

# Le Montréal-Médical

Paraissant le 25 de chaque moi

ABONNEMENT - - - \$1.00 PAR AN

## Hygiène. — Médecine et Chirurgie. Pratique. — Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

### SOMMAIRE

Société Internationale de La Tuberculose — Stenobathm de Lohr 877

Traitement de l'émphysème par M. le Professeur A. Lohr 879

Cette aigue avec diarrhée putride par M. le Professeur A. Broga 881

Les effets de la castration chez le femelle par M. le Docteur Pierre Delbet 883

Forme subaiguë de la grippe chez la nourrisson par M. le Docteur S. Hahn 887

Le traitement de l'appendicite d'après quelques travaux récents par M. Amédée Schmigarter 892

Ouvrages recommandés à nos lecteurs 900

Traité de la tuberculose par M. le Docteur G. L. G. 903

Pathologie et traitement des maladies alcooliques 905

La cause de la mort dans l'émphysème chronique de l'homme par M. le Docteur G. L. G. 907

Traitement médical des rhumatismes 911

La tuberculose dans les ovaires et la région ovarienne 912

Le moyen de faciliter l'opération des amputés de quinquante ans 913

Technique de l'operculo-rectien 913

Diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'operculo-rectien de la tuberculose-test et l'analyse bactériologique de L. L. L. 915

Tout ce qui concerne la rédaction ou l'administration doit être adressé à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS-Lite ”

SIMON MONDOU, Propriétaire

55, ST-FRANCOIS-XAVIER

5<sup>e</sup> Nombre 11

# MONTREAL-MEDICAL

VII

MONTREAL, 25 FEVRIER 1908

No. 12

---

## SOCIETE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

( Séance du 27 Décembre )

Président M. le Professeur Lancereaux.

### STERILISATION DE L'AIR

L'auteur rappelle les études de Pasteur, Laveran, et Miquel qui ont prouvé la présence d'un nombre considérable de microbes dans l'atmosphère. Ce nombre de germes varie d'un endroit à l'autre et augmente surtout dans les grandes agglomérations. C'est ainsi que les maisons parisiennes contiennent en moyenne 20 mille germes par mètre cube d'air et ce chiffre double et atteint même 50 mille dans nos salles d'hôpitaux, dans certains ateliers, dans les théâtres et même à la Chambre des Députés. L'homme normal respirant 10 mille litres d'air par jour on peut s'imaginer facilement le nombre de bactéries qu'il absorbe et qu'il retient dans ses poumons.

Expérimentalement le danger de ces germes aériens a été démontré, puisque l'inoculation des poussières de l'air provoque chez les animaux de l'infection, presque toujours un abcès ou une streptococcie mortelle. Cliniquement aussi, M. Lautier a observé que la diphtérie, l'érysipèle, les fièvres éruptives se transportent à distance, que le choléra est communiqué par les germes de l'air et de l'eau, que le charbon se transmet par transport aérien ; il en est de même des fièvres paludéennes, de la tuberculose, de la fièvre jaune, etc. Enfin, on sait fort bien que le nombre des maladies épidémiques et transmissibles dans un quartier déterminé est proportionnel à la densité des microbes de l'air.

M. Bernheim a pensé utile de rechercher la stérilisation de cet air chargé de microbes dangereux. Il a fait un grand nombre d'expériences, non pas avec des produits antiseptiques mais par l'intermédiaire de la chaleur qui se dégage de nos foyers ordinaires. Entourant une cheminée habituelle d'une cuve creuse due à l'ingéniosité du Dr Goupil, le Dr. Bernheim fait passer à l'aide d'un puissant tirage tout le cubage d'air d'un local à travers plusieurs couches d'amiante chauffée à 180°. Les microbes de l'air, qui traversent ainsi cette haute température sont tués et en moins de trois heures, le Dr. Bernheim a pu stériliser l'air même pollué des plus grandes salles, l'air le plus chargé de microbes et le plus nocif. Même quand l'expérience n'a pas duré assez longtemps, l'expérimentateur a pu dans tous les cas diminuer 17 à 18 fois le nombre des microbes contenus dans l'air au début de l'épreuve. Voilà donc le principe de la stérilisation de l'air bien établi.

L'importance de ces résultats sera compris par tous les hygiénistes, les chirurgiens, les accoucheurs. On sait que l'air naturel n'est aucunement nuisible par sa composition chimique, mais par sa teneur en germes. Pouvoir espérer stériliser par un appareil simple l'air d'un local surpeuplé accidentellement ou continuellement est un progrès hygiénique important pour la santé. On stérilise le lait, on surveille la qualité des denrées alimentaires et particulièrement de la viande, on fait bouillir l'eau pour éviter la fièvre typhoïde ; pourquoi ne purifierait-on pas l'air des appartements, des habitations ? Cette aéro-stérilisation trouve son indication particulière dans les salles d'hôpitaux dont l'air est si dangereux, dans les écoles, dans les lycées, les théâtres, dans les casernes. Il sera employé utilement dans toutes les affections des voies respiratoires où l'air pur, cet aliment pulmonaire, joue un rôle prépondérant. Donnez une bonne alimentation et soumettez un tuberculeux au repos absolu dans un air vicié, la maladie continuera son évolution grave ; placez ce même tuberculeux dans un air bactériologiquement pur, avec le même repos et la même alimentation, et vous l'amènerez à l'amélioration et à la guérison. Il en est de même pour les pneumoniques, les bronchitiques, les emphysémateux, les malades atteints de scarlatine, de rougeole, etc.

Voilà donc une première série d'indications pour l'aérostérilisation. Mais que dire des salles d'opération ou d'accouchement où les chefs de services prennent tant de mesures de précaution afin d'éviter toute infection extérieure ? Nous sommes convaincus que tous ces praticiens seraient heureux d'augmenter les chances de succès de leurs interventions en stérilisant d'avance et pendant l'opération l'air contenu dans leurs salles. Cette nouvelle garantie d'asepsie est tellement importante qu'il nous semble inutile d'insister.

### TRAITEMENT DE L'HEMOPTYSIE.

Par M. le Professeur A. Robin:

1o. Faire immédiatement et avant tout autre traitement, au niveau de la paroi abdominale, une injection de 20 cc. de solution de gélatine.

On emploie la formule suivante :

Gélatine. . . . .	20 grammes.
Chlorure de sodium. . . . .	7 —
Eau. . . . .	Q. s. p. 1 litre.

Répéter l'injection tous les jours, et même deux fois par jour, s'il est nécessaire.

2o. A côté de ce moyen d'hémostase, il faut corroborer l'action par une médication interne. Elle comprend quatre éléments :

- 1o. L'ergotine ;
- 2o. Le chlorure de calcium ;
- 3o. La médication acide ;
- 4o. L'ipéca et la digitale.

M. A. Robin donne l'ergotine et le chlorure de calcium en alternant. Il associe à l'ergotine le tanin, sous forme d'acide gallique :

Ergotine Bonjean. . . . .	4 grammes.	
Acide gallique. . . . .	0 —	50
Sirop de térébenthine. . . . .	30 —	
Hydroliat de tilleul. . . . .	120 —	

soit une potion de 150 grammes, représentant dix cuillerées à soupe. Le malade en prendra une cuillerée toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire, on administre le chlorure de calcium en l'associant aux opiacés :

Chlorure de calcium. . . . .	4 grammes.
Sirop d'opium. . . . .	30 —
Eau distillée de tilleul. . . . .	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si l'hémoptysie résiste à ces moyens, M. A. Robin recourt à la médication acide, sous forme d'eau de Rabel, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'alcool :

Eau de Rabel <sup>1</sup> . . . . .	4 grammes.
Eau bouillie. . . . .	Q. s. p. 1 litre.

A prendre par cuillerées à soupe, ou par petits verres en 48 heures.

Il ne faut pas donner ce traitement en même temps que les deux premiers ; on l'emploie seulement si les précédents n'ont pas réussi.

Enfin, en cas d'échec, on peut s'adresser à la digitale. partisan des associations des médicaments qui renforcent mutuellement leur action. M. A. Robin prescrit en même temps l'ipéca :

Poudre d'ipéca. . . . .	) ââ 0 gr. 05
Poudre de feuilles de digitale. . . . .	)
Excipient. . . . .	Q. s. p. 1 pilule.

Donner cinq à six pilules par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséux, sans provoquer le vomissement.

Mais la digitale en poudre est caustique ; elle est irritante pour l'estomac ; ne l'employez pas si votre malade est un dyspeptique.

Il faut remplacer alors la digitale par le perchlorure de fer, qu'on aura soin de ne pas prescrire en même temps que l'ergotine ou l'acide gallique, qui formeraient un précipité.

Le malade prendra toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Perchlorure de fer. . . . .	2 grammes.
Eau bouillie. . . . .	120 —
Sirop de sucre. . . . .	30 —

Dans l'heure intercalaire, une cuillerée à soupe de Rabel, suivant la formule déjà indiquée.

En résumé : en présence d'une hémoptysie, on commence toujours par faire une injection de 20 cc. de la solution de gélatine ; en même temps, on donne l'ergotine et le chlorure de calcium à l'intérieur. En cas d'insuccès, on emploie d'abord la médication acide, puis la digitale associée à l'ipéca, ou le perchlorure de fer, suivant les indications que l'on vient d'énumérer. Les divers éléments de ce traitement s'adressent non seulement aux hémoptysies, mais ils sont applicables aussi aux hémorragies en général.

### OTITE AIGUE AVEC PLEURESIE PUTRIDE

Par Monsieur le Professeur A. Broca.

Parmi les complications les plus graves des otites, il faut compter les pleuro-pneumonies gangréneuses. Celles-ci s'observent, qu'il y ait ou non mastoïdite cliniquement appréciable, et presque toujours elles ont pour porte d'entrée une de ces vieilles otites, à suppuration fétide, où les microbes anaérobies jouent un rôle considérable. Mais cette chronicité n'est pas indispensable, et si les complications métastatiques des otites aiguës sont presque toujours des abcès du tissu conjonctif des membres ou des arthrites suppurées, l'histoire de la fillette de six ans et demi qui vient de succomber au lit numéro 23 de la salle Bilgram vous prouve que dans ces conditions la pleurésie putride est possible.

Cette enfant, qui fut apportée d'urgence à l'hôpital dans la journée du 2 novembre, était à la fois de bonne souche et de bonne santé personnelle. Sans que cela ait été nécessité par des accidents auriculaires, elle a subi en février dernier l'ablation de végétations adénoïdes du nasopharynx, puis en juin, durant l'épidémie si nombreuse qui sévit sur Paris, elle contracta la scarlatine. Mais, cette fois encore, rien n'attira l'attention sur les oreilles.

Chez cette enfant, qui paraît bien soignée et bien surveillée, je ne pense donc pas qu'on ait méconnu et négligé une otite ; la santé était parfaite lorsque la maladie débuta, le 23 octobre, par des douleurs dans l'oreille droite, avec 40° de température, et presque tout de suite survint un écoulement de pus abondant par le conduit.

On institua alors un traitement par les lavages avec une solution de résorcine, et je profite de cette occasion pour vous dire une fois de plus que les irrigations dans l'oreille sont, pour les otites moyennes, une mauvaise thérapeutique. Je ne crois pas, toutefois, qu'ici on doive les rendre responsables de phénomènes graves qui furent observés. A mon sens, l'infection fut d'emblée très virulente et il n'est même pas sûr qu'on y aurait coupé court par une intervention très précoce.

Quoi qu'il en soit, l'évacuation spontanée du pus n'apporta pas la sédation habituelle: les douleurs dues à la rétention dans la caisse cessèrent, mais la fièvre resta élevée, entre 39°, 5 et 40°, et l'on se décida, enfin, à nous amener l'enfant le 2 novembre.

