

PAGE

MANQUANTE

La fièvre paratyphide

Par le Dr E.-P. Benoit, Chargé de la Clinique Médicale à l'Hôpital Notre-Dame.

Tout le monde sait aujourd'hui que la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse causée par un bacille spécifique, le bacille d'Eberth, lequel provoque dans l'intestin des ulcérations qui en rendent les fonctions difficiles, et en outre secrète des toxines dont l'action se fait sentir sur tout l'organisme. Il n'y a peut-être pas, dans la pratique médicale, une maladie qui exige de la part du médecin autant de soins et d'attention, si l'on songe à la possibilité toujours présente même chez les cas bénins en apparence des complications dues soit aux lésions intestinales elles-mêmes, soit à l'intoxication qui les accompagne. La fièvre typhoïde ne demande pas une intervention thérapeutique très active, mais elle exige du tact et des précautions; elle demande, en quelque sorte à être surveillée: il est toujours bon de réserver son pronostic.

On a cru, en présence des cas bénins de fièvre typhoïde évoluant pour ainsi dire tout seuls, et rapidement, que c'est une maladie qu'il faut laisser à elle-même puisqu'elle est susceptible de tourner bien. On a parlé de fièvres typhoïdes avortées. Il y a là une question clinique qui a reçu, depuis quelques années, des éclaircissements nombreux intéressants, je crois, à mettre au point. Tous les états typhoïdes d'origine intestinale sont-ils dus au bacille d'Eberth? N'y a-t-il pas, à côté (en grec *para*) de la fièvre typhoïde véritable, des états de fièvres paratyphoïdes?

Voilà une question capitale en pratique. La résoudre c'est fournir aux médecins praticiens l'explication de tous ces cas, plus fréquents qu'on ne croit, où le diagnostic de fièvre typhoïde se trouve contredit par l'évolution ultérieure de la maladie, dont la nature demeure alors indéterminée.

Cette question des infections paratyphoïdes est de date récente; elle a été ouverte par les bactériologistes, et c'est bien à eux, en effet, qu'appartient le premier mot dans une questions de ce genre.

Archard et Bensaude, en 1896, faisant l'examen bactériologique des urines et du pus d'un absès chondrosternal, chez un malade ayant une affection à allures ty-

phiques trouvèrent un bacille analogue, quoique différent, au bacille d'Eberth, et lui donnèrent le nom de bacille paratyphique. L'année suivante Widal et Nobécourt constataient chez un soi-disant typhique l'absence du bacille d'Eberth et la présence d'un bacille identique à celui d'Archard et Bensaude. Ce fut le début d'une série de recherches poursuivies en France par Médal, par Sacquepée et Chevrel (épidémie de Rennes), par Netter et Ribodeau-Dumas. En Allemagne, on connaissait déjà les études de Gaertner (épidémie de Frankenhäusen), de Feyfer et Kayser (épidémie d'Ebergen), études continuées par Schothmüller, Bryon, Kürth. D'autres auteurs, tel que Conradi et Drigalshy, confirment ces recherches. Le cadre de bactériologie intestinale s'est donc élargi; entre le bacille d'Eberth d'un côté et le colibacille de l'autre il faut placer des bacilles intermédiaires qu'on a qualifiés de paratyphiques, que l'on différencie par les cultures de laboratoire (fermentation des sucres, production de l'indol, sensibilité aux anticorps); que l'on peut reconnaître en outre par le séro-diagnostic et l'hémoculture. La question au point de vue bactériologique, est aujourd'hui nettement résolue: dans certains états typhoïdes d'origine intestinale, on trouve quelquefois des bacilles qui ne sont pas ceux d'Eberth, et que l'on qualifie de paratyphiques (b. paratyphique de Gaertner, b. paratyphiques A et B de Bryon et Kayser, b. paratyphique type B. de Conradi et Drigalshy, etc.

Jusqu'à quel point ces nouvelles études vont-elles affecter la clinique? La fièvre typhoïde perdra-t-elle son entité microbienne, sa spécificité pathologique? Il y a là, nous le répétons, une question pratique importante qu'il serait maladroit d'exagérer, mais dont il faut certainement tenir compte.

L'étude clinique de la fièvre paratyphoïde n'a pas encore pris place dans les grands traités, tels que le *Traité de Médecine* (2e édit., 1899), le *traité de Médecine et de Thérapeutique* (2e édit.), la *Modern Medicine* d'Osler (en cours de publication). Cependant l'étude clinique en a été faite par Widal dès 1904, par Sacquepée et Chevrel à Rennes en 1905, (1) et tout récemment (1906) par Collin et Fortincau à Vannes. (2) Le médecin praticien a donc les éléments nécessaires pour se former une opinion.

Il est incontestable que la nature paratyphique d'une

Voir l'excellent article de Sicard dans la *Pratique Médico-Chirurgicale*, 6-VI, p. 655 et suiv.

(2) Lire aussi, dans *La Presse Médicale* du 29 avril 1908, le rapport de Collin et Fortincau: *Epidémie de fièvre Paratyphoïde*.

fièvre lui donne une allure spéciale. Les symptômes sont moins intenses l'évolution est différente. Elle est à la fois légère et tapageuse. On pourrait croire à un simple embarras gastrique, n'était la durée qui se prolonge, et aussi certains symptômes caractéristiques, tels que les taches rosées, l'hypertrophie de la rate, le pouls ralenti relativement à la température, symptômes qui la différencient également de la grippe.

Il ne semble pas y avoir d'incubation. Le début d'une fièvre paratyphoïde est brusque et non pas insidieux : la douleur est assez intense (céphalalgie, rachialgie, douleur orbitaire, douleur à la nuque), les frissons existent souvent. A la période d'état, qui s'installe dès le 2^e ou 3^e jour pour durer une semaine ou deux on observe, outre les symptômes plus hauts cités, la prostration sans stupeur bien marquée, la langue saburale, l'inappétence, le météorisme. Les selles jaunes en purée de pois font défaut. La température à une allure intermittente caractéristique : elle n'offre, à cette période d'état, ni la persistance, ni l'intensité de la température de la fièvre typhoïde ; le plateau est irrégulier. Par contre, les taches rosées peuvent être nombreuses : elles ne se confinent pas uniquement à l'abdomen et au thorax ; Schottmuller les a notées même à la face. La défervescence a lieu rapidement, en deux ou trois jours. Netter a signalé la coloration subictérique des téguments, qui serait attribuable surtout au bacille de Gaertner. Sacquepée a vu les genives recouvertes d'un exsudat pultacé. Enfin Collin a observé le vertige, les syncopes, le pouls ralenti (44, 48, 52, 54) ; il est vrai qu'il s'agissait de soldats sortant d'une manœuvre fatigante ayant duré plusieurs jours.

Ces données cliniques sont-elles suffisantes pour appuyer le diagnostic ? Il me semble que oui, jusqu'à un certain point, et en prenant les précautions nécessaires. Ainsi, chez un malade en état typhoïde, avec troubles abdominaux, et qui ne prend pas de médicaments antithermiques déprimants, tels que le pyramidon, les grandes oscillations fébriles à type intermittent doivent attirer l'attention. L'absence de selles en purée de pois, les poussées de sub-ictère auront une grande valeur, de même que l'abondance et la généralisation de la roséole chez un malade ayant peu de stupeur et de délire. Le lysis survenant du 12^e ou 20^e jour et se faisant rapidement permettra au moins un diagnostic rétrospectif.

Ces données cliniques ont déjà une valeur incontestable. Mais j'admets, avec Sicard, que "seules les épreuves de laboratoire permettent de porter un jugement définitif." Le séro-diagnostic, avec ces malades, conserve sa pleine valeur, paraît-il. Le sérum agglutine

peu ou pas du tout les cultures de bacilles d'Eberth ; il agglutine d'une manière marquée les cultures de paratyphiques. Cette opinion n'est cependant pas partagée par Courmont et Lesieur (La Revue Médicale, 29 janvier 1908). La diazo-réaction serait nulle dans la fièvre paratyphoïde.

Quelles conclusions devons nous tirer de ces études récentes ? Celle-ci d'abord : c'est qu'il y a parfois, dans l'intestin, des bacilles ressemblant à celui d'Eberth qui déterminent des infections ayant beaucoup d'analogie avec la fièvre typhoïde éberthienne (ancienne dothiémantine de Levusseau), mais s'en différenciant par leur mode de début brusque leur évolution clinique rapide leurs réactions biologiques spéciales et leur pronostic en général bénin.

Je dis en général, parce que certains cas de paratyphoïde, tout comme leur grande sœur, ont donné lieu à des complications suppurées (abcès chondro-sternal, thyroïdite, pyélonéphrite, cholécystite) et même à des généralisations septicémiques ou pyohémiques. Il est bon aussi de ne pas oublier que dans les deux seuls cas autopsiés jusqu'à ce jour, on a trouvé, à part l'hypertrophie de la rate, les plaques de Peyer de l'iléon infiltrées et légèrement ulcérées.

