n'était pourtant pas l'idéal. La Biologie venait de s'enrichir de données nouvelles et la notion de l'activité cellulaire, défense naturelle qu'il importait de soutenir et de ne pas entraver par des agents paralysants ou destructeurs de son activité, fussent-ils dénommés germicides, jeta un peu d'eau froide sur la croyance enthousiaste que l'on avait de l'antisepsie et des antiseptiques pour le traitement des plaies. La réaction inévitable se produisit ; l'antisepsie à outrance disparut devant l'antisepsie mitigée qui dut elle aussi céder le pas à l'asepsie plus conforme aux principes biologiques acquis, tous d'actualité. M. le professeur Urig (de Budapest) insistait il y a quelques mois sur ces "principes biologiques" du traitement des plaies ; "l'infection, écrivait-il fort justement, dit M. le Dr Lejars, est une vie dans la vie ; elle procède de différents processus vitaux, et

c'est pour cela qu'il faut s'efforcer de débarrasser le foyer traumatique des agents septiques, sans nuire à la vitalité des tissus, qui seront eux les meilleurs agents de guérison."

Or les antiseptiques d'un usage courant sont-ils inoffensifs à la vie cellulaire ? Sûrement non. Pourtant la croyance à l'action bactéricide, in vitro, des antiseptiques n'est-elle pas encore le dogme commun ? Toute plaie est infectée dit-on : toute plaie doit être avant tout désinfectée : or l'agent souverain de désinfection, c'est l'antiseptique. " Et l'on traite, dit M. Lejars, le foyer traumatique vivant comme je ne sais quel terrain inerte, quel milieu de laboratoire, en l'irriguant de solutions chimiques diverses d'autant plus nocives pour les cellules vivantes qu'elles le sont pour les microbes : le pansement humide, imprégné des mêmes antiseptiques, complété par un imperméable et fréquemment renouvelé, répond aux mêmes errements, déjà presque traditionnels."

Pourtant n'est-il pas de notion scientifique aujourd'hui que les tissus vivants trouvent en eux-mêmes leurs meilleures défenses, et qu'à les dilacérer, les paralyser, même aller jusqu'à les brûler, sous le fallacieux prétexte d'une recherche et d'une destruction plus ou moins hypothétique des microbes, on court le risque de vicier, d'annihiler même le processus naturel de la guérison ? et disons toute notre pensée, si l'on songe à la manière dont est pratiquée, en clientèle courante cette antiseptie primitive des plaies, n'est-on pas en droit de croire que pour beaucoup d'entre elles ce n'est pas la traumatisme, c'est le traitement qui crée l'infection ?

Les guerres modernes ont apporté une masse de documents à l'étude de cette question du traitement primitif des plaies qui ont une valeur démonstrative de premier ordre. Pendant la guerre anglo-boer dans 80 0/0 des cas, d'après M. Kuttner, les sétons des parties molles, qu'elle que fut leur longueur, guéris-

saient sans suppuration et sous un seul pansement aseptique, et cet heureux pronostic s'appliquait même aux plaies et aux fractures articulaires : les suppurations des jointures étaient rares et sur 92 blessés du genou 28, près du tiers, reprenaient leur place en avant, au cours de la campagne.

Les rapports de la guerre Russo-Japonaise témoignent dans le même sens.

“ Ces expériences de guerre, dit encore M. Le jans, ont démontré aussi que le premier pansement devait être simple, sec, stérile et rien de plus : que même lors de fracas étendu des os, toute exploration, tout rabillage compliqué devaient être proscrits, qu'il fallait en d'autres termes, tenir la plaie pour *pratiquement* aseptique, n'y pas toucher et l'occlure, et que même, à cette besogne d'occlusion primitive, le caillot, desséché et adhérent pouvait suffire. ”

Naturellement il ne faudrait pas se baser rigoureusement sur les résultats obtenus dans la chirurgie de guerre pour delà généraliser. Il faut tenir compte des conditions spéciales des plaies faites avec les armes modernes, car on ne saurait douter un seul instant qu'il faille attribuer une propriété spéciale à la balle de petit calibre, enchemisée et animée d'une force de pénétration jusqu'alors inconnue.

Mais il existe d'autres sources de preuves à l'appui du traitement primitif des plaies par l'asepsie pure et simple. M. le Dr Van Stockum, chirurgien de Rotterdam publiait dernièrement ses résultats qui révèlent sous ce rapport, une signification qu'on ne saurait méconnaître. Depuis 1900, notre confrère traite toutes les plaies, en y comprenant les fractures compliquées, par “ l'embaumement, ” on ne lave pas, on ne désinfecte pas, on ne touche ni à la plaie, ni à la zone ambiante, mais séance tenante, on verse dans le foyer traumatique une abondante quantité de baume de Pérou, et par dessus l'on applique



un pansement simple absorbant qui doit rester en place vingt jours : or sur 90 fractures ouvertes ainsi traitées, 78 ont guéri sans le moindre incident : 8 ont guéri également sans suppuration, mais après élimination de corps étrangers : 4 seulement ont suppuré, et une seule, s'est terminée par l'amputation secondaire. Enfin l'année dernière, dit M. Lejars, M. le Dr Carl Gontermann reprenait expérimentalement dans le service de Von Bergmann l'étude de l'action comparée du pansement sec, stérile et du pansement humide, antiseptique et il arrive aux conclusions suivantes : 1° on ne constate pas une action *empêchante* de l'antiseptique sur le développement des germes dans les plaies 2° la teneur en germes des plaies accidentelles non suppurées est plus élevée sous le pansement antiseptique humide imperméable que sous le pansement aseptique, sec 3° les pansements humides ne sont nullement un moyen sûr de prévenir la suppuration dans la plaie 4° qu'il faut donner la préférence à la gaze iodoformée, à cause de son pouvoir spécial d'absorption.

En résumé, dans toute plaie récente non encore infectée, une bonne gaze souple, poreuse, abondante, simplement stérilisée, séchée, comme premier pansement ; puis pardessus et autour un bon manchon d'ouate hydrophile bien maintenu en place qui empêche les contacts, voilà les conditions les plus rationnelles et les plus physiologiques d'une évolution régulière et d'une défense normale.

Les pansements humides avec l'imperméable obligé créent des conditions toutes autres, comme le démontre l'observation journalière comme d'ailleurs M. Preobragensky l'avait déjà montré en 1897.

