

PAGE

MANQUANTE

# Clinique Chirurgicale de l'Hotel-Dieu

## LES CALCULS DE L'URETERE

Par le Dr Eugène Saint-Jacques,

Professeur-adjoint de clinique chirurgicale à l'Hotel-Dieu

ET LE

Dr J.-A. Saint-Pierre,

Assistant au service chirurgical

## LES CALCULS DE L'URETERE

Pour n'être pas très fréquemment rencontrés les calculs de l'urètre ne constituent pas moins un état pathologique important dont il faut tenir compte en affections urinaires.

Plus d'une fois, la crise urétérale calculuse a été confondue avec la crise de lithiase rénale proprement dite. Mais avec le perfectionnement graduel des méthodes d'exploration, le diagnostic est devenu plus affirmatif en même temps que la technique opératoire gagnait en précision.

Afin de bien mettre en lumière, certains aspects de cette question de pathologie, permettez-nous de citer l'observation clinique personnelle suivante:

Madame C. (obs. 524) vient consulter pour douleur sourde et fixe à la fosse iliaque gauche. Cette douleur s'accompagne parfois de besoin fréquent d'uriner. La région lombaire gauche est le siège de crises douloureuses paroxystiques. La malade a 58 ans, est très grasse (200 livres). Son état général est bon, bien qu'elle souffre des reins, plus particulièrement à gauche depuis au-delà d'une année. Elle n'a jamais remarqué d'hématurie. Il y a quelques semaines, elle fit une crise plus intense que les autres, la douleur se portant cette fois nettement vers la vessie. Depuis, il est resté dans la fosse iliaque une douleur peu intense mais tenace et persistante. L'examen des urines indique la présence d'albumine, de pus et de quelques cylindres hyalins et granuleux.

La palpation des loges rénales et des fosses iliaques difficile à cause de la corpulence de la malade est négative. L'examen vaginal des urètres qu'il convenait de ne pas omettre allait éclairer le diagnostic. Celui de droite, n'est pas senti. Celui de gauche est perçu par l'index qui en le suivant, localise un nodule légèrement proéminent et nettement douloureux à la pression, et de plus détermine le besoin d'uriner. La cystoscopie est négative.

La séparation endovesicale (appareil Cathelin) donne en 15 minutes:

Rein droit	Rein gauche
Urine acide 10 c.c.	Urine acide 15 c.c.
Urée : 16 grammes au litre.	Pus.
	Urée, 17 gr. 20 au litre

L'élimination rénale, au cours de ces manoeuvres d'exploration urinaire, cystoscopie, séparation endovesicale, cathétérisme, varie étrangement. Tantôt augmentée, tantôt diminuée, elle se montre encore moindre dans le premier que dans le second quart d'heure. Il est évident que dans les cas qui nous occupent, nous ne pourrions, par proportion, établir le débit rénal total des 24 heures. Mais nous avons appris que l'urètre gauche charroyait du pus, et avec les faits déjà connus, bien que l'examen aux rayons X n'ait pu être fait, nous étions en état de préciser et de dire: Calcul enchâtonné de l'urètre gauche.

L'opération, d'après la méthode d'Israël nous permet d'extraire par la voie extra péritonéale un calcul d'acide urique long d'un centimètre avec des arêtes bien nettes. Et bien que la plaie inguinale ne guérit que par seconde intention, elle ne donna pas une goutte d'urine.

La malade continue à se bien porter depuis.

Les calculs de l'urètre se forment-ils sur place? ou sont-ils ce que nous appellerons migrateurs?

Dans la très grande majorité des cas, ce sont des calculs qui ont originé dans le rein et sont descendus dans l'urètre où ils se sont arrêtés pour une cause ou pour une autre. Il est des constatations opératoires et des pièces d'autopsies qui prouvent ces avancées. Ainsi le Warren Museum de Boston contient un merveilleux spécimen montrant un sujet dont les deux reins sont farcis de calculs. En outre, un énorme calcul dans la vessie et un calcul enchâtonné dans l'urètre gauche. Le sujet, mort à 37 ans avait souffert 12 années durant, subi 6 ans avant sa mort une lithotomie pour calcul vésical et était finalement venu mourir à l'hôpital d'infection et insuffisance urinaires.

Il y a quelque temps, Doyen présentait à la Société de Médecine interne de Paris la radiographie d'un malade porteur d'un calcul du rein et un de l'urètre correspondant. La néphrectomie fit découvrir un rein presque complètement détruit, il ne restait pour ainsi dire qu'une énorme pyonéphrose.

Enfin, dans une série de 220 cas de calculs urétéraux dont les observations cliniques sont détaillées, on note 28 fois la présence de calculs dans le rein correspondant, soit 13 pour cent, et 7 fois dans les deux reins. Soit donc dans 3 pour cent des cas.

Mais ils peuvent originer sur place — calculs autochtones — et alors ils reconnaissent comme cause un point inflammatoire ou une suture, résidus d'une intervention antérieure sur l'urètre. Ainsi en témoignent deux cas dont Israël rapportait les observations cliniques à la Société des Chirurgiens de Berlin.

Très souvent, et cela se conçoit en se reportant à leur origine généralement rénale, on confond la douleur déterminée par la présence d'un calcul dans l'urètre avec la crise de lithiase rénale. Guyon, Legueu et Mochowitz ont

attiré l'attention sur ce point, et Jeanbrau y revenait tout récemment. L'observation que nous rapportons plus haut nous en donne un bel exemple. Au début et pendant longtemps, la douleur siégeait au rein, et ce n'est que quelque temps avant l'intervention que la douleur s'est portée et "fixée" à la fosse iliaque.

Et maintenant, voyons si les calculs migrants ne s'arrêtent pas en des endroits de prédilection le long de l'urètre. Les recherches anatomiques nous montrent que l'urètre normal a trois points de rétrécissements: un *point supérieur* ou pelvio rénal situé un peu plus bas que l'abouchement du bassinnet dans l'urètre — *c'est le collet de l'urètre*; un *point moyen*, au niveau des vaisseaux iliaques et enfin, un *point inférieur* ou *juxta vésical*. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé Byron-Robinson après un examen comparé de 800 urètres d'hommes et d'animaux. Les "isthmes urétéraux", ainsi appelle-t-il ces points de rétrécissements sont les endroits où se localisent de préférence les lésions pathologiques de l'urètre; tels par exemple: les flexions ou torsions de ce conduit, l'arrêt des calculs migrants, l'hypertrophie valvulaire de la muqueuse, la tuberculose, le cancer, etc.

C'est donc sur ces points qui sont pratiquement des sphincters que doivent porter nos tentatives de localisation.

Ajoutons que c'est plus fréquemment aux rétrécissements inférieurs que s'arrêtent les calculs. 105 fois sur 214 cas, l'on a trouvé le calcul dans la portion pelvienne. Si on ajoute que 36 fois, le calcul s'était arrêté dans le segment intravésical nous aurons un total de 141 calculs *pelviens*, c'est-à-dire 70 pour cent.

Enfin, Hallé dans sa thèse a bien démontré que, en sus de ces isthmes de l'urètre normal, toute sténose de cause inflammatoire ailleurs située le long de ce conduit peut arrêter la migration d'un calcul et le fixer.

## SYMPTOMATOLOGIE

*La douleur fixe*, est le symptôme capital. Sa localisation concordera évidemment avec le siège du calcul. Les crises antérieures de lithiase rénale avec expulsion ou non, de calculs, l'hématurie, la pyurie nous mettront l'esprit en éveil.

Une masse lombaire rémittente, douloureuse, avec exacerbation passagère de la douleur, coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur fera penser à une rétention rénale, hydro ou pyonéphrose par obstruction au libre passage de l'urine.

Par réflexe, le besoin fréquent d'uriner accompagné souvent les calculs de l'urètre. Si l'obstruction d'un urètre était suffisamment marquée, la dysurie succéderait à la pollakiurie et bientôt même, se produirait l'anurie. Si le malade en est à sa première attaque, si surtout il n'y a pas d'infection des voies urinaires, l'obstruction complète de l'urètre détermine, *sans élévation de température*, la *rétention rénale* qui se caractérise par une douleur intense à la région lombaire et souvent, dans les cas d'hydronéphrose tant soit peu considérable, la main peut percevoir la masse rémittente caractéristique. Mais, s'il y a infection par suite

de la rétention d'une urine septique, nous aurons en sus une *élévation marquée* de la température. Remarquons que cette urine septique acquiert dans ces cas une virulence extrême, rappelant la toxicité suraiguë des appendicites "en vase clos" comme Dieulafoy les appelle et qui terrasse le malade avant que l'économie ait eu le temps d'organiser ses moyens de défense.

L'autre rein fournira donc à lui seul l'élimination urinaire. Cependant, il n'y faudra pas trop compter, car souvent, il est calculeux aussi et, ne le serait-il pas qu'il pourrait quand même suspendre sa fonction d'excrétion en réponse au réflexe *réno rénal*. C'est ainsi que les choses se sont passées chez Madame P., lithiasique à répétition qui fait une crise aiguë de son rein gauche avec *anurie totale* pendant 48 heures. L'anurie ne céda qu'à la néphrotomie. Le calcul urétéral fut passé les jours suivants.

Cette anurie totale réflexe n'est pas rare au cours des affections urinaires et nous l'avons notée plus d'une fois, notamment durant les crises d'hydronéphrose chez les porteurs de reins mobiles.

Parfois les deux urètres contiennent des calculs, et sur 220 malades, on a noté 8 fois la présence de ces corps étrangers dans les 2 urètres. Ici, on conçoit facilement l'anurie absolue dont on doit toujours avoir la crainte chez les lithiasiques. Car elle peut s'établir insidieusement sans aucun symptôme précurseur.

Telle est l'observation citée par Dieulafoy. Il s'agissait d'un homme qui bien portant jusque là, s'aperçoit un jour qu'il n'urine plus. Il entre à l'hôpital et l'on constate qu'il n'y a rien dans la vessie. Il n'a jamais fait de colique néphrétique. Pas d'hydronéphrose. Les signes d'urémie ne tardèrent pas à se produire et le malade mourut en moins de 4 jours. L'autopsie réservait des surprises. L'urètre droit était obstrué par un calcul, mais le gauche était *libre*. Maintenant que dire de l'*hématurie*, si ce n'est que c'est là un symptôme à manifestation irrégulière. Elle existe bien dans un grand nombre de cas, *pendant* la migration du calcul, mais sitôt que celui-ci s'est fixé dans l'urètre, l'hématurie disparaît.

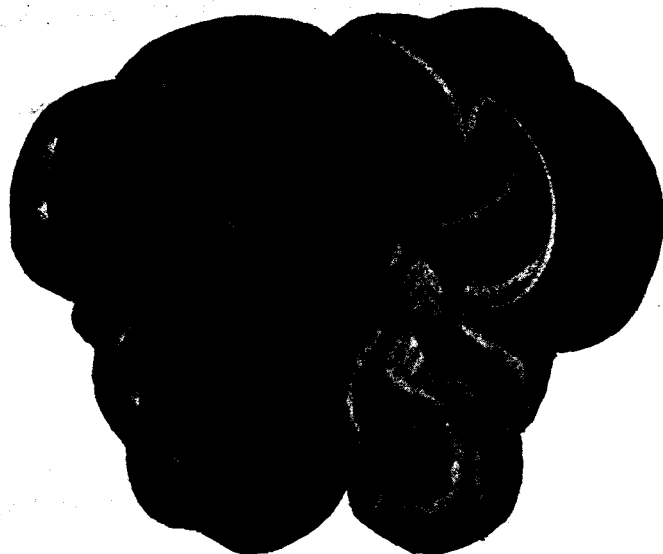
Ainsi, une crise antérieure de lithiase rénale accompagnée d'hématurie sans expulsion de calcul "la crise rénale blanche" et suivie d'une douleur à localisation fixe doit nous **faire penser à un calcul urétéral enchatonné**. Il est bon de se rappeler toutefois qu'un calcul n'obstruant pas complètement la lumière du canal peut exister pendant longtemps sans donner l'éveil.

La *Palpation* peut-elle nous aider à poser un diagnostic?

S'il y a hydro ou pyonéphrose, par obstruction urétérale, la main percevra la masse costal lombaire. Dans le cas contraire, la palpation urétérale est tout de même d'un grand secours. Non pas au moment de la crise, car il est alors difficile si non impossible, de faire un *palper* fructueux à cause des douleurs que l'on réveille et de la contracture réflexe de la paroi abdominale. Mais après la crise on sait que l'urètre reste douloureux pendant quelques jours, et c'est alors que les doigts pourront percevoir le point douloureux et même parfois, localiser le calcul.

Rien d'étonnant après tout quand on songe à quelles dimensions peuvent atteindre certains calculs. Dans le cas de Block on a mesuré 13 centimètres de long et 9 de circonférence (5 pouces x 3¾ pouces). Hammonie ne rapportait-il pas à la dernière réunion de l'Association Française d'Urologie le cas d'une collection de 13 calculs retenus dans une poche urétérale et sentis par la palpation. Mais le calcul siège-t-il dans l'uréter pelvien que le toucher rectal et surtout vaginal donnent de précieux renseignements. Toutefois, si les calculs sont situés très bas, dans le segment intra-vésical le toucher rectal est quelquefois négatif. Ainsi chez le malade de Codman, où l'urètre formait une poche intra et extra vésicale logeant 27 calculs, le toucher rectal ne donna point de résultat. C'est la cystoscopie qui devait mettre sur la trace du diagnostic.

Cependant, dans les cas de lithiase urinaire chez l'homme, bien que l'on ne puisse atteindre avec le doigt



Hydronephrose par obstruction vésiculaire

l'abouchement urétéro-vésical, situé à 10 centimètres de l'anus, il est toujours indiqué de faire un toucher rectal, car par compression à distance, on détermine de la douleur et des réflexes vésicaux s'il existe un calcul urétéral dans cette région.

Au contraire chez la femme, le voisinage immédiat de l'urètre pelvien avec la paroi latérale du vagin, en facilite singulièrement l'exploration. Jeanbrau nous dit que dans 20 cas le toucher vaginal dépista la présence du corps étranger. Mais il ajoute: "Ce corps dur est mobile et généralement indolore". Nous pensons au contraire que le doigt détermine de la douleur en localisant le calcul. Bien plus, il provoque le réflexe vésical: douleur et besoin d'uriner.

Young nous a bien décrit la série de réflexes que détermine la présence d'un calcul juxta vésical.

1o *Symptômes vésicaux.* — Mictions fréquentes, noc-

turnes et surtout diurnes, douloureuses et parfois hématuriques;

2o *Symptômes séminaux.* — Ejaculations et pollutions nocturnes pénibles.

3o *Symptômes testiculaires.* — Douleurs intermittentes dans le testicule du côté correspondant avec douleurs dans le gland et brûlures à la miction.

4o *Symptômes rectaux.* — Douleurs rectales permanentes et paroxystiques au moment des défécations.

Nous avons de plus, plusieurs moyens d'exploration qui peuvent compléter les renseignements fournis par les symptômes.

D'abord, la *cystoscopie* nous dira si le calcul est enclavé près de l'orifice urétéral, voire même s'il y montre le nez comme dit Fenwick. Tout dernièrement, grâce au cystoscope nous découvrions deux concrétions calcaires enclavées à l'orifice urétéral d'une malade (obs. Harnois) qui venait de faire une crise rénale et manifestait encore des symptômes vésicaux.

La *séparation endovésicale* des urines apportera aussi son contingent d'informations, savoir s'il y a anurie à droite ou à gauche, si l'urine du côté malade contient du pus, du sang, etc.

Le *cathétérisme urétéral* a parfois donné des renseignements, mais ils ne sont pas très précis. Viennent-ils corroborer d'autres symptômes qu'ils augmentent les probabilités et conduisent à préciser le diagnostic.

Enfin et toujours, on devra avoir recours aux rayons X. L'épreuve radiographique bien prise, est une réponse définitive. Seuls les calculs d'acide urique pur laissent passer les rayons X et ne trahissent pas leur présence. Mais il est si rare qu'ils soient purs. Généralement, ce sont des oxalates ou des urates, et si l'urine est alcaline, des phosphates.

Les erreurs ne peuvent venir que de l'interprétation de la plaque. Les phlébolites, les calculs appendiculaires, les ligatures résultant d'une opération antérieure sur les organes du bassin et maintenant incrustées de sels calcaires, les épines osseuses des os du bassin, les corps étrangers de l'intestin, etc., etc. Voilà autant de causes d'erreur contre lesquelles Albarran a raison de nous mettre en garde et que Jambrau signalait encore tout récemment.

Mais si la réponse des rayons X concorde avec les autres indications cliniques, nous avons là un ensemble de preuves qui conduisent à la certitude.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous avons déjà indiqué la crise de *calcul rénal* nous n'y reviendrons pas. Mais il est d'autres affections avec lesquelles le calcul urétéral peut donner le change; et en premier lieu notons la *crise appendiculaire*: Dans la crise appendiculaire aiguë, il y aura un point différentiel *capital*: c'est l'élévation de la température. Elle fait toujours défaut dans la crise urétérale, à moins que nous n'ayons affaire à un rein affecté, et dans ce cas, en plus de la fièvre nous aurons: 1o les antécédents urinaires; 2o la pyurie;

3o peut-être hématurie; 4e douleur à la région rénale; 5o une masse lombaire indiquant l'obstruction urétérale et la rétention de l'urine septique *cause de l'hyperexie*; 6o la pollakiurie que complètera probablement; 7o la localisation vaginale du corps du délit.

Rien de tout cela dans l'appendicite aiguë, qui en revanche manifesterait bientôt sa réaction péritonéale avec sa sous-matité et son pouls accéléré.

N'ayons garde d'oublier d'interroger le sang pour connaître la formule leucocytaire. L'hyper-leucocytose à variété polynucléaire trancherait presque à elle seule le diagnostic.

Mais plus difficile encore à différencier que l'appendicite aiguë est la *crise de colique appendiculaire*. Ai-je besoin de rappeler que par là, nous entendons ces crises aiguës, apyrétiques, irrégulières d'intensité et de durée localisées au point de McBurney. Le diagnostic est d'autant plus difficile, qu'elles se manifestent chez des malades souffrant habituellement de malaise dans le côté droit de l'abdomen, chez les porteurs d'appendicite chronique tel que nous les rencontrons quelquefois. Entre autre chez une de nos malades (observation No 439) qui fut radicalement guérie de ses crises par l'ablation de l'appendice. Tout dernièrement nous avons dans notre service hospitalier un jeune malade de 13 ans A. H. (obs. 1592), qui depuis plus d'une année, faisait fréquemment des crises apyrétiques de douleurs subites et de courte durée dans son côté droit. Un examen très minutieux ne nous ayant rien révélé du côté de l'appareil urinaire, nous arrivâmes à la conclusion que l'appendice était en défaut. Et de fait, la laparatomie nous mit en face d'un appendice long, flexueux, tordu et bridé.

Enfin, les poussées de *salpingite* ressemblent parfois à s'y méprendre à celles de l'appendicite. Le passé puerpéral ou gonococcique, les symptômes utérins, les lésions douloureuses généralement bilatérales réteront rarement à la confusion.

#### TRAITEMENT

Le diagnostic établi, quel traitement instituer?

Nous osons qu'il s'agit de calcul bien et dûment enchatonné, n'ayant pas cédé au lavage du rein par les liquides (flushing of the kidneys).

Il y a deux alternatives: ou le malade fait de l'hydro-pyonephrose, ou simplement de la douleur localisée sur le trajet de l'urètre.

Dans le premier cas, l'indication est urgente, il faut soulager le rein sous peine de voir l'anurie s'installer si elle n'existe pas déjà. Les commémoratifs pathologiques, le côté siège de la crise indiqueront à quel rein il faut frapper. C'est là qu'il faut aller et la néphrotomie s'impose.

Il faut opérer *encore plus hâtivement* que dans les calculs du rein dit Pousson, et Legueu exprime absolument la même opinion. Sur 11 opérés d'urgence celui-ci n'a réussi à enlever le calcul qu'une seule fois. Le pressant est de soulager le rein et de prévenir l'urémie. Le calcul est généralement passé les jours suivants. En tous cas le danger immédiat est paré et nous avons le temps d'examiner en détail le malade et aviser par quelle voie intervenir.

Au contraire, posons-nous le diagnostic de calcul enchatonné de l'urètre chez un malade souffrant, mais non en danger immédiat d'anurie, il y a lieu de chercher à localiser le calcul. Est-il au point de rétrécissement supérieur, la voie lombaire est tout indiquée pour intervenir: néphrotomie ou plus généralement une pyélotomie.

Siège-t-il à l'isthme moyen, que c'est au procédé d'Israël que nous donnons la préférence. L'incision au-dessus du ligament de Poupert permet de relever le péritoine recouvrant la fosse iliaque et d'aller par voie extra-péritonéale à la recherche de l'urètre généralement trouvé accolé au péritoine soulevé.

Quant aux calculs bas situés, les calculs pelviens, ils sont parfois très difficiles d'accès. La voie périnéale (Morris) et rectale (Ceci) ne semblent pas populaires. La voie vaginale par contre, employée par Doyen et Pozzi a permis plus d'une fois d'extraire le corps du délit chez la femme.

Enfin, si le calcul montre le nez à l'orifice urétéral, c'est par la vessie qu'il faut intervenir et c'est ici que les cystoscopes nouveaux modèles ont toute leur utilité.