De là une deuxième conclusion : c'est que ces cas doivent être traités comme la fièvre typhoïde véritable, puisqu'il s'agit en somme d'une infection intestinale à forme typhoïde, et que la bactériologie n'a rien ajouté à la thérapeutique de ces infections. Thomas McCrae, du John Hopkins Hospital (Baltimore), dans son excellent chapitre sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (*Modern Medicine*, Osler), ne mentionne en passant les bacilles paratyphiques que pour nous conseiller de les regarder comme une variété de bacilles d'Eberth. C'est peut-être en effet, au point de vue clinique et pratique, le parti le plus sage.

Cependant, je ne puis m'empêcher de citer en terminant l'opinion de Courmont. "Toutes ces appellations de "pseudo" et de "para,"— dit ce médecin—doivent petit à petit disparaître de la science médicale. Il n'y a pas, comme on l'a dit, de pseudo ou de paramaladies, mais seulement des pseudo-diagnostic. Ces termes ne peuvent être que provisoires, temporaires pour masquer notre ignorance et provoquer de nouveaux travaux."

Le résumé pratique de cette courte étude sera donc : l'observation clinique et les analyses de laboratoire per-

mettant de reconnaître quelquefois qu'une infection intestinale n'est pas causée par le bacille d'Eberth mais par des bacilles analogues qu'on a qualifiés de paratyphiques ; cela ne doit changer en rien le traitement hygiénique ou médicamenteux de la maladie, mais permet seulement d'espérer que le puriostic est bénin. Quant à la fièvre typhoïde, elle demeure ce qu'elle a toujours été : une infection ébertienne de nature sérieuse.

Hydronephrose aiguë par tumeur du rein

Kyste et dégénérescence kystique du rein

Par le Dr E. St-Jacques, chargé de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Madame L. prise subitement de douleurs au flanc gauche fait en grande hâte mander son médecin. Depuis quelques semaines elle s'était plaint de fatigue au côté gauche, mais rien de plus.

Très-active encore, malgré ses 53 ans, elle a toujours joui d'une bonne santé. D'une nature abondante et généreuse, elle a donné, à son mari 11 enfants. La ménopause est établie depuis plusieurs années. Pas d'autres antécédents, ni personnels ni héréditaires, qui vailent d'être notés.

A l'arrivée, le médecin trouve sa malade très-souffrante et l'examen lui fait constater une défense musculaire de tout le côté gauche. Pas de fièvre. Le lendemain, la douleur ayant diminué, les muscles se relâchent et il devient possible de constater une masse dans le flanc. C'est dans ces conditions que la malade nous est amenée par M. le Dr Morgan, de Rivière Beaudet.

Moins souffrante et toujours apyrétique, la malade se laisse maintenant plus facilement examiner. Dans l'espace costo-iliaque gauche, la main délimite une masse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, mobile, arrondie, plutôt dure, présentant une encoche regardant la ligne médiane, et douloureuse au palper.

Les mains la descendent à la crête iliaque et la remontent sous les fausses côtes.

L'examen de la sécrétion urinaire permet de constater un total quotidien de 1,200 cc, à densité de 1,025, avec traces d'albumine et excès d'urates. Pas de sang.

La "cystoscopie" nous montre un état normal de la vessie de même que des orifices urétéraux. "La séparation endovesicale" à l'aide de l'instrument de Luys donne

Rein droit :	Rein gauche :
3.50 cc.	2.30 cc.
Acide, 1016.	Acide, 1020.
4. gr. urée au litre.	5. gr. d'urée au litre.
Traces d'alb.	Traces d'alb.

Nous mettons la rate hors cause ainsi que tout néoplasme du colon, et posons le diagnostic de rein mobile avec hydronephrose aiguë.

L'opération pour la fixation du rein après décapsulation montrait la justesse du diagnostic, mais faisait en plus trouver la cause première de la mobilité et de l'hydronephrose. Comme nous nous trouvions à gauche, nous ne pouvions mettre le foie en cause.

Le rein était gros, rouge et congestionné. Impossible de sortir l'organe par l'incision lombaire à cause d'un développement anormal. Son pôle inférieur était occupé par un kyste du volume d'une très-grosse orange, qui fut ponctionné. Nous tentâmes et réussîmes l'énucléation totale de la poche, ce qui fut suivi du capitonnage de la loge, letout terminé par une capsulorraphie. Le rein fut décapsulé et suivant notre habitude fixé par sa capsule, sans que les sutures pénètrent le parenchyme. Suites opératoires sans incidents et guérison par première intention.

Il devait être intéressant de connaître la formule histologique de la paroi du kyste et du tissu rénal de voisinage, ainsi que la composition du contenu du kyste.

Le liquide est clair et transparent, à peine ambré, et d'une densité de 1007. Beaucoup d'albumine, traces de sucre, beaucoup de chlorure de sodium.

Urée : 0.50 centigrammes au litre.

L'examen de la poche montre qu'elle est recouverte à son intérieur de petites paillettes, cristaux probables de sels urinaires. Leur examen chimique avec les différents réactifs n'a donné ni la réaction du NaCl ni des urates. Au microscope la poche apparaît formée de tissu conjonctif, sans couche épithéliale limitante évidente. A peine, par rares endroits, semble-t-on apercevoir une assise vague de quelques cellules pavimenteuses. Quant au parenchyme rénal du voisinage, il dénote une néphrite interstitielle nette,—dont témoignent les traces d'albumine, dans l'urine. Congestion rénale marquée, qui s'explique par les troubles circulatoires consécutifs à la coudure ou à la torsion du pédicule et aussi la compression du pédicule durant l'acte opératoire.

Le développement de la tumeur au pôle inférieur de l'organe l'avait graduellement abaissé d'abord, puis fait se mouvoir outre mesure dans sa loge. Sous un mouvement brusque, le pédicule se tord ou se coude et dès ce moment les symptômes de l'hydronéphrose aiguë entrent en scène.

Tout naturellement il vient à l'esprit de se demander si les kystes du rein sont toujours aussi tapageurs ? Généralement non, et tel en témoigne l'observation suivante d'une malade que nous avons eu sous nos soins.

Mlle Lse. C., 19 ans vient nous consulter pour un développement énorme du ventre. Son passé pathologique est absolument nul. D'un physique bien développé, et d'une bonne apparence de santé, elle ne se plaint que d'un peu de malaise dans le ventre. Depuis quelque temps, elle fatiguait davantage de la région lombaire droite : rien de plus. Menstruation normale. L'examen dénote un abdomen régulièrement développé, mais un peu plus à droite. Tout le côté droit est occupé par une masse bombante, plutôt rénitente, indolore et fixe, qui dépasse à gauche la ligne médiane. Matité jusqu'au lig. de Poupart, sous-matité sous le foie. Pas de crépitation dans la masse, pouvant faire penser à des hydatides. Utérus de nullipare, abaissé ; cul de sac droit bombant. Urines normales. Jamais aucun trouble de ce côté. Sur ces symptômes, nous posons le diagnostic de kyste ovarien, confirmé d'ailleurs. La laparotomie nous conduit sur un énorme kyste uniloculaire du rein, qui est enlevé sans encombre. La convalescence fut sans incidents et la guérison rapide. La malade quittait le 18^e jour, avec un fonctionnement urinaire qui avait à peine varié depuis l'opération.

Ce kyste très développé du rein avait donc évolué à la sourdine et tout doucement, sans crise ni hématurie.

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de se demander si les kystes du rein sont fréquents et sous quelles formes ils s'y présentent ?

Les KYSTES DU REIN sont de quatre variétés :

- les K. simples,
- les K. hydatiques,
- les K. paranéphritiques,
- et la Dégénérescence kystique du rein.

Kystes Simples

Tantôt petits ou gros, comme en témoignent nos deux malades, ils occupent presque exclusivement la

substance corticale. Ces kystes simples ne sont pas fréquents. J'ai dans mes notes les dessins de deux spécimens très-typiques vus au musée de Trendelenburg, à Leipsick et au musée de Pathologie de Vienne. Les collections du musée Dupuytren à Paris, en offrent de beaux exemples. Notre musée de Pathologie de Laval en possède deux intéressants spécimens : chez l'un, le kyste, de la grosseur d'un œuf est situé au pôle inférieur de l'organe et dans une logette dont il a été possible de l'énucléer ; chez l'autre, l'organe lui-même est devenu une poche kystique où l'on saisit encore les esquisses des travées. Ullmann de Vienne rapportait (Archiv. Int. de Chir. vol. 1.) l'observation clinique d'une jeune femme de 31 ans, tertipare qui souffrait depuis quelques mois de DOULEURS SOURDES D'ABORD, PUIS PAROXYSTIQUES à l'hypocondre droit. Un médecin porte le diagnostic de cholécystite. Avec le temps la tumeur se dessine. La malade fait durant deux jours une ANURIE QUASI TOTALE, suivie d'urines troubles, puis bientôt HÉMORRHAGIQUES.

Cette " Hématurie concomitante du Kyste Rénal " est un fait que Luzetta a signalé 40 fois sur 250 cas. Lejars de son côté a fortement insisté sur les " crises douloureuses paroxystiques " qui feraient penser à un calcul néphritique ou à une crise d'hydronéphrose.

