

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec



JUIN 1907

SOMMAIRE

- 431—Dyspepsie appendiculaire, par Jean-Ch. Roux, assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine.
- 437—Le diagnostic des scarlatines frustes chez l'enfant, par J. Deshayes, interne à l'Hôpital Bretonneau.
- 444—Déviation de la taille chez les jeunes filles, par Dr Estor, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.
- 457—Traitement de la péritonite tuberculeuse.
- 459—Le pyramidon dans la fièvre typhoïde.
- 460—Posologie du pyramidon.—Le pansement iodé dans les infections puerpérales.
- 462—L'atoxyl dans la tuberculose, par MM. Louis Rénon et Arthur Delille.
- 464—Traitement du diabète, par M. le professeur Robin.
- 474—Association médico-chirurgicale du district de Joliette.



INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN
PARIS.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryn-
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. G. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUÉRARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. C. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. FISET, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. I
NAULT, P. LAGUEUX, E. DON.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAU
CHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

LA DYSPEPSIE APPENDICULAIRE

Par JEAN-CH. ROUX

Assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine.

L'appendicite chronique représente le type le plus net parmi le groupe des affections intestinales qui se traduisent par une symptomatologie presque exclusivement gastrique. Un observateur non prévenu peut méconnaître la nature réelle des accidents et cette erreur dans le diagnostic peut entraîner pour le malade une vie de souffrances et d'infirmités. Aussi longtemps que l'appendice, cause première de tous les troubles, n'est pas enlevé, l'état du malade ne se modifie pas.

Signalée par Talamon, décrite plus complètement par Ewald, cette « appendicite larvée » a été étudiée en France surtout par Walther, par Jalaguier, par Siredey.

Depuis quelques années, nos connaissances sur ce point de la pathologie digestive sont beaucoup plus complètes, mais les symptômes de la dyspepsie appendiculaire sont si variables, d'un sujet à l'autre, qu'une description d'ensemble de ces accidents est encore difficile. Les troubles subjectifs sont, en effet, des plus polymorphes ; si l'on se borne à écouter les plaintes du malade, on pourrait croire à une affection gastrique primitive. Heureusement que, pour se guider, le médecin a toujours l'examen direct des fonctions intestinales et de la région appendiculaire ;

l'interprétation des signes ainsi recueillis éclaire alors toute l'histoire de la maladie, en fait reconnaître la nature et conduit à une thérapeutique utile.

I

Nous essaierons d'indiquer les aspects les plus habituels et souvent inattendus que peut revêtir la dyspepsie appendiculaire.

Souvent le malade n'accuse que les symptômes les plus vagues. Il se plaint d'une gêne épigastrique plus ou moins vive après le repas, d'un ballonnement du ventre parfois assez considérable, de congestion de la face et de somnolence, accidents qui peuvent relever des causes les plus variées. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il peut se faire que quelques accidents orientent déjà le diagnostic dès le début de l'interrogatoire.

Siredey a indiqué les trois symptômes suivants qui, lorsqu'ils sont réunis, ont pour le diagnostic d'appendicite chronique la plus haute importance :

1° Les désordres dyspeptiques sont irréguliers et intermittents : ils apparaissent subitement et disparaissent de même. Les fatigues, la marche, les secousses d'une voiture sont souvent la cause de ces périodes d'exacerbation.

2° Ces désordres digestifs s'accompagnent de douleurs qui ont un caractère angoissant, qui provoquent la pâleur du visage et parfois une tendance à la syncope. Ces douleurs ne siègent pas nettement au niveau de l'épigastre, mais dans la région ombilicale. Cette douleur augmente pendant les mouvements de la marche.

3° Enfin des vomissements se produisent avec une grande facilité ; une promenade en voiture, une promenade un peu plus rapide après le repas suffisent à les provoquer.

Ces trois caractères ne se retrouvent pas dans tous les cas d'appendicite chronique, mais, lorsqu'ils existent, on a le droit de songer à une dyspepsie appendiculaire. Il faut pourtant se rappeler que les secousses de la marche suffisent à provoquer des désordres digestifs et des douleurs assez vives dans les ptoses abdominales.

On ne saurait trop insister sur le caractère particulier de ces douleurs appendiculaires; la défaillance subite, l'anéantissement rapide du malade, sans proportion avec les douleurs abdominales parfois assez légères, est un signe caractéristique. Il faut une excitation assez violente dans le domaine du grand sympathique pour expliquer cette asthénie subite.

Quelquefois l'état général est si profondément atteint, la dépression nerveuse permanente est si accentuée que l'on pourrait croire à une dyspepsie neurasthénique grave. J'ai eu l'occasion de soigner un jeune homme pâle, anémique, sans énergie morale ni physique; il avait séjourné, sans en éprouver aucune amélioration, dans un établissement où l'on soigne les accidents neurasthéniques. Quelques indigestions à répétition, accompagnées de vive douleur à la région appendiculaire, firent reconnaître la nature de l'affection, et l'ablation d'un appendice chroniquement enflammé fut suivie d'une amélioration rapide de l'état général.

On se défiera des vomissements fréquents et survenant sans cause appréciable surtout chez les enfants: dans la première enfance, c'est une des manifestations les plus habituelles de l'appendicite chronique à poussées subaiguës.

Les vomissements périodiques, dits acétonémiques, peuvent relever également chez l'enfant d'une appendicite chronique. On sait combien ces accidents sont rebelles à toute thérapie-

tique, mais l'intervention chirurgicale a pu parfois les arrêter immédiatement.

Chez l'adulte les vomissements répétés peuvent aussi traduire une appendicite chronique. M. Hayem a rapporté l'histoire fort curieuse d'une femme atteinte depuis plus de vingt ans de vomissements incoercibles rebelles à tous les traitements. L'ablation de l'appendice, pratiquée au cours d'une poussée inflammatoire se traduisant par des signes nets, fut suivie d'une guérison immédiate et définitive.

On ne peut noter parfois que l'intolérance pour certains aliments; comme l'a indiqué M. Walther, certains malades ne peuvent manger la plus minime quantité de viande, sans avoir aussitôt des douleurs mal localisées, des nausées, et un malaise indéfinissable. Cet accident s'observe lorsqu'une colite grave vient compliquer la lésion appendiculaire, et il nous paraît relever de la maladie de l'intestin plutôt que de l'appendicite chronique.

II

Malgré toute l'attention que l'on peut mettre dans l'interrogatoire il est bien certain que ces symptômes sont souvent si vagues que le diagnostic d'appendicite chronique serait impossible si l'examen de la région appendiculaire et des fonctions intestinales ne pouvait le confirmer. *C'est une règle générale, en effet, chez tous les dyspeptiques, d'examiner attentivement tout l'abdomen, et de ne jamais négliger la palpation attentive du cæcum et de l'appendice.*

Au niveau du point de Mac Burney, sur la partie inférieure du cæcum toujours facile à sentir par la palpation, on provoquera, par une pression moyenne, une douleur légère et, si la palpation est suffisamment prolongée, une contraction réflexe de la paroi abdominale à ce niveau. Si cette explora-

tion est négative, on pourra, suivant le conseil de M. Berthomier, faire coucher le malade dans le décubitus latéral gauche. Le point de Mac Burney peut devenir douloureux dans cette attitude alors que dans le décubitus dorsal on ne provoque aucune douleur.

Une douleur tenant à l'ovaire droit, ou à un rein mobile et abaissé est, en général, facile à éliminer. Une colique chronique ne détermine jamais une zone douloureuse exclusivement localisée au point de Mac Burney. On trouve toujours une sensibilité plus ou moins vive sur le côlon ascendant ou descendant. Lorsqu'une colite chronique coexiste avec l'appendicite, ce qui est une des éventualités les plus fréquentes, on trouve toujours un point plus douloureux à la partie inférieure du cæcum.

Les douleurs spontanées dont se plaint le malade ne sont pas toujours localisées au même point; elles peuvent irradier loin de la région appendiculaire ou prédominer au niveau de l'ombilic. Mais, parmi les irradiations les plus habituelles et les plus caractéristiques, nous devons signaler le retentissement de la douleur dans la région lombaire, surtout à droite, et dans la cuisse droite. Si la marche ou les secousses de la voiture provoquent ces douleurs à distance, le diagnostic en sera encore mieux établi.

Comme l'a observé Klemm, en général par la palpation on délimite un cæcum tendu, élastique, contractile, et l'on provoque facilement du gargouillement cæcal: cet aspect, qui n'est pas spécial à l'appendicite chronique, traduirait une contraction insuffisante de cet organe due aux adhérences développées à sa surface et à l'inflammation de ses parois.

Enfin, une étude attentive des accidents intestinaux qu'a pu présenter autrefois le malade viendra confirmer ce diagnostic.

L'existence, dans le passé, de crises appendiculaires franches à la suite desquelles l'estomac qui, jusque là, était en parfait état, a présenté quelques troubles fonctionnels, constitue la condition la plus favorable pour le diagnostic. Les crises antérieures ont été parfois extrêmement frustes, ne se traduisant que par des douleurs légères ou par des indigestions répétées, et il faut un interrogatoire prudent pour pouvoir sans suggestionner le malade en reconnaître la nature. Mais, souvent, tout antécédent appendiculaire peut manquer, le malade n'a eu aucune crise aiguë dans son passé et il est entré d'emblée dans la forme chronique. Le diagnostic en est rendu encore plus difficile.

Parfois, en suivant le malade pendant quelques semaines ou quelques mois, on pourra reconnaître plus facilement l'existence d'une appendicite chronique.

Le malade notera régulièrement sa température ; on remarquera, de temps à autre, une légère élévation de la courbe thermique pendant quelques jours, coïncidant avec une douleur légère de la fosse iliaque et avec une aggravation de tous les troubles dyspeptiques. Mais ces accidents peuvent aussi faire défaut et le diagnostic ne peut s'appuyer que sur l'analyse exacte des symptômes actuels que nous venons de passer en revue.

(La Clinique, 31 Mai 1907.)

LE DIAGNOSTIC DES SCARLATINES FRUSTES
CHEZ L'ENFANT

Par J. DESHAYES

Interne à l'Hôpital Bretonneau.