A ce moment, l'inflammation mastoïdienne était évidente: gonflement œdémateux de la région rétro-auriculaire, peu de rougeur, douleur à la pression, vive surtout vers la pointe. D'urgence, dans la journée, mon assistant Capette, pratiqua la trépanation; il y avait dans l'antre du pus, qui s'était fait jour au dehors, dans un petit abcès sous-périosté, par une fissure située un peu au-dessous du lieu d'élection. Ici je signale dans mon observation une lacune regrettable: on a omis de prélever du pus pour examen bactériologique, en sorte que nous ne pouvons déterminer quelle fut la cause exacte de l'évolution si particulièrement septique.

Il y avait pourtant, dès que l'enfant fut admise dans nos salles, quelque chose de fort inquiétant, car dans l'aisselle droite, et en arrière, existait une zone de submatité, avec diminution de murmure vésiculaire; l'attention avait été attirée sur la poitrine par un point de côté récent. Or, parmi les complications des otites suppurées, les lésions pleuropulmonaires sont parmi les plus graves et, dès que nous les constatons, nous devons porter un pronostic très réservé, ce que je fis quand je vis l'enfant le lendemain matin.

Nous savons, en effet, que les foyers pulmonaires d'origine auriculaire sont presque toujours des embolies gangréneuses, la plupart du temps en relation avec les microbes anaérobies qui rendent fétide le pus des vieilles otites.

En fut-il de même chez notre malade? Nous ne pouvons l'affirmer puisqu'il n'y a pas eu autopsie et que nous n'avons dès lors pu vérifier l'état du poumon, mais l'évolution

rend la chose bien probable. Malgré des enveloppements froids, la pneumonie ne rétrocéda pas ; le 6 novembre, nous trouvâmes les signes d'un épanchement pleural dont la ponction démontra la purulence. Tout de suite fut faite une pleurotomie postérieure, avec résection de la neuvième côte; et il s'écoula environ un litre de pus mal lié, fétide, avec quelques fausses membranes.

Après cela l'enfant parut aller mieux; des environs de 40% la température s'abaisse vers 39%; la dyspnée diminue; le facies fut moins pâle et plus calme. Aussi les élèves attachés directement à la salle étaient-ils assez optimistes: je leur ai toujours répété que je considérais la partie comme perdue, car j'ai toujours vu aboutir à la mort les otites compliquées de pleurésie putride. En effet, notre malade succomba le 9 novembre.

Je vous signale ce fait à cause de sa rareté, parce que l'otite semble bien avoir été aiguë. Quant au retard dans les soins donnés à l'enfant, il a évidemment été préjudiciable. Je ne crois cependant pas pouvoir affirmer qu'une opération plus précoce eût réussi à sauver la vie, car autant on est sûr de la guérison dans les cas habituels de mastoïdites, autant il faut savoir qu'il existe des cas d'otite aiguë d'emblée pyohémiques, heureusement fort exceptionnels, contre lesquels on est désarmé.

## DES EFFETS DE LA CASTRATION CHEZ LA FEMME

Par M. le Dr. Pierre Delbet.

Il faut distinguer les effets de la castration suivant qu'elle est pratiquée avant ou après la puberté. Cette distinction ne paraît pas avoir grande importance chirurgicale, puisque nous n'avons pas l'occasion de castrer des femmes impubères. Si j'y fais allusion, c'est parce que l'on répète souvent que les effets de la castration sont plus graves chez les femmes jeunes que chez celles qui approchent de la ménopause. Pour ma part, je ne crois pas que cela soit vrai. Les effets de la castration dépendent bien plus de l'état de la fonction ovarienne au moment où l'on opère que de l'âge des malades. J'ai vu bien souvent des femmes très jeunes chez qui l'ophorectomie n'entraînait que des troubles insignifiants: c'est que leurs ovaires fonctionnaient très mal. Et le plus souvent, en étudiant bien les symptômes, on peut,

avant l'opération, prédire quels seront les effets de la castration.

Ces effets, quels sont-ils ?

Faut-il parler des psychoses post-opératoires ? Pour ma part, bien que j'aie fait un grand nombre de castrations, je n'en ai pas observé. Mmq Margoliès, qui a consacré à ce sujet un travail très documenté, arrive à cette conclusion, que les troubles psychiques ne sont pas plus fréquents après l'ablation des deux ovaires qu'après l'ablation d'un seul. Ce fait suffit à prouver que ces psychoses ne sont pas dues à la suppression de la corrélation ovarienne et que la crainte de les voir survenir ne peut être invoquée en faveur de la conservation d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire.

D'ailleurs je suis très frappé de ce fait que ces psychoses post-opératoires, dont on s'occupait beaucoup il y a huit ou dix ans, semblent être tombés dans l'oubli. La crainte de voir survenir des psychoses après les opérations paraît avoir été remplacée par l'espoir de guérir opératoirement des psychoses préexistantes.

La fréquence de troubles mentaux consécutifs aux opérations, fréquence que Denis a pu autrefois estimer à 2 p. 100, proportion énorme, n'a-t-elle pas considérablement diminué avec le perfectionnement de la méthode aseptique ? S'il en est ainsi, et cela ne me paraît pas douteux, n'est-il pas légitime d'attribuer un certain nombre de ces psychoses à des intoxications, dues soit à certaines substances antiseptiques, soit à des toxines infectieuses ? Cela me paraît d'autant plus probable qu'il s'agissait presque toujours d'une psychose spéciale, la confusion mentale, que les neuro-pathologistes s'accordent à attribuer à une intoxication.

Quoi qu'il en soit, il me paraît certain que l'on ne peut pas faire état du danger des psychoses en faveur de la conservation d'un ovaire après hystérectomie.

Les modifications du caractère ont-elles plus d'importance ? Quelques femmes privées de leurs ovaires deviennent plus nerveuses, plus irritables et ne peuvent résister à des accès de colère injustifiés. Ces modifications sont rares et j'ai vu bien souvent des malades, qui glissaient vers la neurasthénie, retrouver après l'opération, grâce sans doute à la cessation des douleurs, l'équilibre moral avec la joie de vivre.

L'une des préoccupations qui hantent l'esprit des malades avant l'intervention, c'est celle de "n'être plus des femmes". Or il est surabondamment démontré que la castration faite après la puberté n'amène aucune modification des caractères somatiques que les zoologistes appellent les caractères sexuels secondaires. En 1878, Hegar affirmait déjà qu'elle n'altère pas le type féminin, et cela est parfaitement exact. Keppler a cru observer une diminution des diamètres du bassin. Il serait extraordinaire qu'une telle modification puisse se produire, car les caractères squelettiques sont parmi les plus fixes. Si elle est réelle, ce que je ne crois pas, il faut convenir qu'elle est sans importance chez une femme qui n'a plus d'utérus. On sait d'autre part qu'on a proposé la castration comme traitement de l'ostéomalacie.

Je ne crois pas non plus que la castration amène l'atrophie des seins. Les relations des mamelles avec les organes génitaux sont des plus obscures. Au moment de la puberté, se produit dans les deux sexes un développement des glandes mammaires. Mais il ne paraît pas probable que l'évolution de ces dernières soit dans la dépendance du développement des glandes génitales. Ce sont deux évolutions simultanées, qui semblent non pas être en relation causale l'une avec l'autre, mais bien plutôt dépendre toutes deux d'une cause commune. Et l'on peut actuellement supposer que cette cause commune est l'atrophie du thymus. Ainsi le développement des seins et des organes génitaux pourrait être considéré comme étant dans une certaine mesure complémentaire l'une de l'autre. Il y a deux faits bien connus qui me paraissent corroborer cette manière de voir. Il arrive parfois que la castration chez l'homme amène la gynécomastie et chez la femme la lactation coïncide avec une suspension des fonctions ovariennes. Chez les animaux la suppression des ovaires entraîne une augmentation de la sécrétion lactée. Ce résultat est si constant que l'ophoorectomie est pratiquée d'une manière courante chez les vaches laitières. Une vache donne en moyenne, pendant le premier mois qui suit le vêlage, 10 litres de lait par jour; puis la lactation diminue progressivement au bout de huit à dix mois. Chez les vaches castrées, la sécrétion lactée reste à un taux égal bien supérieur à celui du vêlage pendant une moyenne de vingt à vingt-quatre mois. En outre la qualité du lait s'améliore; sa richesse en beurre, en caséine, en sels, en lactose augmente considérablement.

S'il y a, comme je viens de le soutenir, une sorte de balancement entre le développement des glandes mammaires et celui des glandes génitales, la castration ne saurait amener une atrophie des seins. Chirurgicalement, il n'est point très aisé de se documenter avec précision sur ce sujet. On ne peut guère se livrer à des investigations, car certaines opérées seraient peut-être disposées à méconnaître leur caractère purement scientifique. Les questions sont délicates à poser et puis on n'est jamais sûr de la sincérité des réponses. Bien des femmes se vantent volontiers sur ce sujet ; d'autres pourraient être tentées de mettre sur le compte de l'opération les défaillances antérieures. Cependant je n'ai pas rencontré d'opérée qui m'ait dit avoir constaté une diminution de ses seins consécutive à l'opération. Quelques-unes m'ont affirmé que leur poitrine avait grossi. La plupart n'avaient observé d'autres modifications que celles qu'accompagnent l'amaigrissement ou l'engraissement.

L'engraissement excessif est une des conséquences que les malades redoutent. C'est encore une crainte qui n'est pas justifiée. Beaucoup d'opérées reprennent après l'opération l'embonpoint qu'elles avaient avant d'être malades, mais je n'en ai vu qu'une qui ait engraisé d'une manière fâcheuse. Encore n'avait-elle rien de monstrueux, et je connais bien des femmes pourvues de leurs ovaires qui lui rendraient plusieurs kilos.

Il est difficile d'être renseigné sur ce que deviennent les appétits sexuels. Tout ce que je puis dire, c'est que deux de mes opérées sont venues se plaindre à moi qu'ils étaient augmentés dans de telles proportions qu'elles en étaient troublées, tandis qu'aucune ne s'est plainte de leur diminution ou de leur suppression.

Que devient la voix après la castration ? C'est une question qui prend une importance de premier ordre quand il s'agit de cantatrices. Moure a eu l'occasion d'étudier une personne douée d'une voix de soprano aigu qui, ayant subi l'ophorectomie double à trente ans, perdit ses notes élevées tandis que son médium se timbra. Je ne sais si on doit voir là un effet direct de l'opération. Car il n'est pas rare qu'après la trentaine le registre élevé des soprani aigus diminue. J'ai eu à soigner une cantatrice justement célèbre qui avait un fibrome volumineux dont le développement ra-

pide commandait l'intervention. Elle était hantée de la crainte de perdre sa voix et me suppliait de lui laisser un ovaire. Convaincu que cette conservation ne peut avoir que des inconvénients, je refusai. Elle se décida cependant à se faire opérer par moi, et j'ai entendu depuis bien des amateurs éclairés sur l'art, mais non sur l'opération qu'elle a subie, déclarer que sa voix avait incroyablement gagné en ampleur et en souplesse.

Que reste-t-il, en somme, comme conséquence de la castration ? Les fameuses bouffées de chaleur. Plus ou moins fréquentes, plus ou moins pénibles, elles sont à peu près constantes. Il faut remarquer d'abord que ce sont là des troubles que l'on observe à peu près toujours au moment de la ménopause naturelle. Ce ne sont donc pas des ennuis qui sont imposés par surcroît aux opérées. Elles les auraient éprouvés sans opération ; la date en est seulement changée.

