

PAGE

MANQUANTE

Le progrès dans la Chirurgie Orthopédique

Par M. le Dr J. Appleton Nutter, Montréal

M. le Président et Messieurs, (1)

Avant de commencer, permettez-moi de vous exprimer mes remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait en m'ayant élu membre de la Société Médicale de Montréal.

Veuillez pardonner, messieurs mes confrères, la présomption que je montre en vous adressant ces paroles moi qui suis le nouveau-né dans notre Société. C'est avec beaucoup d'hésitations que j'ai préparé ces notes, et j'ose vous demander la faveur de pardonner mes fautes de français.

Dans les villes Américaines, ce n'est pas la coutume que les médecins se confinent à une seule société, mais fréquemment ils donnent des études aux membres de Sociétés voisines. C'est pour cette raison que je suis charmé d'avoir l'opportunité de m'adresser à tant de mes collègues de langue française, et j'espère que mes paroles ne manqueront pas d'intérêt pour les membres de la Société Médicale de Montréal.

La chirurgie orthopédique, le sujet sur lequel je veux, avec votre permission, vous adresser quelques mots ce soir, tend non seulement à guérir, mais aussi à empêcher, les difformités du corps humain. Depuis longtemps la chirurgie orthopédique a été considérée comme une spécialité dans les États-Unis. Mais à Montréal, nous n'avons eu que récemment des cliniques orthopédiques spéciales. Pendant les deux ou trois années passées nous avons vu paraître des cliniques spéciales, et aujourd'hui, elles se trouvent dans les hôpitaux Montreal General, Royal Victoria, et Western.

En faisant la revue du sujet de la chirurgie orthopédique, comme elle se trouve aujourd'hui, je me contenterai de trois divisions, la tuberculose osseuse et des articulations, la paralysie infantile et la scoliose.

La tuberculose osseuse et des articulations

Dans ce département il y a beaucoup de nouveautés, particulièrement liées à l'idée du traitement conservateur. Dans le cas de maladie de la hanche, il y a longtemps que nous avons pensé que la proposition, celle de l'immobilisation contre la traction, était finie. L'idée a été tenue depuis longtemps que la traction était absolument nécessaire; mais que trouvons-nous aujourd'hui? La méthode d'immobilisation avec le plâtre de Paris gagne sur le poids au bout de la jambe. Quelques chirurgiens

éminents permettent le marcher sur la jambe affectée, au lieu du repos, c'est-à-dire s'il n'y a plus de cris de la nuit, et si la jambe est protégée par le spica.

Dans le traitement du mal de Pott, nous sommes à présent intéressés dans la correction graduelle de la difformité (Calot, de Berck sur mer.) à cause du danger nous avons cessé d'employer l'opération originale de Calot, où, sous l'anesthésie, et par le brisement forcé, l'épine est redressée. Pour la correction graduelle de la cyphose nous appliquons un corset de plâtre de Paris porté jusqu'au menton. Une fenêtre est ouverte en arrière où à côté, par laquelle on peut introduire de plus en plus de feutre qui force sur la cyphose. En même temps nous ouvrons le corset, en avant afin de donner place à la poitrine. Chaque jour on augmente la force sur la cyphose jusqu'au point où la peau n'en peut plus tolérer.

C'est nécessaire d'examiner la peau chaque jour. Dans les cas d'enfants cette méthode m'a donné des résultats très satisfaisants. Si le petit est trop jeune pour le corset, ou s'il est à la période aiguë de la maladie, on obtiendra les meilleurs résultats avec le cadre de tuyau à gaz (Bradford). Le malade est fixé sur ce cadre sur des bourrelets de façon que le dos soit plié en arrière, empêchant la difformité. La méthode de Whitman, qui plie le cadre en arrière au point de difformité ou du mal, est très utile. Quand le mal est situé très bas, nous avons trouvé que la position d'hyperextension forcée donne un bon résultat, parce qu'en cette position l'épine dorsale est immobilisée le plus possible. La position est maintenue avec le plâtre de Paris, et devient bientôt confortable.

Quand le mal de Pott se trouve entre les épaules ou plus haut il faut supporter la tête. En quelques cas de mal ici nous voyons arriver la paralysie. Même avec cette complication terrible nous attendons un résultat favorable au moyen d'immobilisation et d'hyperextension. C'est ici que nous trouvons très utile le lit de plâtre de Paris. Ce lit est fait de telle manière que le dos est supporté en position d'hyperextension, et de la tête jusqu'aux jambes le corps est rendu immobile.

Le traitement de Bier, ou l'hyperhémie ne peut pas être donné dans les cas de mal de Pott et de tuberculose de la hanche, et dans l'Amérique notre expérience en a été limitée aux maladies aiguës. L'Europe au contraire, nous fournit la statistique qui montre une période de traitement de plus courte durée. Les résultats peu nombreux, que nous avons eus dans nos propres cliniques, parlent en faveur de l'hyperhémie, mais bientôt nous pourrions en décider la valeur définitivement.

L'abcès tuberculeux

Dès longtemps on nous a enseigné à vider l'abcès tuberculeux au moment que nous l'avons trouvé. A présent nous n'ouvrons pas l'abcès si ce n'est pas absolument nécessaire, de peur de l'infection. Si l'abcès devient de plus en plus grand, ou s'il empêche l'emploi de bretelle ou de corset, on peut l'aspirer, ou le vider au moyen d'un tro-

(1) Communication à la Soc. Médicale de Montréal, mai 1909.

cart. Fréquemment on le trouvera impossible d'aspirer avec satisfaction, parce que le tuyau est bloqué par le pus. Pour cette raison il est toujours prudent que le chirurgien se pourvoie d'un scalpel. Quelques uns préfèrent, après l'aspiration, injecter l'émulsion d'iode.

Si le pus est stérile, nous espérons que la petite plaie se guérira et nous faisons tout en notre pouvoir pour prévenir un trajet fistuleux, et d'empêcher l'infection si l'abcès reste ouvert. Que faisons-nous si, au contraire, l'infection survient dans les fistules, si la douleur et la fièvre augmentent. La condition est sérieuse, et presque les seuls remèdes sont de drainer complètement et, en quelques cas, les vaccines opsoniques de Wright.

Au sujet de la théorie opsonique de Wright, et de son application à l'orthopédie, beaucoup a été écrit. On a trouvé les vaccines de valeur dans le traitement des maladies non-tuberculeuses par exemple e. g. le rhumatisme blennorrhagique et les fistules infectées. Mais dans le cas de tuberculose osseuse, sans fistule, nous ne sommes pas certain de la valeur thérapeutique de la tuberculine.

La pâte de vaseline et bismuth introduite par E. Beck de Chicago s'est montrée très utile dans le diagnostic des fistules. La pâte est coulée chaude dans la fistule au moyen d'une seringue, où vous pouvez la voir très clairement avec les rayons X. Beck a constaté que sa pâte a une grande valeur dans la guérison de la fistule, mais nous n'avons pas eu à Montréal les mêmes résultats que Beck. En France l'emploi de la gélatine chargée de médicaments semble être entrée dans la pratique courante.

La paralysie infantile

Il y a quelques années, le médecin était en désespoir au sujet de la paralysie infantile.

Le massage et l'électricité étaient les seuls moyens thérapeutiques. L'enfant était encouragé à marcher sur les jambes paralysées, s'étendant les muscles faibles en les empêchant de guérir. Quand la difformité arriva, on l'envoya au bretellier. Espérons que ce point de vue pessimiste est parti pour jamais. Même un muscle fort, s'il est longtemps étendu devient presque paralysé. C'est pour cette raison qu'on ne doit pas permettre que les muscles faibles soient étendus par les muscles forts, ou par la marche. Ceci est très important. Les muscles paralysés doivent être relâchés tout le temps, parce que s'ils ne sont pas relâchés ils ne peuvent pas se rétablir. Quand nous nous souvenons qu'ordinairement très peu de segments de la corde spinale sont parésés pour jamais, et que la plupart des muscles ne sont que temporairement faibles, nous devons avoir plus d'espoir. Ne permettez pas que la difformité survienne avant d'appliquer les bretelles. Beaucoup de muscles restent paralysés parce qu'ils sont tout le temps étendus et qu'on ne leur donne pas la chance de se relâcher. Si le pied veut se tourner en dedans, arrangez-le de telle manière qu'il se tourne en dehors. Employez le massage, la chaleur, mais surtout, si c'est possible, l'exercice volontaire. Dans les cas récents

l'électricité est utile, mais ce remède n'a pas la valeur que nous avons pensé il y a dix ans.

Au sujet de la transplantation des tendons nous pouvons dire que sa valeur est établie, quoique l'application en soit limitée.

Dans le cas de l'arthrodési, nous l'avons fait sur les enfants trop jeunes. Au-dessous de l'âge de quatre ans nous réussissons rarement, mais chez les enfants de dix ans et plus c'est rarement, au contraire, que nous faiblissons.

Nous ne pouvons pas encore parler définitivement sur le sujet de la transplantation des nerfs, mais dans les cas où la paralysie se confine à la distribution d'un seul nerf, on peut l'employer avec espoir de succès.

La scoliose

Il y a vingt ans on considérait le traitement de la scoliose un dicrédit pour la Chirurgie orthopédique. On maintint, que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration appréciable en cas de difformité osseuse. Le traitement employé consista principalement de l'emploi de corsets de cuir supposés à empêcher l'aggravation de la difformité, et d'exercices gymnastiques dont les résultats ne furent pas définitivement connus. Cet étendard d'il y a vingt ans est encore maintenu par un assez grand nombre de médecins aujourd'hui. A ceux-là un diagnostic de scoliose ne veut dire que l'enfant devrait être emmené au manufacturier pour un corset de cuir.

Peu d'affections chirurgicales ont eu autant d'avance que la scoliose. Tant le point de vue a été changé qu'aujourd'hui on peut dire que des cas légers de difformité osseuse de jeunes enfants peuvent être pratiquement guéris, que la scoliose modérée peut être grandement améliorée, et que même dans les cas les plus sévères la difformité peut être plus ou moins diminuée. Lorenz, Albert et Schulthers ont profondément étudié la mécanique de la scoliose, et Wellstein a montré qu'elle peut être produite expérimentalement chez les jeunes chiens en les bandageant en positions tordues pendant quelques mois. C'est lui aussi qui fut le premier à soutenir et effectivement appliquer des corsets réellement correctifs. Böhm a récemment appelé l'attention des chirurgiens sur le rôle d'anomalies congénitales vertébrales comme étant une cause de la scoliose. Lovett a donné beaucoup d'attention aux mouvements de l'épine normale.

A présent dans le traitement il y a deux points de vue, qui diffèrent largement, chacun soutenu par des chirurgiens expérimentés. La première méthode dépend entièrement sur les gymnastiques et extensions auxquelles le malade devrait se soumettre plusieurs heures par jour, qui demande, par conséquent, résidence actuelle dans un institut orthopédique en plusieurs cas.