La scarlatine typique a une physionomie clinique si tranchée que son diagnostic, au moins après l'éruption, ne présente, on peut dire, aucune difficulté ; mais de toutes les fièvres éruptives, c'est de beaucoup celle qui est sujette au plus grand nombre de variantes et, dans certains cas, le médecin se trouve parfois assez embarrassé ; en quelques lignes seulement, rappelons d'abord les grands traits de la forme normale ; nous discuterons ensuite les anomalies que nous avons été à même d'observer dans le service de nos maîtres, les Drs Sevestre et Lesné.

Scarlatine normale.—Avant l'éruption, il est difficile en dehors de la notion de contagion d'affirmer la scarlatine ; on n'a souvent que des présomptions basées sur le début, qui est brusque et se manifeste à l'entourage par des *vomissements*, signe classique, par la *fièvre* et l'*angine*.

La fièvre monte d'un seul coup entre 39° et 40° ; en même temps, le pouls s'accélère sans qu'il y ait corrélation forcée entre ces deux éléments ; la température persiste ou monte légèrement le second jour, puis baisse en lysis pour être normale du quatrième au sixième. En même temps apparaît l'érythème bucco-pharyngé, que l'on sépare depuis Cadet de Gassicourt de l'angine, distinction qui peut paraître un peu théorique, mais que l'on peut cependant conserver, si l'on réserve pour caractériser l'angine vraie la douleur et la réaction ganglionnaire.

Dès le début, d'ailleurs, l'angine peut être blanche, pultacée

ou pseudo-membraneuse, et, dans ce dernier cas, il n'est pas rare de la trouver diphthérique par les cultures, contrairement aux données reçues autrefois.

Au bout de douze à trente-six heures apparaît l'éruption bien connue, qui durera environ trois jours, en pâlisant peu à peu; conservons ces délais classiques, mais en nous rappelant que l'éruption de la scarlatine est plutôt en avance qu'en retard, et nous avons observé des enfants renvoyés de l'école après la classe du matin et qui eurent une éruption généralisée à quatre heures du soir.

Comme dernier signe important, la langue scarlatineuse; on l'a parée des épithètes les plus diverses, et voici comment elle se présente: au début, une langue couverte d'un enduit très épais, blanc jaunâtre, respectant ordinairement les bords, mais toujours bien plus intense que l'enduit grisâtre de l'embarras gastrique. De 36 à 72 heures après le début des accidents, elle commence à se dépouiller par la pointe, cette desquamation s'étendant ensuite vers la base sous forme d'un V, qui va en s'agrandissant, et en un ou deux jours est réalisée la langue scarlatineuse dont l'aspect est très bien rendu par le nom de *vernissée* qu'on lui donne quelquefois; elle a, en effet, un aspect général de surface lisse très rouge, soulevée de place en place par de petites saillies nombreuses, un peu plus claires, formées par les papilles linguales.

Si l'on cherche à obtenir la langue scarlatineuse dès le début, en frottant avec un linge rude, on enlève l'exsudat et l'organe prend un aspect vilieux, mais qui n'est nullement la langue vernissée typique.

Enfin survient la desquamation, qui commence entre le neuvième et le quinzième jour environ, avec son aspect si caractéristique aux extrémités.

Scarlatines frustes.—Quels sont dans ce tableau symptomatique les éléments susceptibles de nous faire défaut? Tous ou presque tous, et malheureusement, comme nous le verrons, plusieurs manquent souvent ensemble.

1° *A la période prémonitoire.*—Les vomissements, quoique fréquents, ne sont pas constants; ils ne sont, d'ailleurs, nullement spécifiques; ce sont toujours des vomissements alimentaires dus à ce que l'enfant absorbe, quoique ayant 39° ou 40°, un repas plus ou moins copieux, qu'il ne tarde pas à restituer: ce détail est facilement vérifiable par une petite enquête auprès des parents.

L'absence d'angine, au sens où nous l'entendons, est assez fréquente, et il ne faut pas s'attendre à ne voir que des gorges d'un "rouge tirant sur le violet," mais nous n'avons pas encore observé l'absence d'énanthème, et il ne doit manquer que très exceptionnellement; cette constatation a dû déjà frapper les nombreux observateurs qui ont placé dans le tissu lymphatique du pharynx la porte d'entrée de l'infection; l'énanthème est en quelque sorte la signature de la scarlatine.

Enfin, la fièvre peut faire défaut; longtemps discutée, la scarlatine apyrétique est aujourd'hui admise par tout le monde; elle n'est pas rare et nous joignons ici les courbes les plus typiques, prises dans un certain nombre de cas que nous avons eu l'occasion de rencontrer. Cette apyrexie peut être relative, se bornant à une simple élévation passagère, de quelques heures, de la température, ou absolue, la courbe n'arrivant pas à 38°.

L'importance de ces données a pratiquement un grand intérêt, car il est partout reconnu, et nous l'avons maintes fois vérifié, que si la scarlatine est contagieuse à la desquamation,

elle l'est tout autant au début, et le Dr Jolly relate à ce propos une observation qui a la portée d'une expérience (1).

1° *L'éruption type est généralisée* et dure au moins vingt-quatre heures; contrairement à ce qui se passe pour bien d'autres affections, l'intensité de l'exanthème est très souvent en rapport avec l'intensité et la durée de la fièvre; ceci n'a rien d'ailleurs qui doive nous étonner; l'exanthème, en effet, trouble vasomoteur souvent symétrique, est probablement d'origine centrale, médullaire (certains auteurs ont même voulu y retrouver la distribution métamérique) et est comme la fièvre, fonction de la violence de l'infection. Aussi voyons-nous aux deux extrêmes de la série, d'une part les formes graves, hyperthermiques, où l'éruption dure quatre, cinq, six jours, le malade mourant avant qu'elle ne soit effacée; d'autre part, une fièvre légère ou nulle, une éruption légère, limitée aux aines, aux plis des coudes et à la poitrine, fugace surtout, toutes conditions excellentes pour qu'elle passe complètement inaperçue, car il est courant de la voir se déclarer dans le courant de la journée, ou même la nuit, et n'être plus perceptible le lendemain.

Si peu marquée qu'elle soit, l'éruption vue par le médecin est un gros appoint, mais il faut en distinguer plusieurs catégories d'érythèmes.

a) Les érythèmes toxiques. — *D'origine endogène* ce sont presque toujours des troubles liés à une infection gastro-intestinale, que l'on découvrira facilement; ils peuvent être très étendus.

(1) JOLLY (*Province médicale*, 30 juin 1906); Il s'agit dans ce cas d'un soldat qui contracta la scarlatine en causant pendant quelque temps avec un scarlatineux placé à une fenêtre au-dessus de lui, sans qu'il y ait eu contact direct; le contagio se fit donc par la projection des particules salivaires du malade. — Même conclusion ressort des observations du Dr Bouisson (*ibid.*).

D'*origine exogène* ce sont les éruptions médicamenteuses (antipyrine, arsenic), que l'on reconnaîtra même en l'absence des commémoratifs à leur peu d'étendue en général, à leur symétrie, à leur localisation habituelle aux membres, enfin au polymorphisme fréquent de l'éruption qui, ici érythémateuse, peut être à côté vésiculeuse ou bullense.

b) Les rashes des autres fièvres éruptives ; en dehors de la notion de contagion, on se basera sur les signes propres à chaque maladie ; souvent on devra attendre l'éruption pour se prononcer ; on se rappellera en outre que les rashes semblent parfois tenir au "génie épidémique" ; ce fait est d'observation ancienne pour la variole et nous l'avons vérifié dans une petite épidémie intérieure de rougeole à l'hôpital Saint-Louis, où le tiers environ des enfants atteints présentait un rash scarlatiniforme trois jours en moyenne avant l'éruption.

c) Les érythèmes au cours de la diphtérie.

Les uns sont dus à la diphtérie elle-même et sont des érythèmes absolument semblables à la scarlatine dont ils sont fort difficile à distinguer, la coexistence de l'angine étant bien faite pour entraîner une erreur de diagnostic ; décrits déjà par Bouchut il y a cinquante ans, ils ont été étudiés par Marfan sous le nom de *scarlatinoïdes métadiphthéritiques* ; nous avons remarqué souvent qu'ils accompagnent presque toujours des diphtéries graves ou au moins assez intenses ; ils ne surviennent pas d'emblée mais au bout de quelques jours ; dans ces cas, on devra tenir grand compte de la desquamation de la langue dont nous verrons plus loin l'importance.

A côté d'eux, dans le même ordre d'idées, existent les érythèmes dus aux injections de sérum auridiphthérique ; on ne doit pas imputer à ce mode de traitement les érythèmes scarlatiniformes qu'il ne produit jamais ; au contraire, il donne des

éruptions, urticariennes plus ou moins étendues, avec prédilection pour le voisinage des articulations qui peuvent être douloureuses. Sont aussi imputables au sérum des érythèmes limités, papuleux, maculeux, punctiformes ou en plaques diffuses qui accompagnent en général l'urticaire, mais qui ne peuvent se produire à l'état isolé et qui apparaissent en général dans les régions où le sérum a été injecté. Ces dernières formes d'érythème sérique sont obtenues facilement par des injections à des sujets sains de sérum de cheval normal, tandis que l'érythème scarlatiniforme n'est jamais obtenu dans ces conditions (1)

3° *Le phénomène de la langue scarlatineuse* est presque constant et lui aussi est ordinairement plus net dans les cas à exanthème très marqué; il est de première valeur pour le médecin appelé un peu tardivement et à qui l'on dit couramment: "L'enfant a eu dernièrement des rougeurs ou des boutons, mais maintenant c'est passé."

Si l'on observe nettement la desmaquation de la langue telle que nous l'avons décrite, il ne faut pas hésiter, n'eût-on que ce signe, à regarder l'enfant comme ayant la scarlatine; si elle manque complètement, nous renverserions volontiers notre proposition, appuyés sur ce fait que, dans les cas douteux où elle n'existait pas, nous avons considéré les sujets comme indemnes et ne les avons jamais vu contagionner leur entourage; cependant nous ne voulons pas être si absolus, car il n'est pas douteux que le dépouillement de la langue puisse, lui aussi, manquer.