Telle est la conduite à tenir en face d'un calcul enclavé dans l'urètre et avec Jambräu nous concluons:

Les résultats de l'urétéro-lithotomie permettent d'espérer la guérison de 98 pour cent des cas si l'on intervient en dehors de l'anurie chez un sujet capable de supporter l'anesthésie générale ou lombaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Pappa, Contribution à l'étude des calculs de l'urètre. Thèse. Paris, 1908.
2. Moschcowitz. Personal observations upon ureteral calculi. *Med. Record.*, May, 1909.
3. Byron Robinson. The Ureteral isthmuses. *Med. Record.*, April, 1909.
4. Baggs. Roentgen Rays. Diagnostic of calculi. *Med. Record.*, March, 1909.
- Israël, Black et Neuhauser. Soc. de Chirurgie de Berlin, décembre 1908.
- Garré, Volcker, Kummel & Kolzenberg et Israël. Société de Chirurgie de Berlin, avril, 1909.
- Buchanan. Blocking stone in the lower end of ureter. *Med. Record.*, March, 1909.
- Doyen. Soc. de Méd. Int. Paris, avril, 1909.
- Watson & Cunningham. Gen. Urin. Dis. 1909.
- Mass. Gen. Hosp. Autopsy Records. Multiple calculi in both kidneys, ureter, and bladder.
- Hallé Noël. Calculs de l'urètre. Thèse et Ass. Fr. Uro. '09.
- Legueu. Les calculs de l'urètre. Thèse, Paris.
- Jambräu. Rapport: l'Ass. Fr. d'Urol. Session d'oct. 1909.
- Cathelin. Journal des praticiens. Oct. 1909.
- Rossi. Lithiase rénale et urétérale. *Gaz. des hôpitaux*, 1907.
- C. A. Ball. Diag. of impact. cal. in the ureter. *Brit. Med. Journal.*, 1908.
- Rigby. The oper. treatment of impacted calculi in the ureter. *Annals of Surg.*, 1907.
- Jambräu, Legueu, Hartman, Tedenat, Arselin, Le Fur,

Hamonic, Pousson, Rafin, Deenos, André, Cathelin, Pasteau. Réunion Ass. Fr. Urol. à Paris, oct. 1909.  
 Dieulafoy, Clinique: L'anurie calculeuse.  
 Bheun. Des épreuves radiag. des calculs urinaires. Wener K. Woch, 1907.  
 Bargon et Ancelin. Idem. Soc. méd., Lyon, 1907.  
 Osgood. Diag. des calculs du rein et urètre. *Annals of Surgery*, 1907.  
 Erdman. Lithiase rénale et append. *Med. Record*, 1908.  
 Sourdelle. Etude clin. de la lithiase rénale. Thèse, Paris, 1907.  
 Villardet Thévenot. Anurie cal. datant de 8 jours; néphrotomie; guérison. *Lyon, med.* 1907.  
 Zabol. Diag. e traitement des calculs enchatonnés de l'urètre. *Zeit. of Urol.*, 1907.  
 Pozzi & Proust. Les calculs de l'urètre pelvien chez la femme. *Rev. Gynec. et chir. abdominale*, 1909.

plus grande partie de la joue droite. Les trois signes cliniques: le maximum centrifuge, le signe de l'oreille et le signe de la douleur à la pression, si bien décrits par G. Milian de l'Hôpital de la Charité, s'y trouvaient admirablement. La température était alors à 103 degrés Fah.; 2e injection d'argent colloïdal 5 c.c. dans le flanc.

Le 22 après-midi, température 101 degrés Fah.; 3e injection de 5 c.c.

Le 23, température 104 degrés Fah.; 4e injection de 10 c.c. cette fois. Le 24, l'œdème qui avait gagné la paupière supérieure et inférieure droite ayant diminué et la température étant tombée d'un degré, pas d'injection.

Le 25 après-midi la température est normale et le pouls à 125. L'œdème est disparu, la peau se desquame, l'enfant est en voie de guérison. Voici d'ailleurs le tableau de la température et du pouls pris chaque jour vers les quatre heures p.m.

Février 20	T. 104	P. 135	Argosol 5 c.c.
" 21	T. 103	P. 130	" "
" 22	T. 102	P. 128	" "
" 23	T. 104	P. 160	" 10
" 24	T. 103	P. 168	" "
" 25	T. 98.2	P. 125	" "

## L'Erysipèle

### Et son traitement par l'argent colloïdal

Par le Dr L. A. Chabot, ex-interne de l'Hôtel-Dieu.

L'attaque d'érysipèle, dont voici l'observation clinique, origina d'une malheureuse application d'huile d'olive sur la poitrine et le cou d'un bébé de dix mois. Ce traitement fut fait dans la matinée du 18 février dernier, dans le but de guérir une bronchite.

Le lendemain, l'enfant passe une assez bonne journée et déjà les commères du voisinage de se féliciter entre elles de l'heureux résultat de leurs conseils, quand, vers les quatre heures de l'après-midi, le bébé semble plus agité, il refuse de boire, la respiration s'accélère, la fièvre s'allume et ce n'est que tard dans la nuit que l'enfant peut reposer un peu. Le 20 au matin, l'agitation, les pleurs et les cris recommençant de plus belle, c'est alors que la mère nous fit demander. Voici les constatations que nous fîmes: enfant bien constitué, a toujours bien digéré, n'a jamais eu de diarrhée, ni d'autre maladie. L'examen successif de la gorge, des poumons, du cœur, etc., est négatif. La température est à 104 degrés Fah., le pouls à 135.

Poursuivant sérieusement l'examen du petit malade, je découvris à l'angle de la mâchoire inférieure droite, une égratignure, entourée d'une rougeur luisante et diffuse de la grandeur de l'ongle du pouce, qui nous fit craindre un érysipèle commençant. Pansement à l'eau boriquée tiède suivi d'une injection sous-cutanée de 5 c.c. d'argent colloïdal électrique. Ceci se passait le 20 février.

Le lendemain le diagnostic était confirmé. En effet la plaque érysipélateuse avait envahi l'oreille ainsi que la

L'argent colloïdal est donc un adjuvant très utile dans le traitement des infections. Son action — multiple, au dire des cliniciens qui l'ont employé, — consisterait en une augmentation considérable des leucocytes, une neutralisante sur les échanges nutritifs.

Dans le cas qui nous occupe le mérite de la guérison ne saurait être attribué à un autre agent thérapeutique, nous semble-t-il. En effet, sauf un peu de calomel, rien autre ne fut administré au petit malade que les injections d'argent colloïdal. (1)

Cette observation clinique confirme donc les contributions antérieures sur la valeur de ce merveilleux agent thérapeutique dans le traitement des maladies infectieuses et notamment de l'érysipèle.

Verdun, Fev. 1910.

### Solution pour anesthésie locale

M. Reclus emploie souvent la solution suivante pour l'anesthésie locale:

Novocaïne, 0 gramme 50 centigr.; Sérum physiologique, 100 grammes.

Cette solution est facilement stérilisée à l'autoclave.

Ajouter extemporanément une goutte de solution d'adrénaline à 1 p. 1000 pour 4 centimètres cubes de la solution anesthésique.

(1). Argosol. Ampoules Nova dosées à 5cc.

## Maladies des voies urinaires

### Ce qu'il faut entendre par guérison de l'urétrite chronique

Par le Dr Lucien Wormser.

S'il est un assez grand nombre de malades qui abandonnent trop vite le traitement des urétrites chroniques et conservent la possibilité ou de disséminer leur mal ou d'en subir eux-mêmes de graves conséquences ultérieures, il faut dire qu'aussi bien l'excès contraire est loin d'être rare.

Un grand nombre de nos malades, hantés par la persistance d'une goutte uréthrale, n'ont de cesse qu'ils n'aient épuisé successivement toute la gamme des médicaments utilisés en vue de leurs propriétés curatives plus ou moins problématiques; ils réclament, d'autre part, des soins prolongés du praticien auquel ils ont, en dernier recours, demandé avis.

Dans quelle mesure doit-on prolonger le traitement, dans quelle mesure aussi doit-on l'abandonner? C'est là un point essentiel et qui a une importance notable pour le malade qui vient nous consulter.

On se trouve en présence d'un malade qui a eu précédemment une ou plusieurs blennorragies, généralement peu ou mal soignées, qui ont duré pendant des temps plus ou moins longs; ils nous demandent de le débarrasser d'une goutte le plus souvent incolore, notable surtout le matin, apparaissant parfois dans la journée et devenant plus forte après un excès quelconque. Notre premier soin sera d'examiner la sécrétion au microscope et on se trouvera en présence d'une des deux variétés suivantes:

*Urétrite chronique microbienne;*

*Urétrite chronique amicrobienne.*

A. *Urétrite chronique microbienne.* — On peut trouver au microscope des gonocoques, des pseudo-gonocoques ou d'autres bactéries; il y a lieu de ne pas confondre les gonocoques avec une forme de pseudo-gonocoques fréquente dans les urétrites chroniques, le *micrococcus fallax*, décrit par Rousseau, qui prend le Gram comme le microbe de Neisser et dont nous avons étudié les particularités. Suivant le résultat bactériologique, on emploiera le traitement qui convient; celui-ci, en portant sur les microbes son action curative, guérira complètement l'urétrite, ou bien faisant seulement disparaître l'élément septique, laissera persister une goutte amicrobienne.

B. *Urétrite chronique amicrobienne.* — Il est bien entendu qu'on se trouve en présence d'un cas sur la nature bactériologique duquel on est nettement fixé.

Si, dès un premier examen, on n'a trouvé de bactéries d'aucune sorte dans l'écoulement, on devra faire subir

le traitement d'épreuve (lavage au nitrate d'argent, bière); on examinera la sécrétion le lendemain ou le surlendemain de cette épreuve; si elle a été formellement négative, on peut faire le diagnostic ferme d'urétrite chronique amicrobienne; c'est la forme qu'affectent le plus souvent les écoulements très longs, très rebelles, qui font spécialement l'objet de cette étude.

Une fois le diagnostic microscopique posé, on devra faire uriner le malade dans 4 verres distincts: le premier contiendra des filaments lourds, épais, les 3 autres seront normaux.

Nous éliminons de cette étude les urétrites compliquées de prostatite ou de folliculites uréthrales, qui sollicitent un diagnostic spécial et un traitement approprié, comme le massage de l'urètre sur Béniqué, ou l'usage de dilateurs-laveurs spéciaux. Nous ne donnerons pas non plus d'indications sur la façon dont nous envisageons le traitement de l'urétrite chronique et en particulier des cas rebelles; ce point a été l'objet d'un travail dans cette même Revue.

Nous estimons que, dans l'immense majorité des cas, la chronicité d'un écoulement tient à la formation, à la persistance de brides, de rugosités dans le canal. Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces brides du canal; dans le travail dont nous parlons plus haut, nous avons montré, par des figures endoscopiques appropriées, comment se formaient, au niveau des régions primitivement lésées par une blennorragie, des plaques blanchâtres de tissu de sclérose, véritables points d'appel des retrécissements du canal.

Nous pensons que ces inflammations chroniques sclérogènes localisées sont les causes exclusives de la goutte persistante; c'est la sécrétion amenée par le processus inflammatoire qui constitue l'écoulement plus ou moins abondant; ce sont les débris de cette sécrétion, retenus en arrière des brides qui, expulsés par le premier jet de l'urine, donnent dans le premier verre les paquets de filaments lords qu'on y trouve en plus ou moins grande abondance.

L'explorateur à boule olivaire donnera d'ailleurs sur ce point une indication franche et précise: on constatera la présence de brides, de rugosités uréthrales, le plus souvent dans la région périnéale, parfois, mais plus rarement dans la région pénienne.

Que faire, en présence de ces indications?

Il faut entreprendre la dilatation méthodique et progressive du canal, non sans avoir soin, et nous insistons sur cette précaution parfois négligée, de faire précéder l'introduction d'un instrument quelconque dans l'urètre, d'un lavage à l'eau boriquée ou mieux à l'oxygène de mercure à 1 pour 2.000.

Nous avons coutume d'employer les bougies jusqu'au No 21, à raison de 2 bougies par séance, renouvelée 3 fois dans la semaine avant de nous servir du Béniqué, dont nous commençons l'usage à partir du 41, à raison de 3 par séance. S'il y a lieu, nous poussons la dilatation jusqu'au Béniqué 60, en faisant la méatotomie galvanique, le jour où le méat empêche l'introduction du Béniqué.

Il est utile de savoir et de faire savoir au malade que,

dans le cours de la dilatation, la goutte urétrale peut devenir plus forte sinon en épaisseur, du moins en abondance; il est aisé de comprendre que la dilatation métallique amène une expression véritable des parois de l'urèthre, expurge les glandes infimes du canal des produits de sécrétion qu'elles contiennent; d'où irritation passagère par réveil d'une inflammation déjà ancienne.

A quel moment devons-nous suspendre cette dilatation que nous n'hésitons pas à qualifier de souveraine dans le traitement des uréthrites chroniques?

On a constaté, dès le début du traitement le malade se présentant à chaque examen sans avoir uriné depuis quelques heures, que les urines contiennent dans le premier verre, des filaments lourds, compacts, tombent nettement à fond.

On s'apercevra, au fur et à mesure que la dilatation fait son oeuvre, que l'épaisseur, la densité de ces filaments diminue; de lourds, de compacts qu'ils étaient, ils deviennent, d'une dilatation à l'autre, plus fins, plus légers, pour devenir progressivement légers, granuleux, poussiéreux en quelque sorte.

Lorsqu'on aura obtenu ce résultat, un examen nouveau de l'urèthre à l'explorateur, une endoscopie urétrale au besoin, montreront manifestement que les brides, les rugosités ont disparu en totalité ou en partie, que le tissu cicatriciel blanchâtre a fait place dans les régions préalablement sclérosées à du tissu rose à peu près normal, toutefois encore un peu congestionné par l'effet de la dilatation; c'est alors, mais alors seulement, que les instillations au nitrate d'argent viendront parachever l'oeuvre entreprise.

Nous avons coutume d'en faire deux par semaine, en commençant par une solution à 1 p.c., sans jamais dépasser 3 pour cent. L'excellent médicament qu'est le nitrate d'argent vient porter son effet cicatrisant sur les régions encore congestionnées du canal, non sans faire apparaître, le jour et le lendemain de l'instillation, une goutte blanc-laitueuse sans importance.

Nous conseillons alors à nos malades, à ce moment seulement, de prendre quelques capsules de santal; celui-ci contribue, associé aux instillations, à assécher complètement le canal et bientôt la goutte est complètement tarie, les urines tout à fait limpides, sans filaments; le malade est guéri.

D'autres cas sont assez fréquents où, après ces différents traitements, une amélioration notable s'est bien fait sentir; la dilatation a été poussée au Béniqué 60, les instillations et le santal ont donné le maximum de leur efficacité; malgré cela il persiste un suintement matinal séreux, aqueux: l'urine du premier verre conserve quelques filaments légers, muqueux, flottant en suspension sans tomber à fond.

Bien des malades, hantés par la persistance de ce suintement, sollicitent encore de nous des soins; c'est alors que nous devons leur faire partager notre conviction qu'ils doivent s'en tenir là, persuadés dans l'espèce que "le mieux est l'ennemi du bien"; il nous paraît sage de leur affirmer que ce suintement n'est nullement contagieux, que leur ca-

mal est très suffisamment dilaté pour qu'ils n'aient rien à craindre de ce côté: nous leur conseillons seulement, quelques mois après, de faire à nouveau explorer leur canal qui aura sans doute besoin de deux à trois séances de dilatation, utiles pour le maintien d'un bon calibre urétral.

Cette réserve nous paraît rationnelle, parce que nous estimons qu'un canal sténosé une première fois par des brides inflammatoires aura une tendance à se rétrécir à nouveau; c'est une sage mesure de prudence que de conseiller aux malades guéris d'une uréthrite chronique par rétrécissements larges, de venir se soumettre à un examen ultérieur peu distant; cette précaution prise, et en se basant sur le critérium de guérison énoncé plus haut, nous n'avons jamais observé chez nos malades le moindre incident éloigné.

(in *Jnal. des Praticiens.*)

## Clinique Obstétricale

*Clinique Tarnier. — M. le Pr P. Bar*

### La rétroversion de l'utérus gravide

A l'état de vacuité, l'utérus présente normalement un certain degré d'antéversion: sous des influences diverses, il peut basculer en arrière, *se rétroverser* ou *se rétrofléchir*. La laxité des ligaments postérieurs joue à cet égard un rôle considérable.

La rétroversion enclavée est une sorte de hernie étranglée: hernie de l'utérus en arrière, du côté de la concavité sacrée; étranglement du corps utérin entre les ligaments utéro sacrés. Un utérus rétroversé subit des modifications profondes portant sur le col et sur le corps.

Le drainage naturel de la cavité utérine étant supprimé du fait de la déviation, une infection même très atténuée entraînera rapidement des désordres; voilà pourquoi les rétroversions sont beaucoup mieux supportées, en général, par les jeunes filles que par les femmes, plus exposées aux infections génitales.

La flexion de l'organe en arrière se produit toujours au niveau de l'isthme, jamais au niveau du col ni au niveau du corps; la portion isthmique subit un allongement très accusé, et quand on vient de redresser un utérus rétrofléchi chez une femme qui n'est pas enceinte, on est souvent stupéfait de la longueur de la matrice.

Le col proprement dit est plus ou moins béant: il s'ouvre mécaniquement, par traction de sa lèvre antérieure.

L'utérus gravide réalise au plus haut degré l'ensemble des conditions qui tendent à produire la rétroversion, ou à l'augmenter si elle existait déjà. Une métrite peut accroître une rétrodéviation pré-existante, mais elle ne suffit pas par elle-même à la créer, les modifications qu'elle entraîne dans



l'épaisseur des parois utérines étant les mêmes aux divers segments de l'organe. Dans la grossesse, au contraire, tandis que le corps de l'utérus augmente de volume et que ses parois s'hypertrophient, l'isthme devient mou et s'amincit; le col et le corps sont donc séparés par un segment de résistance très affaiblie, et pour peu que l'utérus ait tendance à s'incliner en arrière le corps basculera vers la concavité sacrée: un utérus mal équilibré se mettra en rétroversion franche; une rétroversion déjà existante deviendra rétroflexion; un utérus non enclavé s'enclavera. La grossesse favorise encore les déviations en arrière en augmentant la laxité des ligaments postérieurs; cette laxité s'accroît avec le nombre des gestations, et les statistiques montrent en effet la plus grande fréquence des rétroflexions chez les multipares (13 primipares et 66 multipares sur un total de 79 cas).

Le rétrécissement antéro-postérieur du bassin est donné par nombre d'auteurs comme une cause directe de rétroversion de l'utérus gravide; ainsi énoncée, la proposition est fautive. Ces vicieuses pelviennes sont une cause d'enclavement de l'utérus rétroversé, mais non une cause de rétroversion.

La rétroversion est une complication des premières semaines de la grossesse; elle se produit au moment de l'amincissement et du ramollissement de l'isthme, vers la 5e, 6e ou 7e semaine. Dès qu'elle existe, trois éventualités sont possibles:

*L'avortement;*

*Le redressement spontané de l'utérus;*

*L'incarcération de l'utérus.*

L'avortement est précoce au cours des rétroversions; il survient d'ordinaire vers la huitième ou la dixième semaine. La fausse couche est déterminée non pas tant par la déviation elle-même que par l'infection de l'endométrium. De ce fait, on peut donner plusieurs preuves: l'avortement se produit surtout dans les rétroversions adhérentes; quand la malade mène sa grossesse à terme, le placenta présente toujours des altérations. La seule particularité de ces fausses couches est la fréquence des rétentions placentaires.

Le redressement spontané de l'utérus est certainement très fréquent, et, par suite, bien des rétroversions restent méconnues. La déviation se corrige par le mécanisme suivant: la paroi postérieure de l'utérus se trouvant à l'étroit dans la concavité du sacrum ne peut se développer librement; c'est la paroi antérieure, tournée vers le détroit supérieur, qui éprouvera le moins de gêne: c'est donc sur elle que portera surtout la dilatation de la cavité utérine, ce qui revient à dire que cette partie remontera vers le détroit supérieur. La région distendue à l'excès tire après soi, petit à petit, le reste de la paroi utérine, et la réduction finit par s'opérer. Les tractions effectuées de la sorte sur le fond de l'utérus sont si puissantes qu'elles tendent et rompent parfois les adhérences qui maintenaient l'organe en position vicieuse (Treub); on conçoit donc que certaines rétroversions adhérentes aient guéri à la suite d'une grossesse.

Le redressement commence en général à s'effectuer

breux et peu accusés; on pourrait les résumer ainsi: "ça tire entre le deuxième et le troisième mois; il est parvenu à trois mois et demi ou quatre mois; les premiers temps sont lents, les derniers temps sont souvent très rapides: il n'est pas rare de voir la réduction proprement dite se faire avec une brusquerie qui provoque de vives douleurs. On peut dire qu'un utérus rétrofléchi "est en route pour le redressement" quand sa paroi antérieure a dépassé les limites du détroit supérieur.

Les symptômes fonctionnels qui traduisent la rétroflexion de l'utérus gravide sans incarceration sont peu nombreux et "ça pèse". Les malades se plaignent en effet de quelques tiraillements dans les régions inguinales droite et gauche, et d'une pesanteur du côté de l'anus. A ce degré de la déviation, les symptômes vésicaux sont souvent presque nuls, la constipation, très peu marquée.