L'autre moyen s'agit de l'emploi de corsets correctifs, généralement de plâtre de Paris, qui sont refaits de près en plus droits selon le progrès de la scoliose, et qui ne sont enlevés que pour les intervalles d'exercices et d'exten-

sions donnés par des assistants expérimentés. En Amérique, cette méthode gagne de plus en plus, surtout pour la raison que peu de parents veulent sacrifier tout le temps de leurs enfants aux gymnastiques.

On peut rudement diviser la scoliose en deux parties, les cas sans et ceux avec difformité osseuse. Celle qui est d'origine musculaire, et que l'on appelle la scoliose fonctionnelle, montre une courbature graduelle tout le long de l'épine, qui dans la plupart des cas est en sens gauche. La courbature disparaît en penchant en avant, et en cette position il n'y a aucune prééminence anormale des côtés. Un pareil cas, quand il s'agit d'un jeune enfant, requiert des exercices occupant environ une heure journalièrement pendant un mois, et qui ne devraient pas être donnés par d'autres que des personnes expérimentées, si l'on veut avoir de bons résultats. Ce mois écoulé il ne faut répéter ces exercices qu'une ou deux fois par semaine.

La scoliose structurale, où se présente la difformité osseuse, montre une prééminence anormale des côtes en faisant faire l'épreuve ci dessus mentionnée, et au lieu de montrer une seule longue courbature elle présente la forme de la lettre S. Ici l'épine a pris une position qui ne peut être imitée volontairement, les vertèbres ont été altérées, et le traitement devient plus difficile.

Si la courbature est modique on peut la traiter sans l'emploi d'appareils à contention, mais la plupart des scoses structurales s'améliorent plus vite par l'emploi de corsets correctifs. La façon de la fabrication d'un corset correctif de plâtre de Paris est comme suit, L'épine étant tenue dans une position aussi droite que possible, une jaquette de plâtre de Paris y est appliquée, et de cette jaquette un torse, aussi en plâtre de Paris est formé. Ce torse, qui est un modèle exact du tronc du malade, est découpé sur le côté convexe, et la concavité de l'autre côté rempli, jusqu'à ce que la difformité soit plus que corrigée. Sur ce torse surcorrigée nous faisons le corset qui devrait être porté par le malade sauf en temps d'exercice. Des assistants expérimentés donnent des exercices, journaliers si c'est possible, et pendant l'espace d'une heure chaque fois, et ainsi les muscles apprennent à maintenir la position correcte qu'impose le corset. Dans le courant de quelques semaines on peut encore corriger le torse, et ensuite faire un autre corset correctif.

De cette manière on obtient toute la correction possible, et quand le malade peut maintenir la position corrigée par ses propres efforts, elle cesse graduellement de s'en servir. Ce résultat demande l'attention soutenue du chirurgien et du malade, s'étendant à une période dont la durée dépend du caractère individuel du cas et les forces du malade.

Je vous remercie, messieurs mes confrères, pour votre bonne considération, et j'espère que ces remarques, assez générales de nature, vous seront d'un certain service. Il n'est guère nécessaire pour moi de dire comme je suis fier

d'être admis membre de cette société renommée, et surtout du privilège de vous adresser la parole ce soir.

P.-S.— Nos lecteurs auront facilement noté quelques anglicismes qui se sont glissés dans cet article de notre excellent confrère M. Nutter. Nous les avons respectés, car nous tenons à laisser le plein mérite à votre confrère anglais de cette effort, de cette réussite nous dirons plutôt, en langue française. Il a doublement droit à nos félicitations.

N. D. L. R.

DE LA VALEUR PRONOSTIQUE

DES

Fonctions biliaires et intestinales chez les petits enfants

Par le Dr Séverin Lachapelle, professeur de Pédiatrie à l'Université-Laval

Les courbes du poids et de la stature nous donnent les étapes de l'état normal ou anormal de l'enfant.

Assez souvent l'irrégularité de l'ascension s'explique par un trouble digestif qui rentre dans l'ordre en corrigéant une erreur diététique légère.

Mais il y a des cas assez fréquents où nous rencontrons, à la place des troubles simples, des troubles rebelles malgré les conditions saines de l'hygiène alimentaire et du milieu, l'élevage semble alors impossible, quand même il n'y a pas un vice héréditaire, hérédo-syphilis, hérédo-tuberculose, qui constitue une condamnation sans appel.

Si nous avons alors un criterium certain de l'erreur fonctionnel de l'intestin ou de ses annexes qui est en cause nous pourrions peut-être agir à temps et arrêter le trouble d'autant plus facilement que nous l'attaquerions à son début.

C'est ce que Triboulet a cherché et c'est ce qu'il a trouvé; l'aliment étant reconnu bon, c'est donc une partie quelconque de l'intestin qui est coupable. Quelle est cette partie? de la bouche au dernier intestin il y a, bien des facteurs qui entrent en cause. Triboulet a réussi à contrôler deux des fonctions digestives les plus importantes chez le nourrisson, le foie et l'intestin, à en faire une véritable biopsie dont les données contribuent à faciliter le diagnostic et le pronostic au point de vue de la gravité du moins des cas, en attendant que des études physiologiques et chimiques plus complètes nous donnent les moyens d'instituer un traitement rationnel.

Etude physiologique de la fonction biliaire et de la fonction épithéliale de l'intestin

Le méconium, qui est presque tout de la bilirubine pure, nous prouve que le foie est le premier organe qui fonctionne parmi les différents segments digestifs ; après deux mois le plus souvent, la bilirubine par réduction et hydratation intestinale, se modifie et nous avons "l'hydrobilirubine" des chimistes et la "stercobiline" des cliniciens.

La stercobiline doit donc être considérée comme la modification normale de la bile normale, dans un intestin normal.

C'est le criterium des fonctions bilio-intestinales normales que nous cherchons, et nous l'avons.

Technique

Dans un tube à essai on introduit gros comme la moitié d'une noisette de la matière fécale qu'on dilue dans 15 cc. d'eau distillée, puis on ajoute 8 à 10 gouttes de solution de sublimé acétique. (La formule en est : eau 100 cc. sublimé 3 gr. 50 ; acide acétique 1 cc.).

La comparaison du dépôt et du liquide étant nécessaire, il ne faut pas filtrer.

En cinq minutes dans les cas accentués, dans la majorité des cas, en moins d'une heure, on obtient une coloration définitive conservable d'ailleurs pendant des semaines, et la séparation en deux couches.

Suivant les degrés de transformation naturelle des pigments dans les voies biliaires, suivant l'action complémentaire favorable, nulle, au contraire du tractus épithélial digestif, on obtient avec le réactif des colorations variables du dépôt et du liquide : et soit un état "trouble", soit un état "clair," transparent de ce liquide.

Le pigment biliaire donne des variations nombreuses qu'on peut ramener à 4 types principaux de coloration :
I. "Rose," rouge, lilas, violacé (présence de stercobiline) état bilio-intestinal normal.

II. "Vert," bilirubine oxydée, très franche, quand couleur très verte ; atténuée quand gris vert, blanc vert,

III. "Jaune," jaune vert, quasi-biliverdine, jaune pâle terne, (Terme biliaire non défini par la Chimie, mais grave en phytiologie pathologique.

IV. "Blanc, gris-vert. Acholie pigmentaire

Trouble du liquide.

Le liquide "trouble" est normal ; son atténuation et sa disparition étant des signes de plus en plus anormaux et graves : le liquide "clair" est d'un pronostic grave.

Le liquide "trouble" a son explication dans le balayage physiologique de l'épithélium intestinal, à chaque période digestive :

Le liquide "clair" suppose absence de cet acte physiologique : il est caractéristique de la réaction des atrophies, qui "nous donnent" à l'autopsie un intestin atrophique et rubané.

Application à la clinique. — Sujets apyrétiques

Au moyen du sublimé acétique il nous faut déterminer d'abord les réactions qui appartiennent à l'état normal, chez le nourrisson au sein et au biberon.

"Nourrissons au sein"

Les sujets observés sont de deux à vingt mois.

Quand une selle de nourrisson nous donne avec le sublimé acétique, la réaction rose de stercobiline, ce nourrisson est normal, quant à sa cholépoïèse. J'ajoute qu'il est normal, nous dit Triboulet, quand à sa fonction épithéliale intestinale, quand au dessus du dépôt, on voit le liquide lui-même rose franchement trouble.

Nous trouvons le contraire chez les nombreux dystrophiques athrepsiques de Parrot, c. a. d. dépôt incolore, vaguement vert de gris, soupçon infime de la bilirubine ; gris ou blanc, comme lait et surmonté d'un liquide clair, qui n'est autre que l'eau distillée de la réaction.

Et chez ces derniers à l'autopsie nous avons une bile jaune clair, rarement jaune rouge, intestin rubané ; c'est l'atrophie dans toute l'acception du mot.

Entre ces deux types extrêmes vous avez les variétés de la gamme chronique ; et vous trouverez toujours les améliorations en relation avec les colorations, et les aggravations en relation avec les décolorations, ou acholie.

Avec ce criterium favorable nous interviendrons bien peu, nous en rapportant à la défense naturelle

Si l'un ou l'autre des signes est absent, a fortiori si les deux sont négatifs, il faudra craindre le pronostic.

La médication opothérapique biliaire, intestinale va bientôt jouer son rôle.

N'est-ce pas alors que l'enkinase de Marfan aurait sa raison d'être, l'enterokinase pourrait également être employé.

Sujets fébricitants

Si la valeur physiologique des fonctions biliaire et intestinale, chez l'enfant apyrétique, est incontestable, il est naturel de se demander quand nous avons un nourrisson fébricitant, si ces fonctions ont une même importance.

Sans aucun doute.

Quelque soit l'infection à laquelle nous avons affaire, si les fonctions bilioso-intestinales sont normales le pronostic sera toujours plus favorable malgré qu'il peut arriver des infections mortelles, sans qu'il y ait altération sensible de ces fonctions.

Tous les cas observés ont conduit Triboulet à ces conclusions.

Nous avons là un signe d'espérance sur lequel il faut compter sinon d'une manière absolue, au moins comme un point d'appui dans la lecture qu'il nous faut faire de la symptomatologie morbide.

Pathologie nerveuse

PRATIQUE CHIRURGICALE

Par le Dr E. St-Jacques, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, Montréal

Les blessures temporales par balles de revolver

Appelé en hâte auprès de ces blessés le médecin est parfois hésitant sur la conduite à tenir. Disons tout de suite que son rôle doit se contenter de faire rapidement et avec les meilleures précautions possibles un pansement antiseptique. Le Peroxide d'hydrogène est tout indiqué pour ce premier pansement, qui doit être hâtif.

Puis immédiatement le médecin devra diriger le blessé sur le plus proche hôpital, ou au moins faire appeler un chirurgien pour aviser conjointement de la conduite à tenir.