4° Dans les cas où l'on a malgré tout des raisons de craindre une scarlatine, force sera d'attendre la *desquamation* qui, commençant au dixième jour, peut se faire attendre jusqu'au dix-

(1) MARFAN *Leçons cliniques sur la diphtérie.*

huitième. On la recherchera donc soigneusement surtout aux mains et aux pieds où elle se fait toujours par lambeaux plus grands qu'ailleurs ; entre les orteils, on trouvera de fines squames ; aux talons, à la plante du pied, des plaques de desquamation plus ou moins irrégulières, allant en s'agrandissant par leur périphérie ; aux plis de flexion (coude et aine) où elle est souvent furfuracée.

Il faut ici être en garde contre les desquamations des autres pyrexies qui n'ont pas de prédilection pour les extrémités et contre l'aspect ichtyosique que présente la peau de certains sujets et qui est soit congénital, soit consécutif à la malpropreté et au manque de soins habituels. La desquamation dans l'érythème scarlatiniforme est inconstante ; les squames sont ordinairement plus fines ; elle n'atteint pas les extrémités. Enfin la constatation d'une légère albuminurie permettra parfois un diagnostic rétrospectif de scarlatine.

La légèreté et la fugacité des principaux symptômes sont, nous l'avons dit, très souvent associés ; il nous reste à ajouter quelques mots sur ces deux causes qui nous semblent jouer un rôle très important dans la production des scarlatines atténuées.

z) *L'état du sujet.* — C'est, en effet, ordinairement chez des enfants très jeunes que l'on voit les formes frustes, et à partir de sept ou huit ans on n'a plus guère d'hésitations ; chez eux, d'ailleurs, la desquamation même dans les cas nets est toujours légère et plus vite terminée que chez les adolescents et surtout que chez les adultes.

b) *L'état antérieur du sujet* n'a pas moins d'importance et, à l'hôpital où malgré les précautions prises on voit cependant des cas intérieurs, nous avons souvent été frappés du peu d'intensité de la fièvre, du peu de confluence de l'éruption chez les sujets affaiblis comme les sujets coquelucheux ou les enfants

retenus au lit depuis longtemps, par exemple, par des tuberculoses osseuses ; par contre, les maladies de peu de durée, comme la rougeole ou la diphtérie, n'ont pas à être prises en considération.

En résumé, disons que la scarlatine est fréquemment atténuée, mais qu'il existe pour elle un minimum de symptômes, schématiquement un par période ; un énanthème bucco-pharyngé, une éruption plus ou moins éphémère, une desquamation spéciale de la langue, précédant la desquamation cutanée. En dehors de ces signes, il est impossible au médecin d'imposer les mesures rigoureuses d'isolement en usage dans la scarlatine.

(La Clinique, 24 Mai 1907.)

— (o) —

DEVIATION DE LA TAILLE CHEZ LES JEUNES FILLES

Par le Dr ESTOR,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

(Suite)

Puisque la scoliose n'est complètement guérissable que si elle est reconnue dès sa période de début, il faut surveiller attentivement la colonne vertébrale des jeunes filles, surtout lorsqu'elles sont élancées, lorsqu'elles grandissent vite et qu'elles sont issues de souche scoliotique. C'est à vous parents, qu'incombe cette surveillance. Mais ne croyez pas qu'on puisse reconnaître, à travers les vêtements, une scoliose commençante. Pour faire un bon examen, voici comment il faut procéder :

“Toute la partie postérieure du tronc doit être mise à découvert, les vêtements abaissés jusqu’au-dessous des hanches, où ils sont maintenus par une épingle ou par un lien, de façon que la jeune fille elle-même n’ait pas besoin de les tenir. Chez les jeunes filles on concilie facilement les exigences de la pudeur avec les nécessités de l’examen, en laissant couverte la partie antérieure du tronc; le dos seul, qu’il s’agit d’examiner, est à découvert. Les choses étant ainsi disposées, la région dorsale est exposée en pleine lumière.” Les talons doivent être joints, les bras symétriquement appliqués le long du corps. Voyez si les deux triangles latéraux formés par la taille et la face interne des bras sont égaux, si les épaules et les hanches font une égale saillie. Marquez par des points, à la plume ou au crayon dermatographique, la série des apophyses épineuses qui, chez les jeunes filles minces, forment, sur la partie médiane du dos, une chaîne très apparente de nodosités superposées. Voyez enfin si, en réunissant ces divers points, vous obtenez une ligne bien verticale.

Ce qui frappe le plus dans un examen superficiel, ce n’est point la déviation vertébrale, mais la saillie d’une épaule et généralement la saillie de l’épaule droite. Lorsqu’on nous vient consulter au sujet d’une jeune fille atteinte de scoliose, on nous dit d’habitude: “Docteur, je viens vous consulter pour ma fille qui a l’épaule droite plus forte que l’épaule gauche.” Comment, par quel mécanisme, une déviation vertébrale peut-elle déterminer une saillie anormale de l’épaule? Inclinez votre colonne vertébrale, à droite ou à gauche: vous ne reproduirez pas la gibbosité scoliotique.

Je vais aborder un des points les plus délicats de ma conférence: si je manque de clarté, je m’en excuse par avance et vous demande quelques instants d’attention. J’ai déjà dit que,

dans la scoliose, la colonne vertébrale était inclinée dans le sens latéral : c'est là une déformation très importante, mais ce n'est pas tout. Non seulement le rachis est dévié latéralement, mais il a subi un mouvement de torsion autour de son axe vertical, il est tordu en spirale, non pas au même degré que la tige verticale d'un tire-bouchon, mais suivant le même principe. Tandis que la tige du tire-bouchon décrit plusieurs tours de spire, la colonne vertébrale ne décrit qu'une fraction de tour de spire. Voilà un principe fondamental : la scoliose est constituée non seulement par *une inclinaison latérale, mais encore par un mouvement de torsion*. Ce mouvement de torsion se transmet fatalement aux côtes qui sont solidement fixées à la colonne vertébrale, et il a pour conséquence de repousser d'un côté les côtes en arrière et de les projeter en avant du côté opposé. Comme l'omoplate repose sur les côtes, elle se trouve, elle aussi, repoussée en arrière et elle devient plus saillante qu'à l'état normal. Sachez donc que la scoliose est caractérisée par deux altérations essentielles de la colonne vertébrale ; une déviation dans le sens latéral et une torsion en spirale autour de son axe vertical. Nous verrons que les exercices de gymnastique employés dans le traitement de la scoliose ont pour but soit le redressement de la colonne vertébrale, soit sa détorsion. Si j'ai parlé de saillie de l'épaule droite, c'est que le plus souvent la scoliose occupe la région dorsale et que la convexité de la courbure regarde à droite. Dans ce cas, on constate en outre un développement exagéré de la hanche gauche, la colonne a pris la forme d'un S.

J'en ai fini avec les descriptions forcément arides, et j'aborde le côté pratique de la question, le traitement de la scoliose.

* * *

Étudions d'abord le TRAITEMENT PRÉVENTIF. Que faut-il faire pour qu'une jeune fille ne devienne pas scoliotique ?

Quand une jeune fille est arrivée à l'âge de dix ou douze ans, qu'elle a grandi brusquement, qu'elle est pâle et fluette, ne lui demandez pas de travailler beaucoup. Ne l'internez pas dans un pensionnat, gardez-la chez vous. Laissez-la se reposer douze heures sur vingt-quatre ; sur un lit dépourvu d'oreiller et que vous aurez rendu peu dépressible en interposant une large planche entre les matelas et le sommier. Faites-la vivre au grand air, ce qui ne veut pas dire qu'elle doit exécuter des marches forcées ; qu'elle se promène sans se fatiguer et qu'elle s'étende sur une chaise longue, en plein air, dès qu'elle éprouve la moindre lassitude. Donnez-lui, tous les deux jours, un grand bain salé à 33°, d'une durée d'un quart d'heure, avec cinq à six kilos de sel. Au sortir du bain, friction sèche au gant de crin, puis séjour au lit d'un quart d'heure. Que sa chambre soit spacieuse, bien aérée et largement accessible aux rayons du soleil. Donnez-lui une alimentation reconstituante. Qu'elle absorbe de l'huile de foie de morue en hiver et du sirop de raifort iodé en été. Au mois de juillet, faites-lui prendre une trentaine de bains de mer et recommandez lui de se livrer au plaisir de la natation. Qu'elle passe enfin le mois d'août à la montagne, à une altitude de 800 à 1,000 mètres. Ce traitement ne s'adresse qu'aux jeunes filles prédisposées.

Faut-il faire porter *un corset* aux jeunes filles ? Voi à certes une question vieille et souvent débattue. Nous repoussons absolument le corset, instrument de torture, qui a pour but de réduire au minimum les dimensions de la taille, le corset que l'on portait au temps de Louis XV, où il fallait que les tailles devinssent plus fines à mesure que les paniers devenaient plus

larges. Le corset n'est point condamnable à la condition qu'il soit souple, qu'il ne comprime ni la poitrine ni la taille, qu'il n'apporte aucune entrave à la respiration, à la circulation du sang, à la marche, à la position assise, au libre exercice, en un mot, qu'il ne détermine aucune gêne fonctionnelle et qu'il ne serve qu'à attacher les vêtements. A la vérité, lors même qu'il comprimerait légèrement l'abdomen et déterminerait une très légère ensellure dorso lombaire, il n'en résulterait aucun désavantage, puisque, en redressant le buste, il favoriserait les mouvements d'inspiration et d'expiration. On a beaucoup écrit sur le corset, et je viens de lire notamment un très bon petit livre de vulgarisation intitulé : *Notions d'hygiène féminine populaire*, dans lequel l'auteur, le docteur René Martial consacre un chapitre aux indications du corset. Il pose nettement la question : " Les jeunes filles doivent-elles porter un corset ? " Et il nous dit : " A l'âge de treize à dix-sept ans, les jeunes filles peuvent au point de vue du développement des seins, être divisées en deux groupes : celles qui n'en ont pas et celles qui en ont ; et il donne des conseils quelque peu différents suivant qu'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces deux éventualités. Il est difficile d'admettre une classification aussi absolue : que de cas intermédiaires dont l'auteur ne tient pas compte ! Il oublie que la nature n'a pas établi des catégories aussi tranchées, et nous dirons simplement : Toute jeune fille peut porter un corset à la condition que ce corset n'apporte aucune gêne au libre fonctionnement de ses organes.