Le cas d'Ullmann fut pris pour un hydrops de la vésicule biliaire et opéré pour tel. On trouva un kyste rénal et comme le parenchyme de l'organe était à peu près complètement disparu, on fit la néphrectomie. Chez cette malade malgré ses 31 ans, de même que chez la nôtre de 53 ans—, le microscope révéla les lésions de la néphrite interstitielle. La réaction conjonctive ne serait pas, dans notre opinion, déterminée par la présence du kyste, mais relèverait plutôt d'une intoxication générale chronique, suivant l'habitude.

Bien plus constante au contraire, est la disparition graduelle du parenchyme rénal avec le développement du kyste.

Et quelle est la " Pathogénie " de ces kystes ? L'accord est loin d'être établi et partant la certitude. Serait-ce une sclérose péricanaliculaire avec étranglement puis sécrétion de l'épithélium du tube isolé?, — ou serait-ce une distension de la capsule de Bowman ? Y aurait-il là une lésion congénitale, tardive à se manifester? autant de causes possibles.

Nos deux malades-celle d'Ullmann aussi, étaient des femmes. La statistique confirme ce fait d'observation clinique que les femmes y semblent plus sujettes que les hommes.

Kystes Hydatiques

Il faut reconnaître que ce sont là plutôt des raretés pathologiques. Autant le foie et le poumon sont les organes de prédilection pour la localisation de ces kystes, autant le rein en est indemne généralement.

A la clinique de Necker, Albarran présentait une jeune malade qui portait une telle tumeur. L'évolution clinique ne manque pas d'intérêt. Bien portante jusqu'à 30 ans, elle est subitement prise—1898—de douleurs dans la région costo-iliaque gauche : les urines sont claires. Les douleurs se calment, pour revenir intense un mois plus tard, alors qu'apparaît un dépôt dans les urines. Durant un an, altératives d'urines claires et troubles. En février 1901, nouvelle crise, poussée de fièvre et élimination d'une urine gélatineuse. Elle vient consulter à Necker en mars 1901. Les douleurs irradient de la région lombaire vers la vessie et sont accompagnées de poussées fébriles. La palpation de la loge rénale gauche montre un vague empatement profond ; à droite, un rein mobile, prolabé mais indolore. L'examen des urines ne révèle rien autre chose que des traces d'albumine.

Le diagnostic était hésitant et on le comprend :— jusqu'à ce qu'un matin la malade évacue, sans aucune douleur, des "urines troubles laissent déposer des matières grumeleuses avec des peaux blanchâtres ressemblant aux grains de raisins vidés." Le laboratoire confirme le diagnostic d'hydatides. L'opération fait trouver un rein dilaté en poche kystique et "comme il ne reste plus qu'une portion insignifiante de parenchyme rénal correspondant aux deux pôles inférieur et supérieur", la néphrectomie est faite d'emblée. L'uretère triplé de volume était envahi par un processus inflammatoire, qui s'étendait jusqu'à la vessie. Le cystoscope avait d'ailleurs révélé un orifice uréthéral gros, rouge et dilaté, qui tranchait bien sur le reste de la vessie parfaitement normal.

Ces kystes hydatiques du rein sont parfois très-lents d'évolution. Boeckel en a rapportés qui évoluèrent sans incidents pendant 8 ans, Kummel de même. — Louneau pendant 20 ans ; Houzel, 30 ans même. Albarran a eu sous son observation un cas qui évoluait depuis 20 ans.

"Mais dans tous les cas, ajoute-t-il, un jour arrive où les accidents surviennent soit par compression, soit par septicité, avec ou sans ouverture dans les organes voisins."

Bazy présentait dernièrement à ses collègues de la

Société de Chirurgie de Paris, l'observation clinique d'un cas de kyste hydatique du rein, qu'il traita et guérit par la simple ouverture de la poche. Legueu en rapportait deux cas qu'il avait traités par l'ouverture et l'enucléation de la poche, puis la réduction en place de l'organe, sans drainage. Ces faits semblent plutôt exceptionnels.

La néphrostomie, suffisante dans bon nombre de cas, doit ailleurs faire place à la néphrectomie. Mais ici comme dans toute intervention chirurgicale sur le rein, renseignons-nous sur l'élimination comparative des deux organes, soit par la séparation endovésicale ou le cathétérisme des uréters, avant de décider pour la néphrectomie. Ainsi Houzel perdit un de ses opérés de néphrectomie pour kyste hydatique, et pour cause, le malade n'avait qu'un rein et ce rein kystique lui avait été enlevé.

Quant à l'âge où peuvent apparaître les kystes hydatiques, on constate la plus grande variété. La malade d'Albarran avait 33 ans, Spiegelberg opérait une enfant de 6 ans, d'autres opérés étaient des adultes.

Tantôt indolents, tantôt à poussées paroxystiques ; —ici, lents d'évolution, là, rapides,—leur diagnostic précis ne semble possible que lors d'évacuation d'hydatides avec les urines.

* *
* *
* *

Les Kystes Pararenaux sont des raretés, de même que les Kystes Dermoides. Leur évolution ne diffère pas de celle du Kyste simple,—et ce sont généralement des trouvailles d'opération ou d'autopsie.

* *
* *
* *

Dégénérescence Polykystique

Bien plus fréquents au contraire sont ces Kystes multiples du rein, connus sous le nom de "Dégénérescence Polykystique" des reins. Ici l'affection touche les deux reins simultanément. L'organe peut atteindre le volume de 3 à 4 oranges. Il apparaît extérieurement et à la coupe criblé de logettes qui varient du volume d'une noisette à celui d'un œuf ou plus. Le parenchyme de l'organe disparaît graduellement avec le développement de ces pochettes dont plusieurs peuvent fusionner en une seule. Lejars, dans un très remarquable travail a fort bien étudié cette affection. Elle est regardée comme d'origine congénitale. Les pathologistes ne sont pas d'accord ici non plus sur la nature de ces kystes. Les uns voient dans le paroi kystique la paroi

propre d'un canalicule urinaire (Neuman) : d'autres croient à une néo-formation de tubes urinaires, un adénocystôme (Luigi Sirleo), enfin Depage, qui a bien étudié la question, en fait une dégénérescence scléro-kystique, où la sclérose serait d'origine vasculaire.

Il est deux autres organes qui subissent une telle dégénérescence kystique : le sein et le testicule, fait que Lajars a bien mis en lumière.

Que l'affection évolue lentement et soit compatible avec une assez longue vie, ressort clairement des observations cliniques. Ainsi Niernack rapporte l'observation d'une malade encore vivante et chez laquelle cependant il avait fait douze ans auparavant le diagnostic de dégénérescence kystique des deux reins.

Josserand présentait à la Société Médicale de Lyon les deux reins polykystiques d'une femme morte à 68 ans d'urémie. Chaque rein pesait un kilogramme. Halbron rapportait également à la Société Anatomique de Paris, la mort d'un homme qui avait succombé d'urémie à l'âge de 51 ans. Chaque rein pesait 900 grammes et présentait de très nombreux kystes de toutes dimensions. Pas de formations kystiques dans aucun autre organe. Ici comme pour le kyste du rein, la femme y semble prédisposée plus que l'homme.

Pour ce qui est de l'évolution clinique de cette affection, elle est tout à fait insidieuse et les malades ou viennent consulter le médecin pour des masses aux flancs ou meurent à un âge avancé de complication rénale ou de quelque autre organe.

Pour nous résumer, nous dirons que le *Kyste Rénal*

1. se montre plutôt avant l'âge adulte.
2. et surtout chez la femme ;
3. qu'il se trahit souvent par des crises,
4. parfois par des hématuries ;
5. et que l'organe congénère est généralement indemne.

Que le *Kyste Hydatique*, s'il est indifférent à l'âge et au sexe, se manifeste par des symptômes plutôt identiques à ceux du kyste simple ;—

Que la "*Dégénérescence Kystique*" du rein.

1. est chose plus fréquente,
2. qu'elle affecte les deux organes,
3. qu'elle n'est pas incompatible avec une longue vie.

Qu'au point de vue "Thérapeutique," si le kyste du rein réclame l'intervention chirurgicale—énucléation, néphrectomie ou néphrostomie,—les reins polykystiques sont des "noli me tangere."

NOTES EDITORIALES

Le mouvement universitaire

La Faculté vient de remanier quelque peu son échiquier professoral : la retraite définitive ou temporaire du service actif des Prof. Rottot, Desjardins et Demers le nécessitait.

Le Dr Hervieux passe à l'enseignement de la Pathologie Interne. M. Hervieux est si connu de toute la jeune génération des gradués de Laval qu'il nous paraît superflu de le présenter à nouveau à nos lecteurs. Depuis tantôt un peu plus de dix ans qu'il est attaché à l'enseignement universitaire, l'ascension du Dr Hervieux a été régulière et ininterrompue.