Que convient-il de faire dans ces cas ? Voilà ce que le Prof. Leguen vient d'étudier dans une leçon clinique que nous tenons à résumer pour nos lecteurs.

La première règle dans les blessures temporales par balles de revolver est, si le crâne est fracturé, comme c'est d'ordinaire, de ne pas procéder à l'extraction immédiate de la balle. Celle-ci est logée plus ou moins profondément dans le cerveau. On se contentera d'inciser de décoller les téguments jusqu'à l'os, d'enlever les fragments osseux, et d'élargir ensuite la brèche osseuse. Un nettoyage soigneux et le drainage de la plaie seront pratiqués et l'on procédera à un recollement superficiel des téguments. Plus tard, vers le 45^e jour, on pourra procéder à l'extraction de la balle. Celle-ci en effet est souvent logée à distance de l'orifice d'entrée, peut se réfléchir sur les parois osseuses et siéger à des places imprévues. La radiographie renseignera sur la position du projectile. Encore convient-il de laisser peu de distance entre la séance radiographique et l'intervention opératoire. De plus on évitera les mouvements intempestifs qui pourraient à ce moment déplacer la balle.

C'est ce qui fut fait pour un homme de 36 ans qui se tira le 6 décembre 1908 un coup de revolver dans la tempe droite. Le lendemain, il était dans un demi-coma ; le pouls était lent et l'on constatait les signes d'une paralysie faciale gauche. M. Leguen incisa autour de l'orifice cutané, constata la fracture et l'ouverture de la dure-mère. Une désinfection soigneuse et le drainage furent le seul traitement institué ; le malade échappant à toute complication inflammatoire ; on procéda deux jours plus tard à une radiographie qui décéla l'ombre de la balle dans la région occipitale du côté gauche.

Quarante-cinq jours après, la paralysie faciale continuait d'exister, à gauche, un tremblement intentionnel a-

gitait les membres supérieurs ; la démarche ébrieuse dénotait l'atteinte du cervellet. Pas de paralysie motrice, mais de la diplopie avec hémianopsie homonyme droite, comme il arrive dans les lésions du centre occipital. La parole était lente. Une première tentative d'extraction du projectile demeura infructueuse, le martellement exigé par la trépanation ayant sans doute amené le déplacement de la balle. Un mois après, une nouvelle radiographie montrait en effet la balle à une place différente. L'extraction très aisée fut suivie d'une amélioration immédiate. Le tremblement, la démarche cérébelleuse disparurent. La parole redevint aisée, mais la paralysie faciale gauche et l'hémianopsie persistèrent,

Les malades atteints d'une plaie temporaire par balle de revolver se présentent dans trois conditions : 1^e dans un état de stertor, par suite de la compression cérébrale par un épanchement sanguin ; 2^e avec des crises d'épilepsie jacksonienne. Un malade qui vient de se tirer un coup de revolver à la tempe entre à pied à l'hôpital. Le soir même, crise d'épilepsie jacksonienne débutant par la face et se propageant aux membres supérieur et inférieur. Jusqu'au lendemain sept ou huit crises analogues durant chacune en moyenne quelques minutes. Un écoulement de matière cérébrale s'opérait en même temps par la plaie ; 3^e les malades ne sont atteints ni de stertor ni d'épilepsie. En pareil cas, le diagnostic peut être difficile. Pour se renseigner, le médecin n'enfoncera pas le stylet qui peut entraîner des éléments septiques en profondeur, ou ne pénètre pas et peut induire en erreur en faisant croire à une absence de perforation. Ou l'usage du stylet est dangereux, ou il n'apprend rien. Il convient donc d'y renoncer. On pratiquera plutôt une ponction lombaire qui montrera la couleur rouge et sanglante du liquide écoulé. Si la ponction est négative, on ne conclura pas forcément à l'absence de pénétration. Celle-ci existera parfois sans déterminer aucune hémorragie.

Sans doute des malades guérissent sans intervention, mais il est plus sûr de procéder à l'extraction du projectile. Trois éventualités en effet peuvent se produire qu'il convient mieux d'éviter : 1^e Ou il se montre des troubles nerveux paralytiques (monoplégies, hémiplegies,) ou des troubles mentaux (mélancolie, manie, amnésie, délire nocturne.) Tout cela guérit par l'extraction de la balle ; 2^e des abcès tardifs se forment accompagnés de céphalée tenace, occipitale, de fièvre, de crises d'épilepsie ; 3^e si la balle est tout d'abord tolérée, cette tolérance peut ne pas être prolongée et des abcès sont toujours à craindre.

On s'abstiendra seulement si la blessure est très ancienne, remontée à dix ou vingt ans, si le projectile s'est dissocié en de nombreux fragments, s'il occupe des sièges particulièrement dangereux (parties profondes, voisinage du bulbe.) En pareil cas, mieux vaudra attendre simplement, sans rien tenter, la suite des événements.

* * *

Hémiplégie hystérique avec aphasie datant de 10 ans et guérie

Si souvent les traumatisés du crâne sont atteints consécutivement de troubles nerveux centraux et périphériques, dont il est difficile de préciser la nature — lésion organique ou simple trouble fonctionnel? — que nous avons trouvé pleine d'intérêt une récente leçon du Prof. Babinski.

Il s'agissait d'un homme de 35 ans, présenté déjà à la Soc. de Neurologie par M. Laignel-Lavastine comme atteint "d'hémiplégie hystérique depuis 10 ans." A l'âge de 25 ans cet homme, qui était au travail sur une échelle, eut un étourdissement et perdant connaissance tomba : quand on le releva il était hémiplégique et complètement aphasique. Il ne paraît pas y avoir eu de traumatisme crânien extérieur. On diagnostiqua une hémorragie cérébrale avec syphilis probable.

Vu il y a quelque temps, ce malade présentait une hémiplégie absolue du côté droit avec aphasie motrice pure. Les réflexes paraissaient normaux et il n'y avait pas de trouble de la sensibilité. Vue normale. Pas de troubles trophiques. L'intelligence était bien conservée et tout en ne pouvant s'exprimer par la parole, le malade se faisait bien comprendre par sa mimique, et pouvait écrire avec la main gauche.

Se fondant sur l'absence de tout caractère organique, M. Laignel-Lavastine avait considéré le malade comme atteint d'hémiplégie hystérique, et cela malgré l'absence de troubles visuels et d'anesthésie. Le malade ayant quitté le service où il était, entra au bout d'un certain temps dans le service de la Pitié, où on put constater la persistance de tous ces phénomènes et où ce diagnostic d'hémiplégie hystérique fut confirmé. Or, M. Babinski pose en principe que toute hémiplégie de cette nature doit guérir si on s'applique à la traiter d'une manière suffisante par la psychothérapie ; mais pour cela, il ne suffit pas de quelques tentatives superficielles ; il faut s'attacher au malade, arriver à surmonter son auto-suggestion, la remplacer par sa propre influence, et le maintenir constamment sous son action persuasive. C'est ce qui a été fait pour ce malade et très rapidement la paralysie a disparu et la parole est revenue complètement. Il est revenu à peu près entièrement à son état normal.

Il est à remarquer que, malgré la persistance d'une hémiplégie qui a duré dix ans, il n'y avait chez ce malade "aucun des phénomènes" que l'on qualifie habituellement de "stigmates," expression défectueuse, puisque ce mot implique l'idée d'un phénomène permanent. Aussi "l'hémi-anesthésie, qui existe si fréquemment," mais qui "manquait ici," ne peut-elle être considérée que comme un symptôme de l'hystérie, et non un stigmaté.

Et à ce propos, on peut se demander pourquoi ce malade, qui avait une paralysie si complète, n'avait pas l'hémi-anesthésie qui accompagne si souvent l'hémiplégie hystérique. Or, l'explication paraît résider dans ce fait que le malade dès le premier jour ayant été considéré comme

attent d'une lésion organique où l'hémi-anesthésie n'est pas habituelle, il a été suggestionné au moment où on l'a recherchée plutôt dans le sens de son absence que de son existence positive. Il faut remarquer aussi, bien qu'on admette qu'à la longue, l'hémiplégie hystérique puisse amener des lésions trophiques et notamment des lésions tendineuses, qu'ici malgré dix années écoulées, on ne trouve aucune lésion organique de cet ordre. D'ailleurs, "les réflexes dans l'hystérie ne sont nullement modifiés"; il peut y avoir quelques variétés individuelles, mais si on trouve une exagération de ces réflexes d'un côté, on peut être assuré qu'il ne s'agit pas d'hystérie, mais d'une affection organique.

On peut être étonné de voir persister une hémiplégie avec aphasie pendant tant d'années sans aucune modification, sans aucune suspension des accidents, alors qu'il n'existe pas de lésion organique qui la commande. Et de fait, on peut se demander si la permanence de ces accidents est aussi absolue qu'on peut le supposer au premier abord car ces malades ne peuvent être suivis constamment même par la famille pendant une si longue période et tout en étant sincères, ils peuvent nous induire en erreur en raison de leur mentalité spéciale qui les porte ou à exagérer ou à faire des demi-mensonges, dont ils n'ont pas une conscience absolue. Il semble bien pour le malade, d'après quelques aveux qu'il a faits, que ces phénomènes ont disparu de temps en temps.

Ces malades étant d'une suggestibilité très variable, il est impossible de dire comment celui-ci se comportera plus tard ; certains, en effet, guérissent d'une façon définitive, d'autres, au contraire, ont des rechutes fréquentes ; c'est seulement en le maintenant le plus longtemps possible sous une influence médicale qu'on arrivera peut-être à les éviter.

* * *

Le signe de Babinski

On sait que M. Babinski a décrit une modification du réflexe plantaire qui a une très grande importance clinique puis qu'elle permet de distinguer une hémiplégie fonctionnelle d'une hémiplégie organique et d'affirmer, dans le cas d'une paraplégie, par exemple, qu'il existe une altération du système pyramidal. Rappelons en quoi consiste ce signe qui a été décrit sous le nom de "phénomène des orteils," mais qui est universellement connu maintenant sous le nom de "signe de Babinski."

Lorsque chez un sujet normal, on excite légèrement la région plantaire, avec une épingle ou un crayon, on détermine la flexion plantaire des orteils, et on produit aussi quelquefois un mouvement de défense du pied qu'il faut savoir reconnaître, mais qui n'est pas un véritable réflexe. Au contraire, chez un sujet atteint d'une lésion organique, par la même excitation, on provoque un mouvement inverse, c'est-à-dire que les orteils, et surtout le pouce, se redressent en extension sur le pied ; quelquefois même, il se produit une abduction des orteils désignée sous le nom de "signe de l'éventail" qui est très caractéristique.

Le phénomène des orteils dans le cas de lésion organique n'est pas absolument constant, mais quand il existe, et à condition qu'il ait été bien observé, il est décisif et permet de conclure à une lésion de ce genre. Il permet en particulier, de distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique, car on ne le trouve jamais dans cette dernière. Mais on peut l'utiliser encore dans d'autres cas.