Faut-il donner aux jeunes filles, pendant leurs travaux de couture ou d'écriture, des sièges sans dossiers ou des sièges munis de dossiers ? On a cru, pendant longtemps, qu'en obligeant les jeunes filles à s'asseoir sur des bancs ou des tabourets dépourvus de dossier, on les forçait à développer leur système

musculaire, puisqu'on les mettait dans la nécessité de maintenir, par l'effort de leur volonté, leur colonne vertébrale dans la rectitude. C'est une erreur. Ne soyons pas cependant trop absolu. Assurément quand une jeune fille pousse drue, qu'elle n'éprouve aucune fatigue du fait de son développement, sa colonne vertébrale reste normale, quel que soit le siège que l'on mette à sa disposition. Mais quand, par suite des prédispositions que vous connaissez (faiblesse musculaire, hérédité scolio-tique), une jeune fille se trouve exposée, candidate à la scoliose, il ne faut lui permettre de s'asseoir que sur des sièges munis de dossier et que d'écrire sur un bureau approprié. On ne saurait attacher trop d'importance à la bonne disposition du *mobilier scolaire*. C'est, en effet, nous le savons, la mauvaise attitude prise en écrivant qui est généralement la cause déterminante de la scoliose. Le siège doit être muni d'un dossier suffisamment haut pour qu'il puisse fournir un point d'appui aux épaules. Il faut que le bureau ne soit pas horizontal, mais qu'il présente une inclinaison de 15 à 20°. La distance qui sépare le pupitre du dossier de la chaise doit dépasser de fort peu l'épaisseur du corps au niveau du creux de l'estomac. Le mieux, pour répondre à cette nécessité, est d'adopter un pupitre mobile par glissement. En effet, plus le siège sera éloigné du bureau, plus la colonne vertébrale sera infléchie. On a proposé un très grand nombre de modèles de bureaux et de sièges scolaires. Je me garderai de vous les indiquer, l'essentiel est que vous connaissiez les règles générales acceptées par leurs constructeurs.

En somme, le traitement préventif consiste à agir sur l'état général de la jeune fille prédisposée, par une médication tonique et surtout par le repos au grand air; il consiste, en outre, à faire porter à la jeune fille un corset qui ne la gêne nullement et à lui choisir un siège et un bureau appropriés. J'ajoute qu'il

est toujours bon de se rendre compte de l'acuité visuelle des enfants, et, au cas de myopie, de corriger cette myopie par des verres convenables.

TRAITEMENT CURATIF; LA SCOLIOSE EST CONSTITUÉE.—

La conduite à tenir est variable suivant l'intensité de la déformation, suivant le degré auquel est arrivée la scoliose. Nous distinguerons une scoliose au *premier degré*, dans lequel la malade peut faire disparaître momentanément sa déformation par un effort volontaire; une scoliose au *deuxième degré*, dans lequel la scoliose ne disparaît pas sous l'influence de la volonté, mais disparaît sous l'influence de la suspension; enfin, une scoliose au *troisième degré*, avec déformation squelettique, qui n'est supprimée ni par l'effort volontaire ni par la suspension.

1° *Scoliose au premier degré; la scoliose peut être supprimée par l'effort de la volonté.*—Le traitement est sensiblement le même que le traitement préventif; mais il doit cependant être complété. On augmentera la durée du repos dans la position horizontale; vers le milieu de la journée, la malade s'étendra, pendant une ou deux heures, sur une planche horizontale recouverte d'une couverture pliée en plusieurs épaisseurs. De plus, elle doit se livrer à des exercices de gymnastique orthopédique.

« C'est la gymnastique orthopédique qui est l'élément essentiel, le pivot du traitement de la scoliose. » (P. BERGER.)
La scoliose doit faire de la gymnastique deux fois par jour, et chaque séance doit durer une demi-heure.

Les exercices utilisés dans le traitement de la scoliose sont extrêmement nombreux; il ne m'est même pas possible de vous les énumérer. Il y a lieu d'établir, entre ces exercices, une distinction essentielle; certains, en effet, peuvent être exécutés, *sans appareil*, tandis que d'autres exigent des *appareils*.

Les exercices *sans appareil* s'exécutent généralement, soit dans le décubitus dorsal, l'enfant étant couché à plat sur le dos, soit dans la station verticale, l'enfant étant exactement adossée à un mur ou à un poteau. Les exercices sont très variés. Permettez-moi de vous en décrire un qui est fort simple et donne de très bons résultats : la face dorsale de la patiente est appliquée contre un mur, de façon que les talons, le siège, les épaules et la nuque se trouvent bien au contact du mur ; les bras sont pendants et appliqués le long du corps. Au commandement, ceux-ci s'éloignent peu à peu du corps, se placent lentement dans une position horizontale, s'élèvent de plus en plus et se rejoignent au-dessus de la tête. Ils décrivent ensuite lentement un mouvement inverse et reprennent leur position primitive. Pendant toute la durée de l'exercice, les bras et les mains qui s'élèvent et s'abaissent doivent rester au contact du mur. Ce mouvement sera répété plusieurs fois lentement et méthodiquement. Vous pensez peut-être qu'il ne présente aucune difficulté : essayez-le en rentrant chez vous, vous verrez qu'il n'est point facile de l'exécuter correctement, et vous constaterez de plus qu'il vous obligera à exécuter une profonde inspiration.

Parmi les exercices de gymnastique orthopédique qui nécessitent *l'emploi d'appareils*, les plus usités sont assurément les exercices de *suspension*. La suspension par la tête effectuée au moyen de deux courroies, l'une placée sous le menton, l'autre sous la nuque et qui se rejoignent un peu au-dessus de l'oreille, exerce une action très efficace. Il faut avoir soif de ne jamais pousser la suspension au point que l'enfant perde tout contact avec le sol. On associe souvent la suspension par la tête à la suspension par les aisselles, ce qui rend la manœuvre moins pénible et permet de la prolonger plus longtemps. La suspension fait de l'extension vertébrale et combat l'inclinaison

latérale. Pour corriger la torsion vertébrale qui, comme vous le savez, coexiste toujours avec l'inclinaison latérale, on exerce pendant la suspension, sur l'épaule saillante, au moyen d'un massage manuel, des pressions qui ont pour but d'effacer la gibbosité et de faire de la détorsion vertébrale. Je reviendrai tout à l'heure sur ces manœuvres. La suspension à l'échelle le dos appuyé sur l'échelle, constitue un bon moyen d'extension et de redressement vertébral. Il en est de même de la suspension à l'échelle munie d'un coussin qui repousse les deux épaules et plus particulièrement l'épaule la plus saillante. Cet appareil que l'on trouve dans tous les gymnases, fait à la fois de l'extension et de la détorsion vertébrales.

Je répète que je ne peux donner ici qu'une idée des exercices de gymnastique usités dans le traitement de la scoliose. Qu'il me suffise de vous dire, pour vous expliquer la complexité du traitement par la gymnastique orthopédique, qu'il existe des instituts munis d'un outillage très compliqué, qui ne traitent que des scoliotiques, et certains de ces instituts reçoivent des internes qui passent pendant un ou deux ans la plus grande partie de leur temps à combattre leur scoliose par des exercices appropriés.

Le *massage* est un précieux adjuvant de la gymnastique. Par le massage, on combat l'atrophie musculaire, et on redresse la colonne vertébrale par des pressions appropriées. Nous ne décrirons pas les manœuvres de massage (effleurement, pétrissage), destinées à augmenter la puissance musculaire. Disons que ces manœuvres seront heureusement complétées par un traitement électrothérapique. Mais je me permettrai d'insister sur les manœuvres modelantes qui, par l'action seule de pressions manuelles, permettent de redresser le rachis. " Ces manœuvres, pendant lesquelles le chirurgien s'efforce de faire disparaître les

courbures pathologiques et même de les remplacer temporairement par une courbure de sens inverse, se font tantôt sur le sujet étendu dans le décubitus dorsal, ventral ou latéral, tantôt dans la position verticale et pendant la suspension. Elles consistent en pressions que le chirurgien exerce d'une manière rythmique et en développant une force croissante avec les doigts la face palmaire de la main, parfois avec l'avant-bras ou le genou. Ces pressions ne doivent jamais être brusques ni violentes ; il faut éviter, autant que possible, qu'elles déterminent de la douleur ; en les exerçant d'une manière progressive, on reconnaît aisément le degré de force que l'on doit y mettre et le moment où il faut les suspendre. Employées avec cette précaution, les manœuvres modelantes peuvent rendre les plus grands services et ne sont nullement dangereuses. C'est principalement sur la gibbosité costale que s'exercent ces pressions". *Gymnastique orthopédique et massage* sont les deux méthodes thérapeutiques qui caractérisent le traitement de la *scoliose au premier degré*.

2° *Scoliose du 2° degré*). *La scoliose ne disparaît pas sous l'influence de la volonté, mais elle disparaît sous l'influence de la suspension.*—Dans la scoliose du 2° degré, on met en œuvre les moyens déjà mentionnés au sujet du traitement de la scoliose au premier degré, mais de plus on fait porter à la malade un *corset orthopédique*. Ce corset est absolument différent du corset ordinaire. Je n'entends pas par corset orthopédique un corset ordinaire, auquel on a ajouté des liens embrassant les épaules, des bretelles de redressement ne redressent absolument rien. A entendre les corsetières, elles possèdent toutes un moyen infaillible pour maintenir le rachis en bonne situation et au besoin pour le faire revenir dans le droit chemin. Je le répète, ces bretelles n'ont aucune action.