Ces bouffées de chaleur sont parfois gênantes, parfois pénibles, mais elles sont transitoires. Elles diminuent de longueur, d'intensité, de fréquence et puis disparaissent. Quand elles sont pénibles, on peut les atténuer par l'opothérapie, dont j'ai vu de très bons effets.

Si nous faisons le bilan de cette énumération longue et cependant écourtée, que trouvons-nous à mettre au passif de la castration ? Les bouffées de chaleur, que l'on peut atténuer et qui sont toujours transitoires.

### FORME SYNCOPALE DE LA GRIPPE CHEZ LE NOURRISSON.

Par M. le Docteur J. Hallé.

Au début du mois de février 1906, pendant que la grippe sévissait à Paris, je donnais mes soins à une fillette de 3 ans transportée chez ses grand-parents à l'occasion de la naissance de son jeune frère. Cette petite fille avait nettement la grippe et une grippe sévère, avec fièvre élevée qui dura plus de dix jours, une otite, des menaces de bronchopneumonie, etc. On me pria un soir d'aller voir son frère nouveau-né, qui demeurait à quelques maisons de là et qui, paraît-il, était enrhumé. Sa mère, à peine relevée, de couches, allait sans cesse de son nourrisson à sa fille malade et

dans l'entourage des deux enfants se trouvaient plusieurs personnes atteintes de grippe. Je trouvai un enfant de cinq semaines, de très belle apparence, nourri par sa mère et qui présentait les signes d'un catarrhe nasal avec bronchite légère, une respiration un peu gênée et quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale. Je conseillai les précautions en usage, et le lendemain, en voyant la sœur, on ne crut pas utile de me rappeler pour le nouveau-né dont la grippe légère ne s'accroissait pas. Le jour suivant, en rentrant chez moi vers midi, j'appris qu'on m'avait cherché en toute hâte dans la matinée, et quelques minutes après j'arrivai auprès de ce nouveau-né, entouré de parents atterrés attendant le dernier soupir de leur enfant. J'appris alors que la veille au soir, sans que la fièvre s'allumât beaucoup, la respiration avait paru plus courte, et la toux avait augmenté de force et de fréquence. Mais cette dyspnée avait paru se calmer au milieu de la nuit; l'enfant, gêné la veille pour prendre le sein, avait pu boire facilement vers cinq heures du matin et s'était endormi tranquille, avec une respiration courte, bruyante, et un peu de cyanose. Au matin, la mère avait remarqué qu'à la cyanose avait succédé une pâleur qui augmenta progressivement et que l'essoufflement de la nuit avait fait place à un calme exagéré qui l'avait effrayée. A 10 heures, inquiète de cette pâleur, elle prend la température rectale et s'étonne de constater que le thermomètre ne monte pas; à peine a-t-elle remis l'enfant au lit, que l'enfant perd tout à coup connaissance, et on le croit mort. Pendant qu'on court après moi, qu'un confrère voisin arrive en toute hâte, les parents, puis la grand-mère tentent ce qui leur paraît le plus convenable: flagellation, respiration artificielle, frictions, etc. Quand le médecin arrive, la syncope est finie mais l'enfant garde sa pâleur livide et respire très faiblement. Un bain chaud le ranime un peu et le danger immédiat semble s'éloigner. Toutefois, à ma venue vers midi, une seconde syncope s'était déjà produite, aussi longue que la première.

Je trouvai l'enfant dans un état des plus graves; sa respiration était à peine perceptible, mais non précipitée, la pâleur était à peu près celle de la mort, les extrémités froides, les lèvres blanches. L'auscultation de la poitrine était impossible, mais la sonorité y était normale.

La famille me racontait les affreuses inquiétudes du matin lorsque soudain, sans aucune cause occasionnelle, l'en-

fant perdit de nouveau connaissance. Frictions, flagellations, respiration artificielle, etc., tout fut essayé sans succès, pendant qu'on préparait un bain sinapisé. Dans l'eau très chaude, l'enfant parut se ranimer, des frictions à l'alcool le firent un peu réagir, mais il retomba dans un état demi-syncopal, avec une respiration à peine perceptible. Quand il manquait de retomber complètement en syncope, je le plongeais de nouveau dans le bain sinapisé. Je maintenais ainsi depuis une heure, lorsqu'une nouvelle syncope se produisit, aussi effrayante et longue que les premières. De tout ce que je tentai, seules les inhalations d'oxygène parurent nettement avoir une action manifeste. La famille et moi, nous ne croyions pas que la situation pût se prolonger longtemps; aussi, lorsque vers quatre heures se produisit une nouvelle perte de connaissance, nous crûmes l'enfant mort. Je crois qu'on peut estimer à plus de quinze minutes la durée de cette syncope complète. Rien ne paraissait avoir une action. Ni les tractions rythmées, ni la respiration artificielle, ni une piqûre d'éther, rien ne fit. Je tentai même avec un aspirateur pour nouveaux-nés d'aller chercher des mucosités au fond du larynx. Je ne sais si ces moyens ont agi, mais ce fut seulement en combinant dans un bain sinapisé la respiration artificielle à de violents mouvements d'expression du thorax que je vis l'enfant faire un faible mouvement et montrer par une respiration imperceptible qu'il n'était pas encore mort. La grand'mère et les parents ne cherchaient même plus à m'aider et ne comprenaient pas depuis plusieurs minutes l'acharnement que je mettais sur ce petit cadavre. Toutefois, après cette syncope, l'enfant resta dans un état lamentable d'extraordinaire faiblesse. Les inhalations d'oxygène d'une façon continue, les frictions à l'alcool, le bain sinapisé quand il menaçait trop de retomber en syncope, tels furent les soins qu'on continua jusqu'au lendemain matin. Je fus le soir remplacé auprès du petit malade par M. Filhoulaud, interne de l'hôpital des Enfants, qui, avec un dévouement admirable, continua toute la nuit les soins prescrits et s'ingénia à tenter d'autres moyens thérapeutiques. La nuit se passa sans aucune syncope complète, mais dans un état de lipothymie continuel. Le matin, je fus étonné de savoir que l'enfant était encore vivant, et je trouvai même quelques différences dans son état qui me firent penser qu'il pouvait guérir; ses extrémités étaient moins froides, le thermomètre était monté un peu au delà de 38°, on

avait osé tenter de lui faire avaler quelques gorgées de liquide, ce qui eût été impossible la veille.

J'étais encore près de lui, lorsqu'il eut une nouvelle syncope. Les moyens employés la veille furent tentés, et après quelques minutes, l'enfant commença de nouveau à respirer.

Ce fut le dernier événement tragique de cette maladie. En effet, vers midi, la température monta vers 39°, le pouls devint perceptible, les lèvres se colorèrent un peu ; l'enfant fit quelques mouvements de succion dans l'après-midi. Il parut alors se ranimer et on fit l'essai de le mettre au sein. On fut étonné de le voir tirer quelques gorgées.

Le soir, malgré la fièvre, l'enfant était mieux, il poussait quelques cris, prenait le sein ; la toux était revenue. Les jours suivants, une fièvre assez élevée, une bronchite diffuse abondante, me firent craindre l'apparition d'une bronchopneumonie. Il n'en fut rien et la convalescence vint vite. Dix jours après ces tragiques événements, l'enfant était complètement remis et, depuis, sa santé a toujours été excellente.

En résumé, on voit qu'un enfant de cinq semaines, vivant dans un milieu de grippe, est pris d'abord d'un catarrhe rhino-bronchique. Après une nuit où la gêne respiratoire, la toux et la dyspnée augmentent, au point d'amener de la cyanose, survient de la faiblesse des mouvements respiratoires, une cessation complète de la toux, puis une pâleur progressive qui aboutit à des syncopes. Ces syncopes successives, dans l'intervalle desquelles l'enfant reste avec une respiration à peine visible, se renouvellent pendant vingt-quatre heures ; enfin la température du corps se relève, la fièvre s'allume, la bronchite du début réapparaît, la toux revient et l'enfant guérit après quelques jours de fièvre.

Je crois d'abord qu'il n'y a aucun doute sur l'origine grippale de ces accidents. La sœur avait une grippe grave, on était en pleine épidémie parisienne de grippe et, en dehors des accidents syncopaux, la marche de la maladie a bien été celle d'une grippe.

La nature exacte et la cause des accidents syncopaux me paraissent mériter plus de discussions.

Il ne me semble pas que l'on puisse nettement rapprocher ces accidents de ceux qui portent le nom de catarrhe suffo-

cant de Laënnec et qu'on sait bien être aujourd'hui le plus souvent de nature grippale. Dans ces cas, il existe généralement un catarrhe bronchique considérable, le malade a les bronches encombrées de sécrétions puriformes, collantes, qu'il est dans l'impossibilité d'expulser. Il est cyanosé, le cœur dilaté, le pouls faible ; la paralysie bronchique et la gêne mécanique qui résulte de la nature même de l'expectoration amènent la mort et, quand la guérison survient, elle est marquée par une crise d'expectoration extraordinairement abondante, de crachats purulents d'abord absolument collants, puis de moins en moins adhérents. J'ai vu quelques cas de ce genre ; ils offrent un tableau saisissant qu'on n'oublie pas.

Chez notre petit malade, il ne semble pas que l'embarras bronchique et la gêne mécanique d'expulsion aient été la véritable cause des accidents. Ces phénomènes ont eu d'emblée l'allure de syncope. Le malade, après une phase de dyspnée, a présenté une pâleur lente et progressive qui aboutit à la syncope et cet état lypothymique dura pendant un jour entier. Je crois donc que les accidents doivent être mis beaucoup sur le compte d'une paralysie des nerfs du poumon et du cœur, et que le groupe du nerf vague devait être particulièrement intéressé par le poison de la grippe. Du reste, si je n'ai pas trouvé relatés de faits analogues signalés au cours de la grippe chez le jeune enfant, la littérature médicale relate des accidents assez semblables chez l'adulte.

Personnellement, j'en ai observé un dans l'épidémie de grippe de l'an dernier, et ce cas a de nombreuses analogies avec celui de mon nouveau-né. Il me paraît nettement se rapporter à des accidents bulbaires de nature grippale.

Voici le cas très résumé :

Il s'agissait d'une jeune fille qui, prise de symptômes de grippe, courbature, céphalée, etc., fit une dyspnée progressive "sine materia", au point de faire craindre la mort par asphyxie. En même temps, son pouls s'accélérait, atteignait 160 pulsations ; cependant, la maladie évoluait presque sans fièvre et sans aucun signe pulmonaire. Cet état aboutit à une série de syncopes, qui se renouvelèrent plusieurs fois dans le cours de la même journée et laissaient la malade dans un état de lipothymie persistante. Puis, comme chez notre enfant, la fièvre se ralluma, les extrémités se réchauf-

èrent et la malade guérit en quelques jours, gardant encore dans la convalescence une tachycardie remarquable.

Je veux maintenant dire un mot de la thérapeutique de ces accidents syncopaux. Vous avez pu voir que j'avais tenté presque tous les moyens en usage en pareil cas et vous devez penser que pendant les vingt quatre heures de lutte avec ces syncopes, j'ai dû renouveler les divers agents et juger un peu de leur effet. Dans ce cas particulier, je crois que les bains sinapisés très chauds m'ont été très utiles pour faire sortir le malade des syncopes ; mais l'action du bain ne durait pas et il fallait y revenir souvent. J'ai dit que les tractions rythmées de la langue avaient été sans grand effet. Par contre, je ne puis oublier que c'est en combinant le bain sinapisé à la respiration artificielle et à de violents mouvements d'expression de la poitrine de l'enfant, que je crois bien l'avoir sorti d'une syncope qui paraissait mortelle. Enfin dans l'intervalle des syncopes j'ai été frappé de voir combien l'oxygène relevait la force des mouvements respiratoires et suffisait souvent pour rendre aux lèvres un peu de couleur.