M. Babinski a montré une malade qui est une démonstration très nette de l'utilité de ce moyen de diagnostic. C'est une malade âgée de 51 ans venue à la consultation pour une certaine faiblesse des membres inférieurs, sorte de parésie non douloureuse qui n'empêche pas la marche et ne la trouble pas, mais qui se manifeste par une fatigue très-rapide. Les réflexes rotuliens sont bien conservés et même un peu exagérés. Au premier moment, en raison de l'aspect général de la malade et de l'absence d'autres signes bien manifestes, on pourrait penser à une paralysie d'ordre psychique, et si on n'utilisait pas le réflexe plantaire on arriverait facilement à cette conclusion. Mais la recherche de ce réflexe permet de la rejeter immédiatement, car on trouve chez elle le signe de l'éventail avec la plus grande netteté. Il n'y a donc pas de doute sur une lésion du système pyramidal, lésion dont la nature, il est vrai, est ici assez difficile à déterminer. Cette parésie aurait débuté il y a seulement une huitaine de jours, mais déjà la malade avait ressenti, il y a 6 ans, des douleurs de tête très vives avec quelques troubles de la parole. Elle a eu sept grossesses, mais on ne trouve aucun signe qui se rapporte à la syphilis.

Un examen plus approfondi permettra peut être de trouver chez elle une infection syphilitique ou autre ayant produit ces accidents. Mais le grand intérêt pratique ici est d'avoir pu dès un premier examen affirmer l'existence d'une lésion organique. Car ce qu'il faut avant tout dans des cas de ce genre, c'est le repos qui peut amener la guérison ; au contraire, si on avait diagnostiqué une paralysie d'origine psychique, on aurait prescrit la marche, et les exercices plus ou moins actifs, ce qui aurait pu aggraver de beaucoup son cas.

* * *

Valeur de la trépanation dans les tumeurs cérébrales

On sait que parmi les premiers symptômes cliniques témoignant de la présence d'une tumeur intra-cranienne, on note la céphalée, les vomissements et la cécité hâtive. Dans ces cas "la trépanation précoce s'impose" et donne les meilleurs résultats.

Le cas suivant, présenté à la polyclinique de la Pitié et que nous analyserons rapidement en est un exemple d'un grand intérêt. Il s'agit d'un homme actuellement d'apparence assez vigoureuse, mais qui cependant ne peut encore travailler ; il se plaint d'une sorte d'engourdissement général ; sa démarche est très caractéristique ; il titube en écartant les jambes, à peu près à la manière d'un

homme ivre. Malgré ce trouble de la marche, la force musculaire est conservée, les réflexes rotuliens sont normaux, ainsi que le réflexe plantaire, et quand il est couché les mouvements des membres inférieurs sont normaux.

A l'examen, les membres supérieurs sont normaux aussi pour le côté droit ; mais tandis que de ce côté, il porte régulièrement le doigt au point commandé, pour la main gauche, il y a de l'hésitation et il dépasse le but. De plus, on constate qu'au repos, il n'y a aucun tremblement, mais s'il porte un verre à la bouche avec la main gauche, il décrit des mouvements incohérents, qui caractérisent le tremblement intentionnel, tremblement qui ne se produit que dans les mouvements voulus et tout à fait analogue à celui de la sclérose en plaques. Il existe enfin des troubles de la vue liés à une atrophie papillaire.

Or, sans remonter dans les commémoratifs, en présence de cette démarche si spéciale, de cette titubation les jambes écartées et de ce tremblement dus à l'asynergie cérébelleuse, c'est-à-dire au trouble dans l'association des mouvements, on peut être assuré qu'il existe une lésion du cervelet, portant sur le côté gauche, puisque ces troubles se produisent du même côté que la lésion. Mais si l'on recherche les antécédents, on voit ce diagnostic confirmé par tous les accidents qui se sont montrés antérieurement. Il y a deux ans, en effet, ce malade présentait non seulement ces troubles de la motilité au plus haut point, mais tout le syndrome cérébelleux au complet. Il avait des douleurs de tête très violentes localisées à la partie postérieure, des vomissements, une stase papillaire très marquée et aussi des troubles psychiques dont il a perdu le souvenir, avec idées délirantes et excitation violente.

Le diagnostic de tumeur cérébelleuse fut posé ; une ponction lombaire fut faite sans résultat et tous les moyens médicaux utilisés sans succès. M. Babinski se décida alors à une intervention chirurgicale, intervention dont il a vu très souvent l'utilité, alors même qu'on ne trouve pas le néoplasme. Il semble que "la décompression produite par l'opération soit suffisante." On supprime ainsi l'œdème qui cause les douleurs et on arrête la névrite œdémateuse de la rétine. C'est ce qui arriva chez ce malade chez lequel M. Gosset pratiqua la craniectomie. On ne trouva pas de tumeur, mais "depuis, les douleurs ont cessé complètement, la névrite optique s'est arrêtée, l'agitation a disparu, et tous les accidents ont rétrogradé." En somme, l'amélioration est si considérable qu'on peut espérer qu'à un moment donné cet homme, absolument condamné, il y a deux ans, pourra se livrer un jour à un travail utile.

Ce cas est donc instructif et montre, ainsi que le bon nombre d'observations que M. Babinski a pu réunir dans sa pratique personnelle, qu'il y a toute utilité à ne pas abandonner les malades et à faire chez eux une tentative chirurgicale.

Nous avons nous même mémoire d'une fillette de 15 ans à qui fut faite une trépanation décompressive, dans un cas de tumeur cérébrale impossible à localiser. Du coup la céphalée, jusque là intolérable et les vomisse-

ments incoercibles cessèrent bien que cependant la cécité persista, par atrophie du nerf optique, la malade ayant été amenée trop tard au chirurgien. Un an après l'opération, la malade était parfaitement bien, quoique aveugle encore. La trépanation dans ces cas s'impose donc et le plus hâtivement possible.

E. St-JACQUES.

Pratique chirurgicale

Traitement des fractures de la rotule

PAR LE DR RAYMOND BONNEAU

*Ancien interne des hôpitaux de Paris, suppléant à la
Consultation de chirurgie de l'hôpital Necker*

Le traitement des fractures de la rotule "doit être opératoire." Le traitement non sanglant (immobilisation, compression, rapprochement des fragments par des bandelettes de diachylon ou des croissants plâtrés,) toujours de longue durée, aboutit, à quelques exceptions près, à l'impotence fonctionnelle. Il n'a pour lui qu'un avantage, c'est qu'il ne fait courir aucun risque au malade ; et encore, si l'on voulait pousser les choses un peu loin, pourrait-on dire que l'immobilisation au lit pendant un temps prolongé n'est pas sans inconvénient pour un malade âgé. Il vaudrait mieux, dans ce cas, recourir au massage et faire marcher le malade le plus tôt possible. Quoi qu'il en soit, ce traitement non sanglant est un pis-aller qui doit être employé par les médecins non accoutumés à la chirurgie : il leur permettra d'éviter "les accidents formidables qui attendent tout ceux qui abordent sans éducation suffisante la chirurgie articulaire (1)." Mais il est toujours préférable pour le blessé d'être mis entre les mains d'un chirurgien de métier, capable de pratiquer sur lui l'opération, et si, tout à fait exceptionnellement, des circonstances matérielles, indépendantes du malade et du médecin, interdisaient l'intervention sanglante, et qu'il en résultât une impotence fonctionnelle trop marquée, peut-être pourrait-on recourir ultérieurement à une opération. Il s'agirait alors d'une opération spéciale, tout à fait différente de la suture immédiate que nous allons étudier.

1^e PERIODE PRE-OPERATOIRE

Précautions à prendre pour assurer l'asepsie opératoire rigoureuse

Le chirurgien opérant comme à l'habitude, avec des instruments stériles, des objets de pansement stériles, des mains pratiquement stériles, n'a plus à redouter qu'une

contamination venant de l'opéré lui-même. Aussi doit-il, d'une part, s'assurer de l'asepsie de la peau, d'autre part, n'intervenir sur les parties molles, profondes, qu'au moment où elles sont dans les meilleures conditions de vitalité. Pour obtenir ce double résultat, il est indiqué de ne pas opérer immédiatement après l'accident, mais de laisser reposer la peau, la désinfecter, attendre que les petites excoriations d'un épiderme forcément septique soient complètement cicatrisées, attendre également que les infiltrations sanguines et séreuses qui se font dans l'article et dans le tissu cellulaire aient commencé à se résorber. Ne prenez donc le bistouri que quatre à six et même dix jours, si le faut, après l'accident.

2^e INCISION

Incision large en fer à cheval, concave en haut, passant au dessous du trait de fracture, au niveau de la pointe de la rotule et relèvement du volet supérieur jusqu'à ce que le foyer de fracture soit entièrement mis à nu.

3^e NETTOYAGE DE L'ARTICULATION ET AVIVEMENT DES SURFACES OSSEUSES

Aussitôt après l'accident, il s'est produit une hémarthrose et du sang s'est déposé entre les deux fragments. Puis le sang s'est coagulé. Le sérum s'est résorbé, le caillot s'est épaissi et a formé comme une sorte de vernis à la surface des tranches osseuses. Quand, après la disparition du gonflement, les deux fragments viennent se rencontrer, le vernis qui les recouvre empêche le contact direct et interdit aux cellules osseuses (ostéoblastes) de chaque fragment de venir s'engrêner avec les cellules osseuses du fragment opposé pour faire un cal osseux ; aussi se produit-il un cal fibreux dénué de solidité et capable de s'étirer à la marche. Il faut l'éviter à tout prix et pour ce faire, débarrassez l'article et les fragments de tous les caillots qui les recouvrent.

Introduisez donc dans l'article des compresses portées à l'extrémité d'une pince jusqu'à ce que, tous les culs-de-sac ayant été explorés, il ne reste plus la moindre trace de sang. Et pour désencroûter les surfaces osseuses des caillots fibreux qui les recouvrent, n'ayez pas peur d'utiliser la curette tranchante qui avivera convenablement les tranches à rapprocher. La curette débarrassera aussi les tranches de fracture des débris périostiques et ligamentaires qui peuvent recouvrir partiellement leur surface. Ce temps de l'opération est capital.

4^e SUTURE

Bien des modes de suture ont été proposés (suture périostique, suture osseuse, cerclage, suture-cerclage). Chacun d'eux a ses indications.

"La suture des ailerons rotuliens et du périoste pré-rotulien" est toujours de mise, quel que soit le procédé de suture osseuse adopté et même si l'on n'emploie pas la suture osseuse. En effet, les trousseaux fibreux situés sur les parties latérales de la rotule ont une réelle importance dans le mode d'attache du quadriceps à la jambe

(1) Lucas-Championnière : "Société de Chirurgie," 25 fev. 1908.

et l'on a vu des fracturés de la rotule continuer à marcher en utilisant uniquement ces liens fibreux conservés dans leur intégrité. Cela explique, du reste, les quelques cas déconcertants de guérison parfaite obtenus par des procédés non sanglants.