Quelle est l'efficacité du corset orthopédique ? A coup sûr, on ne peut pas le considérer comme un agent de redressement vertébral. J'estime qu'il est impossible qu'un corset orthopédique, aussi bien fait qu'il puisse être, redresse une colonne vertébrale même dans une minime proportion. On a prétendu que le corset orthopédique pouvait, en prenant un point d'appui en bas sur les hanches, en haut sous les aisselles au moyen de béquillons, produire de l'extension et par suite du redressement vertébral ; c'est là une erreur. Il est indiscutable que les hanches fournissent un point d'appui solide et stable, le squelette de la hanche constituée par les os iliaques ne pouvant pas être déplacé même par une forte pression. Mais, tandis que les hanches fournissent un solide point d'appui, les épaules, au contraire, par suite de leur grande mobilité, de leur indépendance de la colonne vertébrale, se laissant soulever sans que le rachis soit nullement influencé, fournissent un point d'appui des plus instables. Si vous faites construire un corset muni de béquillons très élevés, vous soulèverez très sensiblement les épaules, vous les placerez dans une posture disgracieuse, mais vous ne redresserez nullement la colonne vertébrale. Par le corset orthopédique, on ne combat pas davantage la torsion rachidienne. Pour arriver à ce résultat, en effet, il faudrait que le corset exerce une très forte pression sur l'épaule saillante ; or, si elle était efficace, cette pression serait insupportable. Voilà donc un premier fait : le corset n'est pas un agent de redressement, mais c'est un agent de soutien qui permet de ne pas perdre, entre les séances de gymnastique, les améliorations que l'on a obtenues au cours de ces séances. Il agit comme la pierre que l'on place sous la roue pour ne pas perdre le chemin parcouru, lorsque le char, pesamment chargé, a péniblement gagné quelques mètres de la montée.

Pour faire un bon corset orthopédique, il ne suffit pas de prendre exactement les mesures du thorax de la jeune fille scoliotique ; un moulage est nécessaire. Placez-la en suspension par la tête, la pointe des pieds touchant à peine le sol, de façon à obtenir le maximum de correction. Faites ensuite un moulage en plâtre de tout le thorax. En entourant le thorax de plâtre, on obtient un moule creux qui permet d'obtenir la reproduction exacte du thorax scoliotique. C'est sur ce moule que l'on construit le corset. " Quand le plâtre est bien sec, on étale sur toute sa surface, un cuir, que l'on choisit en peau de vache de très bonne qualité, sans défaut ; on l'a préalablement imbibé par immersion dans l'eau ; on en entoure le moule tout entier en le tendant fortement et en réunissant ses bords par une couture en lacet sur la ligne médiane antérieure. La dessiccation en s'opérant fait que ce vêtement en cuir reproduit et garde exactement la forme du moule dans tous ses détails, en acquérant une rigidité parfaite jointe à une très grande élasticité. On enlève alors le cuir du moule, et dans un premier essayage, en l'appliquant sur le corps du sujet, on s'assure qu'il s'adapte exactement à sa surface." " On obtient de la sorte une cuirasse en cuir durci, élastique et solide, qui s'ouvre en avant sur la ligne médiane pour permettre de l'enlever et de la remettre. On adapte ensuite sur cette cuirasse en cuir des pièces métalliques qui complètent le corset." " Toutes ces pièces métalliques sont forgées, ajustées sur le corset, essayées avant d'être trempées, lorsqu'elles ont acquis leur forme définitive, on les trempe et on les fixe à la cuirasse en cuir au moyen de clous rivés." MATHIEU, pour favoriser la transpiration cutanée et rendre le cuir plus léger, a eu l'ingénieuse idée de cribler le cuir d'une infinité de trous percés à l'emporte-pièce. On fait aussi des corsets orthopédiques en aluminium, en feutre. Mais quelle que soit la

substance emple, le principe de la fabrication reste le même : tout corset orthopédique doit être fait sur un moulage en plâtre pris pendant que la malade est en extension et que la réduction de la difformité est poussée à son extrême limite.

Il est bien entendu que la jeune fille scoliotique ne doit pas porter de corset quand elle est au lit, quand elle fait de la gymnastique et quand elle est étendue sur la planche horizontale. On voit, en somme, que le corset n'est porté que pendant un petit nombre d'heures. Lorsque la malade voudra mettre son corset, on la placera préalablement en suspension, et on ne fera cesser cette suspension que lorsque le corset se trouvera bien en place. En somme *le corset orthopédique* caractérise le traitement de la scoliose au deuxième degré.

3° Scoliose du 3° degré. La déviation ne se redresse ni sous l'influence de la volonté, ni sous l'influence de la suspension. — Tous les cas qui appartiennent à cette troisième catégorie ne sont pas également graves. Certains pourront être traités avec succès par les moyens que déjà j'ai indiqués, d'autres ne seront que simplement améliorés par ces moyens. Il en est enfin qui, plus particulièrement invétérés, nécessiteront des manœuvres de redressement brusque, exécutées sous l'anesthésie chloroformique. Ce sont là de véritables opérations chirurgicales, dont je ne veux pas vous entretenir, et qui aboutiront bien rarement à un résultat satisfaisant.

Je me permets de vous rappeler, en terminant, les règles générales que j'ai voulu mettre en relief et qui seront comme les conclusions de ma conférence : la scoliose invétérée est à peu près incurable ; la scoliose peu accentuée est guérissable, elle est justiciable d'un traitement qui, à la vérité, est pénible, minutieux, prolongé, mais qui est efficace ; enfin la scoliose peut être évitée. Il existe un traitement préventif de la scoliose. En

fait de scoliose, le vieil adage est particulièrement vrai : « Mieux vaut prévenir que guérir. » Mais pour prévenir un danger, il faut le connaître ; ce danger, je vous l'ai signalé : « Les scolioses sont pour une bonne part imputables à la négligence, à l'ignorance de l'entourage des enfants aussi bien qu'à l'optimisme exagéré des médecins consultés par les mamans inquiètes ; « ce n'est cela se passera avec la croissance, » sont des formules responsables de plus de bosse. » Surveillez attentivement les jeunes filles au moment de leur croissance, elles ne deviendront pas pas scoliotiques et vous serez doublement récompensés de votre surveillance, car la bonne santé physique fait la bonne santé morale. Enfin, n'oubliez pas qu'il faut surveiller la santé de vos jeunes filles, non pas seulement dans votre intérêt et dans le leur, mais aussi parce que vous devez remplir un devoir social, qui est de préparer les mères de demain.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Dans une récente clinique à l'hôpital Beaujon, M. le professeur Robin préconise le traitement hygiénique et médical ci-dessous :

Repos, air, alimentation raisonnée (et non suralimentation) où les végétaux et les pâtes entrent dans la proportion de $\frac{2}{3}$ et les matières animales pour $\frac{1}{3}$. Viande crue (100 grammes au plus par jour) entre deux tranches de jambon renfermées entre deux tranches de pain beurré, ou incorporée dans la confiture de groseille ou dans du bouillon coloré avec la purée de carottes ; viandes gélatineuses (tête de veau, pieds de veau).

Stimuler l'appétit au moyen de macération de quassia : 1 gr. 50 pour un demi-verre d'eau le matin à jeun ; teinture de noix vomique, six gouttes avant le repas du soir. Si la digestion est

difficile : pepsine, maltine, pancréatine. Si les digestions sont bonnes, une à trois cuillerées par jour d'huile de foie de morue.

Remonter l'état général au moyen d'injections de cacodylate de soude 5 centigrammes pendant huit jours, cesser huit jours puis reprendre pendant le même temps. On pourra aussi prescrire (s'il n'y a pas de diarrhée) :

Acide tannique.....	0 gr. 10
Aloès du Cap.....	0 gr. 01 à 0 gr. 03
Extrait de quinquina.....	0 gr. 10

Pour une pilule, 2 à trois par jour.

En cas de diarrhée, on usera du sous-nitrate de bismuth en potion :

Sous-nitrate de bismuth.....	4 grammes
Eau de chaux.....	160 —
Sirop de grande consoude.....	40 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour et davantage si nécessaire.

On calmera les douleurs par l'application de liniments ou pommades calmantes :

Æxonge.....	30 grammes
Extrait d'opium.....	2 —
— de belladone.....	2 —

On emploiera également les badigeonnages de teinture d'iode et les compresses imbibées d'eau fraîche et d'eau salée (250 grammes de sel par litre ou eaux-mères de Salies ou de Biarritz). En couvrir la paroi abdominale, entourer de coton et de taffetas gommé, et garder toute la nuit ou partie de la nuit.

La ponction sera pratiquée si le liquide devient trop abondant. On la fera suivre d'un badigeonnage de teinture d'iode

ou de collodion et d'une compression méthodique. Si le liquide se reproduit, la ponction sera suivie d'une injection modificatrice d'eau bouillie. Un mieux ne se produisant pas, on confiera le malade au chirurgien en vue d'une laparotomie.

(*Journal des Praticiens*).

LE PYRAMIDON DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

M. le Docteur Gobeewsky a publié récemment (*Toulouse médical*, oct. 1906) une observation de fièvre typhoïde traitée par le pyramidon. Il signale certaines particularités de ces infections: 1° dans leur évolution, certaines avaient eu un début de grippe brusque avec augine et sérodiagnostic positif, mais sans épistaxis; 2° dans leurs signes, il insiste particulièrement sur l'apparition, dans trois cas, d'énormes taches rosées saillantes ne présentant pas les caractères de la tache rosée lenticulaire ordinaire; suivant lui, ces taches se rapprocheraient des éruptions que l'on rencontre dans certaines intoxications d'origine intestinale; et il pense qu'il faut accepter l'idée de l'action des toxines intestinales en se basant sur ce que, chez ces malades, la fièvre typhoïde paraît s'être greffée sur une entérite déterminée par l'absorption d'huîtres infectantes. En comparant les tracés de la température et du pouls, il fait également remarquer que, même avec des modifications thermiques allant de 2 à 3 degrés, sous l'influence du pyramidon, le pouls n'est pas modifié dans sa fréquence. Il conserve les caractères qu'il a dans toute maladie infectieuse en voie de guérison.

POSOLOGIE DU PYRAMIDON

La dose active de pyramidon est de 30 centigrammes. Il est rare qu'on soit obligé de dépasser 75 centigrammes à 1 gramme par 24 heures. On prescrira :

Pyramidon.....	1 gramme
Sirop d'écorces d'oranges.....	25 grammes
Eau distillée.....	75 —

par cuillerée à soupe dans une période de 24 heures.

On peut l'associer au bromhydrate de quinine et prescrire :

Bromhydrate neutre de quinine.....	0 gr. 10
Pyramidon	0 gr. 05

Pour un cachet, V à X par jour.