Qu'il soit utile dans quelques conditions, sur une plaie douloureuse ou déjà infectée d'imprégner de la solution saline chaude ou encore d'eau oxygénée les couches profondes du pansement nul ne saurait le nier ; mais l'imperméable qui supprime

l'aspiration, empêche par là même, le processus normal d'absorption à la surface de la plaie, crée un véritable milieu de culture, par une sorte de vase clos qu'il réalise, il n'en faut plus parler son règne est fini ; gaze sèche aseptique, gaze au peroxyde de zinc peut-être, bien absorbante, souple, poreuse, recouverte d'une bonne couche d'ouate hydrophile voilà le pansement moderne des plaies récentes. Les lavages quand ils seront indiqués devront être faits avec des solutions qui auront comme qualité primordiale de ne pas nuire à l'activité cellulaire, la vraie défense de l'organisme contre une infection.

---

DE LA VALEUR CLINIQUE DE LA COURBE LEUCOCYTAIRE DANS LES MALADIES CHIRURGICALES ET EN PARTICULIER DANS L'APPENDICITE

---

M. le Dr Chs. Julliard, privatdocent à l'Université de Genève, a publié dans la Revue de chirurgie de Paris un article très intéressant en même temps que très documenté sur l'état actuel de cette question de l'examen du sang dans la plupart des affections chirurgicales.

Cette étude ne date que de quelques années et aujourd'hui elle est loin d'être terminée. Cependant, il se dégage déjà des nombreux faits bien observés une série de conclusions qu'un médecin sérieux n'a pas le droit de méconnaître.

La moyenne normale du nombre de leucocytes oscille entre 9,000 et 11,000.

Il est utile de savoir que le chiffre de 9,000 peut subir quelques fluctuations absolument physiologiques : L'enfance, la menstruation, l'état de grossesse, la digestion surtout après ingestion d'aliments albuminoïdes donnent lieu à quelques variations, qu'il suffit de connaître pour éviter l'erreur.

Au delà de 11,000 seulement commence la leucocytose proprement dite.

Un point important dans l'étude de la leucocytose dans ses rapports avec les différentes affections chirurgicales, c'est de ne jamais se baser sur un seul examen qui ne prouve ordinairement peu de chose, mais sur la *courbe leucocytaire*, résultante d'une série d'examens faits au cours de la maladie.

Il en est en effet de la leucocytose comme de la température : un chiffre isolé n'indique rien, c'est la tendance à augmenter ou à diminuer qui donne au symptôme toute sa valeur et il ne viendra à l'esprit d'aucun clinicien expérimenté de conclure à la seule notion par exemple d'une température de 39° sans savoir si cette fièvre persiste, si elle est passagère, si elle offre des oscillations régulières, périodiques, etc.

Il en est de même de la signification de la leucocytose. Des résultats utilisables en clinique peuvent seuls être tirés d'examen repetés, quotidiens, comparés les uns avec les autres, enfin, de l'étude complète *des variations* de la courbe leucocytaire.

Un autre point important qu'il importe de ne pas perdre de vue est le suivant :

Les indications fournies par les mesurations successives des leucocytes doivent toujours être comparées aux autres symptômes avant d'être interprétées.

Ce signe leucocytaire n'est pas destiné à les remplacer, mais à les compléter au cas où ils ne suffisent plus.

Il doit donc s'associer d'une part à la détermination de la température, d'autre part aux signes objectifs et à la douleur,

pour former suivant l'héureuse expression de M. Juilliard une *trilogie symptomatique* dont on ne devra pas séparer les éléments.

Enfin encore un point : ce symptôme est moins en rapport avec la nature même de la maladie qu'avec sa modalité clinique. La numération des globules blancs, par exemple, ne fournira aucun renseignement utile dans le diagnostic différentiel entre une tumeur et un abcès refroidi dont le contenu a perdu toute sa virulence ; dans l'un et l'autre cas il y a une leucocytose nulle ou très faible.

Par contre, elle nous indiquera très bien si un abcès est en voie d'extension, si une lésion est en train de suppurer, ou bien si le pus tend à diminuer, à se résorber ou s'enkyster.

Ce symptôme est un témoin vigilant de la lutte qui se passe entre le processus infectieux et l'organisme.

Des travaux de Küttner, Blassberg, Curschmann, Wassermann, Coste et Knur, M. Juilliard rassemble comme suit les quelques conclusions générales se rapportant aux maladies inflammatoires, avec formation de pus d'ordinaire :

1° Le leucocytose accompagne, dans la règle, l'inflammation et la suppuration dans l'organisme.

2° Il existe cependant des exceptions. On voit des suppurations sans leucocytose. Les conditions qui régissent ce phénomène en apparence paradoxal ne sont pas encore connues.

3° L'évolution de la courbe leucocytaire a plus d'importance que le nombre absolu des leucocytes. Cette courbe suivant Curschmann peut avoir dans certains cas notamment dans l'appendicite, plus de valeur que la courbe thermique.

4° Les processus infectieux aigus sont ceux qui fournissent les résultats les plus manifestes, tant qu'ils sont encore en train d'évoluer.

5° Le leucocytose augmente progressivement avec la for-

anation de pus l'extension de l'abcès ou l'inflammation. Elle paraît dépendre de l'existence du pus plutôt que de la fièvre. Elle diminue lorsque la virulence de l'abcès s'affaiblit, lorsqu'il se localise ou s'enkyste. Un nombre normal de globules blancs ne parlera donc pas contre un abcès refroidi.

6° Le leucocytose augmente en général dans l'agonie.

7° Les divers agents infectueux n'ont pas d'influence spécifique. Le leucocytose semble être en rapport seulement avec leur degré de virulence.

8° Les suppurations siégeant dans la cavité abdominale ou dans le voisinage immédiat du péri-toine s'accompagnent d'une leucocytose beaucoup plus accentuée que celles qui siègent à distance de cette séreuse.

9° Au moment de l'évacuation du pus, naturelle ou artificielle, le chiffre des leucocytes après avoir subi une légère augmentation passagère tombe règle générale à la normale, cette chute s'effectue rapidement ou lentement suivant que le pus s'évacue facilement ou non.

10° La persistance d'une leucocytose élevée, ou son augmentation, après l'ouverture de l'abcès, indique soit une retenue, une évacuation insuffisante, soit la formation d'un foyer nouveau dans le voisinage où la production de métastases, soit une hypersécrétion des surfaces de la plaie, soit enfin l'apparition d'une complication plus redoutable : pneumonie ou erysipèle etc.