La règle est donc de méticuleusement réaliser la continuité fibreuse et périostée, en ayant soin de réséquer les effilochures et les parties mâchurées et de n'accoler que des parties régulièrement coupées et bien vivantes. La suture se fait au catgut ou à la soie.

Certains chirurgiens emploient la seule suture des ailerons et du périoste, à l'exclusion de toute suture profonde, dans les cas de faible écartement, et disent s'en trouver fort bien. La plupart des opérateurs y ajoutent les procédés de suture profonde.

La "suture osseuse" proprement dite trouve son application dans les cas où le trait de fracture divise la rotule en deux fragments suffisants pour être traversés par le fil. C'est ce qui se produit dans la fracture par arrachement musculaire, fracture dans laquelle le trait passe horizontalement, en plein dans l'os, divisant avec une netteté parfaite, comme par un coup de scie, la rotule en deux fragments approximativement d'égale importance. Il est facile de traverser ces deux fragments soit par deux fils passés dans le plan sagittal, pénétrant ainsi dans l'articulation et se nouant au devant de la rotule, soit plus commodément par un seul fil mis dans l'article et se nouant sur l'un des côtés de la rotule. Communément on emploie le fil d'argent ou de cuivre (bronze d'aluminium). On peut également se servir de la soie. Reynier s'est même servi du catgut !

Le "cerclage" est indiqué dans les fractures comminutives de cause directe, dans lesquelles la rotule est divisée en un certain nombre de fragments trop petits pour être traversés par un perforateur. Le fil de métal chemine alors dans un plan frontal au pourtour de la rotule fracturée, traversant le tendon et le ligament rotulien et se nouant sur un des côtés. S'il y a des esquilles détachées, à vitalité compromise, on est bien forcé de s'en débarrasser au préalable.

La "suture-cerclage" (ou héli-cerclage, ou cerclature) s'adresse enfin aux cas où la solution de continuité a détaché d'une des extrémités, supérieure ou inférieure de la rotule, un petit copeau impropre à être traversé par le perforateur ou quand, dans une fracture à deux fragments égaux, l'un de ces fragments est, en plus, brisé par un trait vertical. Le fil passe, d'une part, à travers le ligament ou le tendon rotulien, et se noue sur un des côtés.

Enfin, dans les cas à rotule très friable, on peut associer à la fois la "suture sagittale à 2 fils et le cerclage", procédé vraiment bien complexe.

La suture osseuse, le cerclage, la suture-cerclage sont toujours complétés par la suture périostique et fibreuse, très soigneusement faite. Je l'ai déjà dit.

La peau est rabattue et saturée, comme de coutume.

Ceux qui sont sûrs de leur hémostase et leur asepsie ferment complètement; les autres peuvent mettre, dans

un angle de la plaie, un drain allant jusqu'à l'articulation et, dans l'angle opposé, un drain superficiel.

5e SOINS CONSECUTIFS

Pour être certain qu'une contraction intempestive, pendant l'agitation du réveil, ne viendra pas faire sauter les fils, il est tout indiqué de mettre une gouttière plâtrée, très échancrée au niveau du genou, assez fermée sur le devant de la cuisse et de la jambe et renforcée sur la ligne médiane postérieure.

Les drains, s'il y en a, seront enlevés au bout de 48 heures, les fils et l'appareil plâtré, le septième jour; les massages aussitôt commencés, la mobilisation dans le lit pratiquée le quinzième jour, et la marche autorisée après la fin de la troisième semaine. On interdira au malade, pendant plusieurs mois, d'exagérer la flexion brusque de la jambe sur la cuisse. L'atrophie du quadriceps sera traitée par les mouvements méthodiques, le massage, l'électricité. L'hyarthrose qui se produit au début de la marche, n'inquiètera pas le médecin, car elle disparaîtra d'elle-même, quand la tonicité du genou sera revenue.

Il n'est pas sans intérêt au point de vue des soins post-opératoires de considérer la variété pathogénique et corrélativement anatomo-pathologique de la fracture. La fracture par arrachement musculaire indique ordinairement une rotule peu résistante, naturellement prédisposée à se fracturer. Il n'est pas rare, de voir d'anciens fracturés se casser à nouveau leur rotule ou des fracturés d'un côté venir retrouver l'opérateur pour une fracture de l'autre côté. Aussi, est-il indiqué de recommander à ces malades d'éviter, pendant longtemps la flexion extrême de la jambe, de porter une genouillère élastique serrée et de se garder attentivement de toute chute.

Notes éditoriales

Les nouveaux gradués de Laval

Sur cinquante élèves qui se sont présentés pour les examens finaux à la Faculté de Médecine, 44 ont passé avec satisfaction et partant obtenu le titre de Docteur en médecine. Voici leurs noms.

MM. Amyot, Etienne; Archambault, H.-G.; Archambault, Jules; Aubry W.; Beaudoin, Armand; Bélanger, Ernest; Bernard, Emile; Boileau, Jos.; Bouchard, C.-A.; Boudrias, G.; Brunet, Jos.; Chaffers, W.-H.; Cypihot, Hector; Décary, Ernest; Demers, François; Dorval, J.-H.; Ferron, Alp.; Gauthier, Eugène; Gravel, A.; Grignon, Henri; Guay, I.; Hébert, J.; Léchapelle, J.-A.; Laçacé, A.; Lamarche, C.; Langevin, S.; Laporte, P.-C.; Lavallée, H.; Lebrun, K.; Lesage, J.-C.; Lussier Adonias; Mallette, Eugène; Martineau, Geo.-H.; Massé, Frs.; Moreau Emile; Panneton, J.-E.; Paquette, Eugène; Paquin, U.; Patenaude, Armand; Potvin, Victor;

Robert, H., Roux, Louis; St-Arnaud, Laurent; Tessier, Nap.; Thibaudau, Adrien; Toupin, J.; Lafontaine, Vl.; Baril, Phil.; Valois, G.

A tous et chacun, le journal de Médecine et Chirurgie offre les plus chaleureuses félicitations. Entre tous tenons-nous à signaler MM. J. Eug. Panneton (Montréal) et S. Langevin (St Valentin) reçus avec "très-grande distinction,"— et H.-G. Archambault (Montréal) et A. Lussier (Montréal) qui ont obtenu la note "avec grande distinction."

Cloture des cours Universitaires

Avons-nous connu quelque chose de plus terne, de moins fier, de plus triste que notre fin d'année universitaire!

Non pas qu'elle se distingue des précédentes, non pas qu'elle ait été plus humble, pour ne pas dire humiliante que ses devancières des années dernières. Non: nos fins d'année universitaire sont ainsi ternes depuis que nous sommes au monde— et voilà plus de 25 ans.

On annonce à grand tapage en Septembre ou Octobre que l'année universitaire est ouverte, on bat la grosse caisse au début de l'année,— mais on n'a pas le courage de sonner même le petit tambour à la sortie, pour dire au public qui s'intéresse à l'oeuvre universitaire que l'on a fait "bon labour".—

Comme si vraiment nos Facultés avaient honte de leur enseignement!

Il faut que Montréal se fasse faire la leçon par Québec! Les journaux viennent de nous rapporter les détails de séance solennelle de cloture à l'Université de Québec. Le Recteur y prit la parole ainsi que quelques uns des professeurs. On annonça les noms des gradués, on distribua les diplômes avec la solennité qu'il convient,— on proclama les heureux des concours,— enfin on tint une fête de famille où fut invité le public.

Ce fut l'occasion d'exposer les progrès accomplis durant l'année, et d'indiquer les améliorations en perspective en même temps que de stimuler le zèle de ceux qui s'intéressent à l'enseignement supérieur,— "la clef de voute" pour nous, canadiens de descendance française.

Et ici à Montréal? — Avez-vous entendu dire autre chose que "ite."— Même pas-celà! — Les journaux ont été chargés d'annoncer que l'année était finie, et que les diplômes avaient été distribués. Si ce n'était pas si triste et humiliant je vous dirais comment on les délivre ces diplômes ici: même pas devant le corps enseignant de chaque faculté! Il est difficile d'avoir moins de respect de sa dignité de corps enseignant!

En est-il ainsi ailleurs? Loin de là! Pour être respecté et apprécié,— il faut commencer par avoir soi-même quelque fierté! Si vous ne l'avez pas encore fait, je vous conseille d'assister à ces séances solennelles de cloture chez nos amis anglais du Mc Gill. Vous devrez vous rendre tôt,— car toutes les places sont tôt occupées. Vous

avez dû d'ailleurs lire dans les journaux— anglais pour le certain — le compte-rendu de ces fêtes universitaires, où le public et les anciens élèves prennent plaisir à se venir rencontrer avec les professeurs et les jeunes élèves.

Québec, qui a des traditions universitaires a été, suivant son habitude, à la hauteur de sa position. Montréal? Je ne saurais dire non tout à fait. Les jeunes Ecoles, j'entends les dernières venues dans la famille universitaire, ont donné avec l'exemple, le ton. Les Conseils de l'École de Pharmacie et de l'École de Chirurgie Dentaire se sont réunis, et devant les amis des élèves ont distribué les diplômes et les médailles.

Le Droit et la Médecine?... Dans la vieille Europe, où il existe quelques universités de renom!... les Facultés de Droit et de Médecine occupent la première place, et tiennent à la garder. Ici on s'en soucie peu, moins que plus. Pourvu que l'eau coule sous le pont et nous amène avec des élèves de bons émoluments, — on est passablement indifférent à l'opinion du public en général et des universités étrangères.

Quand et combien voyons nous de nos Professeurs aux Congrès Universitaires, aux réunions où il est question d'enseignement supérieur? Indifférents à ce que nos facultés, notre université soient, je ne dirai pas favorablement appréciées, mais même simplement connues au dehors, il s'en suit qu'ils ne sont pas invités à l'étranger. Et ils en sont bien plus satisfaits puisque leur quiétude mentale n'est pas troublée.

Ne serait-il pas temps de nous montrer à la hauteur de notre position. Une trop longue torpeur laisserait trop épaissir la mousse. Craignons — mais non pas pour cause de curiosité en quête de progrès — de devenir une seconde femme de Loth!

Consultations Médicales

Technique des injections intra-spinales

P. M. Vous demandez des détails sur la technique de la ponction lombaire et la méthode des injections médicamenteuses. Cette excellente méthode thérapeutique a reçu dernièrement un nouvel élan, à la suite des rapports si encourageants de traitement de la méningite cérébro-spinale par les injections de sérum loco dolenti.