Trois fois plus actif que l'antipyrine, le pyramidon : à l'encontre de celui-ci, suractive la nutrition. Il n'est contre-indiqué que chez les tuberculeux parce qu'il provoque l'apparition rapide de sueurs profuses et chez les dyspeptiques, en raison de ses effets irritants sur la muqueuse gastrique.

LE PANSEMENT IODÉ DANS LES INFECTIONS PUERPÉRALES

M. Goinard (d'Alger) préconise, contre les infections utérines consécutives à l'accouchement ou à l'avortement, la méthode suivante, indiquée par M.-E. Cabanes :

1° Aseptisation rigoureuse de la vulve et du vagin par savonnage et irrigation antiseptique.

2° S'il reste dans l'utérus des débris placentaires, curage et détersion complète de la cavité utérine. Si la délivrance a été totale, simple irrigation pour enlever les exsudats de l'endométrite.

3° Une lanière de gaze, de dimensions appropriées au volume de l'utérus (une mèche de 2 centimètres sur 30 suffit après un avortement; il faudra lui donner jusqu'à 5 centimètres sur 50 après un accouchement), est imbibée de la solution iodo-iodurée suivante :

Iode métallique.....	} ââ 4 gr.
Iodure de potassium.....	
Eau stérilisée.....	100 gr.

Puis cette mèche est tassée mollement dans l'utérus à l'aide de l'hystéromètre. La partie terminale de cette lanière prend à l'orifice du museau de tanche.

4° Lavage vaginal. Frottage avec un tampon iodé de toutes les fausses membranes qui peuvent siéger à la vulve, au vagin ou au col de l'utérus. Placement d'un tampon à l'orifice du col, pour protéger le vagin contre l'écoulement iodé, caustique.

Le pansement ainsi fait devra être renouvelé toutes les 12 heures jusqu'à sédation des accidents. Il fait disparaître les grands symptômes d'infection dans un délai moyen de trois jours. Dans les infections au début, on obtient ordinairement une *déferescence bien marquée après trois ou quatre pansements* soit au bout d'une cinquantaine d'heures. Dans les infections traitées tardivement, cinq ou six jours, avec deux pansements quotidiens, peuvent être nécessaires. La gaze doit être tassée mollement pour éviter la rétention des lochies, d'ailleurs vite

diminuées par l'iode, mais elle sera introduite bien à fond pour ne pas laisser d'espace mort où se cantonnerait l'infection.

(*Rev. prat. de gyn. obst. et pédiatrie*)

—o—

L'ATOXYL DANS LA TUBERCULOSE

Par MM. LOUIS RÉNON et ARTHUR DELILLE

L'atoxyl a été vanté, depuis quelques années, comme un médicament spécifique de la tuberculose. Notre expérience personnelle chez l'homme et nos recherches sur les animaux nous permettent de dire qu'il n'en est rien. L'atoxyl n'est pas un spécifique de la tuberculose.

Nous avons utilisé, depuis sept mois, un très grand nombre de fois l'atoxyl, par ingestion et par injections, chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire, de tuberculose des séreuses et de tuberculoses locales. Chez presque tous ces tuberculeux, la médication n'a pas modifié l'évolution de la maladie, et, chez les cavitaires, dans la phthisie avancée, nous n'avons retiré aucun bénéfice du traitement. Nous avons fait des expériences sur des cobayes. Les animaux traités par l'atoxyl ont succombé à peu près dans le même temps que les animaux témoins.

Dans quelques cas cependant, l'atoxyl, qui est un sel arsenical contenant 28 pour 100 d'arsenic (*Voir journal des Praticiens* du 20 avril 1907, p. 242), peut être employé. Dans la pleurésie tuberculeuse, dans la péritonite tuberculeuse, dans la

tuberculose à allure rapide sans infections secondaires, il nous a semblé que son usage avait amené une certaine détente fébrile et un certain retard dans la marche de la maladie. On peut avoir recours au traitement par l'atoxyl dans ces cas limités, sans autre espérance que de le considérer comme un succédané bien faible des autres médicaments arsenicaux, arséniate de soude, cacodylate, etc.

Si la médication par l'atoxyl nous a paru inefficace, par contre nous l'avons toujours trouvée inoffensive, sauf dans un cas où le malade a présenté une éruption arsénicale typique.

Nous avons donné l'atoxyl par ingestion et par injections sous-cutanées.

Pour l'*ingestion*, nous faisons usage soit de cachets d'atoxyl, dosés à 10 centigrammes, dont le malade prenait un, deux ou trois fois par jour, soit d'une solution composée selon la formule suivante :

Atoxyl.....	1 gramme
Eau distillée.....	150 —

Une cuillerée à soupe contenait 10 centigrammes d'atoxyl, et nous en faisons prendre une, deux ou trois cuillerées par jour, dans un peu d'eau.

Pour les *injections sous-cutanées*, nous utilisons la formule suivante :

Atoxyl.....	1 gr. 50
Eau distillée.....	q. s. p. 10 cc.

Un centimètre cube de la solution représente 15 centigrammes d'atoxyl.

Il est impossible de faire une solution plus concentrée, notre interne en pharmacie, M. Grosjean, ayant remarqué que 100 grammes d'eau, à la température ordinaire, dissolvent 20 grammes seulement d'atoxyl. Les préparations, ampoules ou solutions, doivent être stérilisées par stérilisations successives à

100 degrés, car l'élévation de la température à 120 degrés peut amener une modification de la composition du médicament. Nous injectons chaque fois deux centimètres cubes de la solution indiquée, soit 30 centigrammes d'atoxyl, sous la peau du ventre et de la fesse, et nous répétons tous les deux, trois ou quatre jours l'inoculation qui n'est nullement douloureuse et ne provoque pas d'indurations. On peut utiliser une solution à 1 pour 10, en répétant plus souvent les injections.

En un mot, l'atoxyl, dont le seul avantage est l'innocuité quant il est employé aux doses formulées plus haut, n'a aucune action sérieuse sur la tuberculose. Il ne doit être prescrit que dans des cas limités, à titre de médication d'appoint, très inférieure à beaucoup d'autres (*Société thérapeutique*, 28 mai 1907.

—o—

TRAITEMENT DU DIABÈTE

Par M. le professeur ROBIN

Il semblerait que la meilleure thérapeutique devrait être celle qui soulagerait et guérirait le malade, et satisferait en même temps les vues théoriques du médecin. Or, en pratique, il n'en est pas ainsi et l'on ne peut, pour instituer un traitement utile, que s'appuyer sur les faits.

Il en est ainsi pour la diabète. Des nombreuses théories qui essaient d'en expliquer la pathogénie, deux ont survécu qui partagent les médecins en deux camps : ceux qui le considèrent comme une maladie par ralentissement de la nutrition, et ceux

qui voient son origine dans une exagération de la production du sucre. D'où deux conceptions thérapeutiques absolument différentes.

Si le médecin croit au ralentissement de la nutrition, il instituera un traitement stimulant des actes nutritifs; si c'est la deuxième hypothèse dont il est partisan, il fera un traitement retardateur de la nutrition générale et de la nutrition hépatique en particulier. Il faut donc chercher, en invoquant exclusivement des faits, à établir un schéma thérapeutique qui s'adresse à toutes les formes du diabète, alimentaire, nerveux, hépatique, sauf cependant à la forme pancréatique qui n'est plus un diabète fonctionnel mais un diabète lésionnel.

Quels sont les faits qui peuvent servir de direction? Il en existe six :

1° Le premier, c'est que chez un diabétique floride, quand le malade est au début de sa maladie, et qu'il la supporte encore très bien, il y a augmentation de la désassimilation sous toutes ses formes. Le diabétique consomme plus de matières azotées que l'homme sain, et il les utilise mieux. Le coefficient d'oxydation azotée atteint chez lui 87% au lieu de la normale : 80% ;

2° Les oxydations chez le diabétique sont augmentées, et cela peut se prouver expérimentalement. Si l'on donne à un individu sain 20 grammes de lactate de soude, il en brûle 15 à 16 grammes, le reste est retrouvé dans l'urine; chez le diabétique, rien ne passe dans l'urine.

Le benzol C^6H^6 , quand on l'oxyde, devient $C^6H^5(OH)$ qui est l'acide phénique. Si on l'administre à un homme sain, on retrouve dans l'urine une certaine quantité d'acide phénique, une quantité plus considérable si le sujet est diabétique :

3° Ce n'est pas seulement sur les matières azotées et les matières organiques non azotées que porte cette exagération de

l'oxydation, elle porte aussi sur les matières salines. A l'état normal, sur 100 parties de soufre dans l'urine, il y en a 80 à 85 (Lépine), 80 à 90 (Robin) sous forme de soufre complètement oxydé. Dans le diabète le chiffre est plus élevé: 96.4.

De même pour le phosphore. Le coefficient d'oxydation du phosphore s'élève à 98,52% chez le diabétique, à 97,6% chez l'homme sain ;

4° Si on dose l'hémoglobine dans le sang du diabétique, on en trouve une quantité normale, quelquefois même supérieure à la normale, mais jamais on ne constate une diminution, Quincke admet même que l'augmentation est constante.

Dans tous les cas, il est un fait, c'est que, quand on expose du sang diabétique à de l'oxygène, on est frappé de l'avidité spéciale que ce sang a pour l'oxygène.

5° Les échanges respiratoires, loin d'être ralentis, sont au moins normaux et souvent augmentés, et toutes les fois que l'on emploie un médicament diminuant les échanges respiratoires, on fait diminuer le sucre et inversement.

Donc augmentation très nette des oxydations. Mais la vie n'est pas seulement dans les oxydations, elle consiste encore en hydratations, hydratations oxydo-réductrices, dédoublements, synthèses ; tous ces actes sont augmentés dans le diabète.

L'augmentation de l'urée prouve l'augmentation des dédoublements, des hydratations et des hydratations oxydo-réductrices.

Reste la question des synthèses. -Quels sont les produits de synthèse principaux ?

a) Les sulfo-conjugués.— A l'état normal de 0,100 à 0,278 par vingt-quatre heures ; chez le diabétique, 0,365.

b) L'acide hippurique (produit de synthèse de l'acide benzoïque et du glyco-colle, se faisant probablement dans le foie). Chez le diabétique, la quantité d'acide hippurique est sensiblement supérieure à celle de l'homme sain.