Les signes physiques de la rétroversion sont tellement nets, en théorie, que le diagnostic par le toucher bimanuel semble devoir être des plus faciles: le doigt rencontre très en avant le col utérin, et trouve dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse un peu pâteuse représentant le corps. Cela paraît élémentaire et toute confusion semble impossible. En réalité, la confusion est très fréquente, et les erreurs de diagnostic ne se comptent pas. L'erreur commise est toujours la même: on oublie que le col utérin s'allonge beaucoup pendant la grossesse, au point de s'élever au-dessus de l'aire du détroit supérieur; on prend pour le fond de l'utérus la coudure isthmique située entre le col et le corps, et le corps lui-même, qui remplit le cul-de-sac de Douglas, est pris pour une tumeur rétro-utérine, trompe gravide ou non, fibrome, kyste de l'ovaire par exemple.

Quand la rétroversion n'interrompt pas la grossesse et que l'utérus ne se redresse pas spontanément, trois modalités évolutives peuvent se produire:

L'utérus se redresse partiellement;

L'utérus se relève sans se redresser;

L'utérus s'incarcère.

Le redressement partiel est très rare et M. Bar n'a pu en relever que cinq ou six cas indiscutables. Il ne s'agit en réalité que d'un redressement apparent; le fond et la paroi postérieure de l'utérus restent profondément situés dans l'excavation pelvienne, où des adhérences contribuent souvent à les maintenir; le redressement se fait aux seuls dépens du segment inférieur, qui s'élève plus ou moins au-dessus du détroit supérieur. Ici encore, les erreurs de diagnostic sont très communes, presque constantes; la tumeur dure postérieure représentant le corps utérin paraît indépendante de la masse supérieure, tendue mais fluctuante, formée aux dépens du segment inférieur et est prise pour un fibrome au-dessous d'un utérus gravide.

Plus rares encore sont les cas dans lesquels l'utérus tout entier se relève et quitte l'excavation pelvienne sans se redresser, c'est-à-dire sans que l'axe du col et l'axe du corps reprennent leurs rapports normaux. On ne peut guère citer que deux observations de cet ordre appartenant l'une à Delbet, l'autre à Segond, Pinard et Couvelaire. Dans l'observation de Delbet, c'est un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus qui avait empêché le redressement;

des adhérences devaient être incriminées dans le cas de Segond et Pinard.

La dernière modalité évolutive est l'*incarcération de l'utérus*; cette incarceration se produit de la façon suivante: l'utérus, se développant graduellement dans la cavité pelvienne, se moule contre les parois de l'excavation dont il épouse les contours, et finit par *s'encastrier* si bien qu'il ne peut plus se dégager.

Les causes favorisantes de l'incarcération ont été rangées par les auteurs sous cinq chefs différents:

La *laxité anormale des ligaments ronds*, invoquée dans tous les ouvrages classiques, favorise certainement la rétroversion, mais ne saurait être une cause d'incarcération.

La *distension de la vessie*, qu'on observe si souvent au cours des rétrodéviations, n'est pas, quand elle intervient, la seule cause de ce phénomène.

Un *promontoire accessible* est une cause déjà plus pressante: s'avancant comme un cap au-dessus de l'utérus basculé en arrière, il est capable de s'opposer à son redressement.

Mais les deux facteurs essentiels de l'incarcération sont:

D'une part les *adhérences* qui, tirant l'utérus en arrière, le maintiennent au fond du petit bassin;

D'autre part les *tumeurs* de la face postérieure de la matrice qui, par leur *poids*, produisent les mêmes effets.

L'incarcération étant effectuée, ses conséquences ne tardent pas à se manifester; comprimé de toutes parts, l'utérus se révolte et tend à expulser son contenu. Il est difficile de préciser dans quelles proportions se produit l'*avortement* après incarceration, mais on est en droit d'affirmer que cette éventualité est très fréquente: la fausse couche survient ordinairement de la 25<sup>e</sup> à la 28<sup>e</sup> semaine, et très souvent des rétentions placentaires et des accidents infectieux graves lui succèdent.

A titre de curiosités pathologiques d'une extrême rareté, on peut citer des cas dans lesquels on a observé, après sphacèle de la paroi antérieure du rectum, un véritable accouchement par l'anus, de l'*utérus tout entier*. D'autres fois, c'est la paroi postérieure du vagin qui cède, et l'utérus fait issue par la vulve.

L'incarcération de l'utérus n'entraîne pas fatalement l'*avortement*, mais elle provoque toujours des accidents de *compression du côté du rectum et de la vessie*, accidents auxquels peuvent s'ajouter des manifestations péritonéales d'ordre infectieux.

La *compression du rectum* se traduit par des phénomènes d'*occlusion* intestinale provoquée parfois plutôt par une contracture spasmodique de l'intestin, que par la compression elle-même.

Les troubles qui se manifestent du côté de la vessie sont les plus importants et les plus caractéristiques. La *rétenion d'urine* accompagne souvent la rétroversion simple, à plus forte raison la rétroversion avec incarceration. A quoi est due cette rétenion? On l'attribue très souvent à la compression du bas-fond vésical contre la symphyse par le col utérin fortement repoussé en avant. Mais si la com-

pression de la vessie par le col peut être admise dans quelques cas de rétroflexion simple, un pareil mécanisme ne saurait être invoqué dans l'incarcération. Il suffit, chez ces malades, de pratiquer le toucher vaginal, pour se convaincre que le col, remonté sensiblement au-dessus de la symphyse, ne peut être un agent de compression. La véritable cause de la rétenion doit être cherchée dans les *adhérences anormales* qui, à l'origine même de toute *rétroversion*, existent entre la vessie et le segment inférieur de l'utérus. De plus en plus tiraillé par ces adhérences à mesure que la grossesse avance et que le segment inférieur se distend, le triangle vésical interurétéral se tend à l'extrême; le canal de l'urètre lui-même est fortement tiré par en haut, et ses parois s'accroissent et s'aplatissent à la manière des parois d'un tube de caoutchouc que l'on tend. La preuve de ce fait est donnée par la longueur des sondes qu'il faut employer pour atteindre la cavité vésicale quand on cherche à pratiquer le cathétérisme.

La quantité d'urine renfermée dans la vessie peut être considérable; elle atteignait 10 litres dans un cas assez récent publié par Kustner. La distension se faisant lentement, la vessie lutte d'abord contre l'obstacle par l'hypertrrophie de ses parois; mais dès que sa capacité dépasse trois ou quatre litres, elle ne résiste plus et se laisse forcer. Il n'est pas très rare, à ce stade, de voir se produire de l'hydronephrose avec distension énorme des uretères (Wertheim); on a même cité des cas très exceptionnels dans lesquels l'ouraque redevenu perméable avait permis la sortie de l'urine au niveau de l'ombilic.

La *rupture de la vessie* sous la seule influence de la distension poussée à l'extrême a été observée; mais ces éclatements sont tout à fait rares et dans l'immense majorité des cas la rupture reconnaît pour cause une *gangrène* des parois vésicales. C'est la gangrène vésicale qui est le grand danger de la rétroversion de l'utérus gravide. Pinard, en 1887, avait émis l'opinion que le sphacèle avait dû à l'oblitération des artères de la vessie. Aujourd'hui cette hypothèse doit être corrigée. C'est l'*infection* qui est l'agent du processus gangréneux. Ce processus peut atteindre seulement la muqueuse vésicale, et l'on a vu sur des pièces anatomiques toute la muqueuse détachée des couches sous-jacentes et tombée dans l'intérieur de la vessie (Schates). Mais les parois musculaires sont elles-mêmes frappées de sphacèle dans d'autres cas, et la vessie se trouve, sur une plus ou moins grande surface, réduite à son enveloppe celluleuse et péritonéale. Malgré d'aussi graves désordres, certaines malades ont pu guérir, leur réservoir urinaire se trouvant alors transformé en un bloc fibreux creux dépourvu de toute contractilité.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide varie suivant l'époque à laquelle on voit la malade, et suivant le degré des lésions.

Dans les six premières semaines de la grossesse, si des manœuvres très simples ne suffisent pas à corriger la déviation, le mieux est de ne pas insister: la réduction pourra se faire spontanément un peu plus tard.

Si la rétroversion persiste à trois mois ou trois mois et demi, ou si l'on voit pour la première fois la malade à

cette époque de la grossesse, le danger de l'enclavement rend formelle et urgente l'indication de la réduction.

Pour réduire, on emploiera d'abord les moyens les plus simples :

La malade étant couchée sur le dos, deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin repoussent en avant le corps de l'utérus et essayant de le ramener vers la symphyse. Au cours de cette manœuvre il arrive parfois que l'utérus, après avoir obéi tout d'abord au doigt qui le pousse, cesse de se redresser avant que la réduction soit complète : c'est que le fond de l'organe est venu buter contre le promontoire ; il suffit, pour vaincre la difficulté d'incliner un peu l'utérus à droite à gauche.

Si ces tentatives de relèvement demeurent infructueuses, on saisit avec une pince tire-balles la lèvres antérieure du col et on exerce sur elle des tractions plus ou moins fortes (jusqu'à l'attirer à la vulve si c'est nécessaire), pendant qu'au fond du cul de sac postérieur deux doigts de la main restée libre refoulent l'utérus en avant.

*Il va sans dire qu'avant toute tentative de réduction, on aura vidé avec soin la vessie.*

Les moyens employés échouent parfois tant que la femme est dans le décubitus dorsal, la pression de la masse intestinale s'opposant au redressement de l'utérus : la position genu-pectorale supprime cet inconvénient, mais elle est pénible pour la malade ; mieux vaut utiliser la *position inclinée* de Trendelenburg, en glissant sous le siège un volumineux coussin.

Malgré cet artifice, il arrive qu'on n'obtient rien ; on se trouvera bien alors d'introduire dans le vagin, pendant un, deux ou trois jours, un pessaire de Gariel que l'on gonfle. Sous l'influence de cette tension lente et soutenue, des rétroversions se sont réduites spontanément qui avaient résisté jusque-là à toutes les tentatives ; en tout cas, la distension obtenue, facilite les manœuvres ultérieures. L'introduction de ballons dans le rectum, en dehors de quelques indications spéciales, est à peu près abandonnée aujourd'hui.

Une *rétroversion réduite à toujours tendance à se reproduire*, et cela d'autant plus que l'on est encore plus rapproché du début de la grossesse. D'où le précepte de maintenir la correction par un pessaire qui est laissé en place jusqu'à 4 mois ou quatre mois et demi. On peut se servir de simples anneaux de Dumontpallier (les nos 5, 6 ou 7 étant ceux qui conviennent habituellement), mais leur entretien est difficile malgré les soins de propreté. Quelque fois les anneaux de caoutchouc ont été remplacés par des anneaux en celluloid.

M. Bar utilise plus volontiers des pessaires de Sims, qu'il a fait construire par Collin en étain, métal malléable, et dont l'arc postérieur est plus large que l'arc antérieur.

En présence d'une *rétroversion avec utérus enclavé*, le traitement diffère suivant qu'il existe ou non des complications sérieuses.

Dans le second cas,—si tout se borne par exemple à un peu de rétention d'urine sans infection,—deux moyens

peuvent être mis en oeuvre : *l'avortement provoqué* et le *redressement forcé de l'utérus*.

L'avortement provoqué, jadis pratiqué largement, est de plus en plus abandonné.

Reste le *redressement forcé*. On ne doit jamais, pour l'obtenir, se servir d'un cathéter : une perforation utérine, l'avortement seraient la conséquence à peu près fatale de cette manœuvre.

La *laparotomie est aujourd'hui l'opération de choix* : on rompt les adhérences et l'utérus est ramené en position normale. Les résultats de l'intervention sont excellents, puisque, sur 18 cas relatés dans une statistique de Wertheim, il y a eu 18 guérisons opératoires et un seul avortement. Les indications précises de la laparotomie sont le seul point délicat à établir ; en pratique, on peut admettre qu'il est légitime d'y recourir toutes les fois qu'à trois mois et demi un utérus gravide rétroversé a résisté à tous les moyens ordinaires de réduction.

En présence d'un *enclavement avec complications graves* (vessie très distendue, urines purulentes, gangrène imminente, accidents péritonéaux) l'avortement provoqué et la laparotomie doivent être abandonnés. On se contente aujourd'hui d'assurer le *drainage de l'utérus et celui de la vessie*.

Pour drainer l'utérus, Sanger a proposé d'inciser la paroi postérieure du vagin, puis le corps utérin, de vider la matrice par cette brèche et d'appliquer des drains. Olshansky a pratiqué avec succès cette opération. Un procédé plus élégant et donnant plus de sécurité au point de vue de l'infection de la cavité péritonéale consiste à inciser la paroi postérieure du vagin, à décoller les adhérences jusqu'à l'attache solide du péritoine sur l'utérus, et à *inciser* le corps utérin au-dessous de la séreuse.

Une sonde à demeure suffit parfois à assurer le drainage vésical, quand on a simplement affaire à des urines sentant mauvais, sans infection très profonde. La taille hypogastrique et le drainage suspubien deviennent nécessaires, quand il y a gangrène de la vessie.

Le point difficile consiste à établir à quel moment les complications acquièrent un degré de gravité qui rend formelle l'indication du drainage utérin ou vésical. L'interprétation des symptômes est très délicate dans les "cas limites" et seule une longue pratique peut renseigner à cet égard.

(in *Jnal. des Praticiens*).



## NOTES EDITORIALES

### Le Prof. René de Cotret

Le Conseil de la Faculté, ayant à remplir une vacance dans ses rangs, vient d'appeler le Dr A. René de Cotret.

Le choix du nouveau membre du Conseil n'était pas des plus faciles, car les aspirants étaient aussi nombreux que bien qualifiés. Tous avaient des états de service sérieux, tous avaient établi leur compétence en leur sphère respective, tous étaient doués de cette facilité d'élocution qui commande et garde l'attention de l'auditoire. Le choix porta sur le Dr René de Cotret, déjà Professeur-Adjoint de Clinique Obstétricale: le choix pouvait être ailleurs aussi bon, il ne pouvait être meilleur.

Nous savons tous avec quelle maîtrise le Professeur de Cotret commande les difficultés de son art — avec quel soin — que nous ne saurions trop louer — le clinicien prépare ses leçons magistrales, dont aiment à repasser ses élèves, — avec quelle régularité il fait son service hospitalier.

Mais il est une raison de plus à sa nomination que nous aimons à mettre en lumière, à bien mettre en lumière. C'est que, malgré ses très nombreuses occupations professionnelles, le Prof. de Cotret sait encore trouver le temps de publier, dans les revues médicales, le résultat de ses observations et à l'occasion faire des propositions nouvelles. La plupart des articles du Prof. de Cotret ont eu l'honneur de l'analyse dans les revues étrangères. Faut-il rappeler que ses études sur le "Veratrum Viride dans l'Eclampsie" ont fourni sujet à une thèse soutenue devant la Faculté de Paris.

Ces analyses et mentions à l'étranger de travaux faits par nos professeurs sont un des rares, très rares moyens qui peuvent faire connaître notre Faculté de Laval au-delà des limites de notre province. Le silence habituel des gradués de Laval dans les grandes réunions médicales hors Montréal, l'absence quasi absolue de contribution aux revues médicales de l'étranger, n'ont certes pas aidé à faire savoir qu'il existait une faculté de médecine à Laval.

A la vérité il faut reconnaître que nos aînés ont fait beaucoup plus que nous, à ce point de vue. Faut-il rappeler les nombreuses publications dans les revues étrangères du regretté Sir William Hingston et la part active qu'il prenait très souvent aux congrès de médecine; — la "Matière Médicale" de cet autre travaillant, aussi modeste que connaissant, feu le Prof. Desrosiers! Sur nos rayons nous avons tous le "Traité d'Ophtalmologie du Prof. Foucher". Tout dernièrement, une revue de spécialité à l'étranger

publiait le travail du Prof. Foucher sur le Gliome du Neuf Optique, dont nous avons eu la primeur à la Société Médicale.

J'aime à rappeler aussi qu'un autre de nos collaborateurs réguliers, le Dr J. N. Roy, a eu l'honneur de voir accepter à différentes reprises ses travaux en diverses revues non canadiennes.

A ce groupe peu nombreux de ceux qui croient qu'à chacun incombe presque comme un devoir de s'efforcer de faire connaître Laval au dehors, appartient le Dr de Cotret.

Le nouvel élu, qui a été de tout temps un de nos collaborateurs fort apprécié de nos lecteurs et que nous prenons plaisir à réclamer aussi, le nouvel élu, dis-je, voudra bien accepter nos félicitations pour l'honneur qui lui revient de cet appel à siéger au Conseil de notre Faculté. Pour n'avoir pas été précipitées, nos félicitations n'en sont pas moins sincères et elles lui apportent en plus l'écho flatteur de l'approbation générale.

\*\*\*

### Les récentes promotions à la Faculté

Tout dernièrement la Faculté faisait les nominations et promotions suivantes:

Le Dr Ls-Edouard Fortier, professeur titulaire de matières médicales.

Dr Alphonse Bernier, titulaire de bactériologie.

Dr Raphael Trudeau, agrégé au cours de gynécologie.

Dr Joseph Dupuis et Dr Roch Dépatie, démonstrateurs de bactériologie.

Dr Joseph Guyon, agrégé au cours des maladies mentales.

Dr A. Tétrault, agrégé à la clinique des maladies mentales.

Dr Joseph Bourgoin, agrégé au cours de matières médicales.

Dr Ls. Verner et Dr Hyacinthe Lebel, agrégés à la clinique médicale.

Dr Alexandre Saint-Pierre, assistant au service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Les Drs Verner et Lebel, déjà assistants bénévoles depuis plusieurs années au service médical de l'Hôtel-Dieu étaient en plus nommés médecins de cette institution ainsi que le Dr Eugène Latreille, déjà Professeur-Adjoint d'Anatomie Pathologique.

A tous les nouveaux élus nos félicitations.

### Montréal nouveau

Graduellement et rapidement, la ville change d'aspect.

Nous avons tous remarqué avec quelle dextérité, en comparaison des années dernières, les rues sont devenues propres.

Sous l'impulsion des Commissaires, la question d'un approvisionnement d'eau salubre pour la ville a fait un pas énorme vers une prompte réalisation, — dans l'octroi par le Conseil d'une somme de \$10,000. pour charger une commission d'experts d'un rapport pratique à cet effet.

La question d'un meilleur approvisionnement de lait est déjà à l'étude et recevra pour l'été une solution effective, nous le savons.

Une campagne active pour une meilleure observance des lois générales d'hygiène est en marche et produit déjà ses fruits.

Nous serions à la fois aveugles et injustes, si, en arrière de ce mouvement intense et efficace vers une amélioration grandement nécessaire et trop longtemps négligée de l'Hygiène Général de la Ville, nous ne sentions pas et n'indiquions pas la main de nos collègues distingués: Son Honneur, le Maire Guerin, le Dr E. P. Lachapelle et les Drs Roux, Garceau, Letourneau et Dubeau.

Ne leur ménageons pas les félicitations et les approbations: c'est le meilleur encouragement.

Il a fallu à peine quelques semaines à une couple d'hommes *compétents, énergiques et progressifs* pour orienter vers une réalisation prochaine et même déjà accomplir ces réformes si nécessaires, — que les chefs de la santé publique, ces dernières années, n'avaient pas semblé soupçonner, — par ignorance, incurie ou incompétence.

Un peu plus de science de l'hygiène leur eut été plus utile — et à nous donc — que l'autre science!

## NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

### TRAITEMENT DES COLIQUES DE PLOMB

L'indication principale est de saturer énergiquement l'acidité gastrique, toujours très élevée, et de calmer le spasme intestinal. Au moyen de poudres de saturation, on satisfait à la première indication: pour la seconde, le bromhydrate de scopolamine est à recommander, en injection hypodermique d'un demi-milligramme.

Une fois la colique calmée, il faut immédiatement se préoccuper de favoriser l'évacuation, car ces malades sont tous des constipés, et il faut supposer qu'en faisant de la rétention fécale ils retiennent une certaine quantité de plomb dans l'intestin. Dès le soir du premier jour du traitement, on donnera une infusion:

Follicules de séné lavé à l'alcool, 20 gr.

Eau bouillante, 300 gr.

Cette pratique est la plus simple et suffit généralement; si toutefois il existe un état saburral caractérisé avec état nauséux très pénible, on prescrira au lieu de l'infusion:

Sulfate de soude, 25 gr.

Tartre stibié, 0 gr. 10

Eau, 250 gr.

Cette solution se prend en trois fois à un quart d'heure d'intervalle; elle provoque le vomissement, mais elle a l'avantage de nettoyer rapidement l'estomac.

Le lendemain, c'est-à-dire le deuxième jour du traitement, on nettoie soigneusement le malade pour le débarrasser du plomb qui l'imprègne (bain alcaliné, lavage de la bouche). Le soir, lavement purgatif:

Eau tiède, 500 gr.

Electuaire diaphoenix, 30 gr.

Le troisième jour, un purgatif le matin.

Dans les jours qui suivront, le malade prendra des bains sulfureux, additionnés de chlorure de sodium et, aussitôt qu'il pourra les supporter, on lui administrera des douches.

Par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 septembre 1909).