J'emprunte à notre excellent confrère, le Journal de Médecine et chirurgie Pratiques de Paris, l'article suivant, qui répond à votre demande. Tandis qu'il est avéré que la méningite cérébro-spinale se répand de plus en plus; il est prouvé d'autre part que les injections de sérum anti-méningococciques peuvent diminuer la mortalité dans une proportion énorme. Il est indispensable de bien connaître la technique de ces injections: nous ne saurions mieux faire, pour faciliter son application, que de

reproduire la description qu'en donne M. Dopter, du Val-de-Grâce, l'inventeur d'un de ces sérums, dans le "Progrès médical."

"Les injections doivent être faites dans la cavité arachnoïdienne."—En raison de l'imperméabilité de la séreuse, le sérum doit être porté "loco dolati". Dans la cavité arachnoïdienne, où siège tout le processus morbide. L'injection doit être précédée d'une ponction lombaire dont la technique mérite d'être rappelée à cette occasion.

a) "Ponction lombaire." — Placer le malade au bord du lit dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies le plus possible vers le tronc (position en chien de fusil). Autant que possible faire bomber le dos (pour que les lames vertébrales présentent un écartement maximum). La tête doit être légèrement surélevée sur le traversin.

Chercher ensuite le point où la ponction sera effectuée : il faut ponctionner dans le 4^e espace lombaire, entre la 4^e et la 5^e vertèbres lombaires. Ce lieu d'élection se trouve aisément sur une ligne transversale qui réunit les crêtes iliaques. En ponctionnant en cette région, on est sûr de ne pas atteindre la moelle qui s'arrête au niveau de la 2^e lombaire ; on pénètre donc en pleine queue de cheval, dont les racines fuient devant l'aiguille (on ne doit donc avoir aucune crainte de les piquer.)

L'aiguille à employer doit être en platine, longue de 8 à 9 centimètres, large de 8 à 10 millimètres ; l'extrémité piquante est taillée en biseau ; l'autre doit s'adapter consciencieusement bouillie au moins pendant dix ter à l'embout d'une seringue de Roux. L'aiguille doit minutes. L'asepsie doit être rigoureuse pour éviter les souillures lors de la ponction et surtout lors de l'injection.

Après une antiseptie parfaite du champ opératoire, un doigt stérile placé sur le lieu de la piqure, on enfonce l'aiguille "au milieu" de l'espace choisi, dans l'axe médian du corps ; la peau perforée, on pénètre à travers les ligaments intervertébraux réunissant les apophyses ; puis on donne à l'aiguille une très légère obliquité de bas en haut, et l'on continue à la pousser progressivement, sans à-coup. On éprouve alors comme une sensation cartilagineuse ; un peu plus loin, l'aiguille est dans le canal rachidien, et le liquide céphalo-rachidien s'écoule. Chez l'adulte, l'espace à parcourir est de 4 à 6 centimètres ; chez l'enfant, suivant l'âge, de 1 à 3 cent.

Durant ce trajet de l'aiguille, il arrive parfois que celle-ci heurte un plan osseux. En ce cas, la retirer légèrement lui donner une autre direction : après quelques tâtonnements, on retrouvera aisément le chemin qu'il convient de lui donner.

Il peut arriver qu'une fois l'aiguille en place dans le sac arachnoïdien, il n'y ait aucune issue de liquide ; c'est qu'elle peut être bouchée par un peloton adipeux venant des plans qu'elle a traversés.

On y remédie en enfonçant dans le chas de l'aiguille le mandrin (stérile lui aussi), et en débouchant ainsi l'extrémité. Pour éviter cet inconvénient, j'ai l'habitude d'enfoncer d'emblée l'aiguille armée de son mandrin qui affleure seulement à l'orifice ; une fois qu'elle est en place, on retire le mandrin et le liquide s'écoule.

Parfois encore, il n'y a pas d'issue de liquide parce que le biseau de l'aiguille est obturé par la masse de la queue de cheval : un léger mouvement de rotation et surtout de retrait de l'instrument a souvent raison de ce petit accident.

Souvent enfin, du sang vient se mélanger au liquide céphalo-rachidien (une veine du plexus veineux a été blessée). Après issue de quelques gouttes, le sang peut avoir disparu, ou bien son écoulement est constant. En ce dernier cas, retirer l'aiguille et reponctionner dans l'espace inférieur ou supérieur.

Recueillir le liquide céphalo-rachidien qui sort (habituellement sous forte pression dans les méningites) dans une éprouvette graduée stérile (car en vue de l'injection, il faut connaître exactement la quantité soustraite). A défaut d'éprouvette graduée, on peut utiliser les flacons de sérums de 10 c.c. qui permettent d'apprécier approximativement cette quantité.

"Quelle quantité de liquide céphalo-rachidien, faut-il soustraire ?" — Quand il s'agit d'une ponction lombaire simple, la question peut n'avoir pas très grande importance (on sait seulement qu'il faut arrêter quand le malade manifeste une exagération de la céphalée). Mais quand la ponction doit être suivie d'une injection de sérum, elle présente une "importance capitale."

"Il faut soustraire au moins autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum ;" car si la quantité de liquide soustrait est inférieure à la quantité de sérum injecté, on provoque des phénomènes de compression, se traduisant par une exaspération de la céphalée, des convulsions, des syncopes qui peuvent être mortelles.

Bien plus, à mon sens, il vaut mieux enlever "plus de liquide" qu'on injectera de sérum. Ainsi, pour une injection de 20 cc. j'enlève volontiers 25, 30, 35 cc. de liquide. Cette façon de procéder semble présenter un triple avantage :

1^o On enlève de la cavité arachnoïdienne plus de substances toxiques.

2^o On assure une certaine décompression ;

4^o Le sérum introduit est moins dilué.

C'est pour tous ces motifs qu'il convient de mesurer exactement la quantité de liquide céphalo-rachidien qui s'écoule.

"Si l'on ne peut retirer que 2, 3, 5 centimètres cubes, ce qui arrive parfois, il ne faut à aucun prix injecter davantage de sérum."

c) "Injection de sérum." — Avant la ponction lombaire, on a chargé une seringue de Roux de la quantité de sérum qu'il convient d'injecter. Ce sérum a été préalablement tiédi à 38.

On adapte alors l'embout de la seringue à l'extrémité extérieure de l'aiguille, restée en place, et l'on pousse l'injection lentement, progressivement, sans à-coup.

L'opération terminée, on retire brusquement l'aiguille, on lave antiseptiquement, et l'on place sur la plaie du coton imbibé de collodion.

"Immédiatement après," il convient de placer le malade dans une position favorable à la diffusion du sérum vers les centres nerveux supérieurs. Dans ce but, "surélever notablement le bassin au-dessus de la tête" ; enlever traversins et oreiller, et placer sous le bassin un ou plusieurs coussins. Au besoin soulever les pieds postérieurs du

lit sur une brique par exemple. Laisser le malade dans cette situation pendant 5 à 6 heures. S'il a du délire, ou présente de l'agitation, ne lui permettant pas de la conserver, faire sans hésitation une injection de morphine.

d) "Quelle quantité de sérum faut-il injecter" ?— Elle varie suivant l'âge du malade et la gravité du mal.

Pour un enfant de moins de deux ans, 10 à 15 cc.

Pour un enfant plus âgé, 15 à 20 c.c.

Pour un adulte, 20, 30, 40 c.c.

Les doses doivent être d'autant plus élevées que le cas est plus grave.

Les injections doivent être renouvelées pendant 2,3 et même 4 jours consécutifs, même si l'amélioration est manifeste, pour éviter les retours offensifs.

... Cette manière de procéder a d'autant plus de raison d'être si l'amélioration n'est que légère ou même n'existe pas.

L'appréciation de l'amélioration doit porter non seulement sur les symptômes méningitiques eux-mêmes, mais aussi sur l'état général. Un sujet chez lequel les troubles méningés disparaissent, mais qui garde un mauvais état général, doit subir de nouvelles injections.

Les rechutes, s'il en advient, seront traitées d'une façon identique.

L'action du sérum est d'autant plus efficace et rapide qu'il est injecté à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aussi le "diagnostic" demande-t-il à être établi d'une façon précoce. ...

Les résultats de la ponction lombaire constituent presque le critérium de ce diagnostic ; un malade présen-

tant, avec des symptômes méningés, un liquide céphalo-rachidien purulent ou seulement louche, doit être considéré comme atteint de méningite cérébro-spinale.

Mais toute méningite cérébro-spinale n'est pas produite par le méningocoque de Wiechselbaum ; d'autres causes peuvent l'engendrer. Pour établir le diagnostic d'une façon ferme, un examen bactériologique est nécessaire.

Il serait toutefois imprudent d'attendre les résultats de ce dernier pour faire bénéficier le sujet d'une sérothérapie si efficace (en certain cas, une attente de quelques heures peut lui être très préjudiciable) ; avant d'avoir la preuve bactériologique, il faut donc traiter au plus tôt par le sérum.

En d'autres termes, devant un malade suspect ou avéré, faire une ponction lombaire, et si le liquide est trouble, ou simplement opalescent, pratiquer de suite une injection de sérum. Faire l'examen bactériologique, ou le faire faire par le laboratoire le plus voisin.

En attendant la réponse, continuer le traitement sérothérapique.

Le laboratoire répond : il s'agit d'une méningite à pneumocoque, à streptocoque, etc. On peut cesser les injections de sérum, qui seraient inefficaces.

Le laboratoire n'a décelé aucun germe, par l'examen direct ou la culture : en ce cas, qui se présente même si le méningocoque est en cause, il est prudent de continuer à traiter le malade par le sérum jusqu'à sa guérison.

R. G.-J.

NOTES THERAPEUTIQUES

Les méningites cérébro-spinales et leur traitement

Dans un précédent numéro, nous rapportions quelques communications récentes sur le sujet. A l'une de ses dernières séances, la Soc. Médicale des hôpitaux de Paris vient encore de s'en entretenir. Voici résumées les principales communications.

MM. Barbier et Vaucher rapportent 10 observations de méningites cérébro-spinales.

Trois cas antérieurs à la sérothérapie ont eu une évolution grave : longue durée, arthrites suppurées, péricardites, septicémie à méningocoques. Une seule a guéri et conserve comme séquelle une surdité complète.

Les sept autres observations se rapportent à des cas traités par le sérum antiméningococcique. Les guérisons se firent dans tous les cas. Parfois, rechutes légères qui cèdent à une nouvelle injection intrarachidienne. Une malade meurt, non pas de la méningite cérébro-spinale, mais d'un érysipèle ultérieur.

M. Netter, qui possède actuellement 88 observations de méningites cérébro-spinales, insiste sur le caractère

exceptionnel des séquelles. Il a observé un cas de surdité, mais cette surdité s'améliora dans la suite. Quant aux arthropathies, elles atteignent la proportion de 3-48. Il est nécessaire, si l'on veut éviter les rechutes légères, observées par M. Barbier, de répéter les injections tous les jours.