De tous ces faits, une première conclusion s'impose, c'est que l'hypothèse d'un ralentissement de la nutrition expliquant le diabète est à rejeter complètement, puisqu'au contraire il y a suractivité de tous les actes nutritifs, portant non seulement sur la nutrition générale, mais encore sur l'activité hépatique et sur l'activité nerveuse en particulier.

C'est ce qu'il reste à prouver.

On sait que le foie exerce une influence considérable sur la production de l'urée. Or l'urée est augmentée dans le diabète.

Le coefficient d'oxydation du soufre est augmenté chez les diabétiques ; or il est diminué dans le cas où le fonctionnement de la cellule hépatique est insuffisant.

Enfin l'augmentation de l'acide hippurique, dont la synthèse se fait probablement dans le foie, est encore une preuve de l'augmentation de l'activité de cet organe. L'activité plus grande du système nerveux peut être prouvée par l'étude du rapport entre le phosphore complètement oxydé et le phosphore total. Le bromure de potassium diminue ce rapport, la strychnine l'augmente ; dans la douleur, chez les diabétiques par exemple, pendant la crise douloureuse le rapport augmente pour diminuer dans l'intervalle des douleurs. Or, chez les diabétiques, ce coefficient est augmenté : donc l'activité nerveuse est plus considérable.

En résumé, chez les diabétiques, on note une exagération manifeste de tous les actes de nutrition, suractivité qui porte spécialement sur le foie et le système nerveux.

Si cela est vrai, la thérapeutique doit s'ensuivre avec une rigueur mathématique ; il va falloir diminuer l'activité générale et l'activité nerveuse ; tous les médicaments qui rempliront cette indication diminueront la quantité de sucre.

L'antipyrine, qui normalement ralentit le processus de

désassimilation générale, l'urée, le rapport azoturique, la formation du glycogène, doit diminuer le sucre. Et, de fait, si l'on donne de l'antipyrine à un diabétique qui avait auparavant 57", 60 de sucre, on voit que pendant l'action du médicament le sucre tombe à 18",9 pour rester à 18",2 après la cessation du remède.

De même pour l'*arsenic* qui, chez le diabétique, a la même action que chez l'homme sain (diminution de l'oxydation générale, diminution de l'urée, peu d'action sur l'oxydation des substances ternaires); pendant que les oxydations organiques tombent de 86,4 à 83,5. le sucre diminue de 154",35 à 41,69.

Les *alcalins*, l'eau de Vichy en particulier, qui diminuent les oxydations, diminuent le sucre.

Le *bromure de potassium*, qui touche peu aux mutations azotées, mais dont l'action est si marquée sur le système nerveux; les *opiacés*, la *belladone* (traitement de Tillemin), diminuent les oxydations, et diminuent la quantité de sucre.

Il y a la contre partie.

L'*oxygène*, qui augmente les actes chimiques, augmente légèrement le sucre (Jacob).

Le *pyramidon*, qui augmente les oxydations, augmente le sucre.

La conclusion à tirer de tout ceci c'est que le schéma thérapeutique à appliquer aux diabétiques peut être ainsi formulé.

Il faut :

1° Soustraire dans l'alimentation du malade tout ce qui est capable de produire l'excitation du foie; soustraire dans la mesure du possible les matériaux alimentaires avec lesquels le foie pourrait produire du sucre;

2° Ralentir la désassimilation générale, la fonction glyco-génique du foie à l'aide de moyens thérapeutiques qui diminuent tous les actes chimiques de la vie organique, l'activité hépatique

en particulier, et agir sur cette diminution par l'action primitive sur le système nerveux.

Mais, encore une fois, ce schéma thérapeutique ne vise que des cas types de diabète floride non compliqués.

Quelle sera donc, dans la pratique, la conduite à tenir ?

Deux règles générales sont tout d'abord à poser :

1° Les médicaments que l'on prescrit ne doivent pas être employés pendant un temps prolongé, car leur action s'épuise, ou ils deviennent un véritable danger pour le malade ;

2° Aucun traitement, quelque scientifique qu'il soit, ne donne de résultats si le malade n'observe pas une hygiène et un régime sévères.

L'HYGIÈNE aura pour but la sédation du système nerveux et la sédation hépatique.

On conseillera l'*exercice musculaire*, régulier, modéré et progressif, mais sans excès, car il pourrait provoquer alors, tout autant que les abus alimentaires ou les écarts de régime, le coma diabétique. La vérité est entre le surmenage et le sédentarisme.

L'*hygiène de la peau* devra être sévère et consistera en frictions, massage, effleurage, qui produiront une dérivation circulatoire salubre, déchargeant d'autant le système nerveux et le foie.

L'*hygiène morale* est capitale. On devra recommander au diabétique une vie tranquille, exempte de surmenage intellectuel et de chocs moraux. Il en est qui sont évitables. Par exemple dans certaines professions, le passage subit d'une activité plus ou moins intense au repos complet est un facteur du diabète ; il faudra conseiller de ne cesser brusquement toute occupation ou de faire un exercice modéré.

Mais ces règles hygiéniques ne vont pas sans un régime bien institué.

RÉGIME. — En règle générale, le régime devra être varié, car sa monotonie amènerait du dégoût, de l'anorexie, des troubles digestifs qui pourraient être très dangereux pour le malade et le mettraient sur la voie du coma diabétique.

L'alimentation se composera d'aliments animaux et végétaux. Le diabétique devra prendre une quantité de ces derniers (une partie d'aliments animaux pour trois d'aliments végétaux), qui sont indispensables, parce que plus ou moins laxatifs et toujours réminéralisateurs, et la déminéralisation met le diabétique en instance de tuberculose.

Les aliments seront accommodés comme l'on voudra, toutefois sans farine dans les sauces.

Les *corps gras* pourront être donnés, à la condition de ne pas en abuser, et si le malade ne présente pas de troubles dyspeptiques.

Les *fruits* permis seront les olives, les noix, les amandes, les pistaches. Dans la période de reconstitution alimentaire, on pourra tolérer la pomme, qui est de tous les fruits le moins sucré.

Comme *potages*, on recommandera les potages maigres, le bouillon, qui est un réminéralisateur, car il contient en lui tous les sels de l'organisme.

Reste la question du *pain* : c'est une des plus graves. On doit conseiller au diabétique de remplacer le pain par de la pomme de terre cuite à l'eau (150 grammes par jour si la quantité de sucre est supérieure à 200 grammes ; 250 à 300 grammes si le sucre n'atteint pas 200 grammes).

Mais dans certains cas, le malade réclame du pain avec une telle insistance qu'on sera presque obligé de lui en permettre. On accordera 50 grammes de mie, qui contient beaucoup plus d'eau que la croûte et, à quantités égales, est par conséquent moins nuisible.

Comme *boissons*, on donnera du vin rouge de préférence au vin blanc (car il contient du tanin) — Eau minérale alcaline (eau de Vichy, source Lardy).

On pourra conseiller la macération :

Quinquina jaune.....	} à à 5 grammes
— gris.....	
— rouge.....	

Faire macérer dans un litre d'eau

ou donner 'a boisson suivante, qui est un petit antidiabétique :

Feuilles de géranium *Robertianum*..... 2 grammes.

(Pour un paquet.)

Faire infuser dans 200-250 grammes d'eau :

(2 tasses par jour.)

Si les digestions sont difficiles, on donnera après chaque repas un paquet de :

Bicarbonate de soude.....	} à à 6 grammes
Magnésie hydratée.....	
Craie préparée.....	4 grammes

Diviser en douze paquets. — Un paquet après le repas dans un peu d'eau.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PAR SÉRIE.

Ire série, qui dure trois jours :

Antipyrine..... 1 gramme.

Bicarbonate de soude..... 1 gr. 25.

(Pour un paquet, n° 6).

Prendre une demi-heure avant le repas du matin et de midi un de ces paquets dissous dans de l'eau de seltz.

L'antipyrine est contre-indiquée chez les individus fatigués, chez les diabétiques qui présentent une albuminurie supérieure à 1 gramme. Dans tous les cas, il ne faut pas en prolonger l'usage plus de trois jours, car en trois jours l'antipyrine a dû

produire tous ses effets, et, donnée plus longtemps, elle provoquerait de l'albuminurie.

Il existe d'ailleurs un procédé pour savoir si l'antipyrine agira ou non utilement. C'est de rechercher la quantité et la densité de l'urine avant et après l'administration de l'antipyrine. Si la densité s'abaisse, l'antipyrine donnera de bons résultats.

Il faut suspendre l'antipyrine si le malade accuse une sensation d'oppression, de tension de la face, ou s'il présente une éruption.

A la suite de cette Ire série, on fait un dosage de sucre ; dans 8% des cas, le sucre a diminué de 50%.

Si le sucre n'a pas disparu, on passe à la 2e série.

Ile série.—Elle se compose de deux éléments :

1° Bichlorhydrate de quinine, 0,40-0,60 centigrammes en un cachet à prendre le matin à jeun, dix minutes avant le petit déjeuner ;

2° Au milieu des deux principaux repas ;

Arséniate de soude.....	2 milligr. ½
Carbonate de lithine.....	0,20 centigr.
Codéine.....	0,01 —
Thériaque en poudre.....	0,25 —
Extrait de quinquina.....	0,25 —

(M. pour un cachet, n° 30)

Au bout de six jours, si le sucre n'a pas disparu, on passe à la série suivante :

IIIe série.—Pendant neuf jours, on supprime la quinine et on continue à prescrire les cachets précédents d'arséniate de soude.

On refait, au bout des neuf jours, une analyse et, si le sucre n'a pas disparu, on arrive à la

IVe série qui se compose des trois éléments suivants :

1° Sel de Seignette, 5 grammes (pour un paquet) à prendre

dix minutes avant le déjeuner, dissous dans un peu d'eau de seltz ;

2° Une cuillerée à soupe de levure de bière avant le déjeuner ;

3° Avant le dîner, 3 grammes de diastase d'orge germée.