### LE DRAP MOUILLE CONTRE LES EPANCHEMENTS PLEURETIQUES CHEZ LES ENFANTS

D'après M. Sokoloy (*Vratchebnaya Gazeta*), M. le Professeur Thernor, de Kiew, emploie avec succès à sa clinique pédiatrique, les enveloppements humides contre la pleurésie avec épanchement séreux.

Il préconise la technique suivante:

Sur une couverture chaude recouverte de toile cirée, on place un drap mouillé d'eau à 37 degrés, 40 degrés, ensuite exprimé. Déshabillé avant tout, l'enfant est roulé dans le drap mouillé, puis dans la toile cirée, enfin dans la couverture chaude. Le malade supporte tranquillement cet enveloppement si l'on a soin que le drap n'ait pas le temps de se refroidir, et bientôt il s'endort. On répète cet enveloppement tous les jours, et, le premier jour, on le maintient une demi-heure, le second jour une heure, le troisième une heure et demie, le quatrième deux heures. A partir du cinquième jour, on diminue tous les jours d'une demi-

heure la durée de l'enveloppement. Le traitement est fini en 7 jours.

Ces enveloppements amènent une transpiration plus ou moins abondante et, sous son influence, on voit diminuer la quantité de l'épanchement pleurétique et, non seulement il n'y a pas de diminution dans la diurèse, mais bien une augmentation prouvant que l'exsudat pleurétique est en voie de résorption. Dans la plupart des cas, l'épanchement disparaît ainsi en 7 ou 8 jours.



### LES DIARRHEES NON TUBERCULEUSES DES PHTISQUES.

On observe parfois, chez les phtisiques, des diarrhées qui ne sont pas dues à la tuberculose. Elles sont alors causées par une dyspepsie ou une entérite non bacillaire, qui relèvent elles-mêmes de la suralimentation carnée, de l'abus de médicaments (huile de foie de morue, ichtyol, créosote, arsenic) ou de la déglutition des crachats septiques.

On combattra la diarrhée entérique par le régime lacto-farineux, le lait fermenté, les purgatifs salins légers, les lavements, les lavages intestinaux faiblement antiseptiques et, au besoin, par l'ipécacuanha, les sels d'argent, l'opium, la belladone.

On supprimera momentanément la viande dans les cas de diarrhée dyspeptique. On prescrira l'emploi des légumes, des farines, des biscottes, du lait.

On traitera en même temps la dyspepsie. On ordonnera les alcalins à petites doses aux hyperchlorhydriques; la pepsine, la solution chlorhydropeptique et le suc gastrique naturel aux hyposthéniques.

On recommandera enfin, aux malades atteints d'insuffisance hépatique ou pancréatique, le régime lacté absolu, les sels de calcium et les préparations opothérapiques (pancréatine et extrait de bile).

(*Rivista critica di Clinica medica*, No 23, 1909).



### TRAITEMENT DES CONVULSIONS D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALES CHEZ LES ENFANTS AU BIBERON

On sait que les convulsions, chez le nourrisson, sont souvent la conséquence de troubles gastro-intestinaux.

Dans ces cas, la première mesure qui s'impose est de mettre immédiatement l'enfant, pendant 24 heures, à la diète hydrique avec de l'eau très pure ou, de préférence, de l'eau de Vittel ou d'Alet: on la donnera par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

D'autre part, on administrera matin et soir un lavement purgatif:

Eau, 150 grammes.

Folioles de séné, 10 grammes.

Faire infuser une demi-heure et filtrer.

Une demi-heure après que le lavement aura été rendu, on donnera un lavement calmant:

Eau distillée, 100 grammes

Bromure de potassium, à 60 centigr.

Hydrate de chloral, à 60 centigr.

On donnera, en outre, toutes les 3 heures, un grand bain de tilleul à 36 degrés, durant 20 minutes.

Enfin, on pratiquera une injection de 50 grammes de sérum physiologique qu'on renouvellera au besoin dans la journée.

Dès le second jour, si les crises s'atténuent ou disparaissent, on essaiera de donner quelques cuillerées de lait d'ânesse. Enfin, on conseillera l'allaitement au sein d'une nourrice.



### TRANSPIRATIONS LOCALISEES DES MAINS

On a combattu par bien des moyens cette forme d'hyperhidrose qui fait le désespoir de bien des sujets et peut même être un obstacle à l'exercice de certaines professions.

Dans son petit livre très pratique: *Digestion et nutrition*, M. le Dr Monin conseille la préparation suivante:

Eau distillée d'hamamelis, 500 grammes

Teinture de belladone, 250 grammes

Formaldéhyde, 20 grammes.

Essence de Nérolis, 5 grammes.

M. S. A.

Pour badigeonnages, lotions ou compresses.

Voici une autre préparation conseillée pour le même objet par M. O. Martin, dans son *Formulaire*.

Borax, à 15 grammes

Acide salicylique, 5 grammes

Glycérine, à 60 grammes

Alcool dilué, à 60 grammes.

Lotions à faire deux ou trois fois par jour.

M. Monin fait remarquer, en outre, qu'on restreint sensiblement la prédisposition aux sueurs, en prenant, avant chaque repas, dans un peu d'eau (ou mieux dans une tasse de décoction de quinquina gris), 30 à 40 gouttes de teinture de sauge. Cette teinture se prépare en faisant macérer pendant huit jours, dans 100 grammes de vieux cognac, 20 grammes de sommités fleuries de sauge officinale (après ce temps, on passe avec expression). Dans le cas de sueurs nocturnes, on devra répéter, au moment du coucher, la médication qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient.



# Progrès des Sciences Médicales

## L'INSUFFISANCE GASTRIQUE.

Les affections de l'estomac seraient, en général, faciles à soigner, si elles n'étaient pas si souvent compliquées d'insuffisance gastrique, c'est-à-dire diminution soit de la quantité, soit de la qualité du suc gastrique. Presque toutes les gastrites finissent pas amener une atrophie des glandes, et par suite cette insuffisance; l'atonie gastrique et la dilatation en sont souvent compliquées; dans le cancer de l'estomac, elle vient accroître les tourments du malade; dans les dyspepsies, elle peut être soit cause, soit effet.

Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir l'affection enfermée dans un véritable cercle vicieux, car la diminution du pouvoir digestif du suc gastrique laisse le champ libre à toutes les fermentations anormales, butyrique, acétique, etc. Or, la présence de nombreux produits irritants ou toxiques, au contact de la muqueuse digestive contribue à maintenir et même à augmenter les lésions inflammatoires. Il faut donc que le praticien rompe ce cercle vicieux, d'autant plus grave que le passage d'un chyme fermenté et plus ou moins toxique, dans l'intestin, amène trop souvent des phénomènes d'entérite et même l'entéro-colite muco-membraneuse.

On tend actuellement à voir aussi, dans la plupart des troubles gastro-intestinaux des nourrissons, un résultat de la mauvaise digestion du lait. Ce serait donc, au moins dans un grand nombre de cas, l'estomac qu'il faut d'abord soigner.

Les ferments digestifs ont alors une indication impérieuse; si l'on peut obtenir une digestion normale dans l'estomac, on coupe court aux fermentations butyriques et autres, les lésions de gastrite et d'entérite se réparent souvent d'elles-mêmes, et l'état général s'améliore, l'intestin n'offrant plus au sang de produits toxiques ou inassimilables.

On doit donner la préférence à la papaine, qui a l'avantage d'être un ferment végétal. Il ressort des expériences du professeur Wurtz, et plus récemment de Carroll Chase, qu'elle est un péptonisant énergique des matières albuminoïdes. Chose des plus intéressantes, la réaction du milieu ne peut entraver son action, et elle agit toujours, qu'elle soit en milieu acide, neutre ou alcalin. De plus, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne les graisses et digère parfaitement le lait.

Depuis trente ans, les observations cliniques ont été en complet accord avec les expériences de laboratoire. Elle a été utilisée avec succès dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades, on peut l'associer au bicarbonate de soude, que n'entrave pas son action. On l'a donnée avec le plus grand profit dans la tuberculose pour conserver ou

faire récupérer aux malades l'intégrité de leurs fonctions digestives.

Elle triomphe surtout dans la médecine infantile et peut être donnée, même pendant les premières semaines de la vie, pour combattre les vomissements, les lientéries, les diarrhées de l'enfant élevé soit au sein, soit au biberon. Quelle que soit la théorie par laquelle on explique le fait, tous les troubles dyspeptiques de la première et de la seconde enfance sont améliorés par la papaine—depuis les plus légers jusqu'aux plus graves—et il nous a encore été donné d'assister récemment à deux véritables résurrections: il s'agissait d'enfants athrepsiques, ne digérant rien, n'assimilant rien, arrivés à la dernière période de la cachexie, qui furent ainsi sauvés rapidement.

Ce produit est donc une arme que le médecin doit avoir entre les mains et dont il doit se servir.

\* \* \*

## L'ENGRAISSEMENT ET L'AMAIGRISSEMENT AU COURS DE L'ICTERE PAR RETENTION. LEUR VALEUR SEMEIOLOGIQUE.

Au cours du syndrome ictère par rétention caractérisé par tous ses signes classiques, décoloration absolue des matières fécales, existence de pigments biliaires dans les urines, prurit, bradycardie, etc., les auteurs ont pu observer, dans leur service de l'hôpital Tenon, des malades dont le poids ne diminuait pas et d'autres dont le poids augmentait, malgré la longue durée de l'ictère (dix mois, dans une observation).

Tous les auteurs affirment que l'ictère par rétention est toujours cause d'amaigrissement, et paraissent trouver dans les faits expérimentaux l'explication de cet amaigrissement. On sait, en effet, que tout malade ou tout animal porteur d'une fistule biliaire maigrit rapidement parce que les graisses ne sont pas digérées, la bile ne pénétrant pas dans l'intestin.

L'observation clinique démontre, au contraire, que l'ictère par rétention n'est pas, à lui seul, une cause suffisante d'amaigrissement; elle prouve que les ictériques par rétention dont on voit le poids rester stationnaire ou augmenter ont dû ce bénéfice à ce fait qu'on les a bien alimentés et de façon spéciale.

Les malades doivent prendre 2 litres à 2 litres et demi de lait par vingt-quatre heures, la quantité variant selon la taille et le poids des malades; ils conservent leur poids et souvent quittent l'hôpital avant engraisé de 1 à 2 kilos.

Ces ictériques sont souvent anorexiques et comme on n'insiste pas sur la nécessité de les nourrir, ils maigrissent comme tout autre malade insuffisamment nourri.

Dans ces conditions spéciales d'alimentation préconisées par les auteurs, l'évolution des maladies, les opérations chirurgicales et les autopsies apprennent que l'ictérique par rétention qui maigrit est un malade dont l'ictère a une cause maligne, tandis que l'ictérique par rétention dont le poids reste fixe est un malade dont l'ictère a une cause bénigne.

De leurs observations, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Tout ictérique par rétention, suffisamment alimenté, qui ne maigrit pas, n'est pas un cancéreux, quels que soient la durée de l'ictère et l'âge du malade ;

2<sup>o</sup> Tout ictérique par rétention, suffisamment alimenté, qui maigrit est un cancéreux.

Par MM. G. Caussade et G. Leven.

\* \* \*

### DE L'EFFICACITE DE LA CREOSOTE

Dans un récent travail, F. X. Langélier, étudiant les multiples indications de la créosote, rappelle ses excellents effets dans quelques maladies.

Il est des observations nombreuses, dit-il, qui font éclater l'influence puissante qu'exerce la créosote dans la *pneumonie*. Il a été prouvé, par des rapports cliniques que bien peu de cas ont résisté absolument à son influence, et il a été constaté qu'elle a fait avorter la maladie dans beaucoup de cas.

Le Dr L. Kolipinski, de Washington D.C., estime que la créosote employée dans la pneumonie enrayer la maladie, abaisse la fièvre, régularise le pouls, renforce la respiration, facilite la toux et agit, très probablement comme antiseptique pulmonaire.

(*Monthly Cyclopaedia and Med Bull.*, juin 1909).

Suivant le Dr J. E. Alter, de New York, la créosote est d'une efficacité incontestable dans la pneumonie. Il considère qu'elle modifie la toux douloureuse, abaisse la fièvre et favorise une guérison rapide.

(*Med. Rev. of Rev.*, fév. 1905).

Cependant, c'est au Dr J. L. Van Zandt qu'on doit les rapports cliniques les plus complets sur ce sujet.

Nous extrayons d'une étude parue dans le "Medical Record", oct. 1902, la statistique suivante: "D'après ce tableau nous constatons que 71 médecins ont rapporté 1150 cas de pneumonie traités par la créosote et sur lesquels il n'y a eu que 56 décès, soit un peu moins de 5 pour cent. Comparant avec le pourcentage ordinaire des mortalités, 25 pour cent, nous voyons que sur cent vies, vingt ont été préservées, soit 226, sur 1150.

Les chiffres du Dr W. H. Thompson, de New York, méritent une attention spéciale. Il fait rapport de 18 cas, et un seul décès, ou environ 5.5 pour cent. Ces cas ont été traités à l'Hôpital Roosevelt. J'ai examiné récemment un rapport condensé de cette institution pour les cinq der-

nières années, qui donne une moyenne de mortalité de 35.6 par cent. Le contraste est frappant.

Se basant, continue-t-il, sur la théorie microbienne de cette maladie, la Créosote a été employée avec succès dans le traitement de la fièvre typhoïde, principalement aux Etats-Unis. Dans plusieurs cas elle a fait avorter une attaque et a moindri la sévérité des symptômes, hâtant la guérison dans presque tous les cas où elle a été employée. Pécholier de Montpellier, a employé la Créosote dans 60 cas de typhoïde, pris à part pour étudier les effets de ce remède. De bons résultats ont été obtenus; la température a été maintenue basse; le délire et l'insomnie ont été produits; les dérangements intestinaux ne se sont plus produits, et la violence de la maladie a été ainsi diminuée.

M. Chapelle maintient aussi que la Créosote coupera court à une attaque de typhoïde.

Rothe observe que le traitement de la typhoïde par la Créosote abaisse la température, amoindrit la diarrhée, améliore l'état mental, et atténue remarquablement la gravité de la maladie.

Grâce à son pouvoir d'arrêter l'action des ferments et à cause de ses puissantes propriétés antiseptiques, on a reconnu que la Créosote est de la plus grande valeur dans le traitement des conditions septiques du canal alimentaire, c'est-à-dire dans les cas de catarrhe gastrique, diarrhée, entérites aiguës et chroniques, etc., elle assure l'antiseptie intestinale parfaite et s'oppose aux auto-intoxications.

Cependant, dit-il en terminant, il ne faut pas oublier que le produit employé n'est pas toujours ce qu'il devrait être. La créosote causera rarement ces irritations de l'estomac, du rein et de la vessie que l'on lui impute, si le produit employé est de bonne qualité, et non le produit d'une industrie qui, après en avoir extrait le gayacol, qu'elle utilise ailleurs, met sur le marché, sous le nom de créosote un produit qui est, non seulement d'une valeur douteuse, mais qui sera souvent nuisible à cause de l'excès de monophenols qu'il contient. C'est donc au médecin de s'assurer une créosote de bon aloi, et de la spécifier dans ses ordonnances.

### GALE

Huile de pétrole.	60 grammes
Alcool à 90 degrés.	60 —
Baume du Pérou.	8 —
Essence de romarin.	3 —
Essence de lavande.	3 —
Essence de citron.	3 —



## Bibliographie

### ATLAS-MANUEL DE CHIRURGIE OPERATOIRE.

Par le professeur O. Zuckerkandl, 4e édition par A. Mouchet, chirurgien des hôpitaux de Paris. Pr-face par le Dr Quénu, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 490 pages, avec 404 figures et 41 planches chromolithographiées, relié en maroquin souple, tête dorée, 16 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur s'est appliqué à présenter sous une forme concise les procédés opératoires aujourd'hui généralement adoptés. Après une étude générale sur la position de l'opéré, la section des tissus, l'hémostase et la suture des plaies, il traite successivement des opérations sur les membres (ligatures, amputations, désarticulations, résections), sur la tête, le cou, le thorax, le bassin, les voies urinaires, les organes génitaux, l'anus, le rectum.

Les nombreuses additions de M. Mouchet sur les procédés opératoires les plus usités en France, en font un livre nouveau et original. Complet dans sa précision, pratique dans son ordonnance, clair dans ses descriptions, ce volume a sa place indiquée dans les bibliothèques des étudiants et des praticiens; et ce qui en augmente encore la valeur, ce sont les nombreuses figures intercalées dans le texte et les planches hors texte en couleurs.

Cette 4e édition a été considérablement accrue et rajeunie par M. Mouchet qui a fait à l'oeuvre déjà très complète et très copieusement illustrée de Zuckerkandl de nombreuses additions de texte et de figures.

C'est un exposé concis de toute la chirurgie opératoire. Une série d'opérations, telle que la ponctions lombaire, la ponction cérébrale, l'hémostase des membres inférieurs par le Monburg, l'anastomose spino ou hypoglosso-faciale sont mises au point; les additions de M. Mouchet portent principalement sur les ligatures et amputations, l'astragalectomie, les opérations pour pieds-bots et pieds plats, les opérations plastiques de la face, le tubage, les techniques pour becs de lièvre, appendicite, pylorectomie, orchidopexie, etc.

Par la clarté du plan, par la simplicité de l'exposition, par la multiplicité des figures, l'Atlas-Manuel de chirurgie opératoire de Zuckerkandl-Mouchet est vraiment le livre des étudiants, c'est aussi un manuel que les praticiens et les chirurgiens de métier consulteront avec avantage. M. le Professeur Quénu a bien voulu le prendre sous son patronage et le recommander au public français.

\*\*\*

### LES FOLIES A ECLIPSE. ESSAI SUR LE ROLE DU SUBCONSCIENT DANS LA FOLIE.

Par le Dr Legrain, médecin en chef de l'Asile de Ville-

Evrard. 1 vol. in-16 de la collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50 Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris.

C'est à la démonstration et à l'étude de l'inconscient que l'auteur a consacré ce premier volume, qui doit trouver son complément dans un second où il étudiera les *délires reviviscents*.

Entre les délires qui *s'éclipsent*, qui disparaissent momentanément pour donner l'illusion d'une guérison, et les délires qui *ressuscitent*, pour bien montrer qu'ils vivaient toujours, il y a fatalement un lieu. Où était le délire pendant son éclipse? Il n'était point dispersé, puisqu'il renaît de toute pièce. Que sont ces bas-fonds où il gisait latent?

Ici l'on voit la clinique éclairer une nouvelle fois la physiologie normale.

L'auteur expose tout au long le rôle joué par le subconscient dans la vie normale comme dans la vie de l'aliéné. Puis il fait l'étude nosographique et méthodique de l'éclipse: comment elle se produit, comment elle est possible, à quel moment elle se produit, les circonstances qui la favorisent, etc.

De nombreuses observations personnelles appuient la démonstration.

\*\*\*

### LES REVES ET LEUR INTERPRETATION.

Essai de psychologie morbide, par les Docteurs Paul Meunier et René Masselon. — 1 vol. in-16 de la *Collection de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 3 francs. Blond et Cie, éditeurs, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Les auteurs se sont proposé d'établir l'origine probable des rêves et de déduire tout le parti que la pathologie générale et mentale peut tirer de leur étude.

Dans un chapitre préliminaire, ils ont tenté de montrer, d'après les plus récentes observations, que le rêve reconnaît souvent une origine coenesthésique, qu'il est, pour ainsi dire, un microscope de la sensibilité et qu'il traduit, dans le langage qui lui est propre, les moindres perturbations de l'organisme.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des rêves dans les diverses affections physiques ou mentales.

Le rêve, en effet, peut révéler un trouble fonctionnel qui ne s'est pas encore dévoilé à l'état de veille, que ce trouble soit l'indice d'une maladie organique encore en incubation ou qu'il soit le premier signal d'un déséquilibre mental, latent jusque-là.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude du rêve stéréotypé, formé de rêve qui n'a jamais été étudiée systématiquement dans la littérature psychiatrique, et où les auteurs montrent un caractère important pour l'interprétation clinique des rêves.

Dans tous les cas, l'analyse de ces faits comporte une très grande prudence; le rêve étant un réactif ultrasensible, il n'a de valeur qu'à titre d'indication, et seulement si l'examen attentif du malade vient le confirmer.

## Le relâchement sacro-iliaque

Et ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires

Par le Dr J. Appleton Nutter

Assistant au Service d'Orthopédie de l'Hôpital Général de Montréal. (1)

Dès les temps d'Hippocrate la condition de relâchement des articulations du bassin a été reconnue. Presque la seule cause considérée a été l'accouchement, où la force de la tête du fœtus descendant à travers le bassin a rompu les ligaments. Quelquefois on a ajouté la grossesse comme facteur dans ce relâchement, et dans presque tous ces cas il s'agissait de relâchement de la symphyse pubienne et non pas de l'articulation sacro-iliaque. En étudiant l'histoire de ce sujet nous trouvons les noms de Winckel, Cazeaux, Trouseau, Smellie, Luschka, Cruveilhier, Velpeau, etc. Citons un exemple moderne. Whitridge Williams, de la "Johns Hopkins University", dans son livre sur l'art obstétrical, dit que les articulations du bassin peuvent être forcées pendant l'accouchement, et il ajoute que dans la grossesse ces articulations deviennent parfois bien plus mobiles qu'à l'ordinaire, à cause des changements vasculaires qui les ramollissent.