Au Dr Hervieux succède dans l'enseignement de la Matière Médicale et de la Thérapeutique M. le Dr L.-E. Fortier, médecin de l'Hôtel-Dieu et agrégé depuis plusieurs années. Successivement démonstrateur d'Anatomie, assistant à la chaire de Physiologie, puis de

Pathologie Interne, le nouveau titulaire a un passé de services universitaires appréciables. Nous ne doutons pas que le Dr Fortier—qui est un travailleur ne trouve moyen de consacrer à son enseignement plus que les loisirs que ne laisse une pratique aussi active que la sienne. L'enseignement réclame de ceux qui veulent y faire leur marque des sacrifices et un labeur de tous les instants. La culture des lettres, dont il a témoigné en maintes occasions, trouvera ici un vaste champ où se manifester.

Le Dr E.-P. Benoit succède au Dr Rottot à la Clinique Médicale de l'hôpital Notre-Dame. C'est là un choix judicieux et si le travail et les états de services comptent quelque chose, le Dr Benoit était tout indiqué. Joignons à cela les qualités d'un gentilhomme qui le distinguent et nous comprenons la faveur dont il jouit.

Ancien élève de l'École Normale, où il se préparait déjà au professorat, M. Benoit prenait en 1892 son diplôme de docteur en médecine—cum laude—à l'université Laval de Montréal, et depuis lors il demeurait attaché d'une manière plus ou moins directe à l'œuvre universitaire. Attaché en 1895 à l'Union Médicale du Canada, il succédait deux ans plus tard au Prof. Desrosiers comme rédacteur en chef de cette publication et de ce moment lui donnait une vigueur nouvelle et une influence qui se manifestaient lors de l'élection des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province en 1898.

Le Prof. Rottot le choisissait en 1896 pour l'assister à son service médical de Notre-Dame et c'est de là, si nous ne nous trompons, que date entre le maître et l'élève une solide et respectueuse amitié qui ne s'est jamais démentie. Le Prof. Rottot ayant en 1899 cédé sa clinique au Prof. Demers, celui-ci fut remplacé à la chaire de médecine par le Dr Benoit, que la Faculté chargea de ce cours de 1899 à 1905. La clarté et le talent d'exposition dont il a fait preuve dans cet enseignement, le ramènent en 1905 à Notre-Dame, auprès de son maître et dès ce moment le Prof. Rottot, avec l'autorisation de la Faculté, lui confie graduellement le soin des malades et l'enseignement clinique. La faculté ne fait donc que sanctionner aujourd'hui un état de chose qui existait déjà en partie et que la retraite du Dr Rottot du service actif lui a permis de reconnaître d'une manière définitive.

Ajoutons à ces titres, celui de Prof. à l'École de médecine Comparée de l'Université Laval, et nous verrons que les états de service de notre ami le Dr Benoit sont aussi sérieux que nombreux.

Mais là ne se bornent pas les mutations universitaires. Depuis longtemps le Dr Elic Asselin prêtait son concours aux laboratoires de physiologie et d'électrothérapeutique. La Faculté désireuse de reconnaître le travail du Dr Asselin vient de le nommer agrégé aux cours de Physiologie ; il est donc assistant du Prof. Duval.

Gradué docteur en médecine en 1894, à l'Université Laval, le Dr Asselin entra comme médecin interne à l'Hôtel-Dieu, où il servit deux ans durant, passant successivement par les différents services. En terminant son stage à l'Hôtel-Dieu, le Dr Asselin partit pour Paris, où il passa plus d'un an à étudier sous les maîtres français. Appelé à faire partie du Bureau Médical de l'Hô-

tel-Dieu lors de son retour d'Europe, il est chargé d'un service médical à cette institution. C'est là une heureuse nomination et l'esprit de travail et de recherche du Dr Asselin le pousseront hardiment dans cette voie qui n'est pas nouvelle pour lui.

Le souci de la Faculté s'est non seulement porté sur les chaires d'enseignement à l'Université, mais aussi vers les services hospitaliers des deux hôpitaux.

À l'Hôtel-Dieu, elle vient de nommer deux nouveaux chirurgiens, les Drs Derome et Frs de Martigny.

Le Dr Frs de Martigny, après avoir pris ses degrés à Montréal, partit à Paris pour y étudier spécialement la chirurgie. À la suite d'un stage à l'hôpital Necker, il entra comme assistant à l'hôpital Péan, où il suivit la filière variée et progressive du service chirurgical, sous Péan, Delaunay et Lefur. Après un séjour de plusieurs années à Paris, il revint s'établir à Montréal. Membre actif de la Société Médicale, il vient d'être élu membre du Collège des Gouverneurs de la Province. Un brillant avenir attend le nouveau chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Au service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, qui chaque jour augmente davantage en importance, la Faculté a nommé également le Dr W.-J. Derome. B. A. du Collège de Montréal et M. D. de l'Université Laval, le Dr Derome fut interne en chef pendant deux années à l'hôpital Notre-Dame. C'est donc dire une figure bien connue dans notre monde médical. Il ne tarda pas à partir pour Paris, où il continua des études de spécialité sous la direction des maîtres français. Au retour, il pratiqua la chirurgie avec le Dr Brennan et graduellement évolua vers l'Hôtel-Dieu, où la Faculté vient de l'attacher au service chirurgical de cette institution. Actif et laborieux, d'un diagnostic éclairé et d'une technique opératoire excellente, le nouveau chirurgien qui jouit d'une si juste réputation, verra ses succès continuer. Ajoutons que la Faculté de Médecine Comparée le compte au nombre de ses professeurs.

Le cours de Dermatologie, qui jusqu'à maintenant faisait partie de la pathologie interne générale, sera dorénavant une spécialité, dont l'enseignement est confié au Dr Valin. Les cours seront donnés sous forme de clinique au dispensaire de Dermatologie de Notre-Dame.

Tels sont les changements universitaires récents qui intéressent plus spécialement notre profession.

Aux nouveaux titulaires, les félicitations de

LA DIRECTIGN,

Rapport de la Commission du Bon Lait (Suite)

Vacheries, Laiteries

Pourquoi faut-il un règlement municipal — Que doit-il comprendre ?

La production du lait étant ainsi réglementée et contrôlée par le règlement provincial que nous venons d'étudier, il ne faut pas que ce lait puisse être contaminé ou altéré par les livreurs et marchands détailliers.

Nous atteindrons cette seconde classe de gens par un règlement municipal qui complètera le règlement provincial et contrôlera le lait vendu, jusqu'à sa livraison, au consommateur.

Les voitures des laitiers, les bidons et ustensiles divers servant à la manipulation du lait devront être d'une propreté parfaite, les transvasements inutiles, les modifications ou altérations sévèrement punis. Les épiciers devront être pourvus de glacières convenables pour conserver le lait à une température ne dépassant pas 40°F., le coupage ou le mouillage du lait sera particulièrement prohibé. Le contrôle s'exercera d'une façon suffisante pour l'inspection suivie et répétée que feront les officiers du bureau d'hygiène municipal.

Voici une copie de ces règlements municipaux que vous soumet la Commission :

Projet de Règlement régissant le commerce du Lait dans la Cité de Montréal

Sect. 1 : *Inspecteurs du Lait.* — Le Bureau d'Hygiène nommera des inspecteurs de lait et leur confèrera les pouvoirs de visiter toutes les étables, vacheries, laiteries, les dépôts des fournisseurs de lait ou de crème, dans la Cité, les gares de chemin de fer et même les wagons qui transportent le lait, et d'y ouvrir les bidons pour des fins d'inspection, d'arrêter et d'inspecter les voitures dont on se sert pour charroyer et délivrer le lait ou la crème. Les dits inspecteurs, lorsqu'ils le jugent à propos, pourront prendre des échantillons de lait ou de crème pour des fins d'épreuve ou d'analyse.

Sect. 2 : *Laitiers Vaccinés.* — Tout laitier ou fournisseur de lait ou de crème devra se pourvoir d'un médecin licencié, attestant, que lui et les membres de sa famille, ses employés et serviteurs ont été vaccinés avec succès.

Sect. 2 : *Ventilateur.* — Dans toute étable ouvacherie, chaque animal devra avoir un volume d'air d'au moins 800 pieds cubes, chaque étable ou vacherie sera pourvue d'un ventilateur de pas moins de 16 pouces carrés (4 x 4 d'ouverture par tête de bétail pour la sortie de l'air vicié et une ouverture proportionnelle pour l'entrée de l'air pur.

Sect. 4 : *Égoûts.* — Les fenêtres des vacheries et des étables devront avoir une surface vitrée égale à un dixième au moins de la surface du sol. Ce sol devra être étanche, imperméable et a un plan incliné vers une rigole, cette rigole devra avoir une pente suffisante pour permettre l'écoulement des liquides, la partie la plus profonde de cette rigole sera reliée à la canalisation d'un égoût, s'il en existe un à proximité, et tout embranchement d'égoût pénétrant dans une étable devra être muni d'un siphon. S'il n'y a pas d'égoût, l'extrémité la plus déclive de la rigole sera prolongée jusqu'au dehors de l'étable et les liquides seront reçus dans un fossé qui les transportera à distance.

Sect. 5 — Les murs et les plafonds des étables devront être blanchis à la chaux au moins 2 fois par année, ils devront être nettoyés au moins une fois par semaine pour enlever les poussières et les toiles d'araignées. Tous les fumiers seront sortis de l'étable au moins 3 fois par jour.