## LE

### TRAITEMENT DE L'APPENDICITE D'APRES QUELQUES TRAVAUX RECENTS

Par M. Amédée Baumgartner

Chirurgien des hôpitaux.

“Le traitement d'urgence de l'appendicite aiguë par l'incision ménagère, l'ablation de l'appendice et le drainage restreint”, ainsi peut se résumer un récent travail de Moschowitz. La statistique de l'auteur porte sur 2,000 malades, enfants, adultes et vieillards, tous opérés à l'hôpital du Mont-Sinaï de New-York par le même chirurgien, ou sous son contrôle direct. Les méthodes les plus diverses ont été essayées, aussi bien pour ce qui regarde l'époque de l'intervention que la technique opératoire et les soins consécutifs; elles ont été modifiées dans le sens le plus favorable, comme l'indique la diminution de la mortalité : dans une première période, de 1899 à 1903, la mortalité globale fut de 17 pour 100 ; dans une seconde période, de 1903 à 1906, elle est tombée à 5,6 pour 100.

Moschcowitz discute un certain nombre de points sur les indications thérapeutiques et le mode d'intervention ; il les résout, en indiquant, dans une série de tableaux très détaillés, les résultats qu'il a obtenus. Nous allons les résumer, en les comparant aux travaux parus récemment ; en Allemagne notamment, dans ces dernières années, de nombreuses statistiques fort étendues ont été publiées.

1.—Un malade se présente, ayant eu une seule attaque franche d'appendicite aiguë ; actuellement il n'en reste plus de trace appréciable. Faut-il lui conseiller l'opération à froid ? Von Bergmann a posé la question à la Société de médecine de Berlin ; en majorité, les chirurgiens ont concilié affirmativement, se basant sur ce fait que l'attaque aiguë n'est qu'un épiphénomène au cours d'une appendicite chronique, ignorée et persistante ; seul, Israël a déconseillé l'appendicectomie, dans les cas où deux ans se sont écoulés sans symptômes morbides depuis la première crise, ou quand l'appendicite a disparu sans laisser de troubles appréciables, car il suppose que l'appendice a disparu par résorption ; et cependant sa propre statistique donne encore 5 pour 100 de récurrences dans ces cas particuliers. Henking a rapporté l'opinion de Küster : il ne faut s'abstenir d'opérer que si la première attaque a été particulièrement bénigne et a disparu sans laisser de traces.

Moschcowitz conseille d'opérer toujours, même si la première attaque n'est suivie d'aucun trouble : plus d'un tiers de ces cas graves qu'il a observés, dit-il, n'avaient eu qu'une seule attaque antérieure. Or, si l'on compare la mortalité des cas graves, qui est de plus de 15 pour 100, à celle de l'opération à froid, qui n'atteint que 0,65 pour 100, il en résulte qu'avec très peu de risques on peut éviter, en opérant à froid, une récurrence toujours possible et peut-être mortelle. En résumé, d'après les chiffres donnés par Moschcowitz, sur 100 individus atteints d'appendicite grave, 15 sont morts, parmi lesquels 5, n'ayant eu qu'une seule attaque antérieure, auraient été sauvés, si l'appendicectomie avait été pratiquée après la première crise.

La même conclusion vaut pour l'appendicite chronique d'emblée, à symptômes continus, mais sans crise aiguë, comme l'a, déjà depuis longtemps, décrite Walther. "La sagesse, la prudence, le devoir commandent d'opérer", écrivait J.-L.

l'aure, en résumant la discussion soulevée à l'Académie de médecine en 1907. C'est qu'en effet la menace d'une crise aiguë est aussi fréquente dans l'appendicite chronique que la menace d'une seconde crise après une première appendicite aiguë. L'appendicite est toujours chronique d'emblée, disent les Allemands ; heureux le malade qui en présente les symptômes et se soumet à l'opération radicale, car l'ablation de l'appendicite lui évitera les risques d'une première attaque, peut-être mortelle.

II.—En présence d'une appendicite aiguë, faut-il opérer d'urgence ou tenter le refroidissement ? — C'est là le point le plus discuté dans l'histoire du traitement de l'appendicite. L'évolution qui s'est produite ces dernières années à l'étranger paraît être en faveur de l'opération immédiate. Au Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1904, Sonnenburg s'était institué le défenseur du traitement médical par le refroidissement systématique, sauf les cas, où, dès les premières heures de la crise, les symptômes se montrent tout à fait alarmants. Il publiait, quelque temps après, un mémoire sur "la clinique et la thérapeutique aiguë de la périéphyllite" où, d'après une statistique très étendue, il concluait à la temporisation habituelle. Au Congrès de 1905, Korte se montre partisan convaincu de l'opération immédiate dans les quarante-huit premières heures, quelle que soit l'intensité de la crise, sauf peut-être pour les cas par trop bénins ; mais passé le troisième jour, il conseille d'attendre, et se contente, si nécessaire, d'inciser les abcès sans chercher à enlever l'appendice. Son opinion rallie la plupart des chirurgiens, Roux, Kümmel, von Haberer, Kuttner, von Hippel, von Eiselsberg, etc... C'est aussi l'opinion exprimée la même année en Angleterre, à la Société Royale médico-chirurgicale, où Douglas Powell résume la discussion en concluant : "Quant faut-il opérer ? — In médiatement, quand on assiste au début de la crise, quand l'abcès est formé, quand il y a des signes tout à fait récents de perforation." En 1906, Sprengel (de Brunswick) et Henking, assistant de Kuster, concluent à l'opération d'urgence, quelle que soit la durée de la crise, sauf peut-être pour les cas par trop bénins : on doit intervenir chirurgicalement, aussi bien dans le stade "précoce", dans les quarante-huit premières heures, que dans les stades "intermédiaires", du troisième au cinquième jour, et "tardif", du sixième au neuvième jour. C'est aussi l'opinion de la Société de médecine de Berlin, où Krauss rappelle la statistique de

Riedel, qui a observé 12 pour 100 de morts et 18 pour 100 de récidives par refroidissement systématique. C'est encore, pour le stade intermédiaire de l'appendicite aiguë, l'opinion de Fiori, qui rappelle la statistique de Biondi au Congrès italien de chirurgie en 1905 ; celle de Haim, pour les cas toujours graves, quelle qu'en soit la durée, d'appendicites à streptocoques ; et celle de von Bruns (de Tubingue), pour les abcès enkystés du stade tardif. Il est vrai que, dans les stades intermédiaire et tardif, l'opération est plus grave ; la mortalité dans les quarante-huit premières heures, d'après Rotter, serait de 2 pour 100, elle s'élève à 12,5 pour 100, passé ce délai. Malgré cela, ce chirurgien a constaté nettement un abaissement de la mortalité depuis qu'il a renoncé à l'expectation systématique, pour recourir toujours à l'intervention opératoire précoce. D'ailleurs les statistiques vont en s'améliorant : Biondi n'a que 4 morts sur 53 cas ; Fiori, 1 mort sur 10 cas ; von Bruns, 1 mort sur 25 cas ; au total 6,8 pour 100, pour les stades intermédiaire et tardif.

Moschcowitz est nettement partisan de l'opération d'urgence dans tous les cas, car les symptômes cliniques ne correspondent ni à un état anatomique donné, ni à une gravité pronostique. Sa mortalité s'élève à seulement 1,5 pour 100, les péritonites mises à part, mortalité qui n'est que très peu supérieure à celle des opérations à froid. Suivant la durée de la crise, les lésions anatomiques trouvées à l'opération varient : du deuxième au troisième jour, on rencontre surtout des appendicites gangreneuses et perforantes ; le troisième jour, les péritonites diffuses ; du troisième au quatrième jour, les appendicites catarrhales simples ; du quatrième au huitième jour, les abcès localisés. En résumé, dit-il, il faut intervenir d'urgence, quelle que soit l'intensité des symptômes et l'époque à laquelle on observe les malades.

III.—Au point de vue "technique", voici comment procède Moschcowitz, pour les appendicites à chaud :

Comme incision, il a abandonné celle de Roux-Sonneburg, parce que prédisposant trop à l'éventration ultérieure ; le drainage large qu'elle permet étant tout à fait inutile, ainsi qu'il sera dit plus loin, la raison d'être de ce procédé disparaît. Les deux incisions auxquelles il donne la préférence, sont celle de Kammerer-Jalaguier et celle de Mac Burney, incisions aussi courtes que possible, permettant de dissocier les muscles sans les couper : on choisira celle qui

mène le plus directement sur le foyer, lombaire, iliaque ou pelvien ; la fréquence des abcès ilio-pelviens dans le stade intermédiaire fait employer plus fréquemment la première, et c'est celle qu'a adoptée von Buns. La voie rectale pour l'incision des abcès appendiculaires a été suivie dans 110 cas, mais Moschcowitz pense que les indications doivent en être restreintes, car l'appendicectomie est par là impossible. A la discussion récente de la Société de chirurgie de Paris, la voix basse a été considérée par la plupart comme voie d'"exception", ou de "nécessité", et le drainage abdominal reconnu comme suffisant dans la majorité des cas ; Reynier, Poncet, Routier ont donné la préférence à l'incision des abcès par le rectum ; Picqué, Mauclair, à l'incision par le péinée ; la voie para-sacrée, défendue par Hohenegg au Congrès allemand de chirurgie en 1905, n'a rencontré que peu d'imitateurs.

Moschcowitz est partisan convaincu de l'ablation immédiate de l'appendice, sauf impossibilité matérielle ( ceci dans 1,2 pour 100 des cas seulement ) ; il estime inutile de combiner à la ligature de l'organe des procédés plus ou moins compliqués d'invagination du moignon, et cependant il avoue avoir perdu deux malades par suite du plissement du fil appendiculaire. Toutes les adhérences intestinales doivent être rompues ; peu importe l'ouverture de la grande cavité péritonéale si le contenu des abcès a été au préalable bien asséché ; par contre, les lavages sont nocifs, car ils diffusent le pus.

Le drainage doit être réduit au minimum : un ou deux "drains cigarettes", c'est-à-dire une mince mèche de gaze iodiformée entourée de protective ; le drainage est même inutile dans les appendicites catarrhales simples. Autour du drain, on fera la suture étagée des plans musculaires ménagés par l'incision.

Cette technique est absolument l'opposé de celle des chirurgiens qui, au cours d'une appendicite grave, se contentent d'inciser rapidement la paroi en sectionnant largement les muscles, d'évacuer le pus et de placer trois à quatre gros drains dans la cavité aux adhérences respectées, et qui remettent à plus tard l'opération radicale.

Dans la technique de Moschcowitz, le principe est le suivant : le foyer appendiculaire est le seul dangereux, non seu-

lement par son voisinage avec le péritoine, mais encore par les voies d'absorption veineuse et lymphatique, qui persistent même si l'abcès est drainé, quand l'appendice est laissé en place ; quant au pus épanché dans la cavité péritonéale, du moment qu'il est asséché et que le foyer causal est enlevé, sa nocivité disparaît, et il est inutile de le drainer largement ; une mèche suffit, d'où la possibilité d'une incision courte, ménagère, et suturée à la fin de l'opération.