11° L'existence durable d'une forte leucocytose indique presque toujours la présence d'un abcès chaud, et contraindique celle d'un abcès froid. Son absence ne parle pas contre l'existence d'un abcès même chaud, à condition que celui-ci soit déjà fermé, qu'il n'ait aucune tendance à s'étendre et que sa virulence soit très affaiblie. Elle peut être l'indice de la marche très chronique de l'affection.

12° L'élévation de la courbe leucocytaire précède très souvent celle de la température, ce qui lui confère une importance toute spéciale.

13° L'examen du sang ne peut servir à lui seul de base au diagnostic ou de justification à l'intervention que lorsque l'on ne trouvera pas, parmi les autres symptômes un signe nettement contradictoire. Lorsque ce dernier cas se présentera, il ne faudra cependant pas négliger complètement les indications fournies par l'examen du sang.

C'est surtout l'appendicite que M. Julliard a pris comme base de son travail et dans un très grand nombre d'expériences il a cherché à saisir la réelle valeur de la courbe leucocytaire tant pour le diagnostic de la maladie que pour son évolution.

Aussi, il est arrivé aux conclusions suivantes pour le diagnostic.

1° Les appendicites non suppurées sont caractérisées par une courbe leucocytaire qui oscille, soit autour de la normale (9000) soit entre la normale et la *ligne inférieure de suppuration* (c'est-à-dire entre 10000 et 25000,

2° Les appendicites suppurées se distinguent par une courbe leucocytaire se maintenant pendant 2 à 3 jours, *au moins au-delà* de la limite inférieure de suppuration (2500°).

3° Les appendicites gangrèneuses, à allure grave, s'accompagnent de variations leucocytaires encore mal déterminées. On peut cependant constater qu'une courbe leucocytaire normale, concomitante à des phénomènes généraux graves, indique la marche foudroyante de l'affection, et la non résistance de l'organisme. Une leucocytose élevée indiquera la formation d'une péritonite purulente.

Une première conséquence découle de ces constatations de la courbe leucocytaire, c'est qu'elle permet de distinguer un appendicite supprimé d'une fièvre typhoïde, d'une tumeur non

inflammatoire du cœcum ou de la stase fécale dans cet organe. Dans le premier cas elle est élevée, dans les autres, elle est normale.

Le diagnostic d'une des formes d'appendicite ne devra pas être basé uniquement sur les indications fournies par la courbe leucocytaire mais résulter de la comparaison de celle-ci avec les signes cliniques habituels. Toutefois, lorsqu'ils seront en contradiction manifeste les uns avec les autres, on devra attribuer une importance toute particulière aux indications fournies par la courbe leucocytaire. Par exemple lorsque celle-ci dépassant le chiffre de 25,000 pendant plusieurs jours, indique l'existence d'une suppuration, son importance sera prépondérante sur les autres symptômes.

M. Julliard ne craint pas de déclarer qu'au point de vue du diagnostic, la courbe leucocytaire possède une valeur au moins égale, sinon supérieure à celle de la courbe thermique.

L'examen du sang donne aussi des éléments utiles pour le pronostic. Aussi la tendance de la courbe à s'élever ou à s'abaisser est de toute importance. L'élévation indique la *formation du pus*, l'extension du processus infectieux, ou un retour de son activité. L'abaissement révèle la benignité de l'affection ou la résolution déjà constatée.

Dans les formes graves, péritonitiques, une haute leucocytose est plutôt d'un bon pronostic dans ce sens qu'elle indique une *réaction favorable* de l'organisme.

Lorsqu'elle concide avec des phénomènes généraux très graves elle doit être considérée comme une leucocytose d'agonie.

Par contre une leucocytose faible ou nulle, alors que les signes cliniques ne font pas prévoir une guérison prochaine, est d'un mauvais pronostic pour une raison inverse de la précédente.

Les indications fournies par la leucocytose ont aussi leurs significations lorsqu'il s'agit du traitement à instituer.

(A) Le retour de la courbe leucocytaire à la normale et son maintien à ce niveau, indiquerait d'une façon plus sûre, que par la chute de la courbe thermique, que le processus infectueux a cessé son activité et que l'opération à froid peut être pratiquée. Ce fait est particulièrement utile dans les cas qui évoluent sans fièvre.

(B) Une collection suppurée ne sera véritablement refroidie que lorsque les courbes leucocytaires et thermiques seront retombées à la normale.

(C) Les chirurgiens qui opèrent aussitôt qu'ils constatent un abcès appendiculaire, trouveront une justification à l'intervention dans le fait que la courbe leucocytaire se sera maintenue pendant deux ou trois jours au moins, au delà de 25000.

(d) Si l'élévation permanente de la courbe leucocytaire au delà de 25,000 indique la présence du pus et toutes les conséquences qui en découlent, l'absence d'une telle leucocytose ne devra pas contr'indiquer l'opération, lorsque les signes habituels y seront formels, car il peut exister des cas d'appendicite, rares il est vrai, sans leucocytose.

(e) Dans les formes graves, l'indication de l'intervention sera basée plus sur les symptômes cliniques habituels que sur le contenu du sang en leucocytes.

Comme conclusion de toutes ses recherches et de celles d'un nombre d'expérimentateurs, M. Julliard estime qu'il est hors de doute à l'heure actuelle que : la courbe leucocytaire devra être rigoureusement établie dans tous les cas ou le chirurgien ne serait pas nettement fixé soit sur la maladie clinique du cas qu'il observe, soit sur la tendance à l'aggravation ou à l'amélioration du processus infectieux.

Lorsque le cas inspire le moindre doute, les indications



fournies par la recherche de la leucocytose seront de la plus haute importance en ce qui concerne le diagnostic, le pronostic ou le traitement.

Maintenant toutes les inflammations, toutes les collections purulentes ayant un rapport de voisinage direct avec la grande séreuse s'accompagnent d'une réaction leucocytaire superposable à celle bien étudiée dans l'évolution de l'appendicite.

Cependant il importe de savoir que les collections siégeant à une certaine distance du péritoine s'accompagnent d'une leucocytose moins élevée.

Ce symptôme prendra donc une réelle valeur dans un très grand nombre de cas, spécialement dans l'appendicite, la péritonite ou en un mot, dans toutes les affections suppurées où la collection ne peut être directement explorée et constatée.

Il est destiné à prendre une place toujours plus grande à côté des symptômes habituels consacrés par une longue expérience, mais qui se montrent parfois insuffisant.

C'en est assez pour caractériser son importance clinique et pour activer les recherches dans le but d'élucider les quelques points encore restés obscurs ou inexpliqués de ses diverses modalités.