Sect. 6 : *Aération.* — Les vaches seront sorties de l'étable au moins une fois par jour, et pendant ce temps, l'étable sera aérée en tenant les portes et fenêtres largement ouvertes.

Sect. 7 : *Propreté du pis et trayons.* — Les personnes qui font la traite des vaches doivent toujours se laver les mains à l'eau savonneuse avant cette opération; le pis et les trayons des vaches seront convenablement lavés et asséchés avant de procéder à la traite; pour ce lavage il faudra se servir d'eau tiède et renouvelée pour chaque vache.

Sect. 8 : *Nourriture et Breuvage des vaches laitières.* — Il est interdit de donner comme nourriture aux vaches laitières, des rebuts solides ou liquides provenant des distilleries, brasseries ou vinaigreries, ni aucune substance en état de fermentation ou de putréfaction. Cependant les drèches bien desséchées pourront être données aux vaches laitières. Il est expressément défendu d'abreuver les vaches avec des eaux stagnantes malpropres ou bourbeuses.

(A Suivre)

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Maladie Mitrale de l'enfance.

Le rhumatisme aigu de Bouillaud, est plutôt l'apanage du jeune âge ; il aime ceux qui ne connaissent point la douleur ; mais le frêle cœur des enfants résiste péniblement à ses mortelles étreintes, 60 à 80 fois sur cent, d'après Nobécourt, (" La Clinique " 31 janvier 1908) il reste lésé à la mitrale, tandis que ce pourcentage tombe à 25, chez les adultes, pour s'affaiblir graduellement avec l'âge.

Une coïncidence fâcheuse aggrave le pronostic des lésions mitrales de l'enfance, c'est la concomitance fréquente d'une péricardite chronique, qui gêne, au dire de Nobécourt, les mouvements et la nutrition du myocarde. Par suite, l'hypertrophie compensatrice n'a pas lieu, et rapidement la stase sus-hépatique produit l'hépatomégalie. Celle-ci est la manifestation ordinaire de l'asystolie chez l'enfant ; rarement accompagnée d'œdèmes périphériques, elle permet souvent seule de faire soupçonner la péricardite, même en l'absence de signes plus précis au niveau du cœur. Car, une endocardite simple est vite compensée avec un cœur jeune.

En présence d'une lésion mitrale de l'enfance, il importe donc, avant de faire un pronostic, de bien s'assurer de l'état du péricarde et du foie. L'affection, toujours grave, peut faire espérer de longs jours, si elle n'est pas compliquée, elle devient menaçante dans le cas contraire.

LUDOVIC VERNER. M. D.

Les proportions relatives du corps humain

Desfosses—dont on a pu lire dernièrement dans la Presse Médicale de très intéressantes études sur les méthodes d'examen du dos et du cou—vient de publier des séries de schémas montrant les variations de croissance des différentes parties de l'organisme humain depuis la naissance.

Prenant le diamètre-bregmo-mentonnier en hauteur comme étalon de mesure,—on constate qu'à sa naissance le corps de l'enfant n'a que quatre fois la longueur de la tête : la ligne médiane du corps est un peu au-dessus de l'ombilic. Avec la croissance, la ligne médiane s'abaisse graduellement,—comme conséquence d'un développement plus rapide des membres inférieurs,—pour atteindre le pubis vers la douzième année.

Vers 12 ans le corps a généralement sept fois la longueur de la tête,—et chez l'adulte il atteint parfois jusqu'à huit fois cette hauteur.

E. St-JACQUES,

Les indications de la Cystostomie d'Urgence

Dans un excellent article et très-pratique, (in La Clinique, Mars), Pauchet, d'Amiens, indique les avantages d'ouvrir la vessie pour donner un libre cours aux urines infectées et au besoin faire un traitement local.

Voici comment il résume les indications de cette opération, simple en général et qui consiste à ouvrir la vessie par la voie sus-pubienne. Il classe ces indications sous trois chefs :

- 1° Rétention aiguë ;
- 2° Infection urinaire ;
- 3° Hémorragies vésicales.

1o *Rétention aiguë*. — Elle peut être provoquée soit par une prostatite chez un sujet jeune au cours d'une blennorrhagie, soit par une rupture de l'urèthre due à une chute sur le périnée, ou à une fracture du bassin, soit au cours d'un rétrécissement. Mais la cause la plus fréquente est l'hypertrophie de la prostate.

Chez tous ces malades, il faudra d'abord tenter un cathétérisme bien fait et adapté à la cause de la rétention (bougies filiformes, sondes de Nélaton, sondes béquilles). Mais si ce cathétérisme s'accompagne d'une fausse route, ou si la bougie ne peut passer, que faire ? Une ponction ? La ponction n'est pas aussi innocente qu'on l'a cru ; après la simple piqûre vésicale, l'urine peut s'infiltrer dans la loge péri-vésicale ou dans le péritoine. D'ailleurs, cette ponction est formellement interdite chez les sujets dont les urines sont troubles et l'on ne peut la renouveler indéfiniment.

Quand le cathétérisme bien fait échoue, la taille hypogastrique est indiquée.

2o *Infection urinaire*. — Un malade présente soit des accidents généraux septiques, soit des urines troubles ; s'agit-il d'un rétrécissement, la dilatation ou l'uréthrotomie feront disparaître l'infection, dès que le canal sera perméable. Mais, s'il s'agit d'un prostatique, la désinfection est délicate. Evidemment, le cathétérisme bien fait et bien surveillé combat avec succès les cas infectés ; mais combien d'échecs ! et combien de difficultés ! Il est bien plus facile de faire une taille qui assure un bon drainage des voies urinaires, décongestionne le bassin, permet à l'état général de se relever et rend la prostatectomie, secondaire et éloignée, une opération bénigne. Cette taille, pour les infectés, permet d'enlever en même temps des calculs phosphatiques.

3o *Hémorragies vésicales*. — Au cours de la calculose, ou des néoplasmes vésicaux, et surtout au cours

du protatisme, il peut survenir des hémorrhagies vésicales. Ces hématuries peuvent être graves, le malade se plaint de besoins fréquents et impérieux d'uriner, la vessie est globuleuse, la sonde ne ramène qu'un peu de sang. Sans doute, il serait possible, avec l'aspirateur de Guyon, d'extraire ces caillots par les voies naturelles (j'ai déjà dit que la technique en était un peu trop spéciale), mais la cystostomie donnera un résultat plus immédiat, au prix d'une technique plus facile : les caillots seront extraits, les douleurs calmées, l'hémorrhagie arrêtée.

E. ST-JACQUES.

Les causes du prurit anal; son traitement

Par P. Lockhart-Mummery (*The Practitioner*
n° 467, 1907).

Il est connu de tous que le traitement du prurit anal donne aussi peu de satisfaction au médecin qu'au chirurgien, si bien que les malades passent de l'un à l'autre sans trouver de soulagement à leurs maux. L'auteur croit que l'insuffisance de l'examen est la cause première de tous les succès. Symptôme d'une affection locale le plus souvent, et du *tube digestif* dans les autres cas, le prurit anal a toujours une cause qu'un examen soigneux peut révéler. Au lieu de se borner à faire le toucher rectal, l'examen direct s'impose avec les instruments propres à déceler les lésions cachées. La peau du pourtour de l'anus est-elle le siège d'une transpiration habituelle? Cela peut être l'unique cause des démangeaisons et les applications de poudre variées pourront en venir à bout. On doit apporter un soin tout spécial à l'examen de la *ligne de jonction cutané-muqueuse*. C'est là que les terminaisons nerveuses, très abondantes, sont le plus irritables, à cause de leur situation superficielle. Mais c'est dans les *fossettes intra-anales* que réside le plus souvent la cause de ce prurit. C'est une ulcération à peine visible, qui conduit dans une petite fistule sous muqueuse. Le meilleur moyen de s'en assurer est de se servir du spéculum anal et d'un fin stylet recourbé. Cela ne suffit pas encore et si l'on ne découvre aucune lésion de ce genre, il faut explorer le rectum à l'aide du sigmoïdoscope et de son éclairage électrique. On découvrira alors des lésions du canal anal ou de la muqueuse rectale, ulcérations, petits polypes et, plus fréquemment encore de la *rectite catarrhale hypertrophique*. Cette dernière affection se présente sous l'aspect de granulations, saillant d'une muqueuse cede-

matée et congestionnée. Le mucus acide qui est secrété en quantité s'accumule dans les fossettes supra-anales. Si bien que tel malade se soulagera en vidant ce mucus. Les injections appropriées sont susceptibles de faire disparaître rapidement ces lésions et le prurit qui en est la conséquence.

Même lorsqu'on découvrira des troubles dyspeptiques, entretenus par un régime irritant, l'abus de l'alcool, etc., on doit penser que les fermentations anormales de la dernière portion du rectum agissent localement pour créer le prurit anal. La recherche de ces causes pathogéniques doit permettre le plus souvent d'éviter des opérations inefficaces et arracher les patients aux guérisseurs de rencontre auxquels ils finissent par se livrer.