M. Claisse a observé une méningite aiguë cérébro-spinale dont le liquide céphalo-rachidien était clair et ne contenait que quelques lymphocytes. (On sait que généralement le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient des polynucléaires.) La mort survint le lendemain ; les lésions méningées étaient minimes et contenaient du méningocoque.

Ces liquides céphalo-rachidiens clairs et lymphocytaires ne sont pas rares, ajoute M. Netter, quand on observe les méningites dès le début ; c'était le cas chez les trois malades de M. Netter. M. Dopfer a même vu des méningites à méningocoques dont le liquide restait clair durant toute l'évolution clinique. M. Vincent rapporte un fait analogue ; dans des cas semblables, la précipitation peut aider au diagnostic.

M. Widal fait néanmoins remarquer que ces faits de

méningites à liquide céphalo-rachidien clair et à lymphocytes sont l'exception. Presque toujours, il s'agit d'une polynucléose qui traduit la grosse poussée congestive des méninges.

M. Barbier, puis M. Lermoyez insistent sur la gravité des séquelles auditives. Presque toujours il s'agit de lésions de l'oreille interne; rien de plus facile à mettre en évidence: on fait une injection d'eau froide dans l'oreille moyenne à l'aide d'un book; le nystagmus qui se produit normalement n'apparaît pas si l'oreille interne est altérée.

La "conclusion de cette discussion s'impose": c'est la nécessité d'un traitement "précoce" de la méningite cérébro-spinale. "Ce traitement doit être sérothérapique" (15 à 30 centimètres cubes dans la liquide céphalo-rachidien après extraction d'une quantité équivalente de liquide,) et doit être répété tous les jours. Le diagnostic est en général facile, sauf les cas exceptionnels où le liquide est clair et lymphocytaire: le liquide céphalo-rachidien est trouble, presque supputé, contient de nombreux polynucléaires. C'est là le seul signe caractéristique; il tranche toute hésitation quand le clinicien demeure perplexé.

Le traitement des convulsions de l'enfance

Par James Mecke ("The Ther. Gaz.", 15 mars 1909)

En énumérant les nombreuses causes de convulsions chez les enfants, l'auteur montre que l'on doit s'efforcer de les prévenir par une bonne hygiène chez l'enfant. Si les convulsions surviennent, la mère, en attendant le médecin, peut donner un bain sinapisé. Si les convulsions persistent, il n'y a guère d'agent plus généralement efficace que les inhalations de chloroforme. La pneumonie, le stade ultime des maladies infectieuses, les maladies organiques du cœur et la prostration à la fin de maladies consomptives sont des contre-indications à l'emploi du chloroforme.

Tandis que le petit malade est anesthésié, il est bon de donner un lavage intestinal avec une solution saline chaude. Si la température est élevée, on donnera les lavements froids. Au besoin, on fera un lavage d'estomac, ce qui est préférable à l'administration d'un vomitif.

Pour compléter le nettoyage des voies digestives, le calomel en une seule dose forte ou par plusieurs petites doses est tout indiqué.

Les bromures et le chloral sont indiqués pour prévenir les rechutes. Le chloral sera administré en lavements. L'auteur n'a jamais eu recours à la morphine, sauf dans l'état épileptique, non plus qu'à l'hyoscine préconisée par quelques médecins anglais.

Il est encore d'autres traitements qui peuvent avoir leur utilité soit pendant les attaques, soit pour les prévenir.

C'est ainsi que le traitement hydrothérapique sous forme d'enveloppements ou de bains refroidis de 35 à 27 degrés a une action antispasmodique puissante.

L'eau sous forme d'injection saline sous-cutanée à la température de 40 degrés et à la dose de 60 à 100cc. pour les enfants est également utile comme antitoxique.

Les stimulants sous forme de strychnine, d'alcool, de camphre trouvent leurs indications surtout dans les cas de pneumonie chez les enfants rachitiques.

Une saignée très légère de quelques centimètres cubes, peut donner d'excellents résultats dans différents états toxi-infectieux et particulièrement dans les accès éclamptiques de la néphrite; on pourra encore l'essayer dans les affections cardiaques congénitales avec cyanose.

Les inhalations d'oxygène ont une utilité très grande dans les cas accompagnés de cyanose. La respiration artificielle s'impose dans les convulsions de l'asphyxie, de même on pourra agir sur le cœur pour le stimuler par le massage en agissant sur les parois thoracique et abdominale très dépressibles chez l'enfant.

La ponction lombaire est plus particulièrement indiquée dans la méningite et dans l'urémie, mais on ne peut dire à quel point elle peut encore rendre des services.

La digitale dans les infections

Par M. Ide (Revue méd. de Louvain, 15 avril 1909).

Le traitement digitalique des fièvres, très en usage au cours du siècle dernier, paraît provisoirement abandonné. Ce traitement a-t-il une influence sur les infections? Il est très difficile de répondre à cette question et l'auteur croit qu'il faut ici procéder avec prudence en ce qui concerne les doses élevées de digitale, afin de ne pas ajouter l'action d'un poison à celle des poisons microbiens.

Les hautes doses de digitales sont celles que l'on donne aux cardiaques: 40 centigrammes de feuilles en infusé valent certainement au moins 1 milligramme de digitonine et un peu plus de digitaline Native. L'administration de hautes doses du médicament au cours des pneumonies ou de n'importe quelle affection doit être condamnée d'avance.

Par contre on peut donner une dose très faible chaque jour, par exemple un quart de milligramme par jour, dose qui ne provoque aucune tendance à l'asphyxie ou au pouls digitalique. Ces doses sont-elles utiles? L'auteur croit qu'il est permis d'en douter. C'est probablement une illusion que nous avons quand nous croyons sauver un intoxiqué à coup d'injections de camphre ou de caféine; nous ne changeons probablement que l'état momentané, toutefois notre devoir est de stimuler tant qu'il y a espoir, car nous nous trompons peut-être dans cette appréciation fataliste ou pessimiste.

Comme conclusion, la médication digitalique indiquée et pratiquée par beaucoup de confrères dans les maladies fébriles est autorisée par l'expérience faite il y a un demi-siècle. Aux doses faibles indiquées rien ne permet de dire qu'elle puisse être nuisible. Aux doses moyennes analogues à celles des cardiaques, elle serait peut-être utile à cause du repos du cœur.

Traitement chirurgical des ganglions tuberculeux

Par Arthur Edmunds (The Hospital, 3 avril 1909.)

Avant d'opérer il y a lieu de considérer si la question de l'intervention se pose. Si à l'examen on ne constate l'existence de ganglions tuberculeux au cou que d'un seul côté, si l'on ne trouve nulle part ailleurs d'autres ganglions, on pourra se contenter d'un traitement simplement hygiénique et de l'administration de l'iodure de fer, le meilleur médicament pour les malades. On devra cependant auparavant examiner les portes d'entrée de l'infection, les amygdales, le naso-pharynx, le plancher de la bouche et les dents. Il y a des cas dans lesquels les végétations adénoïdes sont le siège de tuberculose. On devra donc soigner d'abord ces différentes lésions.

Si les tuméfactions ganglionnaires n'entrent pas en résolution, il faudra opérer. Dans la pratique on attend souvent la formation d'un abcès pour intervenir, il en résulte alors des cicatrices difformes, tandis que l'opération faite de bonne heure ne donnerait lieu qu'à une cicatrice linéaire peu apparente.

Pour l'opération, l'auteur recommande comme la meilleure l'incision presque transversale, qui expose moins à la lésion des branches du facial. L'incision est prolongée jusqu'au sterno-mastoïdien ou dans ce muscle. On procède ensuite à l'extraction des ganglions tuberculeux, en ménageant la veine jugulaire. Dans la partie supérieure c'est le nerf accessoire qu'il faudra ménager.

Dans la suture de la plaie il est essentiel d'éviter toute tension. Il faut d'abord arrêter l'hémorragie et si cela n'est pas possible mettre un drain et suturer les plans profonds. Pour la suture de la peau, employer des crins de cheval fins.

L'opération expose à diverses complications, à la section des veines faciales ou linguales, à la blessure de la veine jugulaire. La section d'une branche facial n'entraîne qu'un abaissement de la lèvre de quelques semaines. Si l'on sectionne le nerf accessoire il faut chercher à suturer les deux bouts.

Quant aux ganglions qui sont ramollis il est très difficile de les enlever dans leur totalité et il est préférable de les traiter comme un abcès.

E. St-J.

Le traitement du cancer par la fulguration

Après une description de la méthode, l'auteur donne quelques détails sur les résultats. La fulguration détermine un arrêt immédiat de l'hémorragie en nappe ; cette hémostase persiste. Quelques heures après la fulguration, survient une exsudation séreuse parfois si abondante que le pansement est inondé. Retenue dans la plaie ou mal drainée, elle cause des phénomènes d'intoxication avec énorme hyperthermie.

L'escharre fait place au bout de peu de jours à des bourgeons charnus très vivaces : la plaie se comble en inhérents à l'acte chirurgical.

général très vite. Les effets analgésiques précoces de la fulguration sont très marqués.

La cicatrisation rapide n'est pas un critérium de guérison ; la récurrence observée dans quelques cas est relativement tardive, car la réaction intense du tissu conjonctif se traduit par un processus de transformation fibreuse métamorphosant pour ainsi dire le cancer traité en un squirrhe.

Pour les cas opérables, la fulguration n'ajoute rien à l'efficacité de l'exérèse, mais il n'en est pas de même pour les cas médiocres quand l'opérateur n'est pas certain de pouvoir extirper la tumeur en totalité sans la morceler, sans ouvrir les lymphatiques et laisser quelques ganglions malades. Pour les cas franchement mauvais, il paraît légitime de renforcer l'acte opératoire par la fulguration.

Les inconvénients et dangers de la méthode sont : l'augmentation de la durée de l'opération, après laquelle la difficulté d'écoulement de la lymphe toxique peut provoquer une infection (cas de mort).

La mort peut survenir au cours de l'opération, par arrêt de la respiration et du cœur à la suite de l'éteincelage du thorax : on ne doit jamais fulgurer le pneumogastrique.

La mort survenant tardivement peut être évitée si l'on opère proprement, en évitant d'ensemencer la plaie en insufflant par l'électrode de l'air chargé de poussières bactériennes.

Les cancers viscéraux peuvent aussi être traités par la méthode : pour l'utérus, les résultats ne sont pas brillants.

Par Fredet (La Presse médicale, 6 mars 1909.)

E. St-J.

La fulguration

L'opérateur estime que le grand avantage du nouveau procédé est la production formidable de tissu fibreux qui englobe les tissus néoplasiques échappés au bistouri et à l'éteincelle....

Les résultats sont surtout brillants dans les cancers de la face : pour le vagin, l'utérus, le rectum, les résultats définitifs sont variables, mais la fulguration a l'avantage de supprimer la douleur.