Le Dr Walcher, qui en 1889 publiait une étude sur l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du bassin due à la mutation du sacrum, tire parti de cette mobilité extraordinaire durant la grossesse, quand il emploie la position dite de Walcher. Celle-ci, l'on se rappellera, était une position de forte hyperextension des cuisses, les jambes depuis les hanches pendant librement sur le bord de la table, permettant ainsi aux os iliaques d'atteindre à la limite de leur mobilité sur le sacrum. Il en résultait un agrandissement du bassin. Rappelons que pendant longtemps le relâchement de la symphyse pubienne était considéré de plus grande importance que celui de l'articulation sacro-iliaque. Ce qui est tout le contraire.

Résumons en disant qu'avant la publication, dans la "Boston Medical and Surgical Journal" (mai 1905) de la communication des docteurs Goldthwait et Osgood intitulée "A consideration of the pelvic articulations from an anatomical, pathological and clinical standpoint", le relâchement sacro-iliaque et pubienne était reconnu mais seulement dans ses rapports avec l'accouchement et la grossesse. On le traitait par le repos et des bandages autour des cuisses. Dans les cas graves, on faisait porter un appareil ressemblant à une forte culotte se conformant parfaitement au

corps. Au mois de juin 1907 le docteur Goldthwait communiquait à l'"American Medical Association" un deuxième mémoire sur les articulations du bassin. Depuis la publication de ces communications, les articulations sacro-iliaques ont rapidement pris la prééminence à laquelle elles avaient droit, et disons que cette importance est à la fois, obstétricale, chirurgicale et médicale.

Comme rien jusqu'ici n'a été publié à Montréal pour attirer l'attention sur ce sujet, j'ai cru bon de synthétiser les points saillants du relâchement sacro-iliaque. J'ajoute immédiatement qu'il est de beaucoup le type le plus commun des affections sacro-iliaques. Il faut rattacher à cette lésion l'explication de certains cas obscurs de douleurs aux jambes et au dos. De plus, il est probable que la majorité des cas de douleur sciatiques et lombaires ont leur origine dans une irritation des nerfs voisins de l'articulation sacro-iliaque.

*Anatomie:* -- Le mouvement normal de la symphyse pubienne consiste simplement en une légère motion verticale, et doit se trouver chez les deux sexes et à tout âge. Il est facile de constater que ce mouvement ne s'obtient pas sans une mobilité aux articulations sacro-iliaques, et ne peut être augmenté au pubis sans une augmentation similaire au sacrum. Nous pouvons ignorer le relâchement de la symphyse pubienne comme cause de l'instabilité du bassin. Les os pubiques ont bien peu d'importance à ce point de vue, vu qu'ils servent principalement de point d'attache aux muscles abdominaux. La ceinture du bassin peut, en effet, être incomplète en avant, sans que les fonctions en soient dérangées, ce qui a été démontré dans les cas d'exstrophie de la vessie. On peut dire que l'activité, la grossesse et l'accouchement sans complication sont tous possibles sans les os pubiques. D'un autre côté, les synchondroses sacro-iliaques sont de grande importance. Tout d'abord, elles ne sont que légèrement protégées, et conséquemment peuvent être aisément blessées. Mais ce qui les rend très sensibles au mouvement, et cause les douleurs sciatiques, fessières et lombaires, c'est la proximité des nerfs du plexus lumbosacré. Les surfaces articulaires sont larges, plates, et recouvertes de cartilage. Leurs irrégularités et dépressions respectives correspondent de telle sorte que les os sont réellement en contact et non pas fusionnés ensemble. Dans certains cas, des fibres unissent directement des portions de surfaces articulaires, dans d'autres on trouve des petits trous remplis d'une substance ressemblant à la squovie.

La solidité de l'articulation sacro-iliaque dépend principalement du ligament postérieur, qui maintient les deux surfaces sinuées l'une à l'autre. Les ligaments sacro-sciatiques, les muscles abdominaux et lombaires y contribuent aussi pour une part. L'articulation n'est pas immobile, au contraire on trouve constamment ici un peu de mouvement autour d'un axe qui passe à travers le milieu du sacrum. Dans la position de Walcher, le sacrum se porte en haut, et l'entrée du bassin en est ainsi agrandie, tandis que le coccyx, s'avantant en bas, la sortie du bassin se trouve diminuée. En étudiant ces articulations sacro-iliaques, on trouve que la stabilité du bassin en dépend largement. Il est intéressant de voir que les ligaments antérieurs sont très faibles et qu'on ne trouve pas d'emboîtement propre-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, mars 1910.

ment dit, ni dans le sacrum ni dans les os iliaques. Mais ce qui donne le plus d'importance à l'articulation ce sont les nerfs lombaires inférieurs et sacrés supérieurs. Ces nerfs se trouvent en contact immédiat avec les deux os, et croisent la ligne d'articulation.

Le nerf sciatique est formé directement sur la partie inférieure de l'articulation, et il est facile de voir comment une mobilité excessive de celle-ci ou des exostoses arthritiques sur la ligne de l'articulation peuvent l'irriter. Nous savons que l'irritation du nerf sciatique peut causer des douleurs dans toute sa distribution. Même si ce nerf est le plus souvent en cause, il n'est pas le seul à souffrir des altérations de l'articulation sacro-iliaque. Le nerf obturateur, qui donne la sensibilité à la partie supéro-interne de la cuisse, se trouve près de cette articulation, ainsi que le petit sciatique, avec sa distribution à la partie postérieure de la cuisse, et le honteux interne qui va aux parties génitales. Chacun de ces nerfs est à la merci de l'articulation sacro-iliaque si elle présente quelque dérangement.

*Etiologie.* — Pendant l'accouchement, la grossesse et peut-être même les menstrues, les ligaments se relâchent à cause de l'augmentation de leur vascularité, et la mobilité articulaire sacro-iliaque en est augmentée en proportion. La descente de la tête du fœtus pendant l'accouchement peut forcer les os du bassin, et il arrive que souvent une douleur sciatique ou lombaire doive être rattachée à l'accouchement. (Cas V). Mais le rôle étiologique de l'accouchement et de la grossesse est bien moins important que celui du traumatisme, et ce traumatisme peut être ou grave ou modéré. Le type de traumatisme le plus commun est celui causé par un effort soudain, par exemple en levant un gros poids. (Cas VI). Il se produit une sensation d'arrachement dans le dos, avec douleur subite sentie au sacrum. La douleur et la sensation d'arrachement sont tous deux causées par la rupture de quelques fibres ligamenteuses de cette articulation, et dans les cas graves nous trouvons la mobilité du sacrum augmentée, voire même y a-t-il déplacement. En conséquence de l'accident, les nerfs qui croisent l'articulation sont irrités, et la douleur est sentie dans leur distribution. Le sciatique est touché le plus facilement et le plus souvent, et nombreux sont les cas de sciatique datant d'un tel accident.

Y a-t-il lieu d'être surpris quand le traitement à la cuisse ne soulage point une sciatique relevant d'une telle origine?

On peut rencontrer encore un second type de relâchement sacro-iliaque, celui qui résulte d'un long séjour en position dorsale, par cause de maladie quelconque. Le malade a gardé le lit depuis longtemps, et comme résultat la lordose lombaire s'est effacée et le dos est devenu plat. Quelle en est la signification? C'est que le relâchement des ligaments sacro-iliaques a permis à la base du sacrum de se déplacer en arrière. Ordinairement quand le malade se lève, la lordose revient et le sacrum se replace, sinon la dislocation partielle du sacrum est à craindre.

Le troisième type est particulièrement intéressant pour

les chirurgiens. Dans beaucoup de cas le malade sent des douleurs post-opératoires dans le dos. C'est qu'après une heure ou plus d'anesthésie, nous nous trouvons en face du même résultat qu'après quelques semaines de repos sur le dos. C'est-à-dire que sous l'influence de l'anesthésie profonde, et sans support au sacrum, la courbature lombaire disparaît graduellement, et le malade, lorsqu'il reprend connaissance, sent une douleur aigue au dos. La position gynécologique dorsale, si elle dure longtemps, peut aussi être suivie de douleur sacrale, à cause de l'effort portant sur l'articulation.

Voyez encore: Si une jambe est plus courte que l'autre, la pesanteur du corps n'est pas bien distribuée. En conséquence, l'articulation sacro-iliaque est forcée et devient douloureuse. (Cas I et III).

*Symptômes* — La douleur est le symptôme principal. Celle-ci peut être sentie au sacrum même, à la fesse ou à la jambe, ou aux trois points. La douleur à l'articulation sacro-iliaque (c'est-à-dire à l'épine iliaque postérieure et supérieure, qui innervent cette articulation) est ordinairement fixée. La douleur sentie à distance dépend plus ou moins du mouvement et montre une grande préférence pour la distribution des nerfs sciatique et fessier. Néanmoins on peut sentir des douleurs dans n'importe quelle partie du membre inférieur. Ce qui explique pourquoi la majorité des cas de relâchement sacro-iliaque ont été diagnostiqués névralgie sciatique ou lumbago.

La limitation du mouvement est un symptôme très important. Il y a quelques mouvements qui forcent les articulations sacro-iliaques. Ces mouvements sont naturellement douloureux si on y met de la force. Mettez votre malade sur la table d'examen, pliez le genou et vous pouvez remuer la hanche en toute direction sans douleur.

Mais étendez-vous la jambe et essayez-vous de la lever sans plier le genou, que vous déterminez de la douleur. Quelle en est la raison? C'est que les tendons postérieurs de la cuisse étant attachés à l'ischion, forcent l'articulation sacro-iliaque lorsqu'on lève le genou. Debout, le malade se penche du côté sain, et tous les mouvements vertébraux sont un peu limités. La flexion en avant de la colonne vertébrale produit ou augmente ses douleurs, tandis que s'il est assis dans un chaise, c'est-à-dire les genoux pliés, la flexion en avant devient bien plus libre. Ce signe est d'importance, car dans les cas de mal de Pott, la raideur persiste que le malade soit assis ou debout.

Ordinairement le malade boite, et ne peut pas travailler. Il a peur de remuer, car le mouvement augmente la douleur à cause de la traction sur l'articulation. Il n'y a pas de gonflement appréciable de la région, mais quelquefois nous pouvons distinguer ici du mouvement anormal, même de la crépitation. On peut s'en rendre compte en plaçant les pouces sur des épines iliaques postérieures et supérieures du malade et en lui faisant lever les pieds. On peut alors sentir ou même entendre le mouvement des os.

*La diagnostique* ne présente pas de difficulté spéciale. Le traumatisme dans les commémoratifs est utile mais pas du tout essentiel. La diagnostique repose sur une douleur qui peut être sacrale ou sentie dans la distribution des

nerfs sciatiques, crural antérieur, obturateur, etc. Le point pathognomonique est que la douleur, quelle que soit sa localisation soit causée ou augmentée par des mouvements qui font jouer l'articulation sacro-iliaque. Voici la manœuvre que nous employons habituellement à la clinique orthopédique de l'hôpital "Montreal General" pour mobiliser cette articulation. On fait coucher le malade sur la table d'examen, et on lève la jambe du côté soupçonné sans plier le genou. Ce mouvement, grâce aux tendons des muscles postérieurs de la cuisse étend l'articulation sacro-iliaque, et une douleur est ressentie dans le dos souvent aussi dans la jambe correspondante. Dans les cas aigus nous avons vu le même résultat en levant la jambe du côté sain. On peut aussi faire pencher le malade en avant, les jambes restant droites et le malade debout. Les os iliaques sont fixés par les muscles, et en se penchant le sacrum cherche à se mouvoir en avant, causant ainsi la douleur.

Quelquefois on peut déterminer la présence d'hypermobilité à l'articulation sacro-iliaque, mais ce caractère n'est pas essentiel au diagnostic.

On l'observe même assez rarement et le plus souvent, on constate plutôt que les mouvements articulaires sont très limités.

Comment est-ce qu'on peut distinguer le relâchement sacro-iliaque des cas de névralgie sciatique? Même lorsqu'il y a douleur sciatique, le nerf n'est pas sensible comme dans les cas de névrite sciatique. Si le diagnostic est encore incertain, il faut essayer l'épreuve thérapeutique. Celle-ci est de grande valeur, et consiste à appliquer du diachylon de manière à supporter les articulations sacro-iliaques. Si cette bande soulage le malade, nous sommes sûrs de notre diagnostic.

L'absence de la lordose lombaire quand elle est accompagnée de douleur sciatique nous amène à l'esprit l'idée d'une luxation du sacrum. Dans un grand nombre de cas le diagnostic de lumbago a été porté. Celui-ci est une espèce de myosite rhumatismale, où l'on trouve les muscles lombaires sensibles. Si la douleur persiste depuis longtemps il est prudent de se méfier des lésions des articulations vertébrales et sacro-iliaques.

*Le traitement:* — Si l'articulation est distendue, le support est nécessaire. La luxation actuelle du sacrum est rare, et les cas ordinaires ne demandent que du support. Le diachylon en donne très facilement, et peut rester trois ou quatre jours. Prenez le diachylon large de deux pouces et demie et appliquez-le sur le dos, immédiatement en bas d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre. Le diachylon doit être très serré, et on applique ainsi trois ou quatre bandes, descendant aussi bas que les trochanters. Si elles sont appliquées correctement le malade a de la difficulté à s'asseoir sur une chaise basse. Les bandes de diachylon n'entourent pas le corps, mais elles rapprochent les deux os iliaques l'un vers l'autre, et ainsi immobilisent les articulations sacro-iliaques. Nous avons obtenu d'excellents résultats en peu de temps avec cette méthode, quelquefois même instantanément.

Tandis que le malade porte le diachylon, on prépare

une bretelle de canevas. Cette bretelle est large de huit pouces, elle passe autour du bassin au niveau des trochanters. Elle est placée par derrière et des courroies perméables l'empêchent de remonter. C'est là un point assez difficile à obtenir, mais il est très important. La bretelle a toujours une tendance à monter plus haut mais il est essentiel que le support soit donné juste au niveau des trochanters.

Quelquefois l'application du diachylon n'est pas suffisante, la douleur persiste, et le manque de lordose lombaire nous montre que le sacrum est déplacé. Dans un tel cas on replace le sacrum en obtenant l'hyperextension de la colonne vertébrale. L'anesthésie est rarement nécessaire. Alors on fait faire une bretelle qui peut maintenir cette hyperextension, en donnant au sacrum du support antéro-postérieur. Cette bretelle porte des fers légers qui donnent au dos une courbure lombaire exagérée. Les fers maintiennent le sacrum et ne permettent pas qu'il se déplace en arrière, et en même temps le support latérale est continué. En considérant le pronostic, la position du sacrum est bien plus importante que la gravité de la douleur. Ordinairement le pronostic est très bon.

Après quelques semaines ou mois, le malade peut ôter la bretelle, et on emploie le massage, les exercices etc, pour renforcer les muscles.

Je finis avec des notes très courtes de quelques cas de relâchement sacro-iliaque que j'ai traité dans ma pratique et à la clinique orthopédique du "Montreal General Hospital".

Cas I. — Ouvrier de 45 ans, souffrant de douleur et de sensibilité à l'articulation sacro-iliaque et dans la fesse du côté droit. Origine sans traumatisme, durée un mois. Le malade est incapable de travailler et boitant beaucoup. Le corps se penche du côté gauche, où la jambe est courte d'un pouce. Hypermobilité facilement sentie à l'articulation sacro-iliaque droite. Le diachylon lui fait du bien, la bretelle de canevas le guérit en six semaines.

Cas II. — Ouvrier de 22 ans, travaillant beaucoup avec le dos. Origine sans traumatisme. Il a souffert de douleur sciatique pendant neuf mois, et on lui a donné toutes sortes de traitements, même opératoires, sans succès. On trouve douleur et sensibilité à l'articulation sacro-iliaque gauche, aussi hypermobilité et crépitus. Une bretelle de canevas fait cesser sa douleur, mais en reprenant le travail le canevas irrite les cuisses. On lui prépare un appareil élastique.

Cas III. — Homme de profession de 30 ans. Douleur et sensibilité de l'articulation sacro-iliaque gauche, avec difformité de la jambe gauche, qui est plus courte que l'autre de quelques pouces, à cause d'une ancienne coxalgie. La douleur venait d'une mauvaise position habituelle en face d'un pupitre incommode. Guéri en quelques jours en cessant le travail au pupitre.

Cas IV. — Cocher de 65 ans. Pendant quatorze ans a souffert d'attaques soudaines et graves de "lumbago", que rien n'a pu améliorer. Il n'y a pas de sensibilité dans le dos, mais en levant les jambes toutes droites la douleur sacrée apparaît. Le diachylon a fait disparaître immédiatement la douleur, qui n'est jamais revenue. Il porte

encore sa bretelle, et travaille plus à son aise que jamais, car il a perdu la peur de la douleur.

Cas V. — Femme de 25 ans. A souffert de douleur dans l'aîne et dans la fesse du côté droit pendant deux ans, à la suite d'un accouchement. La douleur persiste presque constamment, et le repos ne la soulage point. Il y a sensibilité très près de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et en faisant lever la jambe droite sans plier le genou, la douleur fessière revient. Le diachylon lui fait du bien; la malade n'a pu supporter les courroies perméales, ainsi la bretelle de canevas est remontée et son efficacité fut perdue. Lorsque la bretelle était retenue en bas en l'attachant aux jarrettières les douleurs disparaissaient.

Cas VI. — Ouvrier de 50 ans. En levant un grand poids il a eu une sensation d'arrachement dans le dos, avec douleur subite sacrale et sciatique. En levant la jambe avec le genou droit il se plaint d'augmentation de sa douleur sacrale. En faisant plier le genou on peut remuer la hanche partout. Guéri en quelques jours en donnant du support au bassin.

## Pathologie Urinaire

Par le Dr Eugène Saint-Jacques

### Les modifications de la sécrétion urinaire dans la station debout

A la suite d'une série de recherches aussi précises que variées sur la sécrétion urinaire, J. Carls est arrivé aux conclusions que voici :

1<sup>o</sup> La notion d'une sécrétion rénale plus active, plus régulière en position couchée, indique la nécessité de faire porter l'analyse des urines sur un double échantillon ou tout au moins sur un échantillon moyen, recueilli à la fois en position debout et en position couchée. Le fait d'examiner uniquement les unes ou les autres expose à de graves erreurs d'interprétation.

2<sup>o</sup> L'insuffisance de la dépuratation urinaire en orthostatisme explique aussi, peut-être, jusqu'à un certain point, le besoin intermittent de sommeil. Le ralentissement des éliminations, pendant la station debout, crée en effet une auto-intoxication dont la conséquence est une torpeur plus ou moins marquée du système nerveux, un besoin de repos. La position étendue, même sans sommeil, à elle seule un pouvoir bienfaisant et réparateur, grâce, en partie, à la désintoxication par suractivité rénale qu'elle permet de réaliser.

3<sup>o</sup> Enfin, il est un dernier point sur lequel nous insistons en terminant, c'est l'importance thérapeutique de la position couchée dans tous les cas d'insuffisance urinaire.

Achard et Faugeron ont bien montré que le séjour au lit durant la nuit, amène une dépuratation rénale d'autant plus marquée par rapport à celle du jour que le cœur et les reins sont plus malades; mais l'élimination compensatrice qui se fait alors n'est pas à elle seule suffisante, il est nécessaire d'y ajouter l'action favorable de quelques heures de repos passées durant le jour en position étendue. Celui-ci devra être d'autant plus prolongé que les lésions rénales seront plus importantes.

Nous avions déjà attiré l'attention sur ce point. Stern a insisté là-dessus depuis. Son étude, basée sur 82 cas, fait ressortir l'influence néfaste considérable de l'orthostatisme dans les néphrites. A elle seule elle suffit pour modifier à long terme le pronostic de l'albuminurie. C'est un point de thérapeutique générale dans les affections du rein, dont il est indispensable de se souvenir.

\* \* \*

### Albuminurie par lordose

L'albuminurie de causes extra-rénales voit chaque année son champ s'élargir. Nothman revenant dernièrement sur cette question (in Arch. f. Kinderheil, 1909), reprend une idée de Jehle, à savoir que, dans l'albuminurie orthostatique, l'apparition de l'albumine est provoquée par la lordose de la colonne lombaire, telle qu'elle se manifeste physiologiquement dans la station debout. Une confirmation de cette hypothèse avait déjà été apportée par Bruck et Schmiedicke, qui ont réussi à provoquer de l'albuminurie chez des adultes bien portants en provoquant artificiellement une lordose de la colonne lombaire.

Pour vérifier ce rôle de la lordose, M. Nothman a tout d'abord fait une série d'expériences sur des lapins. Ces animaux étaient immobilisés sur une planchette, avec un rouleau sous la colonne lombaire. Pour éviter les effets du refroidissement consécutif à l'immobilisation, ils étaient enroulés dans des couvertures et placés à côté du feu. Dans ces conditions, on trouvait régulièrement dans leur urine, prise dans la vessie, de l'albumine précipitable par l'acide acétique.