E. ST-JACQUES.

Sur la nécessité de suspendre et de varier les médicaments dans le traitement des états neurasthéniques

Deschamps (*Jour. des praticiens*, 28 mars 1908)

L'action des médicaments est sans doute due le plus souvent à une réaction de l'organisme : or, l'asthénique manque d'énergie potentielle et ses dépenses réactionnelles sont insuffisantes; plus il sera malade, et moins il supportera les fortes doses médicamenteuses (certains agents spécifiques exceptés).

Il faut se garder, quand un asthénique déclare qu'un traitement lui a réussi, de lui dire de le continuer, car le mieux obtenu représente l'effet actuellement possible : on suspendra donc la médication à ce moment.

Ces règles s'appliquent aux asthéniques par insuffisance, mais non aux asthéniques par épuisement ou par inhibition. La thérapeutique est, chez les insuffisants, surtout une œuvre d'équilibre : il faut apprendre à suspendre les médications, à les reprendre et à les varier selon le pouvoir de réaction de chaque sujet.

MASSON.

Régime dans l'obésité

Par M. Huchard (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, tome LXXIX, 10 février 1908,).

Un grand nombre de femmes atteintes d'affections cardiaques sont obèses. M. H. Huchard ordonne alors un régime spécial qui a l'avantage de faire maigrir les malades tout en leur permettant de manger à leur faim.

Ce régime, qui est presque identique à celui du professeur Albert Robin, se compose de quatre à cinq repas. Le malade doit prendre :

A 7½ h. : viandes froides à volonté, infusion chaude non sucrée et 10 grammes de pain ou une biscotte de pain essentiel.

A 10 heures : deux œufs, une biscotte, une tasse de thé, un cachet de 50 centigrammes de théobromine.

On peut absorber en une seule fois, à 0 h. ½, ces deux repas.

A midi : viandes rôties, bouillies ou grillées, sans sauce ; légumes verts cuits à l'eau, salades sans huiles, trois biscottes, une infusion chaude sans sucre ou un verre d'eau rougie.

A 4 heures : une tasse de thé, une biscotte, un cachet de 50 centigr. de théobromine.

A 7 1/2 h. du soir : même repas qu'à midi.

Se promener pendant vingt à trente minutes, après chaque repas. Prendre, s'il y a de la constipation, une à deux pilules laxatives.

Ce traitement diététique suffit à faire perdre aux malades la plus grande partie de leur tissu adipeux. Un obèse a maigri ainsi de 30 kilogrammes en dix mois.

La théobromine favorise la diurèse qui a tendance à diminuer en raison de la faible quantité de liquide ingéré.

Ce régime a l'inconvénient d'augmenter, chez les artério-scléreux, les accidents toxiques et la dyspnée. M. Huchard, pour obvier à cet inconvénient, prescrit, un jour par semaine, ou une semaine sur quatre, le régime lacté exclusif. L'amaigrissement se produit néanmoins dans ces conditions, mais il est moins rapide.

MASSON.

La méthode de Bier et l'ulcère de jambe

(*The Hospital*, 4 avril 1908)

C'est le mauvais état de nutrition qui rend si difficile la guérison des ulcères de jambes ; tout ce qui améliore cette nutrition favorise cette guérison. Un des moyens les plus simples est de tenir la jambe élevée de manière à favoriser le retour du sang veineux. La difficulté est précisément d'obliger au repos des sujets qui doivent travailler. Mais même lorsque le repos par nécessité est observé, les lésions persistent dans leurs altérations nutritives, de sorte que la moindre excoriation fait récidiver l'ulcère,

Or, la nutrition locale peut être considérablement

améliorée pendant le repos en employant la méthode de Bier. Une bande est appliquée autour du membre au-dessus de l'ulcère, et à une certaine distance. Il ne faut pas que la région affectée de la peau soit soumise à une pression, et le point d'élection pour l'application de la bande est juste au-dessus du genou.

Le point le plus important est de déterminer la force avec laquelle la bande doit être serrée. Il faut que la constriction soit assez forte pour faire obstacle au sang en retour sans l'arrêter, la température de l'extrémité du membre ne doit pas s'abaisser. D'une façon générale, on peut dire qu'il faut serrer la bande un peu moins que pour une saignée. Les parties situées au-dessous de la bande se gonfleront et deviendront rouges ; si l'application est trop serrée, la peau deviendra bleue ou même livide, il faudra relâcher la bande. D'un autre côté, on peut se guider sur les sensations éprouvées par le sujet, qui ne doit éprouver aucune douleur, ni aucune sensations pénible.

La durée de l'application de la bande varie suivant les cas ; quelques-uns préfèrent une application continue de plusieurs heures, d'autres des séances multipliées et plus courtes. Il n'y a aucune nécessité pour le sujet à rester couché, du moins en ce qui concerne le traitement de Bier, qui a été appliqué avec succès à des malades ayant continué de travailler. C'est l'hyperémie passive intermittente qui est le véritable facteur curatif dans ce cas.

E. St-Jacques,

Traitement médical de l'infection gonococcique chez la femme

Par *Ellice MacDonald* (*The therap. Gazette*, 15 avril 1908)

Les principales indications dans le traitement de l'infection blennorragique des voies génitales chez la femme sont le repos et les soins de propreté. Le repos peut-être obtenu en évitant la grossesse et le coït, et comme la menstruation a un effet direct sur le cours de la maladie, la malade doit rester au lit pendant cette période, surtout dans les cas aigus.

Les nettoyages sont pratiqués de préférence par des injections alcalines. Les injections au sublimé sont irritantes et inefficaces. Ce sont les solutions de bicarbonate et de sulfate de soude qui donnent les meilleurs résultats pour dissoudre le mucus et le pus. On fera dissoudre 60 gr. de bicarbonate et 30 grammes de sulfate de soude pour un litre. Si le pus domine dans les

sécrétions il faut porter la quantité de sulfate à 60 grammes. L'injection doit être au moins de deux litres.

Les bains de siège chauds sont également utiles, surtout lorsqu'il y a excoriations des téguments.

Pour nettoyer le col, le vagin et la vulve on peut se servir d'un tampon de coton imbibé d'acide pyroligneux ordinaire avant de recourir à d'autres applications.

Le traitement de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale et des excoriations du col est le mieux réalisé par des applications de teinture d'iode ou une solution à 1 p. 100 d'iode dans de l'eau additionnée d'iodure de potassium. L'application doit être faite directement sur les parties malades, en essuyant l'excès de liquide. Ce traitement ne doit être répété que tous les deux ou trois jours.

Contre les démangeaisons on appliquera sur les régions irritées des bandes de coton imbibées d'une solution phéniquée à 1/40 ou bien une pommade à 1/1000 d'adrénaline, ou à mesure que l'état s'améliore une pommade composée de carbonate de bismuth dans la lanoline et la glycérine. La pilocarpine à la dose d'un centigramme est souvent efficace contre les démangeaisons intenses.

L'inflammation du col ne peut être éteinte qu'en détruisant les glandes avec les gonocoques qu'elles renferment. On y arrive en injectant dans les glandes infectées et au-dessous de la muqueuse de l'acide lactique avec une seringue hypodermique : s'il existe des glandes kystiques nodulaires on peut les ponctionner et les cautériser avec un petit thermocautère ou mieux l'électrocautère.

S'il existe en même temps de la cystite on la traitera par les injections alcalines ou de quinine, à l'intérieur on donnera du bi-carbonate de soude avec de la teinture de jusquiame pour combattre les spasmes.

Ce traitement médical ne s'applique qu'à l'infection des voies génitales au-dessous de l'orifice interne du col.

E. ST-JACQUES

Asthme, dyspnée et toux gastriques. Clinique et thérapeutique

Par le Dr G. Leven (Leçon faite à l'hôpital Tenon, le 24 janvier 1908, d'après la Tribune Médicale, no 6, 8 février 1908, p. 69).

On rencontre souvent en clinique des cas d'asthme, de dyspnée ou de toux qui sont sous la dépendance d'états dyspeptiques. M. G. Leven, après avoir discuté la patho-

génie de ces affections, cite plusieurs observations de malades qui ont été débarrassés, par le seul traitement gastrique, de leur toux ou de leur troubles asthmatiques dyspnéiques.

La thérapeutique doit donc avant tout combattre la dyspepsie. Lorsque les troubles digestifs sont peu accusés, il suffit parfois, pour soulager les malades de supprimer le pain, le vin et quelques aliments indigestes (choux, bœuf, crudités, salades, vinaigres, épices). Il faut, dans certains cas défendre la viande. On maintient l'alimentation végétarienne pendant quinze à trente jours, puis on ordonne un régime légèrement carné pendant plusieurs semaines. Les légumes seront réduits en purée.

On prescrira, de plus, les boissons chaudes en mangeant ; on recommandera de mastiquer avec soin et de s'étendre après les repas sur une chaise longue.

Les médicaments antiasthmatiques, les iodures sont inutiles.