Henking, von Brüns ont récemment préconisé une technique presque identique pour l'opération intermédiaire, et dans le cas d'abcès enkystés. Un élève de Poncet et Delore, Duteil, avait déjà, il y a quelques années, combattu l'incision simple des abcès appendiculaires, et proposé la recherche systématique de l'appendice et la libération des anses intestinales. Depuis longtemps d'ailleurs mon regretté maître, le professeur Poirier, s'était fait le défenseur devant la Société de Chirurgie de Paris, en 1901 et 1902, de l'opération d'urgence dans l'appendicite aiguë, à tous les moments de son évolution, de l'appendicectomie d'emblée, de la recherche systématique des abcès, sans crainte d'ouverture de la grande cavité péritonéale, tolérante pour le pus quand le foyer d'infection causal a été supprimé.

Comme "soins consécutifs", Moschcowitz recommande la position de "Fowler" : on surélève la tête du lit, de façon que les sérosités péritonéales s'écoulent vers le petit bassin ; le deuxième jour, on donne un lavement ; le troisième jour, on purge au calomel ; le quatrième jour, le drain cigarette est remplacé par un tube de caoutchouc.

Les "complications" sont rares : fistules stercorales durant peu de temps et se fermant spontanément ; abcès secondaires du bassin et occlusion intestinale pour lesquels il faut réintervenir.

La statistique de Moschcowitz, pour les opérations pratiquées de cette façon, dans les dernières années, donne : appendicites aiguës simples, avec ou sans pus intra-appendiculaire, 219 cas sans mort ; appendicites aiguës avec abcès péri-appendiculaire, mortalité 1,8 pour 100 ; gangrène de l'appendice, mortalité 0,8 pour 100 ; perforation et abcès, mortalité 4,3 pour 100 ; abcès multiples et péritonites, il faut encore distinguer la péritonite purulente généralisée, qui donne 43 pour 100 de morts, et la péritonite séro-purulente, qui

n'en donne que 13 pour 100 . il est certain que la sérosité de réaction péritonéale ne comporte pas toujours la même virulence ; Heubner a trouvé une fois ce liquide aseptique. Il serait bon que toute statistique comportât dans chaque cas l'examen microbiologique des exsudats péritonéaux et appendiculaires, envisagés au point de vue pronostique. Haim a institué des recherches dans ce sens ; il a montré la bénignité relative des appendicites à coli-bacille, la malignité des appendices à streptocoque et à pneumocoque, si bien, qu'en règle générale, les premières seraient susceptibles de la temporisation médicale, tandis que les secondes relèveraient du traitement chirurgical d'urgence. Il est probable, pense-t-il, que les différences de mortalité des divers chirurgiens tiennent à ce que leurs statistiques comportent des appendicites bactériologiquement fort dissemblables, bien qu'anatomiquement pareilles.

On pourrait résumer, de la façon suivante, les opinions que nous venons de relater : "1o. Il est permis d'essayer le traitement médical, lors d'une première crise d'appendicite aiguë, quand aucun des symptômes qu'elle présente n'est inquiétant, ou si, après douze ou au maximum vingt-quatre heures d'observation, une amélioration manifeste et continue se produit.—2o. Si un seul des symptômes offre quelque gravité, ou si l'amélioration ne s'est pas manifestée après au plus vingt-quatre heures de temporisation, l'opération immédiate doit être pratiquée, quel que soit le temps écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes.—3o. L'opération comportera toujours l'ablation de l'appendice, sauf dans les cas de difficulté technique par trop sérieux ; l'incision ménagera les plans musculaires, et la paroi sera reconstituée autour des drains mis en nombre restreint.—4o. Tout individu ayant eu une crise nette d'appendicite doit être opéré, quand même les symptômes morbides auraient totalement disparu. L'appendicectomie sera également conseillée à tout malade atteint d'appendicite chronique n'ayant pas encore présente de crise aiguë.

J'ai eu l'occasion de soigner à l'hôpital, pendant les mois d'Août et de Septembre, 20 cas d'appendicite chez l'enfant, auxquels j'ai appliqué les règles précédentes. Huit ont été traités par le refroidissement, aucun des symptômes n'ayant été alarmant à leur entrée à l'hôpital, c'est-à-dire : pouls de 120-130, ni petit, ni arythmique ; température de 38-39; res-



## LE BRANDY

**Ph. RICHARD**

N'est pas un cognac artificiel composé d'alcools à bas prix, coloré, aromatisé et vendu sous une étiquette pompeuse.

Le Brandy Ph. Richard est le produit distillé par des experts du pur jus de la vigne, que l'on conserve dans des fûts de chêne jusqu'à ce qu'il ait acquis cette finesse, ce bouquet, cet arôme qui font les délices des gourmets.

## L'extract de Malt

D E M I L L E R

Le Meilleur de Milwaukee, le plus Nutritif des aliments liquides, le plus Hygiénique, le plus Riche, celui qui s'assimile le plus facilement, le

**TONIQUE RECONSTITUANT**

le plus Efficace recommandé spécialement aux mères qui nourrissent.

Distributeurs Généraux :

**LAPORTE, MARTIN & CIE, Ltée.**

Epiceries, Vins, Liqueurs, Eaux Minérales  
en Gros.

**MONTREAL.**



# CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans  
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles  
**POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS**

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si  
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

Cette

**"HUILE BI-IODURÉE"**

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier  
Panas et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection  
sous-cutanée.

Dépôtaires : **LYMAN, SONS & CO., MONTREAL.**

<p>Medaille d'Or Exposition de la Louisiane 1904</p>	<p>L'antiseptique par excellence <b>LISTERINE</b> La Listerine est un moyen très efficace de porter, jusque dans les plus petites mailles des muqueuses, un antiseptique minéral doux et affectif comme l'acide borique, dans lequel on le trouve en solution parfaite. Il n'y a aucun danger d'in- toxication avec la Listerine et cependant son pouvoir neutrali- sant des produits de putréfaction (empêchant ainsi la résorption septique) a été très satisfaisamment démontré.</p>	<p>Medaille d'Or Exposition de la Louisiane 1904</p>
<p><b>LISTERINE</b> Détergent savonneux en usage dans le traitement antiseptique des maladies de la peau</p>		
<p><b>DERMATIC SOAP</b></p> <p>La Listerine représente le maximum de la valeur antiseptique, en ce sens, qu'elle est la moins nuisible à l'organisme humain, dans la proportion requise pour produire l'effet désiré; comme telle, elle est acceptée partout, et par tous, comme la véritable préparation, pour l'usage habituel, principalement dans les cas, où un désinfectant corrosif, ne pouvant donner lieu à de l'empoi- sonnement, ne peut être employé avec sûreté. Cette préparation a conquis la confiance de tous les membres de la profession médicale, justement à cause de sa supériorité (et comme agent antiseptique); qui a toujours été scrupuleuse- ment suivi, dans sa fabrication, depuis les nombreuses années qu'elle est em- ployée.</p> <p>Le succès de la Listerine repose sur son propre mérite La meilleure annonce de la Listerine, c'est la Listerine.</p>		
<p>Medaille d'Or Exposition de LEWIS &amp; CLARK 1905</p>	<p>Un échantillon du Savon "Dermatic" à la Listé- rine est envoyé sur demande. <b>Lambert Pharmacal Company</b> TORONTO, ONT.</p>	<p>Medaille d'Or Exposition de LEWIS &amp; CLARK 1905</p>

piration non accélérée ; facies calme ; langue humide ; douleurs et défense musculaire localisées en un point ; pas de diarrhée. Ils ont guéri sans incidents. Douze ont été opérés à chaud, dont un par mon interne, M. Saïssi : 2 dans les quarante-huit premières heures ; 7, du troisième au sixième jour ; 3, du dixième au quinzième jour. Les lésions trouvées à l'opération ont été les suivantes : gangrène de l'appendice avec sérosité péritonéale louche, et abcès lombaire et pelvien, 4 cas ; gangrène de l'appendice avec sérosité péritonéale louche, et abcès lombaire et pelvien, 4 cas ; gangrène de l'appendice et de l'épiploon avec vaste abcès fétide iléo-pelvien, 1 cas ; appendicite perforante avec péritonite, 2 cas ; appendicite catarrhale simple, 1 cas ; appendicite catarrhale avec abcès iliaque et pelvien, 1 cas ; abcès ilio-pelviens enkystés tardifs, 3 cas. J'ai fait 1 fois l'incision de Roux, 2 fois celle de Jalaguier, 9 fois celle de Mac Burney. Sur ces 12 cas, deux fois l'appendice dut être laissé en place, en raison de la friabilité excessive du caecum et des anses grêles adhérentes ; il s'agissait, pour l'un d'eux, d'un jeune garçon que j'avais traité d'abord par le refroidissement, mais que je dus opérer d'urgence huit jours plus tard, par suite de l'apparition d'une énorme collection pelvienne de pus fétide et gazeux ; ce malade eût certainement bénéficié de l'opération faite d'urgence, dès le début, qui, plus facile, eût permis de le débarrasser de son appendice.

Sur les 20 cas traités, je n'ai eu qu'une mort à déplorer, dans un cas opéré à chaud le troisième jour, par persistance d'un abcès pelvien passé inaperçu au cours de l'intervention ; l'appendice, complètement gangrené et en situation lombaire, baignait dans du pus, que je me contentai de drainer après ablation de l'organe. C'est pour avoir "ménagé" les adhérences qui "protégeaient" la grande cavité péritonéale que l'abcès pelvien a échappé à mon exploration, et ce fait, tout négatif, est en faveur de la technique exposée plus haut, et que j'ai toujours employée, sauf pour l'unique cas qui s'est terminé par un décès.

Il est toujours permis de se demander si les malades guéris par l'opération à chaud n'auraient point aussi guéri par la temporisation. En supposant, ce qui est pour le moins douteux, que des abcès fétides et des péritonites avec gangrène totale de l'appendice aient pu entrer en résolution, mes petits malades seraient encore actuellement à opérer à

froid, après plusieurs mois de séjour hospitalier, alors que, par l'opération immédiate que je leur ai faite, ils sont depuis longtemps guéris "définitivement", puisque, sauf pour deux d'entre eux, l'appendice a été enlevé et que l'éventration n'est pas à craindre, grâce à l'incident ménagère de la paroi et au drainage restreint que j'ai mis en pratique.

### Ouvrages recommandés à nos lecteurs

Loyd Tuckey.—Thérapeutique psychique, traduit de l'anglais, par le Dr J.-P. David. . . . .	0.70c
Dr Crouigneau.—Promenade d'un médecin. . . . .	\$1.50
Dr Décugis.—Le médecin et les merveilles de la médecine contemporaine. . . . .	.80
Tondeur.—Récits de la vie médicale. . . . .	.60
Camus.—Recherches sur les causes de la circulation lymphatique	.60
Nuvendam.—La neurasthénie étudiée au point de vue médical, philosophique et social. . . . .	.25
Hamélius.—Philosophie de l'économie politique. . . . .	.80
Ab der Halden.—Etude de littérature Canadienne-Française. . . . .	.80
Bazalgette.—L'esprit nouveau dans la vie artistique, sociale et religieuse. . . . .	.70
Foucher de Careil.—Mémoire sur la philosophie de Leibniz, Tome I. . . . .	.80
Pellier.—La Philosophie de Victor Hugo, Tome I. . . . .	.80
Ernault.—Le célibataire au point de vue social. . . . .	.60
Dr Barraud.—Promenade d'un médecin à travers l'histoire . . . . .	.70
Barthès.—Manuel d'hygiène scolaire . . . . .	.70
Dr E. Laurent.—Guide pratique pour le traitement des névroses. . . . .	.60
Dr Baumel.—Précis des maladies de enfants. . . . .	1.60
Dr Causse.—Précis d'hydrologie. . . . .	1.00
Dr Choquet.—Précis d'anatomie dentaire. . . . .	1.60
Dr Dubrisay et Jeannin.—Précis d'accouchement. . . . .	1.80
Dr Lacroix.—Précis de laryngologie. . . . .	1.60
Dr Neveu Lemaire.—Précis de parasitologie humaine. . . . .	1.40
Drs Ollive et Le Meignen.—Précis des accidents du travail. . . . .	1.60
Dr Rémond.—Précis des maladies mentales. . . . .	.80
Dr Redard.—Précis de technique orthopédique. . . . .	2.40
Envoyés franco en adressant un mandat de poste à M. de Rudeval, 4, rue Antoine Dubois, Paris, France.	