Beaucoup de cas inopérables deviennent opérables grâce à la fulguration, mais les néoplasmes opérables devraient, eux aussi, y être soumis. La fulguration est et doit être une auxiliaire puissante de la chirurgie, surtout en ce qui concerne la cicatrisation : le chirurgien doit enlever le cancer aussi largement que possible ; s'il ne reste rien, l'électricité donnera une cicatrisation rapide et solide, qui comblera les pertes de substances d'une façon inespérée ; si on n'a pu enlever tout le néoplasme, la production de l'éteincelle transforme les restes du néoplasme floride en un néoplasme torpide et indolore. La fulguration bien faite ne semble capable d'ajouter aucun risque à ceux

"Desplats," dont l'expérience porte actuellement sur plus de 100 cas, croit que la fulguration recule les récidives; sur 11 cas très graves, déclarés inopérables et pour la plupart déjà récidivés, 5 sont en bonne santé au bout de périodes variant de douze à seize mois, 3 ont, au bout de dix à quinze mois, des récidives facilement détruites par nouvelle fulguration, les 3 autres ont récidivé entre huit et douze mois, mais n'ont pas voulu subir à nouveau la fulguration. Il fait remarquer qu'on ne peut comparer cette série avec les statistiques chirurgicales, car il s'agit de cas inopérables.

"Malméjac" a observé 7 cas de cancer traités suivant la méthode de Keating-Hart. Dans aucun de ces cas ne s'est produite la lymphorrhée avec élévation de

température. Cette lymphorrhée, quand elle existe, paraît donc être le résultat d'une cause étrangère.

"Albert-Weil" insiste sur l'évolution de la fulguration, qui était considérée autrefois surtout comme destructive et l'est actuellement surtout comme cicatrisante, comme agent favorisant la réaction des tissus dans la fibrose.

Cette évolution a eu comme corollaire des modifications dans la technique; à l'épingle relativement courte on substitue le plus souvent l'épingle longue promœnée en tous sens.

Par Zimmern (Soc. franc. d'électroth. et tad. médicales, 25 mars 1909).

E. St-J.

PROGRES DES SCIENCES MÉDICALES

Syndromes douloureux chez les diabétiques

Parmi les accidents qui amènent les diabétiques à venir consulter un médecin, les syndromes douloureux tiennent une grande place, et, en examinant les urines de tout individu venant se plaindre de douleurs névralgiques, musculaires ou articulaires, il arrive qu'on découvre un diabète insoupçonné jusqu'alors.

Ce sont ces accidents douloureux qu'a passés en revue M. Marcel Labbé (in La Tribune Médicale).

Ce sont des névralgies et névrites, des algies par lésions artérielles, des myalgies, des arthralgies.

Les névralgies peuvent affecter le sciatique, le crural, les lombaires, les génitaux, les intercostaux, le facial, les dentaires, le plexus brachial, le pneumogastrique. Ce sont souvent des névralgies symétriques et leur caractère propre est de céder au régime antidiabétique. — Les névrites avec troubles objectifs de la sensibilité, troubles moteurs, troubles trophiques, troubles des réflexes tendineux, sont ordinairement des polynévrites affectant de préférence les membres inférieurs, capables de s'améliorer mais non de guérir sous l'influence du régime et du traitement antidiabétique. Il en existe trois formes: polynévrites sensitives, polynévrites motrices et amyotrophiques, nervo-tabes périphérique. Les mononévrites sont plus rares, atteignant surtout le crural, l'obturateur, mais aussi le cubital, le circonflexe, le plexus brachial, le facial, les nerfs moteurs de l'œil. Il faut d'ailleurs, chez un diabétique comme chez tout autre malade, rechercher avec soin si l'alcool, la tuberculose, la syphilis ne sont pas en cause (c'est ainsi qu'on peut distinguer la névrite alcoolique chez les diabétiques, la névrite diabétique chez les diabétiques non alcooliques.)

Les angialgies par spasme artériel ou artérite donnent lieu tantôt à la "claudication intermittente", tantôt à des troubles circulatoires pouvant aller jusqu'à la gangrène d'une portion du membre (orteil, pied, main): le diagnostic se base sur le fait que la douleur existe dans tout le membre et non sur le trajet d'un nerf; qu'elle ne s'accompagne pas de troubles objectifs de la sensibilité; qu'une sensation de chaleur ou de brûlure coïncide avec un refroidissement réel et une pâleur du membre; enfin que les artères superficielles sont athéromateuses.

Les myalgies consistent en douleurs au niveau des nodosités d'Heberden, en arthrites sèches, en arthropathies chroniques des petites articulations et en accidents rhumatoïdes apparaissant comme des crises de goutte.

Ces divers accidents doivent être traités par la cure de régime et les médicaments n'être donnés qu'à titre d'adjuvants.

Garde-malades diplômées

F. I. — Vous trouverez en dernière page une liste des seules garde-malades qui sont sorties diplômées de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Notre-Dame.

Dans une liste antérieure les noms de gardes non diplômées à ces institutions s'étaient glissés à notre insu: nous tenons à donner justice à tous.

LIVRES NOUVEAUX

PRÉCIS DE MANUEL OPÉRAIRE, ligatures des artères — amputations — résections — appendice, par L.-H. Farabeuf, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Nouvelle édition complètement revue et augmentée de figures nouvelles. 1 volume in-8e, de XX-1092 pages, avec 862 figures dans le texte 16 francs.

La nouvelle édition d'un livre qui occupe à juste titre une place aussi considérable dans l'enseignement est un véritable événement dans le monde médical. Tout le monde connaît l'admirable ouvrage du Professeur Farabeuf, ce livre qu'il appelle modestement "Précis de Manuel opératoire, et qui est actuellement l'exposé le plus clair, le plus net et le plus précieux des procédés de médecine opératoire des ligatures, amputations et résections. C'est une leçon écrite, mais c'est aussi une leçon parlée que chacun des chapitres de ce livre. Il n'y a pas un mot à retrancher, il n'y en a pas un à ajouter : c'est un livre vécu dans lequel l'auteur n'a rien écrit ni décrit qu'il n'ait vu, pratiqué et répété souvent sur le cadavre qu'on peut s'en rapporter entièrement à son enseignement. C'est l'oeuvre d'un des premiers anatomistes du temps. La nouvelle édition a été complètement revue par le Professeur Farabeuf ; elle est augmentée de 100 pages et de 60 figures nouvelles, qui, comme les anciennes, sont toutes de la main du maître. Ainsi rajeuni, cet ouvrage doit être et doit rester le livre de chevet de tous ceux qui pratiquent la chirurgie et même de tous ceux qui n'ont que l'intention louable de la comprendre.

PRATIQUE DE LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE. J.

Lucas-Championnière.— Un volume in 8e de IX-363 pages. Prix ; 8 francs. (Steinheil, éditeur.)

Après avoir été l'initiateur de la méthode antiseptique en France, M. Championnière en est resté le plus ardent et le plus énergique défenseur. Le volume qu'il publie aujourd'hui, recueil de leçons faites à l'Hôtel-Dieu, est un exposé complet et détaillé de la méthode, dans ses principes généraux, dans ses moyens et dans ses principales applications pratiques. Si l'on peut discuter certaines des opinions de l'auteur, s'il est permis de ne pas le suivre lorsqu'il considère l'asepsie "dans sa généralisation actuelle, comme un recul très marqué sur la conception géniale de Lister," on n'en lira pas moins son ouvrage avec intérêt et profit. Asepsie et antisepsie sont deux méthodes qui ne s'excluent pas, qui ont chacune leurs indications et que le chirurgien doit savoir également appliquer ; or, l'antisepsie est "une méthode clinique qui ne s'invente pas, qu'il faut apprendre et appliquer avec une fidélité persévérante," et le livre de M. Championnière est un des meilleurs ouvrages où l'apprendre.

C. L.

LES INJECTIONS MERCURIELLES INTRAMUSCULAIRES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par le Dr A. Lévy-Bing, 1 brochure gr. in-8 (No 54 de "l'Oeuvre médico-chirurgicale"), de 44 pages, avec figures 1 fr. 25

Le Dr Lévy-Bing consacre une monographie de "l'Oeuvre Médico-Chirurgicale" à l'étude de cette grande question de la thérapeutique anti-syphilitique : les injections mercurielles intramusculaires. Dans un premier chapitre

il expose les avantages et les inconvénients de ces injections, les symptômes de certaines complications, les indications et contre-indications de la méthode. Le Manuel opératoire est minutieusement étudié. L'auteur insiste sur le choix du lieu d'injection qui varie suivant que l'on emploie des sels solubles ou insolubles. Une étude sévère est faite de toutes les formules de sels mercuriels actuellement employés, et un choix judicieux et définitif est fait pour toutes les formes morbides et pour tous les âges, même pour la première enfance. C'est un travail d'une grande utilité clinique. Les praticiens, souvent embarrassés par la multiplicité des méthodes anti-syphilitiques, y trouvent des notions cliniques précieuses, un guide sûr dans le choix de l'instrumentation et des formules thérapeutiques à opposer, à chaque cas.

PRÉCIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par MM. Béguin, Bourgeois, Pierre Daval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, R. Proust, Tixier, 4 volumes in-8, avec très nombreuses figures dans le texte, cartonnés toile souple 40 fr. Chaque volume est vendu séparément 10 fr.

"Le Manuel des quatre Agrégés" a, pendant plus de vingt ans, contribué, pour une large part, à l'instruction des futurs chirurgiens. Mais le temps et les circonstances ont eu raison des auteurs et de leur oeuvre. Aussi les auteurs du Manuel ont-ils cédé la place aux plus brillants de leurs élèves, maîtres à leur tour, agrégés, chirurgiens des hôpitaux, dont la jeune maturité a rédigé un remarquable "Précis de Pathologie chirurgicale." C'est une oeuvre de premier ordre, claire, sincère, documentée, à la fois élégante et solide. Elle met en lumière les qualités de la génération nouvelle : un léger dédain des théories subtiles et des systèmes prématurés, une solide et pénétrante étude de la clinique impeccable et dans la pratique d'une asepsie rigoureuse.

Les deux premiers volumes de ce Précis viennent de paraître : le tome Ier est consacré à la "Pathologie chirurgicale générale, aux maladies générales des tissus, au crâne et au rachis" ; il est rédigé par MM. P. Lecène et R. Proust, professeurs agrégés à la Faculté de Paris, chirurgiens des hôpitaux et L. Tixier, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux de médecine opératoire. Le tome II contient l'étude de la "Tête," du "Cou" et du "Thorax" ; c'est l'oeuvre de MM. H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, et Ch. Lenormant, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des Hôpitaux.— L'illustration de cette oeuvre a été particulièrement soignée. Le premier volume contient 349 figures, le second 311, dont un très grand nombre sont originales. Les deux derniers tomes sont actuellement en préparation et paraîtront à intervalles très rapprochés.

Voilà un ouvrage qui sera bientôt classique dans les Facultés de médecine ; le praticien le consultera aussi avec fruit à la veille d'une opération quelconque ; il y trouvera des conseils précieux et précis.