---

#### LE SANMETTO DANS LES MALADIES GÉNITO-URINAIRES ET DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Je me suis servi du SANMETTO avec de brillants résultats dans presque tous les cas pour lesquels il est préconisé. Dans quelques cas de rhumatisme blennorrhagique il s'est montré actif, il me semble être un bon médicament adjuvant dans cette maladie.

St. Louis, Mo.

DR. T. D. HOGAN,

Diplômé en 1896.

## LES CALCULS PHOSPHATIQUES DE LA VESSIE

### REMARQUABLE EFFICACITÉ PRÉVENTIVE DE L'UROTROPINE

M. le Dr Guiard a publié dans le numéro de Juillet des "Annales des maladies des organes génito-urinaires" un très intéressant article, où il fait part de son expérience sur les divers moyens à employer pour prévenir la formation des calculs phosphatiques vésicaux en particulier chez les prostatiques.

Rien n'est plus ennuyeux et difficile que le traitement du prostatisme qui ne vide pas sa vessie. Tôt ou tard il arrive à la crise de rétention aiguë, à la suite d'excès de refroidissement, etc., et alors après une intervention septique et même quelquefois sans intervention par la simple invasion coli-bacillaire de la vessie qui se vide incomplètement, la scène change, s'aggrave considérablement et la porte est ouverte à une production phosphatique. Tout le monde sait avec quelle facilité l'urine devient alcaline et même ammoniacale ; Sous cet influence, divers sels et spécialement les phosphates terreux de chaux et de magnésie qu'elle tient en dissolution offrent une remarquable tendance à se précipiter. En même temps, les leucocytes subissent diverses altérations qui les transforment en une masse glaireuse. Il en résulte que les sels minéraux précipités du fait de l'alcalinité courent grand risque d'être bientôt enserrés en quelque sorte amalgamés dans le gangue collante et visqueuse du dépôt purulent. Ainsi se forment des concrétions calcaires dont l'augmentation de volume est d'autant plus rapide que sont plus accentués les deux phénomènes à la combinaison desquels est due leur naissance. Quel traitement peut être institué pour prévenir cette formation calculeuse, menace toujours permanente dans toute vessie rétentive infectée ? Du régime ? tout nécessaire qu'il soit, il ne faut pas trop

compter sur son influence car elle est insuffisante dans l'immense majorité des cas. De même les balsamiques et les antiseptiques internes sont reconnus absolument inefficaces. Le traitement local mérite seul notre confiance ; répétition suffisante du cathétérisme évacuateur fait dans toutes les règles rigoureuses d'asepsie suivie de nettoyages répétés à la solution boricuée à 4 pour cent, et surtout aidé par les lavages nitrates, à 1/2000, à 1/1000. Quand la vessie est douloureuse à la distention, les instillations nitrates, mais alors à titre plus élevé 1/100, doivent seules être employées.

Tous ces moyens efficaces dans nombre de cas, se montrent cependant assez fréquemment insuffisants. Que faire alors, c'est ici que l'urotropine entre en scène. D'après M. Guiard qui a fait de ce médicament une étude sérieuse et prolongée, l'urotropine donne chez tous les prostatiques des résultats alors que tous les autres moyens ont échoué.

D'ailleurs Nicolaïer avait mis en lumière les qualités antiseptiques de cette substance sur l'appareil urinaire. Elle supprime, dit-il, aussitôt la fétidité des urines, puis leur purulence et ne tarde pas à leur rendre la limpidité normale ; pendant ce temps, la fréquence des besoins diminue et les douleurs disparaissent. Des transformations toutes aussi favorables s'observent dans la plupart des cystites, même sans l'hématurie pourvu toutefois qu'elles ne soient pas de nature tuberculeuse.

Il ne faudrait pas cependant croire que l'urotropine doive toujours guérir. Dans les cystites anciennes, contre les lésions profondes et invétérées qui intéressent la paroi vésicale dans la plus grande partie de son épaisseur, elle ne peut pas avoir une action bien importante, alors que la plupart des agents pathogènes sont protégés, au sein des tissus malades, contre les émanations médicamenteuses.

Il reste cependant acquis que son action dans la plupart des cas est réelle, surprenante parfois.

Elle a aussi l'avantage sur les lavages au nitrate de porter son action sur tout l'appareil urinaire et en raison de cette action peut triompher de certaines infections qui ayant franchi les limites de la vessie, ne sont plus justifiables de lavages.

Les propriétés remarquables de l'urotropine sont dues au fait qu'elle passe en nature dans l'appareil urinaire et qu'elle y donne lieu quelques minutes seulement après son arrivée, à un dégagement de vapeurs d'aldéhyde formique douces comme l'on sait d'une extraordinaire puissance germicide. Il y a cependant un phénomène assez singulier dans ce dégagement de vapeurs; c'est qu'elles ne se produisent qu'à la température du corps aux environs de 37°.

Maintenant si l'on veut avoir d'excellents effets thérapeutiques, il suffit de l'administrer trois fois par jour, à intervalle d'au moins 6 heures à la dose de 0.50 centigrammes que l'on peut faire prendre dans un verre d'eau pure ou gazeuse.

Suivant M. Guiard une dose quotidienne de 1.50 c 2 grammes s'est toujours montrée inoffensive, même continuée pendant des mois. Il faut savoir qu'à des doses trop élevées, elle peut occasionner des cuissons, des mictions fréquentes, même déterminer une tendance à l'hématurie

Ainsi donc l'urotropine en prévenant l'infection vésicale, ou en l'améliorant, pourvoit à prévenir la cystite, à la guérir si elle existait et delà à empêcher la production de calculs phosphatiques qui sont fonctions d'infection chez les rétentionnistes.

M. Guiard qui l'a expérimentée pendant plusieurs années chez les prostatiques à la période d'infection, et comme préventif la considère comme un médicament inestimable.

L'Helmitol qui résulte de la combinaison de l'acide anhydro-méthylène-citrique avec l'urotropine aurait, d'après Paul

Rosenthal (de Berlin,) de Goldschmidt (de Berlin) de Heuss (de Zurich), de Scipert (de Vurzboury), un pouvoir désinfectant sur l'appareil urinaire, très supérieur à celui de l'urotropine et de plus jouirait d'une action sédatrice et anesthésiante très manifeste dans les affections douloureuses de l'urètre et du col vésical. Ce médicament se prescrit à la dose de 3 à 4 grammes par jour qui pourrait sans inconvénients être doublée si nécessité.