Si le malade a un accès d'asthme, on donnera des boissons chaudes, on mettra sur l'abdomen et le thorax des cataplasmes et des compresses humides. On peut également calmer la sensibilité gastrique avec le sirop de codéine (une cuillerée à soupe quinze minutes avant chaque repas) ou en laissant prendre au patient, toutes les trois heures le jour et même la nuit s'il est privé de sommeil, une pincée du mélange suivant :

Craie préparée.....	6 grammes
Sous-nitrate de bismuth..	4 " "

Pendant la période d'état de la dyspepsie il faut proscrire les eaux minérales car elles sont souvent nocives. Elles sont, au contraire, utiles pendant la phase du déclin.

BRUNEAU.

Sur le traitement de l'urticaire

Par Edw. B. Finch (Medical Record, 23 février 1908.)

Le traitement que l'auteur a trouvé le plus utile pour combattre l'urticaire est la créosote, peut-être parce qu'elle possède une action spécifique à l'égard des toxines qui causent l'urticaire. Dans un cas d'urticaire hémorragique récidivant, qui avait résisté aux traitements habituels, de petites doses répétées de créosote firent disparaître en deux jours tous les signes de la poussée à part la pigmentation de la peau. Pendant deux ans la malade n'eut aucune récidive.

Dans les cas toxiques aigus, l'administration de la créosote avant que la poussée soit complètement effectuée peut modifier ou faire avorter l'attaque. La dose est de

II gouttes en capsules, données toutes les 15 ou 20 minutes. Le salol est très utile et peut remplacer la créosote, il agit en se décomposant dans l'intestin en acide sali cylique et en acide phénique. L'auteur prescrit des capsules contenant 0,30 de salol et V gouttes d'huile de ricin à prendre à la fin de chaque repas.

Dans certains cas où l'urticaire apparaît avec une violence extrême, un vomitif peut donner un soulagement très rapide. A défaut de vomitif, on peut prescrire avec succès un lavement donné avec un long tube de caoutchouc. Si les vomitifs échouent ou sont contre-indiqués, l'auteur recommande l'emploi des antispasmodiques et des vasodilatateurs. L'atropine et la nitroglycerine sont très utiles dans ce but. L'atropine se donnera à la dose d'un demi ou d'un milligramme en injection hypodermique. Cette dose, qui est suivie de la disparition rapide des symptômes, ne doit pas être répétée. La nitro-glycérine agit rapidement à la dose de 0,0006 gr. en injection sous-cutanée que l'on peut renouveler.

Le nitrite d'amyle en inhalation convient particulièrement dans les cas où l'urticaire est localisée à la face et au cou. Il peut être très utile aussi dans les cas où l'œdème atteint la langue, le pharynx ou la glotte. On pourra alors lui adjoindre l'adrénaline en applications locales, surtout en pulvérisations dans la bouche et le nez.

Il sera parfois nécessaire de calmer les démangeaisons : on emploiera dans ce but l'eau vinaigrée, les lotions phéniquées, la résorcine ou l'acide thymique. L'auteur s'est bien trouvé d'un mélange de chloral, camphre et chloroforme, de chaque 4 grammes dans 30 grammes d'alcool.

VERNER

Traitement du varicocèle

Par de Creft (*Archives de médecine belges, avril 1908*)

Le varicocèle petit, indolent ne doit pas être opéré; on se borne à faire porter un suspensoir, à conseiller les lotions froides et astringentes et à prévenir tout ce qui peut favoriser la stase. On peut prescrire un peu d'iode de potassium et de l'extrait d'hamamelis.

On peut opérer les varicocèles moyens et les gros varicocèles sans réaction, Si le scrotum est intact, on se contentera de la ligature en étage en évitant le canal déférent et l'artère spermatique. Si les veines sont très volumineuses et si le scrotum a conservé sa longueur, on

peut compléter la ligature par la section et l'extirpation des paquets veineux. La résection simple du scrotum est la méthode de choix dans le gros varicocèle sans réaction, mais avec scrotum allongé.

Le varicocèle doit être opéré s'il est volumineux et détermine une réaction, s'il s'accompagne d'atrophie du testicule, s'il est douloureux même étant petit, enfin on doit opérer les varicocèles même très légers chez les neurasthéniques qui en souffrent moralement.

On combinera alors l'excision des paquets volumineux et la résection du scrotum. Chez les neurasthéniques on peut se contenter d'une simple ligature posée sur une veine un peu grosse, mais en entourant l'opération d'une mise en scène qui aura un effet salutaire sur l'état mental.

E. ST-J

Traitement de la scoliose

La scoliose de l'adolescence, dit le Prof. Kirnisson *in La Clinique*, ne doit pas être regardée comme une déformation purement accidentelle due à des causes mécaniques.

Elle est l'expression symptomatique d'un trouble de la nutrition du système osseux, tout à fait comparable sinon assimilable au rachitisme de la première enfance.

Le traitement à lui opposer doit être avant tout un traitement général basé sur une bonne hygiène, alimentation convenable, vie au grand air, séjour au bord de la mer, modificateurs généraux de la nutrition, au premier rang desquels il faut placer l'hydrothérapie.

Quant au traitement local, il consiste surtout dans l'emploi de la gymnastique orthopédique. Des deux formes qu'elle peut revêtir : gymnastique passive et gymnastique active, c'est à cette dernière qu'il faut donner la préférence.

Elle répond à un double but ; d'une part, elle développe méthodiquement les muscles, d'autre part, par les attitudes qu'elle fait prendre au malade, elle corrige les attitudes vicieuses et tend au redressement du rachis.

A l'hydrothérapie et à la gymnastique orthopédique on joindra nécessairement le repos méthodique dans la situation horizontale, auquel on fera, suivant les cas, une place plus ou moins large.

Quant aux corsets orthopédiques, ils ne joueront jamais d'autre rôle que celui d'adjuvant. C'est-à-dire, qu'on ne se servira pas de corsets lourds et compliqués, tendant à la correction des déformations, mais de corsets orthopédiques très simples, n'ayant d'autre but que de servir

de support au tronc, dans l'intervalle des séances de traitement.

Les corsets plâtrés ne paraissent pas avoir de place dans le traitement de la scoliose ; lourds et fatiguants, ils ont l'inconvénient de ne pas permettre le traitement par la gymnastique orthopédique, s'ils sont employés comme appareils inamovibles. Transformés en appareils amovo-inamovibles, ils se déforment trop facilement.

E. St-J.

La toxicité du bromoforme

Le Dr Lobl (*Weiner Klin. Wochenschrift*, 1907, no 19) a observé une série de cas d'empoisonnement, survenus chez des enfants, affectés d'une coqueluche, à la suite de l'administration de quelques gouttes de bromoforme 5 gouttes, chez un enfant de 7 mois;—2 à 4 gouttes chez un enfant de 2 ans;—dose faible, mais déterminée, chez un enfant de 4 ans. De l'ensemble des faits analogues, publiés jusqu'à ce jour, l'auteur croit pouvoir conclure que la susceptibilité individuelle à l'action du bromoforme varie entre des limites très étendues et qu'il est actuellement impossible de fixer, d'une façon précise, la dose à laquelle cette substance produit des effets toxiques, chez un enfant d'un certain âge:

BRUNEAU.

Traitement des phlegmons des gaines synoviales tendineuses

A la Société de Médecine Berlinoise (séance du 29 avril 1908)

M. Joseph, assistant de M. Bier, déclare qu'à la clinique de son maître, on a coutume dans les cas de phlegmons des gaines, de recourir à des incisions courtes, de 3 à 4 centimètres de longueur, et d'y associer l'aspiration et la stase hyperhémique, qui s'opposent à la résorption du pus, des microbes et de leurs toxines.

E. St-Jacques.



Société Médicale de Montréal.

Séance du 19 Mai

Présidence de M. A. Lesage,

Le traitement du cancer utérin est la première question à l'ordre du jour :

M. Hervieux demande que M. de Martigny lise les conclusions de sa communication antérieure de manière que tous les membres puissent suivre la discussion.

Voici ces propositions :

(1) La chirurgie actuelle ne possède pas de traitement réellement et sûrement curatif pour le cancer de l'utérus.

(2) L'évidement du petit bassin est abandonné par tous les chirurgiens même par J. L. Faure parce que c'est une opération mentrière et illusoire.

(3) Le meilleur traitement du cancer utérin est l'hystérectomie totale.

(4) L'opération de choix dans le cancer nettement limité au col de l'utérus est "L'hystérectomie vaginale."

(5) L'opération de choix quand le cancer a envahi le corps utérin est l'hystérectomie abdominale avec ablation d'une large collerette vaginale, sans recherche des ganglions.

(6) Quand le cancer a dépassé l'utérus et envahi les tissus voisins il ne reste au chirurgien qu'à combattre les symptômes : hémorragies et douleurs.

M. Marien veut tout simplement défendre les principes et les préceptes qu'il a émis à la dernière séance.

Avec l'hystérectomie vaginale on ne peut espérer une survie maxima supérieure à un an, d'après son expérience, tandis qu'avec l'hystérectomie abdominale on cite des cas radicalement sans récidi- ves après cinq ans ; lui même a des opérées qui sont sans récidi- ves et qui ont subi l'hystérectomie abdominale il y a plus de cinq ans pour ce qui aurait été du cancer. Il ajoute que l'hystérectomie vaginale est une opération aveugle, incomplète et abandonnée de tous les chirurgiens dans les cas de cancer du col de l'utérus, d'après ce qu'il connaît de la littérature gynécologique. Pour appuyer son opinion il donne lecture d'une partie du rapport de M. Faure à la Société de

chirurgie de Paris, le 25 mars dernier, sur une statistique de M. Jayle.