M. A. MALOINE, éditeur, 25-27 rue de l'Ecole de Médecine, Paris, enverra FRANCO, les ouvrages suivants, sur réception d'un mandat de poste.

BATUAUD.—La neurasthénie Génitale féminine in-8. . . . .	.80
Après un bref historique l'auteur démontre l'importance souvent méconnue de la coexistence de la neurasthénie avec une infection pelvienne. Il décrit en détail l'influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro ovarien, etc. Ce livre se présente comme une œuvre très nouvelle et très originale.	
BERDAL.—Traité complet des maladies vénériennes, deux volumes in-8. . . . .	5.00

Séparément :

TRAITEMENT DU FURONCLE (ET DE L'ANTHRAX)  
PAR LA METHODE DE BIER.

La méthode de Bier est d'une application si facile dans les cas de furoncle (et d'anthrax), elle donne là de si bons résultats, que chaque praticien se doit de l'essayer.

On se sert, pour produire l'hyperémie, de ventouses munies d'une poire en caoutchouc (les plus commodes sont celles où la poire est reliée à la ventouse directement sans tube flexible) d'un diamètre et d'un profil appropriés à la région où siège le furoncle et aux dimensions de celui-ci, en tenant compte qu'il faut dépasser un peu la limite du mal.

La ventouse doit être stérilisée soit par ébullition, soit par immersion dans un antiseptique, soit par flambage.

La place où on doit l'appliquer est nettoyée à l'alcool ou à la benzine, puis recouverte d'un corps gras stérile (vaseline, lanoline), dont le but est d'empêcher que les liquides septiques amenés à la surface par l'aspiration n'infectent les glandes ou les follicules pileux du voisinage; il a, en outre, l'avantage d'assurer une adhérence plus facile de la ventouse aux téguments.

On déprime la boule de caoutchouc, et, la maintenant ainsi, on applique la ventouse; quand ses bords, sur tout leur pourtour, sont appliqués à la peau, on cesse de déprimer la boule de caoutchouc, qui, en reprenant sa forme, crée à l'intérieur de la ventouse un vide.

Ceci doit être fait avec modération et, pour ainsi dire, sans que le malade accuse une souffrance; car, dans ces affections aiguës, l'aspiration doit être faible, la rapidité de la guérison étant plutôt contrariée par une hyperémie trop fréquente ou trop forte. Dans la pratique, il faut chercher à ce que le ballon ne garde qu'une légère dépression permanente: au plus du tiers de sa surface.

Toute la région comprise sous la ventouse se gonfle, rougit davantage, puis se violace; on voit à la surface du furoncle, sourdre, suivant les cas, ou du pus, ou un peu de sang, ou de la sérosité. On laisse la ventouse appliquée pendant cinq minutes, puis on la retire, en appuyant sur la boule de caoutchouc; après deux minutes de repos accordées au malade, on la réapplique de nouveau avec autant

de précaution pendant cinq minutes. Et ainsi de suite avec les mêmes alternatives pendant trois quarts d'heure, ce qui constitue la durée maxima d'application.

Cela, tous les jours, une fois par jour.

Il va sans dire que, lorsqu'il est nécessaire, on ouvre le furoncle, mais alors il suffit de faire une petite incision de la largeur d'une lame fine de bistouri.

Après avoir enlevé avec de la benzine le corps gras, on recouvre le furoncle avec un simple pansement fait de gaze stérilisée sèche ; si l'on juge nécessaire d'employer le pansement humide, on s'abstient de toute espèce d'antiseptiques, qui sont, dans ce cas, tout à fait inutiles.

Dès les premières applications, les furoncles (et anthrax) sont moins douloureux, ils se détergent, les bourbillons sont éliminés facilement, laissant une plaie bourgeonnante qui ne suppure point et se cicatrise vite. La durée totale de l'affection est notablement moindre qu'avec les anciens procédés. Enfin, il n'est pas rare, quand on a pu appliquer dès le début cette méthode, de voir l'évolution s'arrêter et le furoncle avorter.

Dernier avantage : un traitement si simple, ne présentant aucun danger, peut être, dans bien des cas, abandonné aux mains des patients, pour peu qu'ils soient intelligents et propres.

#### PATHOGENIE ET TRAITEMENT DES KYSTES ALVEOLO-DENTAIRES.

Les kystes uniloculaires des mâchoires ont été divisés en deux catégories : ceux qui sont en rapport avec les dents et ceux qui ne le sont pas. Il ne semble pas que cette classification puisse être maintenue. Une observation plus suivie et plus attentive des faits a montré que les gros kystes qui paraissent indépendants du système dentaire ne diffèrent des petits—ceux que l'extraction des dents ramène adhérents à la racine et en rapports évidents avec elle—que par une période de développement plus avancée, et que leur indépendance est relativement récente. Il n'y a lieu de faire, entre ces deux stades, de distinction qu'au point de vue du traitement, subordonné en effet à celui de la dent dans le premier cas, indépendant dans le second. Quant à la pathogénie, il résulte évidemment de l'unité du processus qu'elle est elle-même unique.

On sait à quelles discussions elle a donné lieu il y a une vingtaine d'années. Magitot auquel il en faut toujours revenir en matière de pathologie dentaire, avait décrit ces néoformations comme "développées aux dépens du périoste alvéolo-dentaire" et les avait nommées, d'après cette conception "kystes périostés". La découverte d'une couche épithéliale, tapissant l'intérieur de leur cavité, vint démontrer que la pathogénie en était plus complexe. Après avoir émis l'hypothèse, difficilement défendable, que cet épithélium se formait par "genèse directe" au sein du kyste périosté, Magitot se rallia finalement à l'opinion de Broca, qui voyait dans cet épithélium les vestiges de l'épithélium folliculaire aux dépens duquel se forme l'émail des dents, et qui se trouve lui-même recouvert, au cours du développement de la dent, par le sac folliculaire dont la couche externe formerait ce qu'on appelait alors généralement le périoste alvéolo-dentaire.

Cette doctrine, quoiqu'elle rendit compte de tous les points d'observation clinique, disparut un peu, noyée dans le développement brillant de l'hypothèse, d'ailleurs assez voisiné, des "débris épithéliaux paradentaires de Malassez."

On sait que l'"organe de l'émail", formé par une invagination des couches malpighiennes de la muqueuse buccale, reste uni à l'épithélium qui lui a donné naissance par un cordon épithélial, qui persiste intact jusqu'au moment où la coalescence des lamelles conjonctives qui forment l'enveloppe extérieure du bulbe dentaire vient le sectionner en fermant le sac folliculaire.

Au moment où s'accomplit ce travail, l'extrémité inférieure du cordon de cellules épithéliales. La signification de ces productions est assez obscure. Peut-être y pourrait-on voir quelque homologie avec la production, en quelque sorte indéfinie, des dents chez certains vertébrés inférieurs, poissons et reptiles : c'est, en effet, aux dépens du cordon épithélial que se forment, chez les vertébrés supérieurs eux-mêmes, les dents de seconde dentition. Quoi qu'il en soit, alors que le cordon sectionné subsiste sous la forme de "gubernaculum dentis", un certain nombre des proliférations en question persistent également et constituent les "débris épithéliaux paradentaires".

C'est à ces éléments disséminés autour de la dent que M. Malassez fait jouer un rôle essentiel dans la production des

kystes, alors que Magitot n'accordait qu'un rôle accessoire à des débris de même nature, mais provenant de l'organe adamantin lui-même. Quant à l'origine de la couche épithéliale en discussion, la divergence entre les deux explications ne porte que sur un point de détail, puisque toutes deux s'accordent à la faire dériver du même organe embryonnaire et qu'elles ne diffèrent que sur le point de savoir si la portion précise qu'il en faut incriminer est extra- ou intra-folliculaire.

Mais, au point de vue pathogénique, les deux doctrines ne rendent pas compte d'une manière également satisfaisante des phénomènes observés en clinique.

Dans la doctrine de Malassez, on admet une "irritation" qui, partie de la dent, vient agir sur le globule épithélial préexistant et provoque son développement. Quoiqu'il soit entendu aujourd'hui que cette "irritation" est synonyme d'infection, il reste encore à expliquer, ou, pour mieux dire, à comprendre, quelle relation exacte existe entre la cause et l'effet et surtout pourquoi la même infection va développer ici des lésions banales et là quelque chose de quasi-spécifique, alors que, d'après l'auteur lui-même, les débris épithéliaux existent en nombre autour de toutes les dents et non pas à titre exceptionnel.

Dans l'explication de Magitot, l'infection aussi joue le rôle initial, et elle manifeste son premier effet sur le périodonte, sur le tissu fibreux qui enveloppe la racine en y produisant d'abord les lésions si connues de la "périostite" alvéolo-dentaire. Il se produirait alors, surtout dans les formes chroniques, un "décollement" de cette membrane, lequel serait à proprement parler l'origine de la "cavité". Quant à l'épithélium, il proviendrait des débris de l'organe adamantin que le périodonte renferme toujours, et il viendrait secondairement tapisser la cavité en donnant alors, à vrai dire, à l'affection (je n'oserais affirmer que cette dernière proposition ait bien été formulée par Magitot) une physionomie nouvelle et caractéristique.

Et il faut reconnaître que ceci correspond beaucoup mieux que cela aux données de l'observation clinique.

Il était nécessaire de rappeler ces notions pour faire comprendre l'intérêt des recherches du professeur Redier, de Lille.

Sur 23 sujets d'âge moyen, cet auteur a prélevé les maxillaires au moment de l'autopsie. Sur ces os, préalablement fixés, décalcifiés et inclus, il a fait des coupes en série au niveau des dents profondément cariées ou réduites à leur racine. Il a constamment trouvé du côté du "ligament" des lésions qu'il groupe sous quatre chefs :

1o. Le "granulome simple" constitué par une masse sphérique formée de globules blancs ou d'un tissu de granulation, coiffant le sommet de la racine. Il est assez rare :

2o. Le "granulome avec bourgeonnement épithélial", assez semblable au précédent, mais traversé par des bandes épithéliales anastomosées. L'ensemble ressemble à s'y méprendre à certaines formes d'épithélioma. La disposition de l'épithélium est assez variée, mais elle présente une tendance très marquée à former une calotte recouvrant l'extrémité de la racine ;

3o. Le "granulome abcédé avec paroi simple, ou contenant des bourgeons épithéliaux". Cette forme est caractérisée par une cavité occupant le centre de la néoformation. Le même tissu de granulation s'y re'ouve, avec ou sans travées épithéliales ;

4o. Le "granulome kystique", avec paroi épithéliale, formé d'une poche contenant peu ou pas de globules de pus, et dont la paroi est tapissée entièrement, ou presque, par un revêtement épithélial. Cette forme est la plus fréquente et représente plus des 2-3 des cas.

Or, pour Redier, il n'y a pas de doute qu'il ne s'agisse là de stades successifs d'un même processus : infection, inflammation (périodontite), granulome simple avec ou sans bourgeonnement épithélial, puis granulome abcédé, puis granulome kystique étant entendu que la progression n'est pas fatale, et que l'affection peut s'arrêter à chacun des stades précités.