M. Guard qui a souvent usé de l'Helmitol le place sur le même rang que l'urotropine, tout en avouant avoir moins d'expérience pour l'un que pour l'autre. En résumé, à part les traitements locaux qui ne doivent jamais être omis, l'on a dans l'urotropine, et l'Helmitol deux bons agents qui peuvent rendre d'importants services dans la prévention de l'infection vésicale chez les prostatiques rétentionnistes. en même temps que des microbicides puissants et non dangereux pour l'économie à opposer à la pullulation des germes, si par hasard ils s'étaient établis dans l'appareil urinaire et en particulier dans la vessie.

ARTHUR SIMARD

---

### CHOREE ET ANÉMIE

---

Le No. de mai 13, du "Virginia Semi-Monthly" contient un article très bien fait du Dr Roshier W. Miller, de Barton Height, Va. au sujet du *Pepto-Mangan* de *Gude*. Cet article rapporte des cas de chorée (due à l'anémie chez le malade) où cette précieuse préparation a amené la guérison complète et permanente.

La proportion des globules rouges du sang augmente d'une manière étonnante sous son emploi. La dose moyenne est de deux drachmes par jour, quelquefois en ajoutant 2 gouttes de Foular trois fois par jour, on active beaucoup son effet.

## **Revue des Journaux**

---

### LA MORT OPÉRATOIRE DE WALDECK-ROUSSEAU

---

A midi, le docteur allemand Hans Kehr commence à opérer Waldeck-Rousseau; il finit de l'opérer vers une heure et demie ou deux heures; trente minutes après, le malade était mort.

Quelques mois auparavant, une première opération avait été pratiquée avec beaucoup de prudence et de succès par des chirurgiens français et surtout par le professeur Terrier, qui "avait considéré dès lors son rôle de chirurgien comme terminé".

Le contraste de ces deux conduites et de ces deux résultats nous suggère quelques réflexions.

Que pensez-vous du "célèbre professeur allemand qui ne s'aperçoit pas qu'il va opérer un mourant? S'il s'en est aperçu, que pensez-vous de lui.

Je dis qu'ils a commis une double mauvaise action: à l'égard du malade qu'il a voulu sacrifier à son ambition; à l'égard de ces confrères français qu'il a oublié de consulter ou dont il n'a pas daigné écouter le prophétique avertissement. Il se disait, sans doute, qu'il y a un bon Dieu pour les imprudents comme il y a un pour les ivrognes, et que si par un de ces hasards mystérieux il sauvait de cette aventure son illustre malade—quoiqu'il dût savoir que celui-ci avait 99 chances sur 100 contre lui—il deviendrait réellement très "célèbre" contre la science française

Or, si cette science française avait été sérieusement consultée et obéie au dernier moment, si l'on avait pris en considération son avertissement basé sur l'observation clinique, on n'aurait pas soumis un moribond dont les quelques hallucinations montraient déjà l'approche du coma cancéreux, à une opération trois fois dangereuse, par sa durée, par la région où l'on portait le bistouri, par l'affaiblissement ultime du patient. Ce qu'on appelle la *clinique*, science que certains médecins ou chirurgiens ignoreront toujours, parce que leur esprit ne les porte pas à l'acquiescer, aurait nettement posé les contre indications à cette malheureuse intervention chirurgicale.

Raisonnons un peu, et sans passion voyons si M. Hans Kehr, déjà "célèbre" par certaines fantaisies théoriques sur les calculs biliaires et la nature inflammatoire de la colique hépatique (*Arch. f. Klin. chir* 1896 et 1898), peut sortir indemne de plusieurs dièmmes.

Après avoir ramené d'Angleterre le savant chirurgien Armour qui a eu la modestie et peut être le grand sens pratique de jouer un rôle secondaire dans cette affaire, on va chercher au fond de la Prusse, à Halberstadt, le docteur Hans Kehr, qui accourt accompagné des docteurs Aussch son assistant, et de Mlle Stollmeyer, son aide "Il accepte —dit un journal bien renseigné, puisqu'il l'est par un des membres de la famille) 12 août 1904)—d'assumer la responsabilité *entière* de l'opération s'il la juge possible à la condition formelle qu'elle ne soit faite que par eux trois". On ne peut accepter une responsabilité avec plus de crânerie... mêlée d'une certaine impertinence à l'égard du docteur anglais et des chirurgiens français (parmi lesquels un ami intime du malade), qui n'assistaient pas à la leçon opératoire: absence très significative.

Mais alors, si vous avez réclamé cette "entière" responsabilité, vous devez aussi l'accepter en cas de revers. De l'autre

côté du Rhin on aime, après trente-quatre ans, à nous rappeler souvent nos anciennes défaites; souffrez donc que l'on parle une fois des vôtres Oh! je sais bien que si le hasard aveugle vous eût servi, il n'y aurait pas eu assez de trompettes de la renommée que, dans certains pays, on sait faire bruyamment sonner, pour célébrer la grande victoire de la chirurgie allemande, et déjà le *Berliner Tageblatt* (informé par qui?) annonçait avec une fière satisfaction votre départ pour la France. Malheureusement pour le malade, et un peu pour vous, la justice immanent veillait, et l'histoire dira que Waldeck-Rousseau est mort sous votre bistouri.

Nous lisons encore ce passage dans le journal français bien renseigné: " Le mal dont souffrait l'homme d'État était de ceux qui ne pardonnent point, soit que leur nature se présente comme implacable, soit qu'on ait trop tardé à le combattre ". Qui a suggéré ou inspiré ce dernier membre de phrase, et y aurait-il là pour la défense d'une mauvaise action opératoire et confraternelle, une perfide accusation contre les confrères éminents qui ont réussi à faire vivre un peu plus un malade au lieu de le tuer?

S'il en était ainsi, on vous renverrait à l'étude de la pathologie chirurgicale ou à la lecture de certaines leçons cliniques, et voici ce que vous y liriez: " Le traitement chirurgical est sans exception, et dans trois cas de cancer de la tête du pancréas avec ictère, la cholécystentérostomie pratiquée trois fois par Terrier n'a pas retardé la terminaison rapide. " A cela vous répondrez judicieusement, que grâce aux progrès incessants de la chirurgie, ce qui était déclaré impossible hier, peut devenir très possible aujourd'hui. Mais la prudence très clinique et si justifiée par l'événement, de ceux qui vous ayant précédé avaient déclaré sagement leur rôle chirurgical terminé, ne devait elle pas un instant arrêter votre redoutable bistouri, et un chirurgien doit



il opérer un mourant, ou doit-il espérer quand même, alors qu'il sait la mort au bout?