De cette longue communication de Faure, nous retons les faits suivants :

“ Sur cinq *cancers du corps* de l’utérus opérés par M. Jayle depuis 1900, un est mort au bout de six ans, de cause inconnue. Les quatre autres malades sont en bonne santé et sans trace de récurrence :

Une après 5 ans et 3 mois.

Une après 4 ans.

Une après 3 ans et demi.

Une après un an.

“ Bien que, pour cette dernière, le temps écoulé soit encore trop court, cette petite statistique n’en constitue pas moins un exemple admirable de ce que peut donner dans le cancer du corps utérin une thérapeutique bien comprise.

“ Sur vingt-trois *cancers du col*, cinq ont succombé à l’opération, soit 21.7 p. 100. Cela n’est pas excessif.

“ Restent dix-huit malades opératoirement guéries et ce sont celles-là qui peuvent seules nous renseigner sur l’efficacité de l’intervention.

“ Sur ces dix-huit malades, six sont actuellement guéries :

Une depuis 6 ans et 7 mois,

Une depuis 3 ans et 9 mois,

Une depuis 3 ans et 7 mois,

Une depuis 3 ans et 6 mois,

Une depuis 3 ans et 5 mois,

Une depuis 4 mois.

“ Si l’on écarte cette dernière comme trop récente, il reste cinq malades guéries depuis plus de trois ans, soit 30 p. 100 des malades sorties vivantes de l’opération.

“ C’est un chiffre qui, il y a quelques années à peine eût passé pour incroyable, mais que nous commençons à nous habituer à entendre.

“ Messieurs, il y a un an, il y a même quinze mois, je suis venu à cette tribune vous dire les résultats que m’avait donnés l’hystérectomie abdominale dans le cancer du col de l’utérus.

“ L’examen des malades dont je vous avais entretenus l’année dernière est à mon avis plus instructif encore. Je me suis enquis de nouveau de ce qu’elles étaient devenues, je les ai revues, et voici ce que j’ai constaté.

“ Toutes les malades que j’avais retrouvées guéries à la fin de l’année dernière, malades qui pour la plupart avaient été opérées dans des conditions médiocres ou mauvaises, sont demeurés guéries actuellement, et pour

chacune d’elles la durée de la guérison s’allonge de quinze mois

“ De sorte que sur les douze malades opérées de 1901 à 1905, par la méthode Wertheim, et sorties vivantes de l’hôpital, j’en retrouve toujours 9 avec des guérisons qui se répartissent ainsi :

Une depuis 2 ans et six mois.

Une depuis 2 ans et sept mois.

Une depuis 3 ans et sept mois.

Une depuis 4 ans et un mois.

Une depuis 4 ans et sept mois.

Une depuis 4 ans et neuf mois.

Une depuis 5 ans et trois mois.

Une depuis 5 ans et huit mois.

Une depuis 5 ans et neuf mois.

“ J’ai enfin revu une malade opérée en avril 1899 et toujours guérie depuis huit ans et dix mois.” (Faure).

M. de Martigny trouve que la thérapeutique chirurgicale du cancer de l’utérus n’a pas donné tous les succès auxquels on s’attendait ni réalisés les espoirs entretenus. Si la voie abdominale est pour lui la meilleure dans le cancer du corps, il préfère pour les cancers limités au col et à leur début, la voie vaginale, qu’il considère facile complète, bénigne et rapide, pour celui qui possède le manuel opératoire de cette intervention.” Il se trouve en ceci d’accord avec Potherat, Labadie-Lagrave et Legueu, Fournier, etc. Faure lui-même s’il dit que “ en règle générale c’est par l’hystérectomie abdominale qu’il faut tenter la cure du cancer du col utérin, comprend à la rigueur qu’on exécute l’hystérectomie vaginale lorsqu’on se trouve par hasard en présence d’un cancer tout à fait au début et qui a des chances sérieuses d’être encore limité à l’une des lèvres du col.” M. de Martigny cite en terminant les conclusions de communications faites sur le même sujet au Congrès de Paris en 1900. Si nous les donnons, malgré leur longueur, c’est afin de montrer à nos lecteurs que si l’affection est mortelle dans la majorité des cas, la chirurgie peut cependant sauver un bon nombre de malades.

Au Congrès de Paris, en 1900, Dmitri de Ott rapportait :

13 opérées de cancer utérin restées sans récurrence pendant	5 ans.
6 “ “ “ “	6 “
3 “ “ “ “	7 “
1 “ “ “ “	8 “
3 “ “ “ “	9 “
4 “ “ “ “	10 “

Léopold (de Dresde) note que, sur 45 cancers du col opérés par la voie vaginale, 21 sont sans récurrence depuis 5 ans.

Landau (de Berlin) déclare que, sur 50 cancers du col opérés par le vagin, 10 sont sans récurrence depuis 5 ans.

D'après Fritsch, 10 pour 100 des opérées restent guéries.

Zweifel (de Leipzig) publie la statistique suivante : 225 hystérectomies vaginales ont donné 14 morts opératoires ; sur 132 opérées, revues et examinées :

(a) 85 sont en pleine récurrence ;

(b) 34 sont guéries depuis de 5 ans.

Winter a relevé que, sur 69 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer pratiquée par différents chirurgiens, et n'ayant pas récidivé depuis plus de cinq ans :

13	datent depuis plus de 5 ans
10	" " 6 "
11	" " 7 "
9	" " 8 "
10	" " 19 "
10	" " 20 "
4	" " 11 "
1	" " 13 "
1	" " 14 "

Toutes ces opérées appartiennent à une série de 300 hystérectomies vaginales.

Lewers rapporte que 12 de ses opérées ont survécu de 2 à 7 ans.

Knaner dit que, sur une série de 213 cas, 176 opérées ont survécu au moins 5 ans.

Thorn assure que 10 de ses opérées sur 62 sont sans récurrence depuis 2 à 8 ans.

Olshausen relève 18 à 19 pour 100 de guérisons durables ; Krömer et Pfannenstiel, 12 pour 100 de guérisons prolongées.

Une statistique particulièrement favorable a été publiée par Fleischlen. Elle concerne 48 cas de cancer utérin opérés par l'hystérectomie vaginale dans le service de Ruge à Berlin. Sur ces 48 opérées, il y a eu 4 morts opératoires et 27 récurrences ; chez ces dernières malades la durée de la guérison a été de 2 à 5 ans. Sur les 17 autres, qui sont encore vivantes, il y a :

1	guérison depuis 18 ans.
1	" " 17 "
1	" " 16 "
6	" " 13 "
5	" " 7 "

Enfin 3 opérées ont succombé à une maladie accidentelle, mais exemptes de récurrences depuis 2 ans $\frac{1}{2}$, 4 ans et 4 ans $\frac{1}{2}$.

Dans tous ces cas, assure Fleischlen, la réalité du cancer avait été démontrée par l'examen microscopique.

De tout ceci, il découle que les cancercuses de l'utérus ne sont pas fatalement condamnées ; l'hystérectomie abdominale est la méthode de choix dans le traitement du cancer utérin, encore opérable ; la voie vaginale, réservée au cancer de début et strictement limité au col, a donné des guérisons durables et doit être maintenue au chapitre de la thérapeutique du cancer utérin.

Fibrome calcifiant de l'orbite, par le Dr J.-N. Roy

Observation d'un cas très rare de fibrome de l'orbite développé chez un enfant de 14 ans. Après avoir enlevé le néoplasme et laisser guérir la cavité, M. Roy fit une tarsorrhaphie partielle qui donne un excellent résultat esthétique. Le malade opéré depuis un an n'a pas eu de récurrence. (Cette intéressante observation sera publiée en entier dans un prochain numéro).

Gliome intra-dural du nerf optique, par le Dr A.-A. Foucher

Il s'agit ici d'une tumeur développée rapidement chez un jeune enfant, bientôt compliquée d'exophtalmie et de douleurs qui nécessitèrent l'énucléation de l'œil. Le Dr Foucher fit part à la Société d'un rapport très-détaillé sur cette tumeur, qu'il avait fait préparer à l'étranger.

M. Roy trouve la communication de M. Foucher intéressante et l'en félicite. Sans vouloir entrer dans les détails, il mentionne que le gliome intra-dural du nerf optique est une tumeur que l'on rencontre peu souvent. Mais ce qui intéresse tout particulièrement dans le cas présent, ce sont les coupes et le rapport anatomopathologique si bien préparés, et illustrant si clairement les différentes altérations du globe oculaire, entr'autres le glaucome, conséquence du néoplasme.

Grossesse triple diagnostiquée avant le travail

Par le Dr De Cotret.

C'est là un cas rare, et d'autant plus intéressant que le diagnostic en fut posé avant l'accouchement et que les placentas furent de même localisés antérieurement.

Et la Société ajourne ses séances à l'automne.