Cette expérience a été encore faite sur des convalescents de scarlatine, dans un cas d'atrophie avec pseudo-hypertrophie musculaire et dans un autre d'impétigo, tous ces malades présentant ou ayant présenté une légère atteinte des reins. Elle a consisté à garder ces enfants pendant quelque temps au lit, avec un rouleau sous les reins, de façon à réaliser une lordose. Dans ces conditions, l'albumine qui n'a jamais existé ou qui n'existait plus depuis quelque temps dans l'urine reparaisait. Le même phénomène se produisait encore quand ces enfants restaient longtemps debout, la station debout réalisant chez eux une lordose physiologique. Cette expérience échouait régulièrement chez les convalescents de scarlatine, qui, durant leur maladie, n'avaient présenté aucune manifestation appréciable du côté des reins. Plus tard, les enfants chez lesquels cette expérience avait échoué n'ont à aucun moment présenté des accidents rénaux. En revanche, chez les enfants de la première série, on a constaté, plus tard, soit de l'albuminurie

spontanée, soit de l'albuminurie orthostatique. Chez plusieurs enfants de cette série, M. Northmann a encore constaté une rétention des chlorures.

On pourrait se demander si les malades chez lesquels la lordose provoque de l'albuminurie ne sont pas des albuminuriques orthostatiques. M. Northmann ne le pense pas. D'abord, en ce qui concerne les convalescents de scarlatine, nombre d'entre eux présentaient de l'albuminurie quand ils restaient au lit, ou avaient, dans l'urine, des cylindres hyalins et d'autres éléments morphologiques. En second lieu, l'expérience avec le rouleau réussissait chez eux à la période classique des complications rénales et autres survenant pendant la convalescence. Il faut donc admettre que la scarlatine provoque parfois une lésion rénale plutôt fonctionnelle qu'anatomique, se manifestant par une albuminurie intermittente avec ou sans cylindurie, laquelle albuminurie peut survenir soit quand l'enfant est couché, soit quand il quitte le lit. Chez ces enfants, une lordose expérimentale ou une lordose physiologique (station debout) provoque l'apparition de l'albumine dans l'urine.

M. Northmann a étudié, sur des cadavres congelés, les modifications que subissent les reins sous l'influence d'une lordose accentuée de la colonne lombaire. En pareil cas, la saillie que forment les vertèbres écarte les reins, leur imprime une légère rotation sur leur axe vertical, ce qui fait que leur bord externe est repoussé un peu en arrière et leur bord interne en avant. L'écartement des reins agirait donc à la façon d'un traumatisme et réaliserait, en outre, des troubles de circulation dans le sens d'un ralentissement avec stase.

Ces deux éléments, traumatisme et troubles de circulation, seraient sans effet chez l'homme bien portant, à moins que la lordose physiologique ne soit chez lui, par un procédé quelconque, considérablement exagérée. Ils suffiraient, par contre, à provoquer de l'albuminurie chez les individus dont les reins sont déjà fonctionnellement ou anatomiquement insuffisants.

\* \* \*

### Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile

Castaigne, dans un récent No. de La Clinique, attire l'attention sur ce fait qu'on note l'albuminurie dans 15 à 20 p. 100 des cas de rein mobile. Elle peut être attribuée faussement quelquefois à la grossesse ou à une maladie infectieuse alors qu'elle a pour origine une néphroptose méconnue. Elle n'est influencée par aucun traitement ni aucun régime lacté ou déchloruré; elle disparaît quand la malade est couchée. C'est une albuminurie orthostatique: le port d'une ceinture suffit aussi quelquefois à la faire disparaître.

La cause de cette albuminurie est une lésion rénale: on constate dans l'urine la présence de cylindres granuleux: la capsule est épaissie et on trouve à l'autopsie des lésions corticales. La ptose fait du rein mobile un terrain préparé à l'infection ou à l'intoxication: ces lésions d'abord unilatérales influent sur l'autre rein comme l'ont prouvé

les expériences de l'auteur faites en collaboration avec Rathery, et l'albuminurie devient alors bilatérale. Ces faits ont été vérifiés par le cathétérisme des uretères.

Si l'albuminurie est unilatérale, il faut prescrire le repos et le port d'une ceinture; si elle est bilatérale il faut faire la néphropexie. Une cure d'Evian ou de Saint-Nectaire et un régime spécial pourront guérir l'autre rein s'il n'est atteint que légèrement.

\* \* \*

### Les variétés cliniques et anatomiques de la tuberculose rénale

Dans une récente et nouvelle étude sur la question, Léon Bernard dit (Trib. méd., oct. 1909), qu'expérimentalement on peut provoquer la tuberculose rénale par la voie artérielle, la voie veineuse, la voie sous-cutanée, la voie péritonéale, et la voie urinaire ascendante.

Par l'inoculation de bacilles dans la circulation artérielle on provoque dans les deux reins un semis de granulations tuberculeuses péri-vasculaires et péri-glomérulaires; en même temps il y a dégénérescence des cellules des tubes et infiltration de cellules rondes dans le tissu interstitiel: il se produit donc une néphrite diffuse épithéliale et interstitielle avec granules péri-vasculaires.

Par l'inoculation veineuse on a absolument le même ensemble de lésions, mais d'une façon plus discrète et beaucoup moins intense.

Par l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale on a un semis de granulations tuberculeuses disséminées sans ordre entre les tubes, et une infiltration du tissu interstitiel par des lymphocytes, et rien du côté du parenchyme: il se produit donc de la granule disséminée avec lésions de néphrite seulement interstitielle.

L'injection du bacille de Koch dans les voies urinaires ne détermine de pyonéphrose tuberculeuse, que si on y associe la ligature de l'uretère, sans quoi elle est ordinairement inoffensive.

Les lésions de néphrite épithéliale et interstitielle sont dues au passage du bacille lui-même dans le rein: il agit non pas par sa toxine la tuberculine, dont l'injection seule ne provoque que peu ou pas de lésions, mais par l'éthéro-bacilline ou poison soluble dans l'éther qui fait corps avec le bacille lui-même; ces lésions peuvent être reproduites par l'injection d'éthéro-bacilline pure.

Toutes les formes de néphrites qu'on a décrites chez les tuberculeux pulmonaires, les néphrites folliculaires et les néphrites non folliculaires interstitielles ou épithéliales, sont donc dues au passage du bacille lui-même dans le rein.

La tuberculose rénale diffuse, bilatérale d'emblée, infiltrée, répond à une infection massive par voie artérielle. La tuberculose rénale unilatérale, dite chirurgicale, répond à l'infection par voie veineuse.

En résumé il existe :

1<sup>o</sup> Une forme primitive, unilatérale au début, dite chirurgicale, qui répond à une infection hémotogène, peu intense;

2o Des formes secondaires observées chez des tuberculeux anciens, qui sont folliculaires ou non folliculaires, suivant que les bacilles se sont arrêtés dans les reins, ou n'ont fait que passer, en y déterminant toutefois des ravages ayant laissé pour traces des lésions de néphrite banale diffuse;

3o Enfin des rétentions rénales tuberculeuses, pyonéphroses déterminées par inoculation artérielle ou urinaire ascendante, mais toujours consécutivement à un obstacle urétral, ce qui explique leur rareté.

\* \* \*

### Les régimes systématiques dans les néphrites

Le régime ordinaire, dit Castaigne (in Jnal. des Praticiens), n'étant supporté que par les malades dont la perméabilité rénale et l'élimination des chlorures sont normales, on est forcé de recourir, pour les autres, au régime lacté ou déchloruré. Or, ce régime lacté mène souvent à un état d'inanition prédisposant à la tuberculose; en outre, il est souvent mal digéré. Enfin, les oedèmes et la dilatation cardiaque ne sont pas améliorés par ce régime.

En résumé, le lait, indispensable dans la néphrite aigue, ne saurait être, dans la néphrite chronique, employé pendant toute la durée de la maladie: on se contentera donc de 4 à 5 jours par mois de régime lacté: en cas d'accidents urémiques, il sera institué sans modifications. Dans l'albuminurie orthostatique, il doit être rejeté, ainsi qu'en cas de dégénérescence amyloïde ou de néphrite chronique hydrogène sans complications.

Le régime déchloruré constitue un grand progrès, car il permet une alimentation presque normale et guérit des accidents (oedème, p. ex.) sur lesquels le régime lacté a peu de prise.

Ce régime est toutefois inutile chez les malades ne présentant pas de rétention chlorurée: il peut provoquer de la dyspepsie et certains malades ne peuvent supporter la suppression absolue du sel: on admettra alors 1 gramme de sel par jour.

En cas de néphrite chronique urémigène, sans oedèmes, le régime lacté ou lacto-végétarien, avec suppression absolue de la viande, est indiqué; ici, c'est la rétention, non des chlorures, mais des éléments azotés qui constitue le danger. Le régime chloruré provoque facilement du dégoût chez ces malades, aussi le leur prescrira-t-on avec une grande prudence.

\* \* \*

### La déchloruration dans le mal de Bright

Dans beaucoup de formes de néphrite où l'excrétion du sel par les reins est insuffisante, la rétention de l'eau, pour maintenir la pression osmotique constante dans les tissus, détermine des oedèmes, au dire de Stewart Fowler (Med. Rec. Dec. 1909). Le régime déchloruré dans ces conditions fait disparaître les oedèmes, ramène la perméabilité rénale et diminue la proportion de l'albumine de l'urine, probablement en augmentant la diurèse.

Le déchloruration, pour l'auteur, est le meilleur moyen à opposer à l'hydropisie dans la néphrite parenchymateuse chronique. Il n'a pas observé avec ce régime d'effets fâcheux résultant de la proportion relativement élevée et d'azote contenue dans les aliments. Il commence par la diète absolue sans diminution préalable de sel dans les aliments; cette manière brusque de procéder n'a pas d'inconvénient. En général l'oedème commence à diminuer et disparaît rapidement en même temps que la diurèse est plus active. L'amélioration de chaque cas peut être appréciée par les pesées ou au moins par la quantité des urines. Lorsque le poids est devenu stationnaire pendant une quinzaine et que tout oedème a disparu, on peut alors ajouter un peu de sel aux aliments et en contrôler l'effet par les pesées.

## Syphiligraphie

### Clinique du Prof. agrégé Jeanselme

#### L'HEREDRO-SYPHILIS.

L'influence héréditaire de la syphilis sur la mortalité infantile, et par conséquent sur la race, est énorme, puisque les enfants hérédro-syphilitiques meurent dans la proportion de 3 sur 4, avant d'avoir atteint l'âge de l'adolescence. Il serait intéressant d'élucider le mécanisme de l'hérédro-syphilis. Si on ne peut émettre là-dessus que des hypothèses, les données théoriques peuvent néanmoins servir de guide pour la pratique.

La transmission de la syphilis des géniteurs au produit se conçoit de plusieurs façons. Quand la maladie est d'origine paternelle, on admet que le tréponème est véhiculé avec le spermatozoïde jusqu'à l'ovule et l'infecte sans contaminer la mère. L'ovule fécondé, devenu embryon et fœtus, infecterait à son tour la mère par la voie utéro-placentaire, ou bien, la syphilis est d'origine exclusivement maternelle. On sait que la période secondaire détermine une septicémie. Le tréponème existe dans tous les organes, fait des embolies microbiennes. On a constaté la présence de tréponèmes vivants dans les ovules non fécondés. Leur vitalité était démontrée par leur aspect morphologique et leurs réactions colorantes. Ces ovules peuvent se développer, mais presque toujours, en ce cas, il y a des fausses couches.

Enfin, on peut supposer que l'infection de l'ovule est secondaire, tardive, par l'intermédiaire du placenta. Elle aurait lieu à un moment quelconque de la vie intra-utérine. Ce mécanisme est incontestable dans les cas où la femme a pris la syphilis au cours de sa grossesse.

Le rôle de la mère est infiniment plus considérable que celui du père. Une femme qui a eu la syphilis peut, avec un géniteur sain, mettre au monde un enfant hérédé

syphilitique. C'est ce qu'on appelle la syphilis par *imprégnation*.

Les recherches contemporaines ne sont pas encore parvenues à éclaircir entièrement tous ces phénomènes si intéressants pour le médecin. Dans le placenta foetal, comme dans le corps du fœtus, on trouve le tréponème vivant et pullulant, et on est frappé du contraste entre l'excessive fréquence de ce parasite et, au contraire, sa rareté, dans le placenta maternel ainsi que dans les autres parties de l'organisme maternel. Mais cette particularité ne peut être un argument pour l'infection d'origine paternelle plutôt que maternelle.

Le tréponème a été trouvé dans le testicule des enfants hérédosyphilitiques, mais à cet âge des spermatozoïdes n'existent pas encore.

L'hérédosyphilis est extrêmement fréquente. Il y a des conditions favorisantes ou atténuantes, à l'égard de la transmission héréditaire. Dans les deux premières années de la syphilis, — que la maladie atteigne l'homme ou la femme — l'hérédité spécifique, et, par suite, le déchet de la natalité, est considérable. D'après Fourmier, sur 90 grossesses, il y a 88 mort-nés. Puis, on observe une très grande décroissance de l'hérédosyphilis, jusqu'à la sixième année de la syphilis des géniteurs. Ces résultats sont, il est vrai, dus, dans une certaine mesure, au traitement suivi. Chez un individu qui ne se traite pas, une syphilis peut encore être virulente à la sixième année. Cet individu donne alors naissance à des hérédosyphilitiques ou à des mort-nés, tandis que lorsque les géniteurs ont été soumis à un traitement énergique et prolongé, ils sont capables, bien avant cette époque, d'engendrer des enfants sains.

D'autre part, la transmission héréditaire de la syphilis est d'autant plus probable et plus grave que l'infection des parents a eu lieu à une époque plus rapprochée du début de la grossesse. Ainsi, quand la mère devient syphilitique dans les premiers mois de sa grossesse, il y a presque toujours avortement. Quand elle est infectée dans les deux derniers mois, l'enfant naît sain et à terme, dans la plupart des cas. Ces faits ont une explication: c'est que, si l'embryon fait partie intégrante de l'organisme maternel, et par conséquent subit directement l'influence des infections de la mère, le fœtus, lui, s'individualise de plus en plus et finit même par avoir une existence propre, ou peu s'en faut, car les liens qui le rattachent à la mère sont de moins en moins considérables, c'est-à-dire que le filtre qui sépare les deux organismes devient assez serré pour que, le plus souvent, le passage des tréponèmes de la mère à l'enfant ne puisse se réaliser.

Ces causes favorables et défavorables à la transmission héréditaire, s'associent et se contrarient, de manière à produire un désordre apparent dans les faits. Il est rare que les lois qui viennent d'être exposées se justifient d'une façon régulière et mathématique. Si l'on relève le bilan des accouchements, dans le cas où l'un ou les deux géniteurs sont syphilitiques, on voit d'abord une série de fausses couches, puis des enfants qui peuvent aller jusqu'au sep-

tième ou huitième mois, des enfants nés avant terme, débiles, puis des enfants à terme, sains. Mais le plus souvent il y a des retours de virulence et de nouveau, des fausses couches après des naissances normales.

Les caractères de l'hérédosyphilis peuvent se schématiser dans les quelques données suivantes.

Au moment de sa naissance, l'enfant hérédosyphilitique a un aspect chétif; il est d'un poids médiocre, surtout par rapport à son placenta, qui est très lourd. Il offre un teint jaune spécial. Par contre, il présente souvent toutes les apparences de la santé. Généralement il n'y a aucune manifestation spécifique à la naissance, et il faut attendre jusqu'au deuxième ou troisième mois pour voir apparaître des symptômes bien nets.

Si on ne connaît pas les antécédents du père et de la mère, comme cela arrive à propos des enfants que l'on recueille aux Enfants-Assistés, par exemple, il est impossible de se fier à un examen, même le plus minutieux, pour déclarer l'enfant sain et lui donner une nourrice, immédiatement. Des accidents irréparables pourraient se produire plus tard.

Combien il serait précieux d'avoir un moyen de diagnostic! Mais actuellement il n'existe aucun procédé applicable à ces cas-là. Le séro-diagnostic paraît impuissant à cette période.

Toutefois, certains enfants, peu de temps après la phigus palmaire et plantaire, qui est pathognomonique de la syphilis. Souvent aussi ils ont de la rhinite croûteuse, qu'un oeil exercé saura distinguer d'un coryza vulgaire, et dont la valeur est des plus significatives.

Un peu plus tard, on peut voir des fissures des lèvres des rhagades commissurales d'un gris opalin, rarement des plaques muqueuses, souvent des rhagades à l'anus. Sur les membres inférieurs, la région fessière, à la partie postérieure des cuisses et des jambes, sur le talon et la plante des pieds, sur les points du corps en contact avec le plan du lit, on voit souvent apparaître un érythème maculeux ou maculo-papuleux, avec desquamation, qu'il ne faut pas confondre avec les pseudo-syphilitides papulo-érosives de Sevestre et Jacquet. Celles-ci guérissent sans traitement spécifique.

Souvent il y a des lésions plus profondes, des décollements épiphysaires, des fausses fractures, siégeant le plus souvent au niveau de la tête humérale (pseudo-paralysie de Parrot). Il se produit des lésions viscérales, de la sclérose du foie (foie silex de Gubler) des bronchopneumonies par sclérose péri-vasculaire, syphilitique, ou plus souvent secondaires, par infection streptococcique, pneumococcique, ou bacillaire tuberculeuse.

Les sujets qui franchissent les premières périodes de l'existence sans accidents offrent alors ce qu'on appelle de l'hérédosyphilis tardive.

Elle consiste en une série de malformations dystrophiques intéressant les dents, les yeux, le squelette, des syphilitides tuberculo-gommeuses amènent des perforations du voile du palais, etc. Enfin les accidents parasymphili-



tiques, la paralysie générale, le tabes, peuvent aussi apparaître chez les individus hérédo-syphilitiques.

Voici quelques exemples des manifestations si diverses et si importantes à connaître de l'hérédité spécifique.

Un enfant de 6 mois, né avant terme, pesant 3 kil. 250 (les hérédo-syphilitiques présentent généralement un poids moins faible en réalité qu'ils ne l'ont relativement au poids de leur placenta), ne présente aucune éruption sur le corps, mais depuis 2 mois il a la cornée de l'oeil gauche décollée, avec un commencement d'ulcération enrayée à temps par le traitement et qui aurait pu amener la perforation et la perte de l'oeil si on n'était pas intervenu. Outre cette kératite interstitielle, on note un nystagmus vertical.

Une enfant de 9 ans est née à terme d'une mère spécifique chez laquelle la roséole était en pleine évolution durant la grossesse. Cette enfant présente le front olympien et la dent d'Hutchison, très nette, quoique ne portant que sur l'une des incisives médianes supérieures. Cette dystrophie est caractérisée par l'échancrure du coup d'ongle du bord triturant, la convergence des bords latéraux, et, quand les deux incisives médianes sont atteintes, par la convergence de leurs axes. Cette malformation est exclusive aux dents de seconde dentition; elle ne s'observe jamais sur les dents de lait.

On observe aussi l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire, qui est également propre à la spécificité.

Les dents mal rangées, inégales, métamorphiques sont des caractères de moindre valeur. Les malformations dentaires se voient généralement chez les individus issus de procréateurs atteints d'une infection ou d'une intoxication chronique.

Les hérédo présentent souvent ce qu'on appelle des *érosions dentaires*: ce ne sont pas des érosions, au sens habituel du mot, mais des stries dues à la disparition de l'émail en certains points de la surface ivoirine. Ces érosions ne sont pas pathognomoniques de la syphilis et existent dans d'autres infections ou intoxications.

Cette malade présente aussi une kératite interstitielle, mais le troisième élément de la triade d'Hutchison, la surdité, manque.

La mère présente deux perforations de la voûte palatine osseuse. Dans ce cas, il faut toujours faire remonter la perforation à une rhinite. La destruction du plancher nasal se fait de haut en bas. Les perforations du voile sont plus fréquentes et reconnaissent un autre mécanisme.

Un enfant de 11 mois présente de l'hydrocéphalie caractérisée, avec un tour de tête de 49 centimètres, des pupilles immobiles à la lumière, du retard intellectuel, une impossibilité de se tenir debout, une exagération des réflexes rotuliens. Il offre un nystagmus horizontal.

La ponction lombaire a révélé une abondance lymphocytaire, avec une grande quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire n'est pas seulement un moyen de diagnostic, dans ces cas-là, mais

elle constitue un procédé thérapeutique. Elle améliore souvent l'hydrocéphalie.

L'enfant est nettement spécifique. Il présente la réaction de Wasserman positive. L'augmentation de volume du crâne a été notée à l'âge de cinq mois.

L'idée que l'hydrocéphalie peut être d'origine syphilitique n'est pas encore bien répandue. Il n'est pas douteux cependant qu'elle soit *dans certains cas* liée à la syphilis héréditaire.

Un enfant né d'une mère en pleine période secondaire, ayant fait auparavant une fausse-couche, a présenté quelques jours après sa naissance une éruption de pemphigus sur le talon gauche, puis une éruption tuberculo-croûteuse sur les membres et la face. A 8 mois, il a eu une paralysie infantile, sans intervention d'aucune maladie infectieuse dont elle puisse être considérée comme un reliquat.

Ceci n'est pas un cas isolé. Il y a un assez grand nombre d'hérédo-syphilitiques ayant de la paralysie infantile, pour qu'on doive songer à autre chose qu'à une coïncidence, quoique, dans la majorité des cas, la paralysie infantile soit due à d'autres maladies qu'à la syphilis. Il s'agit probablement ici d'une artérite syphilitique des cornes grises.