A toutes les histoires, il y a une morale, et la voici :

En France, nous disons et mettons largement en pratique le précepte suivant : la science n'a pas de patrie. Et c'est pour cela que quelques-uns d'entre nous n'ont pas encore abandonné la trop généreuse pensée d'envoyer leur malades aux stations hydro-minérales allemandes bien inférieures aux nôtres, alors qu'en Allemagne tous les médecins les dissuadent impitoyablement de fréquenter les stations françaises ; c'est encore pour cela que nous avons accepté d'abord pour avoir la peine de les combattre et de les anéantir ensuite, les plus grandes erreurs médicales de l'époque, comme le *Journal des Praticiens* le rappelait il y a quelques semaines : la dualité de la phisie pulmonaire, la guérison de cette maladie par la commerciale et fameuse tuberculine de Koch, l'infaillibilité thérapeutique du Sanatorium, les vertus mystérieuses de l'eau de Nauheim contre toutes les maladies du cœur, alors qu'en Angleterre et dans d'autres pays de l'étranger des voix se sont élevées contre de "solennelles fantaisies", et qu'en France, à l'Académie de médecine, d'autres voix ont rappelé les aggravations et les morts moins mystérieuses provoquées à cette station hydro-minérale. . . Et voici un dernier événement opératoire qui ouvre en France comme à l'étranger, les yeux des plus incrédules, en démontrant où sont la vérité et le bon sens clinique.

Un mot pour finir.

Nous avons entendu quelques personnes blâmer la famille d'un homme qui a occupé une grande place dans l'Etat, d'avoir fait appel à un opérateur allemand. Nous sommes plus libéraux ; l'acte est excusable de la part d'une famille affolée voulant sauver, coûte que coûte, l'un des siens, et nous comprenons qu'elle s'adresse à tous les médecins, sans souci d'une nationali-

té qui n'existe plus lorsqu'il s'agit de science véritable et de guérison toujours espéré. Cependant, lorsqu'en France nous avons des chirurgiens si habiles, si expérimentés, si cliniciens, pour-quoi va-t-on chercher un opérateur en Prusse? Les Allemands dont le patriotisme est un exemple s'adressent-ils aux chirurgiens français? (*Journal des praticiennes*)

N'insistons pas. . .

---

### L'EXPÉDITION BERNIER

Les journaux quotidiens ont donné peu de détails sur l'expédition que le gouvernement du Dominion vient d'organiser pour l'exploration de toute la côte Nord du Canada. Cette expédition qui se prépare à laisser Québec prochainement sur le S.S. Arctique pour mission aussi d'établir une série de postes de police le long de la baie d'Hudson; pour cette raison elle emporte avec elle un approvisionnement considérable. Entre autres choses, le gouvernement a acheté une grande quantité de Lacto-Globuline, après en être venu à la conclusion que cette nourriture serait d'un grand avantage dans les cas de maladies et pour contre-balancer par un aliment vivant et naturel la mauvaise influence des aliments stérilisés et condensés.

Il est permis de croire que si Nansen avait eu en sa possession un aliment aussi nutritif et aussi facile à transporter il aurait pu atteindre le Pôle Nord lorsqu'il fit sa dernière audacieuse tentative. Le capitaine Bernier a reconnu ce fait en emportant avec lui une provision abondante de Lacto-Globuline.

Il ne doit pas nous être indifférent et l'on doit se rejouir que ce nouvel aliment soit une découverte Canadienne et qu'il soit fabriqué en Canada.

## PEDIATRIE

---

### CONTRIBUTION A L'ETUDE DU POU LS ET DE LA TENSION ARTERIELLE DANS LA DIPHTERIE

---

Cette étude est importante au point de vue du pronostic de la diphtérie, car elle est basée sur plusieurs observations cliniques accompagnées de tracés prises dans le service de la diphtérie de l'Hôpital des enfants Malades de Paris dirigé par M. le Dr Marfan. Voici le résumé donné par M. Denis dans sa thèse :

Dans les cas de diphtérie pure, 3 ou 4 jours après la première injection de sérum, le nombre de pulsations est redevenu normal. Si la pression sanguine avait légèrement fléchi, elle remonte et la guérison est obtenue.

Pendant la convalescence, la tension artérielle diminue, et cela n'a rien de défavorable quand la fréquence des pulsations est normale, survient-il une accélération du pouls, on doit craindre une recrudescence de la diphtérie ou une complication. La grande fréquence des pulsations permet de prévoir une convalescence longue ou une forme grave. Les brusques variations de fréquence sont de mauvais augure.

Le ralentissement progressif du pouls coïncidant avec une tension normale, annonce la convalescence.

Dans les diphtéries associées, le retour à la pression et à la fréquence normales se fait plus lentement que dans les diphtéries pures.

L'accroissement du nombre des pulsations dans ces diphtériques est d'un mauvais pronostic, surtout s'il se produit une augmentation parallèle de la tension artérielle. Un nombre élevé de pulsations coïncident avec une très basse pression peut faire compter sur la guérison. Mais un ralentissement continu du pouls avec hypotension progressive laisse peu d'espoir.

R. F.

---

### PRONOSTIC DE LA COXALGIE

---

Après avoir reconnue l'existence d'une maladie, il faut, en clientèle surtout, savoir dire ce qu'il y a à craindre et de qu'il y a à espérer, afin d'éviter des reproches intérieurs de la part de la famille. La plupart des parents vous questionneront sur le pronostic de l'affection avant même de vous demander ce qu'il y a à faire. Comme le pronostic est ce qu'il y a de plus difficile à préciser en médecine il faut être bien sur ses gardes, bien étudier le cas, donner de la marge à son opinion, avant de se prononcer dans l'une ou l'autre alternative. Ce qui est vrai pour la médecine en général, l'est aussi pour la coxalgie chez l'enfant.

Tout d'abord, les parents ne manqueraient pas de vous poser les 3 questions suivantes : 1° Le malade guérira-t-il ? ; 2° Guérira-t-il sans aucune trace de maladie, ou bien avec une infirmité telle que boiterie ou jambe raide ? 3° Enfin quand sera-t-il guéri ?

I.—*Le malade guérira-t-il de sa Coxalgie ?*

On peut affirmer oui, si l'enfant est amené au médecin dès les premiers symptômes de la maladie. Mais on ne peut pas être aussi affirmatif lorsqu'un coxalgique nous arrive avec une ou plusieurs fistules.