Quant à la transformation épithéliomateuse de ces productions, elle ne paraît s'être jamais produite, malgré les analogies anatomiques qui existent entre les deux néoformations.

Ces kystes, en général petits, nés d'un processus infectieux, sont particulièrement exposés à la suppuration, qui est leur

terminaison la plus fréquente. Mais, s'ils y échappent, ils suivent la voie ordinaire des kystes et deviennent, par un accroissement progressif, les gros kystes des mâchoires.

Tels sont les éléments apportés par les recherches de M. Redier à la question étudiée ici. A considérer les choses, il semble bien que ce soit là la confirmation des idées de Magitot. Or, l'auteur déclare admettre pleinement, quant à l'origine de l'épithélium, l'explication de Malassez et la théorie des débris épithéliaux paradentaires.

Qu'il n'y ait pas de méprise sur ce point : ceci veut dire uniquement que Redier attribue à l'élément épithélial une origine "extra-folliculaire", sans qu'il nous dise d'ailleurs sur quoi il base cette appréciation, et nous croyons avoir montré plus haut que ce point spécial de détail ne paraît pas avoir d'importance en l'état actuel de la question.

Quant à la pathogénie, nul doute n'est possible. La conception de M. Redier "diffère de la conception de Malassez, devenue classique, principalement en ceci : que Malassez considère les petits kystes comme formés primitivement aux dépens des débris épithéliaux à la suite d'une irritation de voisinage, tandis qu'il les regarde comme des formations accidentelles effectuées au sein et aux dépens d'une néoplasie inflammatoire par bourgeonnement des débris épithéliaux."

Jusqu'à plus ample informé nous pouvons donc considérer les faits apportés par l'auteur comme la confirmation d'une des conceptions les plus contestées de Magitot.

Quoi qu'il en soit de l'origine des kystes alvéolo-dentaires, une fois constitués ils soulèvent une autre question : celle de leur traitement.

Nous avons rappelé, en commençant, que ce traitement doit être envisagé à deux périodes très différentes : d'abord, au début, alors que le petit kyste est encore en rapport immédiat avec la dent et se manifeste sous la forme d'un accident dentaire ; ensuite, lorsque, devenu gros kyste, il apparaît comme une maladie propre des mâchoires. Les travaux qu'il nous reste à analyser se rapportent tous deux à cette seconde période.

On sait le traitement classique de ces néoformations : ouverture de la poche, destruction — le plus ordinairement à la curette — de la membrane qui en tapisse la paroi, tam-

ponnement à la gaze iodolormée et comblement lent de la brèche ainsi produite par la réparation progressive du fond.

Pour peu que le kyste atteigne le volume d'une noisette, la réparation n'est jamais complète et il persiste, à l'endroit opéré, une dépression plus ou moins profonde.

Outre cette déformation durable, le traitement a l'inconvénient d'être très long (des semaines) et d'exiger souvent le port ultérieur d'un appareil de prothèse. C'est pour obvier à ces défauts que M. Jacques (de Nancy) a imaginé le procédé suivant, exposé pour la première fois par lui au Congrès de Chirurgie de 1902 :

Le premier temps ne se distingue par rien d'essentiel du procédé courant : incision sur le point le plus saillant, excision de toute la portion soulevée de la coque osseuse, décollement à la spatule et ablation de la poche kystique ;

Le second temps comprend l'autoplastie de la cavité opératoire. Deux cas peuvent se présenter :

Où le kyste est superficiel (soit dans le sillon gingivo-jugal, soit à la voûte palatine). Dans ce cas, résection étendue de toute la portion soulevée et application sur le fond de la cavité des parties molles décollées ;

Où le kyste s'est développé de bas en haut refoulant le plancher nasal ou la paroi inféro-externe du sinus maxillaire. Ce cas est de beaucoup le plus fréquent. On se trouve alors en présence d'une cavité profonde et anfractueuse empiétant beaucoup plus sur le nez que sur la bouche. M. Jacques isole alors immédiatement cette cavité de la bouche de la manière suivante : "Il abat en totalité la mince cloison osseuse qui sépare la loge maxillaire du sinus ou de la fosse nasale, auxquels elle vient immédiatement faire retour. Puis la cavité mixte ainsi créée est isolée définitivement de la bouche par une suture minutieuse et serrée (l'auteur insiste sur ce point en raison de la tendance ultérieure à la fistulisation vers la bouche si la réunion n'a pas été l'objet de soins particuliers). "Suites opératoires très simples : pas de pansements, pas de drainage.

Cependant, dans les cas de prolongements anfractueux ou déclives, M. Jacques ne dédaigne pas le drainage nasal. Il y ajoute même au besoin une contre-ouverture buccale, mais il conseille de la faire à travers une alvéole, plutôt qu'au ni-

veau de la paroi externe du maxillaire, pour éviter la production d'une fistule bucco-nasale persistante.

Tout autre est le "modus operandi" préconisé et appliqué par M. Rodier, dentiste de Lariboisière.

L'auteur se contente de l'anesthésie locale, toujours suffisante. La seule précaution à prendre est de faire les piqûres très superficielles pour éviter la perforation de la poche.

Ensuite, par une incision double, en potence, il arrive sur la poche, l'aspect fibreux, la couleur violacée et la dureté spéciale se distinguent nettement des tissus environnants. Les lambeaux étant écartés, cette poche est décortiquée avec des instruments mousses, car il s'agit surtout d'éviter la perforation. L'instrument que préfère M. Rodier pour ce temps est une spatule recouverte d'ouate ou de papier hydrophile. C'est en refoulant ce tampon entre la paroi et les tissus voisins qu'il en opère la séparation. Avec du soin, cette opération délicate s'accomplit assez facilement pour la plus grande partie, car il est rare de pouvoir l'exécuter jusqu'au bout.

L'adhérence de la poche au niveau du rebord alvéolaire est telle que, généralement, elle se rompt à cet endroit. Mais, alors, son énucléation étant à peu près terminée, cet accident est sans importance. La poche vidée est saisie dans une pince à forcipressure, et attirée au dehors tandis qu'avec la spatule nue les dernières adhérences en sont rompues.

C'est à ce moment de l'opération qu'il convient de décider du sort (ablation ou conservation) des dents qui ont été le point de départ du kyste.

Quant au pansement, il constitue la partie la plus originale du procédé : après hémostase (l'opération est en général sanglante), savonnage de la cavité, irrigation à l'eau bouillie, badigeonnage à la teinture d'iode, et c'est tout.

Le malade doit faire plusieurs fois par jour des savonnages de la cavité opératoire. Pas de tamponnement, pas de pansement à demeure. M. Rodier revoit ses opérés en général une fois, et tous ont guéri parfaitement en quelques semaines et sans complications.

Ce procédé est extrêmement rapide et simple. L'opération demande quelques minutes et les soins post-opératoires sont, comme on le voit, réduits au minimum, sans que le résultat final soit en rien inférieur à celui des méthodes généralement employées.

## LA CAUSE DE LA MORT DANS L'OCCLUSION HAUTE DE L'INTESTIN

Par M. le docteur GUIBÉ.

C'est un fait bien reconnu que la mort survient très rapidement dans les cas d'occlusion intestinale haut situé, particulièrement dans les cas où l'obstacle répond à l'angle duodéno-jéjunal. Mais quelle est la cause de la mort en pareil cas ? c'est un point moins bien élucidé.

On a invoqué l'inanition, moins encore pour les aliments que pour les liquides ; mais la mort survient trop rapidement et, d'ailleurs, on sait que l'absorption de l'eau se faisant surtout au niveau du gros intestin, le siège de l'obstacle sur l'intestin grêle ne peut avoir à cet égard qu'une influence des plus médiocres.

Borszky et Genersich admettent l'action sur les nerfs des microbes et de leurs toxines, après qu'ils ont traversé la paroi de l'intestin. L'inhibition des vagues produirait l'accélération du pouls ; celle des splanchniques, la vaso-dilatation des organes abdominaux, entraînant une anémie des autres organes, surtout marquée sur le cerveau ; cette anémie cérébrale réagirait à son tour et provoquerait l'anurie par paralysie des vaso-dilatateurs du rein et l'hypothermie par paralysie du centre thermique. Mais tout cela semble bien hypothèse et théorie pure.

Pour Wilms, il s'agirait d'intoxication par décomposition putride du contenu intestinal et stomacal. Malheureusement, cette théorie, pas plus que la précédente, ne tient devant le contrôle des faits, et, à cet égard, très importantes sont les recherches qui ont été faites par Monsieur le Professeur Roger, qui a montré que le contenu du duodénum était extrêmement toxique, mais fort pauvre en microbes, et que, d'autre part, plus le contenu intestinal était le siège de fermentations, plus la toxicité diminuait. C'est un point qui semble définitivement acquis et qu'il ne faut jamais oublier quand on s'occupe de pathogénie de l'obstruction intestinale. Donc les phénomènes qui amènent la mort en cas d'obstruction intestinale haut située sont bien phénomènes d'ordre toxique, mais ils ne sont dus ni à des toxines microbiennes ni à des toxines par putréfaction du

contenu du duodénum, mais bien à des poisons qui sont directement sécrétés en ce point.

Quelle est la nature de ces poisons ? C'est là un point très obscur. Aussi faut-il savoir gré à M. J. W. Draper Maury, qui a tenté de soulever un coin du voile. Pour cet auteur, les sels biliaires constituent la plus grande partie de ces poisons. Nous en donnerons la preuve en nous appuyant sur le court article qu'il vient de publier sur ce sujet dans les "Annals of Surgery".

Le point de départ de ses recherches a été le suivant: ayant pratiqué chez un certain nombre de chiens des gastro-entérostomies par un procédé de ligature élastique qui ne permet la chute de l'escarre et la communication entre les deux viscères qu'au bout d'un certain temps (soixante-dix à cent heures en moyenne), il vit que, si en même temps on coupe et on ferme le duodénum plus ou moins loin au-dessous de l'embouchure des canaux pancréatiques et cholédoque, l'animal meurt constamment en quelques jours avec des phénomènes pseudo-tétaniques, rappelant ceux qu'on observe après la parathyroïdectomie.

Un facteur de vie ou de mort, c'est la longueur de l'anse intestinale ainsi fermée: lorsqu'elle est inférieure à 35 centimètres, l'animal meurt avant que l'anastomose soit devenue perméable; lorsqu'elle dépasse ce chiffre, l'animal survit.

Or, il ne peut s'agir de fermentation ou de décomposition des aliments que peuvent contenir l'estomac et le duodénum, car la présence ou l'absence d'aliments ne modifie en rien la durée de la survie.

La mort ne peut non plus être attribuée à des troubles nerveux réflexes, consécutifs aux manœuvres sur la région. En effet, si au lieu de fermer le duodénum au-dessous des canaux pancréatique et biliaire, on résèque le pylore largement en fermant l'estomac et le duodénum, sans rétablir leur continuité, l'animal survit avec son estomac fermé, au moins jusqu'à ce que l'anastomose fonctionne.

La conclusion à tirer de cette dernière expérience, c'est que c'est dans les sécrétions biliaire et pancréatique qu'il faut chercher la source des poisons, puisque les accidents ne manquent jamais quand la section porte au delà de leur déverse-

ment dans l'intestin et, au contraire, qu'on ne les observe pas quand elle porte au-dessus de ce point.

Il y a évidemment là quelque chose de tout particulier. La mort ne survient pas quand la gastro-entérostomie est d'emblée perméable ; le drainage de l'estomac dans l'intestin suffit à sauver la vie de l'animal. Il en est de même si on établit une entéro-anastomose entre le jéjunum, et cependant le simple drainage du duodénum dans l'estomac fermé ne suffit pas. On aurait pu penser qu'un spasme du pylore pourrait empêcher le reflux du contenu duodénal dans l'estomac ; or, si on met ces deux viscères en communication large à l'aide d'un gros drain passant par le pylore, on n'empêche nullement la mort.