## Pédiatrie

### LES TROUBLES DIGESTIFS DANS LE RACHITISME.

Marfan, dans une étude approfondie du sujet (Presse Méd.) indique la façon dont il comprend la relation entre le rachitisme et les troubles digestifs qui sont si fréquents dans cette affection.

Il établit tout d'abord qu'il y a des cas de rachitisme dans lesquels les troubles digestifs font entièrement défaut; mais ces cas sont exceptionnels. Presque toujours on trouve des troubles digestifs existant dans le rachitisme, et, quand on analyse les observations, on constate que ces troubles se divisent en deux groupes:

1<sup>o</sup> Les troubles digestifs qui précèdent l'apparition des déformations osseuses;

2<sup>o</sup> La dyspepsie du rachitisme confirmé.

Les troubles digestifs qui précèdent le rachitisme peuvent revêtir deux formes. La plus fréquente est celle de la *gastro-entérite catarrhale à rechute*.

Celle-ci date parfois des premiers jours de la vie. Le premier symptôme par lequel elle se manifeste est une diarrhée dont les caractères sont les suivants. Les selles sont nombreuses; il y en a au moins cinq ou six en vingt-quatre heures; elles sont liquides et un peu grumuleuses, vertes ou panachées; elles renferment souvent du mucus liquide et transparent, un peu gélatiniforme. Cette diarrhée peut s'accompagner de vomissements et d'odeur butyrique de l'haleine. Avec ces troubles s'observent souvent un léger

météorisme et de l'érythème vésiculeux des fesses. Il se produit parfois une faible élévation de la température; mais celle-ci ne dépasse guère 38 degrés.

Tantôt légers, tantôt accentués, ces troubles durent quelques jours, une semaine, deux semaines, rarement plus. Puis ils s'atténuent et disparaissent plus ou moins complètement pendant un temps qui n'est jamais bien long; ensuite apparaît une nouvelle poussée de catarrhe gastro-entérique, analogue à la première. Cette seconde poussée s'apaise à son tour; elle est suivie d'une troisième poussée, et ainsi de suite, pendant des semaines et parfois des mois.

Dans l'intervalle de ces accès de gastro-entérite catarrhale, il importe de le relever, les fonctions digestives ne reviennent pas toujours à un état entièrement normal; des troubles dyspeptiques persistent souvent, dont la forme varie quelque peu selon que l'enfant est nourri au sein ou soumis à l'allaitement artificiel. Pendant cette évolution, le poids du sujet ne progresse pas ou diminue; dans nombre de cas, l'état général ne paraît pas très atteint, quelquefois survient une poussée de choléra infantile.

C'est au cours de cette dyspepsie chronique, généralement entre le sixième et le douzième mois, alors que les troubles digestifs durent déjà depuis plusieurs semaines, qu'apparaissent les premières déformations osseuses du rachitisme.

Dans quelques cas plus rares, les troubles digestifs qui précèdent le rachitisme et accompagnent son début revêtent une autre forme: celle de cette *dyspepsie avec vomissements répétés*, constipation opiniâtre et rétraction du ventre, qu'on a rapportée tantôt à un rétrécissement congénital ou spasmodique du pylore, tantôt à une sorte de catarrhe spasmodique plus ou moins généralisé à tout le tractus digestif.

A mesure que le rachitisme évolue, les troubles qui l'ont précédé se modifient et d'autres apparaissent. Il se constitue alors un *syndrome digestif* particulier que M. Marfan désigne sous le nom de *dyspepsie de rachitisme confirmé*. Cette dyspepsie peut même s'établir d'emblée ou, plutôt, se développer parallèlement aux altérations osseuses.

Dans cette dyspepsie du rachitisme confirmé, l'appétit est capricieux, des périodes d'anorexie alternant avec des périodes de voracité; il y a des flatulences, du clapotement stomacal, de l'hypopepsie et des fermentations anormales chez les rachitiques nourris avec du lait de vache. Chez ceux-ci, la constipation avec selles dures, blanches, fétides, souvent riches en phosphates de chaux, est très fréquente. Chez les rachitiques nourris au sein, les selles peuvent rester normales; plus souvent, il existe de la constipation avec selles jaunes, un peu fétides, qui ne sont guère expulsées qu'au moyen d'un lavement. Chez les deux se constitue un gros ventre flasque, un ventre de batracien auquel répond un allongement plus ou moins considérable de l'intestin, dû à un relâchement atonique de la musculature intestinale.

Cette dyspepsie, essentiellement chronique, dure tant que le rachitisme est en évolution; elle ne s'efface que lorsque les déformations osseuses commencent à se réparer. Elle garde ordinairement les mêmes caractères pendant

toute sa durée, et il est assez rare qu'elle soit interrompue par un accès de diarrhée catarrhale ou de vomissements.

Il existe donc dans le rachitisme des troubles digestifs prodromiques et des troubles digestifs de la période confirmée. Ceux-ci ne découlent pas obligatoirement de ceux-là, puisque les troubles digestifs prodromiques peuvent faire défaut dans un certain nombre de cas. Au contraire, la dyspepsie avec gros ventre flasque existe même dans les formes frustes du rachitisme et ne se rencontre guère que chez les rachitiques. Elle fait donc partie intégrante du tableau du rachitisme. Il est du reste facile de comprendre comment la maladie rachitique peut déterminer cette forme de dyspepsie. Le relâchement de la musculature intestinale et abdominale, qui aboutit à l'allongement de l'intestin et au gros ventre flasque, n'est sans doute qu'un cas particulier de cette atonie musculaire généralisée qui existe dans le rachitisme. Le léger gonflement des plaques de Peyer et des follicules clos, qu'on rencontre quelquefois, n'est également qu'un cas particulier de cette tendance à l'hyperplasie qu'ont, chez les rachitiques, tous les tissus hématopoiétiques et lymphopoiétiques.

Quant aux troubles prodromiques et aux rapports qui existent entre eux et le rachitisme, il importe de faire remarquer d'abord qu'ils peuvent faire défaut dans cette maladie, ensuite qu'ils peuvent exister indépendamment du rachitisme, d'où on doit conclure qu'ils ne sont pas propres à cette maladie, qu'ils ne font pas partie intégrante de son cadre clinique. Cependant la fréquence de ces troubles digestifs au début du rachitisme est trop grande pour qu'on puisse nier qu'il y ait un lien entre les deux ordres de manifestations. Mais quelle est la nature de ce lien?

On admettait autrefois que les troubles digestifs et le rachitisme étaient les deux effets d'une même cause: la mauvaise alimentation. Plus tard, quand on a vu que les troubles digestifs et le rachitisme pouvaient se développer chez les enfants nourris au sein ou nourris convenablement, on a admis que les troubles digestifs, se développant sous l'influence de causes plus ou moins connues, provoquaient le rachitisme par une sorte de retentissement à distance.

A la place de ces deux théories, M. Marfan en propose une autre que voici:

Pour lui, l'allaitement artificiel, à lui seul, n'est pas capable de produire le rachitisme et ne joue dans l'étiologie de cette maladie que le rôle d'une cause prédisposante, il est vrai, très puissante. Les causes réellement efficaces du rachitisme sont toutes les infections ou intoxications chroniques — ces expressions étant prises dans le sens le plus large — survenant à une certaine phase de l'ossification et de l'hématopoièse, phase qui va des derniers mois de la vie intra-utérine à la fin de la seconde année de la vie extra-utérine et durant laquelle les modifications de la moelle osseuse provoquées par ces maladies peuvent troubler l'éducation du tissu osseux. En scrutant les antécédents d'un rachitique, il est tout à fait exceptionnel qu'on ne retrouve pas à l'origine des déformations osseuses une infection ou une intoxication chronique. Celles dont l'action nous a été prouvée par des faits permettant d'éviter une erreur sont les suivantes: toxi-infections digestives chroniques ou à re-

chutes; syphilis héréditaire, broncho-pneumonies prolongées ou à rechutes; pyodermites chroniques (abcès sous-cutanés multiples à répétition indéfinie, suppurations prolongées d'une surface eczémateuse); dans nombre de cas, deux ou plusieurs de ces causes associent leur action. Mais ces causes efficientes sont d'autant plus actives qu'elles agissent sur un sujet prédisposé; or l'observation montre que, parmi les causes prédisposantes du rachitisme, les deux plus puissantes sont l'allaitement artificiel, surtout quand il est établi dès le début de la vie, et l'hérédité; ensuite vient, mais à un rang inférieur. Telle est la seule conception qui, d'après M. Marfan, puisse expliquer *tous* les faits.

\* \* \*

#### DIABETE CHEZ UN ENFANT, SUIVI DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Que le diabète appelle la tuberculose, c'est là, dit Gonzales (in *La Medicina de los minos*) un point de pathologie depuis longtemps établi. Que ces deux états puissent se rencontrer chez l'enfant, l'observation suivante le démontre encore.

Gargon de cinq ans, rachitique et débile, a beaucoup souffert dans sa première enfance; fièvres éruptives, bronchites, convulsions. Depuis quelques mois, les parents ont remarqué un grand affaiblissement de l'enfant coïncidant avec une soif vive; il boit tout ce qu'il rencontre. Gencives blanches, sèches; même sécheresse sur le palais, la luette, la langue couverte d'un enduit saburral. Grande maigreur. Rien à l'auscultation du poumon. Rien à l'examen du ventre. Pas de troubles de la motilité. Polyurie considérable (5 litres d'urine par jour). Réduction par la liqueur de Fehling: glycosurie considérable. Diabète grave.

Après quelques mois se montrèrent les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire.

Traitement par l'alimentation azotée; peu de féculents, suspension du sucre et des boissons alcooliques. La quantité de glycose diminue dans les urines, mais l'état général ne se relève pas. Au septième mois du diagnostic, se montrèrent les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire avec toux sèche, fréquente, douleurs sourdes, crachats sanguinolents. Signes d'infiltration tuberculeuse au sommet droit. Evolution rapide de cette complication, fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, athrapsie, formation de cavernes, mort en hypothermie, avec un pouls insensible, après trois jours d'agonie.

\* \* \*

#### SPASME ET STENOSE CONGENITALE DU PYLORE CHEZ LES ENFANTS

Koplik, étudiant cette question peu précise encore, dans *The Amer. Jnal. of Med. Sci.*, établit que deux opinions contradictoires ont été soutenues, l'une voulant que la sténose fut purement spasmodique, l'autre qu'elle fût matérielle. La première recommande le traitement médical, la seconde le traitement chirurgical. Toutes les deux

reposent sur des faits; il y a des cas où le spasme domine; il en est d'autres où il n'est qu'un élément de la maladie. M. Koplik donne la relation de ses cas personnels:

1o Fille de cinq semaines; père pottique, un autre enfant aussi. Enfant au sein, pas de maladie. A l'âge de neuf jours, elle a commencé à vomir, d'abord après chaque tétée, puis une fois sur deux. Elle vomissait parfois plus qu'elle n'avait pris, rendant des caillots de lait des tétées précédentes. Selles liquides, parfois vertes, parfois jaunes. Pas de mouvements péristaltiques visibles, mais on sent une masse pylorique. Le lait de la mère, qui avait mauvaise apparence, ne convenait pas à l'enfant. On lui donne d'abord de l'eau et des lavements de somatose pendant vingt-quatre heures, puis du lait modifié avec citrate de soude. Les vomissements cessent, mais le poids n'augmente pas. Allaitement mixte, guérison.

2o Fille de sept mois, mère tuberculeuse et brightique; un enfant mort de méningite. Allaitement artificiel avec le lait condensé et l'eau. Vomissements, atrepsie, constipation. Mouvements péristaltiques peu accusés, on ne sent pas le pylore. On force l'alimentation, on ajoute du citrate de soude; les vomissements cessent. Il s'agissait d'un simple spasme.

3o Gargon de quatre semaines, nourri au sein, il augmente d'abord; au bout de deux semaines, il vomit après chaque tétée. Pas d'ondes péristaltiques, pas de tumeur. Vomissement immédiat et projectil. On fait de l'allaitement mixte; le biberon est moins vomé que le sein. Plus tard, on sent le pylore. On donne une nourrice, et la guérison est obtenue. Dans ce cas le lait de la mère ne convenait pas.

4o Gargon de six semaines; allaitement mixte. Vomissement depuis la naissance. Constipation. On essaie en vain différents modes d'alimentation pendant plusieurs mois; puis, à la suite d'une spécialité, les vomissements cessent, la guérison survient. Il s'agissait de spasme sans tumeur du pylore ni péristaltisme.

5o Fille de trois mois, nourrie au sein pendant quatre semaines, puis artificiellement. Vomissements incessants, constipation à partir du sevrage. Guérison avec une mixture de lait.

6o Gargon de six semaines, nourri au biberon, vomit depuis l'âge de deux semaines. On ne sent pas de tumeur. Guérison par un changement de lait.

7o Gargon de deux mois, au sein pendant trois semaines, puis au lait modifié. Vomissements, avec augmentation de poids. Usage de citrate de soude, guérison.

8o Fille de quatre mois, au sein pendant quelques semaines, puis allaitement mixte; vomissements dès le début. Augmentation de poids. Amélioration graduelle.

9o Fille de six semaines, au sein pendant deux semaines, puis nourrie avec une mixture. A ce moment, elle vomit après chaque repas. On ne sent pas le pylore. Guérison par un bon régime.

10o Fille de sept mois, au sein pendant quelques semaines, puis au biberon; vomissements, constipation; spasme pylorique, nourriture appropriée, guérison.

11o Enfant de sept mois, vomissant depuis la naissance;

on donne une nourrice, les vomissements s'aggravent, l'athrepsie augmente. On parle d'opération. Pas de péristaltisme, pas de tumeur. On change de nourrice, l'enfant guérit. Il n'y avait donc que du spasme, pas de sténose hypertrophique du pylore. Tous les faits précédents relèvent de la même pathogénie: spasme pylorique et non tumeur. Dans les cas suivants, il y a eu rétrécissement du pylore et hypertrophie des parois.

120 Garçon de cinq semaines, au sein pendant deux semaines; vomissement après chaque tétée. On donne du lait modifié sans résultat; on essaie de deux nourrices successivement. Tympanisme, péristaltisme; tumeur pylorique. Le Dr Lillienthal fait une gastro-entérostomie postérieure; après l'opération, l'enfant continue à vomir avec la nourrice; on le nourrit artificiellement. Guérison.

130 Garçon de sept semaines, au sein pendant cinq semaines, puis au biberon; vomissements, constipation, perte de poids. Péristaltisme, pas de tumeur. Plus tard on sent le pylore. Opération par le Dr Lillienthal, qui trouve une tumeur pylorique comme une noix et fait une gastro-entérostomie. Mort.

A l'autopsie, on relève le rétrécissement pylorique avec hypertrophie des parois.

1404 Fille de sept semaines, au sein pendant trois semaines, puis allaitement mixte. Dès la naissance, vomissements. On donne une nourrice sans succès. On sent la tumeur pylorique. Mort.

150 Garçon de huit semaines, nourri au lait modifié, puis au sein. Il commence à vomir à partir de trois semaines. On lui donne une nourrice; il vomit davantage. On change de nourrice. Péristaltisme, tumeur pylorique. On parle d'opération, mais on l'ajourne à cause de la faiblesse de l'enfant. Cependant il a guéri peu à peu.

Ces faits, de pratique courante, sont instructifs par leur diversité; ils montrent que le spasme joue un très grand rôle dans le syndrome vomissement et que la thérapeutique très incertaine doit être surtout empirique. Avant de prendre l'histoire, il faut essayer divers modes d'alimentation et surtout chercher une bonne nourrice.

## Médecine Pratique

### Pour une diète plus libérale dans la fièvre typhoïde

d'après M. R. Morichau-Beauchant (de Poitiers).

En 1900, M. Vaquez, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, s'élevait contre la diète lactée prescrite presque exclusivement chez les typhiques. Il montrait les inconvénients qui résultaient pour ces malades d'une alimentation insuffisante et il préconisait un régime plus en rapport avec leurs besoins. Sa voix n'a pas été suffisamment entendue: pour la plupart des médecins, encore à l'heure actuelle, le régime lacté absolu est le seul qui convienne dans la fièvre typhoïde.

M. Morichau-Beauchant, dans une récente étude, vient de reprendre la question et de montrer les grands avantages d'une diète plus libérale, laquelle d'ailleurs est de plus en plus appliquée dans les pays étrangers.

"Après la fièvre typhoïde, dit-il, alors même qu'il s'agit d'un cas d'intensité moyenne, il est constant d'observer chez les malades soumis à l'alimentation habituelle un amaigrissement toujours très marqué et parfois excessif. Cette diminution de poids est due à une perte d'eau et de graisse, mais aussi, et cela est plus grave, à une destruction des matériaux albuminoïdes qui forment la trame de l'organisme. Bien des travaux ont montré quelle était l'importance de ce dernier facteur. Dans un cas rapporté par Leyden et Klemperer, la perte en urée atteignait 109 grammes en douze jours, correspondant à une destruction d'environ 3k2 de muscle. Dans un autre cas cité par Frédéric Muller, un malade perdit en huit jours 86g4 d'urée correspondant à 2 kilos et demi de muscle.

Si nous recherchons la raison d'une combustion aussi marquée des substances azotées, nous voyons que plusieurs causes interviennent. D'abord, et pour une part probablement assez minime, l'action nocive des toxines bactériennes qui augmentent la désintégration des matières protéiques, puis l'action de la fièvre qui active la production de chaleur d'environ 20 à 30 p. 100 (Krehl), en enfin, causé de beaucoup la plus importante, l'alimentation insuffisante à laquelle sont soumis les malades."

Après avoir montré par de nombreux exemples et d'intéressantes citations que la clinique est ici d'accord avec la théorie, M. Morichau-Beauchant étudie la valeur des aliments essentiels pour les typhiques et précise ainsi quel doit être leur régime.

"Le lait, sauf le cas où il n'est pas digéré, doit entrer dans sa composition et la ration *optima* semble être un litre et demi. Il est donné pur si les malades le préfèrent ou additionné d'une petite quantité de café. On peut le couper avec de l'eau d'orge ou du riz, ou le mélanger avec une

petite quantité de farines de céréales, orge, riz, etc., ou un peu de pâtes, ce qui le rend plus facile à digérer. Le lait doit être assez fortement sucré, soit avec du sucre ordinaire soit avec de la lactose. On lui ajoutera de la crème si l'on adopte les vues de Coleman (1).

En dehors du lait, il y aura intérêt à donner une ou deux fois chaque jour du bouillon, fait avec des légumes ou avec du poulet ou même avec des pieds de veau, ce qui donnera un bouillon renfermant de la gélatine dont nous connaissons les avantages dans le régime des typhiques. Le bouillon ne sera pas donné clair, mais on y ajoutera, en augmentant prudemment les doses, des pâtes ou des farines de céréales. Celles-ci pourront également être données sans lait ni bouillon, sous forme de soupes.

Le jus de viande, à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche, sera plus facilement accepté par les malades s'il est mélangé au bouillon. Quant à la viande en nature, nous avons vu qu'il fallait se montrer assez réservé sur son emploi. Nous devons cependant signaler que nombre d'auteurs disent n'avoir eu qu'à se louer de l'emploi d'un peu de viande râpée crue ou cuite. M. Vaquez, qui suit cette pratique, recommande la viande de mouton, qui est très pauvre en graisse, ou encore la viande prise dans sa partie centrale du jambon et très finement râpée.

Avec plus de sécurité, on peut prescrire les oeufs, trois ou quatre par jour. Ils seront pris crus ou battus dans un peu d'eau, au besoin avec du sucre et quelques gouttes de rhum ou de cognac. Ils peuvent être également mêlés à du lait ou à du bouillon. Certains auteurs ne voient pas d'inconvénients à les donner à la coque.

Tels sont les points essentiels du régime des typhiques. Ajoutons que les boissons doivent être données en abondance consistant en une eau légèrement additionnée d'alcool, de thé ou de café, limonade au citron, décoctions de céréales, etc. Il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à introduire dans les aliments une quantité modérée de sel; les malades sont d'ailleurs les premiers à en réclamer.

Le régime dont nous venons d'exposer les grandes lignes correspond à une alimentation "libérale" plutôt qu'"intensive". Il ne s'agit d'ailleurs là que de données générales modifiables suivant chaque malade en particulier et aussi suivant les périodes de la maladie. C'est ainsi qu'au début, dès les premiers jours, il conviendra souvent, en cas de troubles digestifs très marqués, d'être plus réservé sur la question de l'alimentation, mais celle-ci devra être reprise et augmentée suivant les principes que nous avons posés dès les premiers accidents passés. D'autre part, il est des malades qui ne digèrent absolument pas le lait, chez lesquels même de faibles doses de cet aliment provoquent des vomissements, de la diarrhée, augmentent même la fièvre; dans ce cas, il faut le supprimer sans hésiter; on le remplacera par

du bouillon avec pâtes et farines de céréales, des panades avec un peu de beurre et de sel, des oeufs, de la gélatine. Et on arrivera de la sorte, dans des conditions évidemment plus difficiles, à éviter au typhique les dangers de l' inanition.

Au point de vue du nombre des repas, les conditions varient suivant chaque sujet. D'une façon générale, on peut dire que chez les malades nourris libéralement on pourra les espacer d'environ trois heures; l'alimentation lactée exclusive comporte, par contre, des prises de lait beaucoup plus rapprochées.

La méthode ne contre-indique aucun des traitements employés, en particulier les bains froids.