Si la fistule n'est pas infectée c'est-à-dire s'il n'y a ni fièvre ni albumine la guérison peut avoir lieu et a lieu le plus souvent.—Si, au contraire, il y a des signes d'infection viscérale tels que albuminurie et hypertrophie du foie, la guérison est peu probable bien qu'on puisse quelquefois avoir raison de la maladie lorsque l'infection viscérale est de date toute récente et lorsqu'on soumet le malade au régime lacté et à une aseptie locale parfaite.

Ainsi donc le danger à éviter dans la coxalgie, c'est par dessus tout, dit M. Calot, la fistule.

En dehors de l'infection viscérale, suite de fistule, il y a encore d'autres causes de mort possibles : 1° *Généralisation de la tuberculose*, peu fréquente chez l'enfant suralimenté et vivant à la campagne et à l'eau salée.

2° *Méningite* : Possible comme toutes les autres manifestations de la tuberculose, mais pouvant être évitée en augmentant la résistance générale par la suralimentation, le séjour à l'eau salée, l'abstention de travail cérébral pendant un à 2 ans, la suppression dans la mesure du possible de toute douleur provenant de la maladie ou du traitement, et surtout la suppression de toute manoeuvre mécanique intempestive du côté de la hanche.

II.—*Comment guérir le malade ? Avec ou sans infirmité ?*

La réponse à cette question variera avec la période de la maladie à laquelle en est rendu l'enfant et avec le mode de traitement.

On peut guérir un coxalgique sans qu'il y ait d'infirmités s'il nous est présenté de bonne heure, si on a fait un diagnostic précoce alors qu'il n'existe dans la hanche que des lésions superficielles infimes et lorsque la déviation et les contractures sont nulles ou presque nulles. A ce moment, la guérison peut être complète pourvu que l'on adopte le meilleur traitement général tel que suralimentation séjour prolongée à l'eau salée etc., et un traitement local consistant dans le repos complet de la hanche malade dans la position couchée pendant de très longs mois.

Il faut toujours se garder d'être absolu dans son pronostic de guérison, car il est très difficile d'assurer carrément que chez tel enfant, même pris au début, il ne surviendra pas une déviation ou un abcès.

Lorsqu'on vous présente un enfant atteint d'abcès ou de déviation déjà accusée ou ancienne, on ne doit plus promettre une guérison avec conservation de la totalité des mouvements de la hanche. Mais on pourra dire avec le Dr Calot de Berck-sur-Mer ; " L'enfant guérira sans boiterie, avec une hanche raide " sans doute, mais ne l'empêchant pas de bien marcher ni même " de s'asseoir ; car si l'enfant est jeune, il se fera des suppléances " dans les articulations de la partie inférieure de la colonne vertébrale qui masqueront cette raideur. Le fémur, en ces cas, " n'a plus exactement la longueur normale. Mais en le mettant " en légère abduction, en le fixant solidement dans cette attitude " (et c'est pour cela que la hanche devra être raide), on peut " lui donner une longueur fonctionnelle suffisante. "

Ainsi donc lorsqu'on a affaire à une coxalgie compliquée d'abcès ou de déviation déjà marquée, il faut dire aux parents que l'on cherchera l'immobilité de la hanche dans le but de rendre la marche plus correcte et la guérison plus solide.

Enfin ce n'est que dans les cas où les destructions osseuses sont déjà étendues, que le praticien ne peut supprimer entièrement la boiterie, mais il peut l'atténuer encore, d'après M. Calot, dans une très large mesure, même dans les cas paraissant les plus défavorables.

### III.—*Quand le malade sera-t-il guéri ?*

Dans ce cas-ci, les réponses ne peuvent être aussi précises que dans les deux premiers cas. Tout ce que l'on peut dire aux parents, le voici :

1° Pour une coxalgie tout-à-fait au début, sans déviation ou avec une déviation infime, n'existant que depuis quelques jours ou quelques semaines, on peut espérer avec M. le Dr Calot que dans 5 ou 6 mois, sans rien préciser absolument, les symptômes auront disparu ; et qu'à partir de ce moment une surveillance de 6 autres mois dans la position horizontale sera suffisante pour obtenir une guérison complète.

Ainsi donc, il faudra dans ce premier cas empêcher l'enfant de marcher pendant un an, pour avoir une guérison parfaite, à la condition bien entendu qu'il ne survienne pas de complications pendant l'évolution de la maladie.

2° S'il s'agit d'une coxalgie avec déviation accusée ou douleur très vive, on peut avertir les parents que la maladie durera entre 18 et 24 mois, et peut-être davantage, à moins qu'il ne se produise d'abcès, chose fréquente dans cette forme de la maladie.

3° Pour les coxalgies avec abcès, l'abcès traité par les ponctions et les injections, demande 2 mois environ pour se guérir, ce qui abrège la durée de la maladie. Trois ou quatre mois après la disparition de l'abcès on peut mettre l'enfant sur pied avec un petit appareil.—Mais s'il ne survient pas d'abcès, ou bien si on ne traite pas l'abcès par les ponctions et les injections, alors,

d'après M. Calot, la maladie sera plus longue et pourra durer encore une ou plusieurs années.

(*La Pédiatrie Pratique.*)

R. F.

---

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

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

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

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

Richmond, Ind.

DR. R. R. HOPKINS,

Diplômé en—, etc.



MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DU  
 PRECIEUX SANG, QUEBEC, PENDANT  
 LE MOIS DE JUILLET 1904

Plaie, suture—1

Tête :—Kystes sébacés du cuir chevelu, ablation—2

Enfoncement des cellules frontales—1

Cou :—Ganglions tuberculeux, ablation—1

“ “ Thermo—2

Goître suppurant. Ablation—1

Face :—Lèvre infér. Epithélioma—3

Nez. Epithélioma—1

Joue.—Kyste sébacé—1

TRONC

Poitrine—Tuberculose costale. Curettage—1

Sein :—Ablation pour cancer—5

“ “ “ (récidive)—1

Dos :—Anthrax—1

Abcès tuberculeux—1

ABDOMEN

Laparatomie pour cancer pour pylore, (Gastro-entero-anastomose)—2

“ “ Kyste ovarien—1

“ “ “ dermoïde—1

“ “ Ovaires scléro-kystiques—2

“ “ Raccourcissement des lig. (rét-vers.)—1

“ “ Hystérectomie pour fibrome—1

“ “ “ “ “ avec grossesse—1

- " " Opération de Porro—1  
 " " Phlegmon du lig large—1  
 " " Tumeur des annexes—1  
 " " Appendicite à froid—1  
 " " Occlusion intestinale (adhérences)—1  
 " " Calculs biliaires (1171 calculs)—1