Il devient donc évident que la cause de la mort doit être cherchée dans l'existence de poisons dans le duodénum. Nous avons vu qu'ils ne provenaient pas des aliments. Ils ne proviennent pas davantage des sécrétions propres du duodénum ni du suc pancréatique.

Pour le prouver, il suffisait d'empêcher l'accès du duodénum aux sécrétions venues de l'extérieur. On peut le faire en transplantant en un autre point de l'intestin le segment qui porte les canaux pancréatiques et cholédoque ; Maury l'a essayé, mais sans résultats concluants. On pourrait aussi lier tous ces canaux, mais en pareil cas la mort est souvent due à une autre cause.

Il est beaucoup plus facile de détourner seulement le cours de la bile et de l'empêcher d'arriver au duodénum. Or, toutes les fois que Maury l'a essayé, il a eu des résultats concluants.

Sur des chiens traités comme ci-dessus (gastro-entérostomie temporairement imperméable et fermeture du duodénum), si on coupe le canal cholédoque entre deux ligatures, ou si on dérive la bile par une cholécystentérostomie établie au-dessous du point occlus, on voit que les animaux survivent généralement plus de temps que quand la bile arrive dans le duodénum.

D'après ces expériences, il semble bien que la mort, en cas d'obstruction duodéno-pancréatique, soit due à l'absorption d'éléments toxiques de la bile. On sait, en effet, que, parmi les éléments de la bile, il en est un au moins, les sels biliaires, doué

massage abdominale et par l'emploi judicieux des laxatifs, en évitant l'usage des drastiques notamment de l'aloès qui augmente la congestion des organes pelviens.

Contre les phénomènes congestifs et douloureux une fois qu'ils sont apparus, on aura recours aux lavements quotidiens d'eau à 45° ou 55° et aux applications, sur les paquets variqueux, de compresses de tarlatane imbibées d'eau à la même température.

Au lieu de ces compresses chaudes, on pourra aussi appliquer une vessie de glace avec interposition de flanelle.

En plus--et c'est là un point essentiel du traitement local on prescrira des octions calmantes avec une pommade à la stovaïne.

On pourra formuler comme suit :

Stovaïne. . . . .	0 gr. 25 centigr.
Adrénaline au millième. . . . .	XXX gouttes
Lanoline. . . . .	(
Vaseline. . . . .	aa 10 grammes
Stovaïne. . . . .	1 gramme.

On encore :

Extrait de ratannia. . . . .	2	—
Onguent populeum. . . . .	30	—

En cas d'hémorroïdes internes, on se servira de suppositoires stovaïnés :

Stovaïne. . . . .	0 gr. 02 centigrammes
Extrait de belladone. . . . .	0 gr. 03 —
Beurre de cacao. . . . .	Q.S.

pour un suppositoire.

## LA STOVAÏNE COMME MOYEN AVORTER LA FLUXION DENTAIRE

La fluxion dentaire ( périostite alvéolaire ), si toutefois le dentiste n'intervient pas par l'extraction de la dent ou de la racine cariées, est généralement abandonnée à elle-même. Tout au plus, essaye-t-on d'en hâter l'évolution par des applications chaudes et émollientes.

On peut pourtant faire mieux. En effet, la stovaïne appliquée en poudre sur la tuméfaction gingivale bientôt après l'apparition de celle-ci non seulement supprime la douleur,

permettant de la sorte au malade de vaquer à ses occupations habituelles, mais comme le montre l'expérience, elle est souvent susceptible d'empêcher le développement de l'abcès. Elle fait avorter la fluxion dentaire.

Ce résultat qu'on ne saurait obtenir avec aucun autre analgésique, tient à la remarquable et précieuse propriété de la stovaïne d'agir puissamment même en tissus enflammés. Or, on connaît le rôle important de l'irritation dans la genèse de l'inflammation et de la suppuration. L'irritation, la douleur une fois calmées, le processus inflammatoire peut être enrayé.

Dans la périostite alvéolaire, on prescrira la stovaïne en paquets de 0 gr. 05 centigrammes, dont le contenu sera appliqué directement sur le siège du mal. Cette application pouvant être faite simplement avec le doigt ou au moyen d'une mince couche de coton hydrophile sur laquelle on répand la stovaïne. Le malade tiendra la bouche fermée et s'abstiendra d'avaler la salive qu'il s'efforcera de cracher le plus tard et le moins souvent possible. L'effet analgésique de la stovaïne ne tarde pas à se produire et il est plus ou moins persistant. Une fois qu'il s'est dissipé, le malade procède à une nouvelle application de stovaïne en poudre et ainsi de suite.

Ces applications pourront être répétées plus ou moins fréquemment, suivant le cas, sans danger d'intoxication. De fait, la quantité de stovaïne résorbée ne peut être que minime, si le malade n'avale pas sa salive perdant qu'elle est encore chargée de l'analgésique.

D'autre part, on sait que la stovaïne, substance très peu toxique peut être administrée par la bouche à la dose de 0 gr. 20 centigr. et même plus par jour, sans le moindre inconvénient.

Lorsque la dent malade, cause de périostite alvéolaire, présente une cavité cariée facilement accessible, on y introduira une boulette de coton imbibée du mélange ci-dessous formulé :

Stovaïne. . . . .	(
Acide phénique neigeux. . . . .	ââ 1 gramme.
Menthol. . . . .	(

Ce pansement seconde efficacement l'action des applications gingivales de stovaïne.

et un pouvoir toujours croissant, ainsi qu'il résulte de la  
étude des révolutions de France et d'Angleterre.

Mais les révolutions de France ont aussi démontré que les  
peuples perdent une grande partie de leur violence et de  
vivent plus aisément à l'étranger lorsqu'ils sont en relation  
avec l'étranger.

Ce serait donc le rôle de l'étranger que de supprimer ce  
qui restait en nous de la violence et de l'absolutisme de nos révolutions  
de France et de l'Angleterre, pour établir un régime plus  
libre et plus sage que les révolutions de France et d'Angleterre.  
C'est pourquoi nous devons nous occuper de l'étranger, et  
de nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne l'étranger  
et l'étranger, en ce qui concerne l'étranger et l'étranger.  
C'est pourquoi nous devons nous occuper de l'étranger, et  
de nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne l'étranger  
et l'étranger, en ce qui concerne l'étranger et l'étranger.  
C'est pourquoi nous devons nous occuper de l'étranger, et  
de nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne l'étranger  
et l'étranger, en ce qui concerne l'étranger et l'étranger.

En somme, il y a une question de savoir si nous devons  
nous occuper de l'étranger, et si nous devons nous occuper  
de l'étranger, en ce qui concerne l'étranger et l'étranger.  
C'est pourquoi nous devons nous occuper de l'étranger, et  
de nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne l'étranger  
et l'étranger, en ce qui concerne l'étranger et l'étranger.

En somme, la question de savoir si nous devons nous occuper  
de l'étranger, et si nous devons nous occuper de l'étranger,  
est une question de savoir si nous devons nous occuper de l'étranger,  
et si nous devons nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne  
l'étranger et l'étranger.

LES RÉVOLUTIONS DE FRANCE ET D'ANGLETERRE

Les révolutions de France et d'Angleterre ont démontré que  
les peuples perdent une grande partie de leur violence et de  
vivent plus aisément à l'étranger lorsqu'ils sont en relation  
avec l'étranger. C'est pourquoi nous devons nous occuper de  
l'étranger, et de nous occuper de l'étranger, en ce qui concerne  
l'étranger et l'étranger.

Pour parvenir à ce résultat, on combattrait surtout la  
corruption par un régime d'absolutisme absolu, par le

## UN MOYEN DE FACILITER L'APPLICATION DES BANDELETTES DE DIACHYLON.

L'application de l'emplâtre diachylon, si fréquemment employé en petite chirurgie et en orthopédie, n'est pas facile, s'il n'adhère pas de suite à la peau. Le chauffe-t-on, on dépasse souvent la mesure, et alors on salit inutilement le malade en se salissant aussi les mains, ou même on occasionne des douleurs par brûlure. Pour obvier à tous ces inconvénients, sans gravité réelle, mais désagréables quand même et faisant perdre du temps au médecin, un confrère russe, M. Kogan a recours à un moyen aussi simple que pratique. Il verse un peu de benzine dans une assiette creuse, penche légèrement celle-ci de façon que la masse liquide se rassemble à la partie décline, pendant que le reste du fond de l'assiette en demeure simplement humide, les bandelettes de diachylon avant de les appliquer. Elles adhèrent alors aussitôt à la surface cutanée.

Pour enlever, sans la moindre sensation désagréable, un bandage de diachylon, on n'a qu'à passer, sur les bords des bandelettes, un tampon de coton imbibé de benzine.

## TECHNIQUE DE L'OPHTHALMO-REACTION-

Dans une thèse récente, notre confrère M. Léon Petit (de Lille) a bien décrit la technique de l'ophtalmo-réaction qui semble avoir conquis droit de cité en clinique.

Cette technique consiste à instiller dans l'angle interne de l'œil du sujet à éprouver une goutte de solution de tuberculin-test à 1 pour 100. L'Institut Pasteur de Lille fournit la tuberculin-test en poudre dans de petits flacons qui contiennent chacun 5 milligrammes de tuberculine. En y ajoutant 10 gouttes d'eau distillée, on obtient une solution à 1 pour 100; pour obtenir une plus faible réaction, néanmoins suffisante, l'Institut Pasteur fournit la tuberculin-test en solutions stérilisées à 1-2 pour 100 sous formes d'ampoules. On peut, suivant les besoins, utiliser d'abord la solution de 1-2 pour 100 et n'avoir recours à celle de 1 pour 100 que dans les cas exceptionnels.

La technique de l'ophtalmic réaction exige un certain nombre de précautions :

1o. Il faut s'assurer qu'il y a pas de lésion antérieure de l'œil ou des paupières : la réaction dans ce cas pourrait dépasser le but à atteindre elle perdrait de sa valeur diagnostique, exposerait les malades à une réaction de nature inflammatoire tout en risquant d'aggraver une infection microbienne préexistante ;

2o. Eviter le clignement involontaire qui se produit lors de l'instillation et qui expulse la goutte de tuberculine. Il faut faire renverser la tête du malade en arrière et tenir les paupières écartées quelques secondes de façon à permettre l'étalement de la goutte ;

3o. Recommander aux malades de ne pas se frotter l'œil et au besoin recouvrir celui-ci d'un bandeau.

C'est en négligeant ces précautions que quelques malades ont pu s'infecter secondairement et présenter une réaction de cinq à six jours. M. Petit insiste sur ce fait que si on se place dans les conditions ci-dessus décrites, il n'y a pas d'accident, pas plus du côté de la conjonctive que du côté de la cornée.

Il est utile de rappeler surtout qu'on doit redoubler de précautions chez les sujets atteints de blennorrhagie aiguë ou chronique ; les malades devant éviter de porter sur l'œil des doigts souillés au préalable par leur contact avec du pus chargé de gonocoques ;

4o. "N'employer, comme le recommande Calmette, pour éviter toute inflammation étrangère (blépharite ou conjonctivite), qu'une solution de tuberculine précipitée par l'alcool et aseptique (tuberculin-test). On ne doit jamais se servir de tuberculine brute, glycinée (ou tuberculine ancienne de Koch) ; parce que la glycérine est légèrement caustique par elle-même et parce que cette glycérine, impure, renferme des substances étrangères irritantes (résines et cires)."