Les médecins qui ont nourri leurs malades avec une diète mixte appropriée à leurs besoins sont unanimes à reconnaître les bons effets qu'ils ont obtenus.

Du côté du tube digestif, la langue se nettoie et reste humide. L'appétit, faible les premiers jours, devient plus satisfaisant du fait de l'alimentation plus abondante et les malades réclament souvent eux-mêmes à manger; les nausées et les vomissements sont moins fréquents; le tympanisme, si habituel chez les malades nourris exclusivement au lait, fait ordinairement défaut; à la diarrhée fait place souvent la constipation, qui cède d'ailleurs facilement à des lavements ou à des purgatifs légers. Les complications intestinales, hémorragies, perforations, péritonites, sont plutôt moins fréquentes. L'état général n'est pas moins heureusement modifié. Les malades n'ont plus ce facies abattu et prostré; ils s'assoient eux-mêmes sur leur lit; l'intelligence conserve une parfaite lucidité. Ils ont moins souvent des escarres et autres troubles trophiques. Si la durée totale de la maladie ne paraît pas sensiblement abrégée, du moins après une période fébrile de cinq ou six semaines ils entrent en convalescence sans cet amaigrissement, cette adynamie, qui en font une proie toute désignée pour les infections secondaires. La convalescence est remarquablement rapide. La diète "libérale" chez les typhiques doit donc être considérée comme un progrès sérieux dans le traitement de cette maladie, et Coleman paraît avoir exprimé très justement ce fait lorsqu'il dit que les médecins qui ont fait l'essai de nourrir plus abondamment leurs typhiques ne retournent plus volontiers à l'ancienne méthode.

Cette supériorité de la diète libérale sur la diète réduite s'accuse dans les statistiques; nous reproduisons celle de Kinnicut, portant sur un grand nombre de cas:

Diète libérale		Diète réduite	
Nombre de cas.....	733	Nombre de cas.....	4,654
Rechutes.....	48	Rechutes.....	507
Pourcentage sr 325 cas... ..	11,38	Pourcentage.....	10,89
Hémorragies.....	35	Hémorragies.....	411
Pourcentage sr 733 cas... ..	4,77	Pourcentage.....	8,33
Perforation.....	10	Perforation.....	111
Pourcentage sr 733 cas... ..	1,36	Pourcentage.....	2,40
Mortalité.....	60	Mortalité.....	497
Pourcentage sr 733 cas... ..	9,47	Pourcentage.....	10,55

Ces chiffres sont assez éloquents pour se passer de commentaires.

Concluons donc qu'en présence d'une fièvre typhoïde, le praticien, rompant avec les anciennes méthodes trop ré-

(1) Coleman, considérant la haute valeur calorifique des graisses et son rôle d'épargne des albuminoïdes, préconise la graisse sous forme de crème de lait, dont il donne jusqu'à une pinte par jour (57 centilitres). Il l'administre avec précaution en examinant avec soin les selles, et l'arrête ou la diminue lorsque les troubles digestifs apparaissent.

pandues encore dans notre pays, doit s'efforcer de fournir à son malade une alimentation mixte en rapport avec ses besoins. Il sera récompensé de son audace (le mot n'est pas trop fort, tant la tradition est puissante) en voyant ses malades supporter plus allègrement les conditions si pénibles de leur longue maladie, échapper à bien des complications, et après une convalescence courte reprendre leurs occupations professionnelles sans les tares parfois indélébiles qui s'observent chez les typhiques traités avec un régime d'inanition."

## Société Médicale de Montréal

Séance du 9 février 1910

PRESIDENCE DE M. ST-JACQUES

Une assistance nombreuse, la présence du maire de Montréal et de plusieurs confrères échevins ont fait très solennelle cette première séance régulière de l'année.

Le président, M. Eug. St-Jacques, le premier inscrit à l'ordre du jour, débute en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus du suffrage populaire, et dit l'honneur particulier qui rejait sur notre Société, à la suite de l'élection à la mairie de l'Hon. Dr J. J. Guerin, l'un de nos membres les plus assidus.

M. St-Jacques, en quelques phrases succinctes, expose ensuite le programme de l'année, lequel très attrayant est fait pour attirer les membres. Il entre peu après dans le vif de son sujet de conférence: l'enseignement de la médecine en France et en Allemagne, dont nous pouvons déduire les conclusions suivantes:

1o. Les laboratoires d'Allemagne, plus riches et mieux outillés, l'emportent sur ceux de France.

2o. L'enseignement clinique est de beaucoup supérieur en France, grâce au merveilleux talent de parole et à la clarté d'exposition de ses professeurs. Toujours la France est sans rivale pour l'étudiant qui veut se livrer à une spécialité.

3o. Les cours de perfectionnement, à l'usage des praticiens, sont en Allemagne plus pratiques et mieux appropriés à tous les desiderata.

En quittant l'Europe, nous revenons à Montréal, avec une conférence de M. J. E. Laberge, sur l'organisation de notre bureau d'hygiène, en rapport avec les maladies contagieuses. Il adresse en passant un amer reproche aux médecins qui négligent de faire les déclarations des maladies contagieuses; il veut bien admettre cependant que l'oubli est la cause ordinaire du manquement à la loi, et pour y suppléer, il annonce l'essai d'un nouveau système de déclaration, plus pratique, et plus apte à rafraîchir la

mémoire. Il termine par la nomenclature des diverses attributions des employés du département et montre les résultats de leur travail: ainsi, grâce à eux, il a pu se convaincre que dernièrement, nous avons eu affaire à une véritable épidémie de fièvre typhoïde, et ce malgré les dénégations officielles d'alors.

Ces reminiscences d'un passé municipal peu lointain permettent à Son Honneur le Maire Guerin, de rappeler combien étaient fondées les plaintes des médecins et des citoyens, lors de la dite épidémie. Heureusement, ajoute-t-il, que la ville prenant conscience du mal qui la rongait, a eu le bon esprit de déléguer au Conseil plusieurs médecins, dont la tâche il est vrai n'en demeure pas moins sans périls, mais qui auront pour les aider dans le travail d'assainissement, le concours des corps médicaux. Pour lui, personnellement, qui a été à même d'apprécier jusqu'ici l'oeuvre de la Société Médicale, il veut compter sur notre coopération, dans toutes les questions d'hygiène publique qui seront bientôt à l'ordre du jour. C'est dire qu'il s'intéressera de plus en plus à nos débats, qu'il saura encourager de sa présence, le plus souvent qu'il pourra.

MM. les Drs Garceau et Dubeau, nouveaux échevins, concourent dans les mêmes idées et s'en remettent à l'appui de la profession, dans l'oeuvre d'épuration hygiénique, si nécessaire dans l'enceinte municipale.

MM. les Drs Latreille et St-Pierre, vu l'heure avancée, et sur la prière du président, remettent à une séance ultérieure la lecture de leurs communications.

Avant la clôture de la séance, le secrétaire fait part à l'assemblée de deux résolutions soumises par le Comité de Régie à l'approbation de l'assemblée; la première à l'effet d'organiser une série de banquets mensuels, dans le but d'y discuter les questions d'intérêts professionnels; la seconde en vue de faire nommer une commission spéciale, en rapport avec l'article 34 de nos règlements.

Ces deux suggestions sont adoptées; les messieurs suivants devront faire partie de la Commission spéciale: MM. J. Décanie, Bourgoïn, Chagnon, Cléroux, Bourgeois.

A 11 hrs. la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNER.

## 2me SEANCE

Le mercredi, 23 février 1910

PRESIDENCE DE M. ST-JACQUES

Devant 34 membres présents, les conférenciers de la soirée étudient tout à tour le rein normal et le rein pathologique.

Du rein normal, M. Boucher, nous expose d'abord de façon brève et concise tous les détails de structure histologique, et en illustre les particularités essentielles à l'aide de projections sur l'écran.

M. Asselin lui succède et nous entretient de la phy-

siologie rénale, il rapporte les acquisitions nouvelles de la science sur ce sujet. Son travail, très au point, donne lieu à une intéressante discussion sur le rôle de l'urée dans les phénomènes de l'urémie, à laquelle prennent part MM. St-Jacques, Valin, Bourgoïn et Asselin.

M. Latreille nous résume ensuite brièvement comment on interprète actuellement en France les lésions histologiques observées dans les néphrites et nous démontre que la classification de Brault en néphrites aiguës, subaiguës et chroniques, étant la plus en rapport avec les faits cliniques, reste la plus pratique.

Les types de néphrites épithéliale, glandulaire, parenchymateuse et interstitielle décrits par les auteurs existent réellement, mais presque jamais à l'état de pureté. Ainsi les néphrites, épithéliale et glandulaire, qui correspondent dans la nouvelle classification à la néphrite aiguë, n'existent pas sans congestion plus ou moins marquée et infiltration diapédétique du tissu interstitiel.

La néphrite parenchymateuse, maintenant néphrite subaiguë, présente au microscope des lésions glomérulaires et déjà une certaine réaction scléreuse du tissu interstitiel. Quant au gros rein blanc, rare aux autopsies, il correspond le plus souvent à une dégénérescence amyloïde.

Enfin, dans la néphrite interstitielle, la dégénéres-

cence avancée, la déchéance, l'atrophie des cellules épithéliales sont des lésions aussi importantes que la sclérose du tissu interstitiel qui les accompagne; pour cette raison le nom de néphrite chronique semble mieux lui convenir.

Le mécanisme de production de ces 3 types pathologiques est très simple: les processus toxi-infectieux agissent en même temps sur l'épithélium et le tissu interstitiel.

Or si les lésions épithéliales prédominent dans un processus violent et brutal, c'est que l'épithélium est l'élément le plus délicat; que le processus toxi-infectieux soit moins évident, et que son action soit plus longtemps prolongée, le tissu interstitiel aura le temps de réagir, de s'organiser et de se scléroser, pendant que de son côté l'épithélium, subissant simultanément l'action peu intense, mais continue et prolongée du même processus passera par les différents stades de la dégénérescence et finira par s'atrophier.

MM. E. P. Benoit et Bourgoïn, inscrits à l'ordre du jour, vu l'heure avancée, sont priés de remettre à plus tard leurs communications, et à 11 hrs la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNER.

## NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

### TRAITEMENT DU VERTIGE STOMACAL

Le vertige stomacal, au dire de Robin, constitue 80 p. 100 de tous les vertiges: ce symptôme doit donc être traité d'emblée de la façon suivante: chaque matin boire une macération préparée deux heures avant, de 2 grammes de quassia dans une tasse à thé d'eau froide. Marcher ensuite un quart d'heure, puis prendre un peu de thé très léger et des fruits cuits et du pain grillé.

Eviter dans l'alimentation les corps gras, le pain frais, les sauces, les poissons gras, les mets épicés, les crudités, etc., supprimer le tabac. Comme boisson, eau d'Alai, Pougues, Soutzmann.

Après le repas, une tasse d'infusion très chaude, de tilleul, amis étoillé, etc.

Cinq minutes avant le déjeuner de midi et le dîner, absorber dans un peu d'eau VIII à X gouttes de *Teinture de noix vomique* ou IV à VI gouttes de *Teinture de fèves de Saint-Ignace*.

Après déjeuner, dîner, et en se couchant, avaler dans un peu d'eau le contenu d'un des paquets:

Magnésie hydrate, à à 8 grammes

Bicarbonat de soude, à à 8 grammes

Sucre blanc, à à 12 grammes

Craie préparée, à à 12 grammes.

Mêlez et divisez en 24 paquets.

Continuer le *quassia*, les *gouttes* et les *poudres* pendant une semaine et ainsi de suite jusqu'à disparition du vertige.

Si le vertige revient au bout de quelque temps, il convient de reprendre le traitement, mais pour une semaine seulement, le vertige disparaissant d'habitude en deux ou trois jours.

La constipation doit être énergiquement combattue, en absorbant le soir après le dîner, à la place de l'infusion habituelle, une petite tasse d'infusion, avec six à huit follicules de *séné* lavé à l'alcool.

En cas d'insuccès prendre:

Serpentaire de Virginie, 4 gr.

Camphre pulvérisé, à à 0 gr 50

Asa foetida, à à 0 gr 50

Extrait thébaïque, 0 gr 05

Rob de sureau, Q. s.

Pour 14 bols, dont on donnera 3 à 4; 3 à 5 ou 3 à 6 dans les vingt-quatre heures, au moment où l'accès vertigineux se produit.

Aux individus très nerveux on donnera, à titre palliatif,

au début de la crise vertigineuse, une cuillerée à soupe de la potion :

Bromure de potassium, 6 grammes Eau de laurier-cerise, 5 grammes Sirop d'éther, 30 grammes Hydrolat de valériane, 125 grammes pour une potion.

+

### LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL DANS LA SEPTICEMIE PUERPERALE ET LES AUTRES MALADIES SEPTIQUES

Depuis un an et demi, Hans Albrecht a employé les injections intra-veineuses d'argent colloïdal dans un grand nombre d'infections. Le collargol d'après les recherches expérimentales n'a qu'une faible action bactéricide et ne semble pas entrer en ligne de compte. On ne peut, d'après l'auteur, expliquer ses effets par la polynucléose qu'il produit. Reste une action catalytique, c'est-à-dire une action de foment, ayant pour effet d'activer l'oxydation des toxines.

La réaction positive produite par injection consiste dans un frisson, de dix minutes à trois quarts d'heure, survenant une demi-heure à quatre heures après l'injection. Ce frisson est suivi d'une élévation, puis d'une chute critique de la température et du pouls au bout de 12 heures. Le jour qui suit l'injection, l'amélioration de l'état général est considérable, et les jours suivants la polyurie n'est pas rare. L'auteur n'a pas observé d'actions accessoires fâcheuses, sauf dans deux cas où se produisit un collapsus très passager après l'injection, probablement causé par l'injection de sédiment de collargol.

L'auteur a injecté l'argent colloïdal dans 45 cas de maladies septiques les plus diverses. Les injections n'ont donné aucune amélioration dans les cas de streptococcémie et de pyémie grave ou de péritonite supposée. Malgré une hyperleucocytose considérable, on peut le considérer comme inutile pour combattre les infections générales bactériennes graves et les suppurations graves localisées.

Par contre, son action est rapide dans les intoxications graves qui évoluent sous la forme d'infection septique généralisée.

En ce qui concerne spécialement l'indication dans les infections puerpérales, l'auteur croit que son emploi précoc est utile dans tous les cas, d'abord à cause de l'incertitude du diagnostic de la gravité de l'infection au début, puis en raison de l'arrêt de symptômes généraux fébriles dans les cas plus légers. L'innocuité des injections intra-veineuses de collargol a ici sa valeur.

Quant à l'emploi local en lavages ou en applications sur les plaies infectées ou dans l'utérus, l'argent colloïdal n'offre pas d'avantage particulier sur les autres méthodes de traitement. Par contre, els lavages vésicaux avec une solution tiède à 2 p. 100 à la dose de 100 cc. dans ces cystites aiguës sont extrêmement utiles et améliorent rapide-

ment les symptômes. Aussi peut-on les recommander après l'extirpation totale de l'utérus pour prévenir la cystite.

Dans la cystite chronique, le nitrate d'argent est supérieur au collargol. Enfin l'auteur a constaté une amélioration très grande à la suite d'instillation de 5 à 8 cc. de collargol à 5 p. 100, deux fois par semaine, dans deux cas de colipyélite. Dans un cas, la bactériurie a disparu complètement.

La forme sous laquelle le collargol est généralement employé soit par la voie intra-veineuse ou la voie simplement hypodermique, est "l'Argosol", en ampoules de 5 cc. chez l'adulte, on injecte généralement 10 c.c. en une dose initiale.

+

### LA MEDICATION ARSENICALE.

Cette médication, dit Brocq, est moins employée qu'elle ne l'était autrefois et cependant elle peut rendre de grands services. Elle est indiquée dans les dermatoses sèches, non inflammatoires; elle est contre-indiquée au contraire dans les états congestifs et quand l'affection à traiter se complique de poussées fluxionnaires. En tous cas, il faut se défier, quand on l'emploie, des pigmentations, surtout quand le traitement arsenical coïncide avec quelque manœuvre professionnelle ou thérapeutique qui expose la peau à une action traumatique. M. Brocq a vu ainsi, chez une malade à laquelle il faisait des injections arsenicales et qui se faisait faire en même temps le massage des seins, survenir une pigmentation considérable de la poitrine. Il y a d'ailleurs chez certains sujets une véritable prédisposition à cette pigmentation.

Les formes usitées pour l'administration de l'arsenic sont nombreuses. Les granules d'acide arsénieux dosés à un milligramme sont d'un usage commode. La dose varie de deux à dix milligrammes par jour, mais les solutions sont toujours préférables. M. Brocq formule presque toujours la suivante :

Arséniate de soude, 0.10 centigrammes.

Eau de laurier-cerise, 25 grammes.

Eau distillée, 225 grammes.

Chaque cuillerée à café contient deux milligrammes d'arséniate de soude. On commence par une à chaque repas et on augmente tous les deux jours jusqu'à six par jour ou même dix, comme dans la maladie de Duhring. On continue ainsi trois ou quatre semaines et on diminue ensuite graduellement.

On sait que la liqueur de Fowler qui est d'une administration commode, est modifiée dans le nouveau Codex et que son activité est diminuée environ d'un tiers, puisqu'il faut 34 gouttes pour faire un gramme alors que dans l'ancienne, il ne fallait que 24 gouttes pour ce poids.

La liqueur de Donovan Ferrari constitue aussi une bonne préparation à employer dans certains cas de syphilis, car elle contient les trois corps les plus utiles dans la médication antisiphilitique. En voici la formule :

Iodure d'arsenic, 0.20 centigrammes.

Eau distillée, 125 grammes.



Biiodure de mercure, 0.50 centigrammes.

Iodure de potassium, 4 grammes.

Cette préparation, qui a été surtout usitée dans les formes tenaces de la syphilis ou dans des cas de syphilis héréditaire, se donne à des doses très variables suivant la tolérance des malades; de six gouttes par jour jusqu'à cent gouttes que l'on étend dans une assez grande quantité d'eau.

## Bibliographie

### LES DEGENERESCENCES AUDITIVES.

Par le Dr A. Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif. 1 vol. in-16 de la Collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Le Docteur Marie avait étudié dans un précédent volume les troubles de l'audition par lésions centrales. Dans le présent travail il passe en revue les troubles par lésions dégénératives de l'organe sensoriel: oreille externe, oreille moyenne, oreille interne. Les 2 volumes *Audition morbide* et *Dégénérescences auditives* forment la monographie la plus complète et la plus richement documentée sur la psycho-pathologie de l'audition. Les cas cliniques et les travaux de laboratoire y sont scrupuleusement analysés et commentés.

\*\*\*

"*Atlas de Radiographie chirurgicale*", par le professeur Grashy et le Dr Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-4 avec 80 planches comprenant 240 figures et 6 schémas. Cartoné: 20 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 10, rue Haute-Feuille, à Paris.)

Le meilleur procédé pour tirer de la radiographie le maximum d'enseignement est à coup sûr de pratiquer beaucoup ce mode d'exploration.

Il faut distinguer en effet, en radiographie, la science de l'interprétation et l'habileté technique.

Et c'est pour cela que la radiographie est du domaine médical et qu'elle nécessite une éducation spéciale. Cette éducation est la meilleure garantie contre les *erreurs imputés à la radiographie*. Pour éviter les erreurs d'interprétation, tous les appareils et toutes les connaissances physiques ne suffisent pas: elles doivent être complétées par un sens clinique toujours en éveil et par l'étude attentive de nombreuses radiographies normales et pathologiques.

Lorsqu'on connaît parfaitement les images normales, un bon choix d'images pathologiques est le meilleur guide que l'on puisse souhaiter. Le présent atlas suppose cette

connaissance préalable de la radiographie normale, puisque tout ce qui n'était pas pathologique a été supprimé. C'est ainsi que l'auteur a pu faire rentrer un aussi grand nombre de clichés dans un espace aussi restreint.

Nul n'était mieux qualifié que le Dr Grashy pour publier ce nouvel ouvrage, qu'appellait le succès de son devancier l'*Atlas de radiographie normale*.

L'*Atlas de radiographie chirurgicale* renferme toute une série de cas d'autant plus intéressants que les radiographies ont été contrôlées par de nombreuses interventions chirurgicales. On peut donc dire qu'elles ne fournissent que des documents certains.

C'est avec un très réel profit que le médecin et le chirurgien parcourront cet ouvrage.

\*\*\*

### LA REEDUCATION PHYSIQUE ET PSYCHIQUE.

Par le Dr Lavrand, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50; franco: 1 fr. 75. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Le petit livre du Dr Lavrand établit de la meilleure façon l'influence que pourront demain exercer sur la thérapeutique tout entière les progrès des sciences psychologiques et une connaissance théorique un peu plus avisée des divers mécanismes neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels. C'est en effet en se fondant sur l'analyse psychologique que le Dr Lavrand a pu examiner de façon synthétique les diverses rééducations physiques et psychiques tentées par la thérapeutique contemporaine.

"La rééducation, dit très justement l'auteur, part de cette constatation (et ses succès en montrent la vérité), à savoir que le trouble fonctionnel dépasse toujours et souvent de beaucoup la lésion organique. Le psychisme et le physiologisme (physique ou matériel), s'entremêlant d'une façon si intime dans tous nos actes, la rééducation efficace devra toujours être à la fois physique et psychique à des degrés divers."