Hernie inguinale :—Cure chirurgicale—2

" " Etranglée—1

#### ORG. GEN.-URIN.—FEMMES

Utérus :—Curettage pour métrite—2

" " fièvre puerpérale—1

" " Tumeur—1

Polype du col (enlèvement)—2

Suture du col (Emmett)—1

Périnée :—Périnéoraphies—2

Urethre :—Caroncules (Thermo)—2

Vagin :—Fistule vesico-vaginale—1

Colporaphie antérieure (cytocelle)—1

#### ORG. GEN. URIN.—HOMMES

Vessie :—Taille sus-pubienne pour calculs—1

Rein :—Cancer du rein—1

Testicules :—Castration pour tuberculose—1

Varicocelle—1

Prépuce :—Phimosis (circoncision)—1

#### VOIES DIGESTIVES

Hémorroïdes :—Thermo—4

#### MEMBRES SUPERIEURS

Epaule :—Absès tuberculeux—1

Luxation de clavicule sur sternum—1

Bras :—Ostéomyélite humérus—1

Coude :—Tuberculose—1

Poignet :—Suture—1

Main :—Phlegmon—3

Tuberculose face dorsale des 2 mains (curettage et

Thermo—1

Tuberculose du pouce (curettage)—1

MEMBRE INFER.

Aine :—Absès Tuberculeux (Thermo)—1

Cuisse :—Section peau, suture—1

Genou :—Arthrite tuberculeuse (ponction et injection)—2

Jambe :—Ancienne fracture, redressement—1

A. V.

MOIS D'AOUT 1904

Cou :—Tumeur maligne, ablation—1

Ganglions tuberculeux, ablation—5

“ “ suppurés, ouvert—1

Nuque :—Fracture 5e vert. cervicale (Laminectomie)—1

Face :—Lèvre : Adhérences cicatricelles—2

Epithélioma—1

Bec de lièvre—2

Joue : Absès tuberculeux—1

Ganglion pre-mastoïdien (affection maligne),

Ablation—1

TRONC.

Poitrine :—Coup de pied de cheval—1

Sein :— Ablation pour angiôme caverneux en dégénérescen-

se Kystique—1

“ “ Cancer—4

“ “ Mal Kystique (reclus)—1

## ABDOMEN.

- Laparatomie pour Kyste ovarien—1  
 “ “ “ tordu sur pédicule—1  
 “ “ Ovaires kystiques—1  
 “ “ Salpingo-ovarite—1  
 “ “ Tuberculose des annexes—1  
 “ “ Cyo-Salpinx—1  
 “ “ Grossesse extra'utérine—1  
 “ “ Hystérectomie affection des annexes—  
 “ “ “ “ “  
 et rétroversion—1  
 “ “ Calculs biliaires—2  
 “ “ Péritonite tuberculeuse—1  
 “ “ Appendicite à chaud—3  
 “ “ “ froid—1

Hernie Inguinale :—Cure chirurgicale—2  
 Ponction abdominale pour ascité—1

## ORG. GEN. URIN.—FEMME.

- Utérus :—Curettagé pour métrite hémorrhagique—1  
 “ “ métrite—2  
 Vagin :—Colporaphie antérieure pour cystocelle—2  
 Col :— Suture du col (Emmett)—1  
 Périnée :—Périnéoraphie—1  
 Rein :— Pyo-néphrose (incision lombaire)—1

## ORG. GEN. URIN.—HOMME.

- Urètre :—Rétrecissement uréthrotomie interne—1  
 Infiltration d'urine—1  
 Prépuce :—Circoncision pour Phimosi—2  
 Rordon :—Variocelle—1  
 Kyste du cordon—1

- Testicule :—Castration pour épидидymite tuberculeuse—1  
 “ “ épithélioma, testicule ectropié—  
 Bourses :—Epithéliome—1  
 Périnée :—Abscess, (ouverture)—1

VOIES DIGESTIVES.

- Intestin :—Anus artificiel pour obstruction—1  
 Tissure anale—1  
 Hémorrhoides, Thermo—1

MEMBRE SUPÉR.

- Bras :—Phlébite—1  
 Conde :—Luxations—3  
 Poignet :—Section, (suture)—1  
 Main :—Adherence cicatricielle—1  
 Suture tendineuse—1  
 Traumatisme—2  
 Pustule maligne (pouce)—1  
 Panaris—1

BASSIN.

- Fracture du pubis avec lésion vésicale (drainage de la cavité de Retzius)—1

MEMBRE INFÉR.

- Aine :—Bubon—1  
 Ganglions tuberculeux—1  
 Cuisse :—Varice circonscrite—1  
 Lipôme—1  
 Genou :—Hygroma—1  
 Lipôme—1  
 Jambe :—Fracture du péroné—1  
 Pied :—Luxation tibio-tarsienne—1

## NOUVELLE

A une dernière assemblée de la Société du "Bulletin Médical" les directeurs suivants ont été élus pour l'année 1904-1905 :

Président :	-	Dr M. Ahern.
Vice-Président :	-	Dr M. D. Brochu.
Trésorier :	-	Dr A. Marois.
Secrétaire de la rédaction :		R. Mayrand.
Directeurs	-	A. Simard.
"	-	E. Turcotte.
"	-	R. Fortier.
"	-	A. Faucher.
"	-	E. Mathieu.
"	-	C. Verge.

## ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

17<sup>e</sup> CONGRÈS, 17-22 OCTOBRE 1904

Le 17<sup>e</sup> Congrès de l'Association Française de Chirurgie, s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le *Lundi 17 Octobre 1904*, sous la présidence de M. le Docteur S. Pozzi, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1<sup>o</sup> *Traitement chirurgical de la cirrhose du foie*, rapporteur : M. MONPROFIT, d'Angers.

2<sup>o</sup> *Valeur sémiologique de l'examen du sang en chirurgie*, rapporteur : M. TUFFIER, de Paris.

3<sup>o</sup> *Décollement traumatique des épiphyses*, rapporteur : M. KIRMISSON, de Paris.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre, et les conclusions de leurs communications, à M. le Docteur WALTHER, Secrétaire général, 21, Boulevard Haussmann, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.