Ve série.—Elle résume le traitement de Villemin et consiste en :

Extrait de belladone.....	0,005 milligrammes.
— thébaïque.....	0,01 centigramme.
— de valériane.....	0,10 —
Poudre de quinquina.....	q. s.

(Pour une pilule).

Le premier et le deuxième jour en prendre quatre pilules (une toutes les six heures).

Le troisième et le quatrième jour : 6 pilules (une toutes les quatre heures).

Le cinquième et le sixième jour : huit pilules.

Le septième et le huitième jour : six pilules.

Le neuvième et le dixième jour : trois pilules.

On peut remplacer la belladone et l'opium par le bromure de potassium (1 gramme avant le déjeuner et le dîner, un troisième grammé avant le petit déjeuner dans certains cas. Mais ne pas prolonger son usage plus de huit jours).

Lorsque, sous l'influence d'un pareil traitement, le sucre a disparu, on doit imposer un *traitement de consolidation*. Il consistera en :

1° Carbonate de lithine..... 0,20 centigrammes.
(Pour un paquet n° 30).

Prendre dix minutes avant le déjeuner et le dîner un de ces paquets dissous dans un peu d'eau de Seltz.

2° Liqueur de Boudin..... {
Eau distillée..... { *de 100 grammes.*
(Une cuillerée à café au milieu des repas).

Il faut faire ce traitement pendant quinze jours pendant

lesquels on continuera le régime, en accordant un peu de pain, un peu de fruits. On aura bien soin d'examiner de temps en temps les urines.

Dans quelles limites guérit-on le malade ?

Sur 100 cas pris au hasard, M. Robin a noté 24 guérisons complètes (sujets ayant repris complètement leur existence normale) observés surtout dans des diabètes récents (trois mois à deux ans).

25 guérisons problématiques (le sucre a disparu, mais il reparaît avec les émotions, les écarts de régime).

33 améliorations considérables (de 200 à 400 grammes, le sucre est tombé de 10 à 50 grammes).

Enfin, 18 cas où les résultats furent peu appréciables avec cependant une légère diminution du sucre, ce qui permet, par conséquent, d'espérer une prolongation de la vie du malade.

(*La Clinique*, 21 juin 1907.)

—(o)—

ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

—
Séance du 10 juin 1907

Re Charlatans.— Le comité fait rapport : Madame Pontbriand de St-Charles a payé dix dollars et les frais, pour pratique illégale de l'obstétrique.

Dans la cause de Dupuis, celui-ci ayant résolu de quitter Joliette, ayant annoncé publiquement la vente de ses propriétés le Comité a cru devoir discontinuer toutes procédures contre le susdit Dupuis. Les frais en cette cause ont été payés par le défendeur.

Nous avons failli dans la dernière poursuite que nous avons intentée, contre le fameux récidiviste Mireault. La preuve a bien démontré l'exercice illégal de la médecine de sa part, mais

nous n'avons pu prouver la rémunération. Toutefois, chaque partie a été condamnée à payer ses frais, parce que le dit Mireault avait accepté un billet de passage sur le C. P. R., du patient qui avait requis ses services, lequel résidait à St-Damien. De sorte qu'à l'avenir notre fameux rebouteur sera obligé non seulement d'exercer gratuitement, mais il devra se transporter à ses frais.

Enfin, au sujet de l'action intentée contre Farley, le comité rapporte progrès.

Re Compagnies d'assurances.—Le secrétaire est chargé de se mettre en rapport avec les diverses sociétés médicales de la province, et de s'enquérir du fonctionnement du tarif adopté par la plupart d'entre elles.

Choix du Gouverneur pour le prochain triennat. — Il est proposé par M. le Dr J. Marion, secondé par tous les membres présents, au nombre de quinze, que le Dr Albert Laurendeau soit choisi comme candidat à la charge de Gouverneur pour le district de Joliette, aux prochaines élections.

Communications.—Le Secrétaire donne communication :

1° "D'une lettre de M. le Dr D'Arche de Sherbrooke, au sujet du tarif des examens pour les compagnies d'assurances dans le district de Joliette ;

2° "D'une lettre de Sa Grandeur Mgr Archambault, s'enquérant des principes émis par le Dr A. Laurendeau dans sa conférence de mars dernier sur l' "anthropogénie" ;

3° "Par M. le Dr Bissonnette député de Montcalm, se vantant, s'énergueillissant de l'attitude qu'il a prise pendant la dernière session à la Législature, au sujet de la clause de l'Acte médical, prolongeant le curriculum des études à cinq ans, et s'attribuant le mérite d'avoir fait rejeter cette clause ;

4° "De M. le Dr Omer E. Desjardins, secrétaire de l'Association médicale d'Arthabaska, appelant l'attention des diverses sociétés médicales de la province, sur l'exécution des articles 25a et 25c des "Règlements du Conseil d'Hygiène de la province de Québec," lesquels ordonnent la déclaration obligatoire des cas de tuberculose, avec pénalité comme sanction légale.

5° "Enfin, lettre de M. le Dr Marsolais, Régistrare du Bureau, appelant l'attention des médecins sur le fait que pour avoir droit de vote aux prochaines élections, il faut être financièrement en règle avec le collègue des Médecins.

Monsieur le Dr Henri Lasnier de Montréal, donne une très intéressante conférence, à la fois pratique et théorique sur la "radioscopie, la radiographie et la radiothérapie." Il fit d'abord l'histoire de la découverte de Roentgen, le résumé des travaux qui ont abouti à cette découverte, les étapes qu'a suivie cette question, à partir de l'abbé Nolet, (1750-1770), puis Becquerel (1857-1858), Sir William Crookes, et finalement Roentgen (1895). Le conférencier montra les phénomènes qui se passent dans un tube de Crookes, à mesure qu'on en modifie le vide, pendant que le courant électrique passe dans le tube. Il répéta les expériences de George Claude, permettant de réaliser en quelques minutes toute la série de ces phénomènes.

Il décrivit les circonstances dans lesquelles ont été découvertes la *radioscopie* d'abord, la *radiographie* ensuite, et enfin l'application des rayons X comme traitement, ou la découverte de la radiothérapie.

Puis nous avons le plaisir de voir en de magnifiques projections, les applications les plus heureuses de la radiologie, à la chirurgie et à la médecine. M. Lasnier appuya sur les applications à la médecine, moins connues en général du public médical de ce pays, et s'efforça de démontrer qu'il y a là une méthode d'investigation qui complète et devance en certains cas, les autres méthodes : (auscultation, percussion et recherches des vibrations thoraciques). Il en donna la portée et la limite ; nous dit ce que la radioscopie et la radiographie peuvent et ne peuvent pas nous donner, comme méthode de diagnostic dans les affections du thorax.

Il réduisit une fracture du pouce, en se servant des rayons X pour en contrôler le résultat ; il prit deux radiographies d'un bassin d'enfant atteint de luxation spontanée d'origine tuberculeuse : une épreuve de face et l'autre de profil. Enfin, il donna une séance de radiothérapie chez une femme qui avait été opérée d'un cancer au sein, et chez laquelle il y avait quelques symptômes de récurrence.

Dr. Laurendeau. — « Comme vous l'a dit M. le Dr Lasnier, les rayons X agissent merveilleusement sur certaines affections : lupus, épithéliomes, cancers superficiels, teigne, favus, sycosis, etc. Vous remarquerez que tous les cas justiciables de la radiothérapie, sont des affections superficielles, cutanées pour la plupart ; — c'est dire, que les rayons de Roentgen sont très actifs, mais peu pénétrants. Actifs, en ce qu'ils tuent certains microbes très résistants aux antiseptiques classiques, et par la singulière propriété qu'ils ont de ralentir et même d'annihiler les proces-

sus de kariokinèse normale. La démonstration de ces deux faits : — pénétration superficielle des rayons, et arrêt de développement, de multiplication cellulaires, — est bien mis en évidence, par les expériences opérées sur les ovaires des femelles cobaies, lapines, chiennes, etc. Lorsque les ovaires sont bien près de la paroi abdominale, et que cette paroi est mince, quelques séances de radiologie suffisent à amener la stérilité parfaite en arrêtant le processus d'ovulation. Si au contraire, les ovaires sont bien protégés par le milieu environnant, profondément situés dans le bassin, il est impossible d'amener cette stérilité, analogue à l'état de vieillesse. D'où il résulte, comme indication thérapeutique, que les cancers internes, ceux profondément situés : cancers de l'utérus, du sein, des os, etc., sont justiciables de l'exérèse hâtive, et non de la radiologie, car dans ces cas il serait criminel de s'attarder à une méthode qui ne serait que palliative ; — mais après l'ablation la radiothérapie reprend tous ses droits.

Tels sont, dans l'état scientifique actuel, les indications positives de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Pour bien mettre en évidence les propriétés des Roentgens, je vous rapporterai un fait :

Il y a environ un an, une religieuse se faisait enlever un sein cancéreux à Montréal, par un chirurgien canadien français de renom. Quelque quatre mois plus tard, je fus appelé auprès de cette Dame, et je constatai qu'elle faisait une récurrence en nappe de tout le plastron thoracique antérieur, avec prédominance néoplasique du côté opéré ; tandis que les douleurs étaient d'une violence extrême du côté opposé, localisées à l'union du sternum et des deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes. Les ganglions sus-sternaux gauches et droits étaient très hypertrophiés.

Sur mes conseils, elle retourna à Montréal, et se mit entre les mains de l'éminent chirurgien dont j'ai parlé plus haut. L'on m'a dit, qu'après avoir scrupuleusement étudié ce cas, mon confrère en chirurgie, en était arrivé à la conclusion que la science était à bout de ressources, qu'en face de cette récurrence indubitable, la chirurgie était désarmée.

Cette bonne religieuse revint dans mon pays, quelque peu désespérée. C'est alors que nous eûmes l'idée, M. le Dr. A. Lesage et moi, dans une consultation tenue à St-Gabriel, quelques jours plus tard, de conseiller la radiothérapie, dernière planche de salut.

Sur ce, nouvelle pérégrination à l'Hôtel-Dieu, où le célèbre chirurgien dont j'ai parlé plus haut, aurait exprimé l'opinion (si j'ai été bien informé, les roches parlent dit on), que ce traitement était parfaitement inutile. Pour démontrer sa conviction, il aurait même affirmé que, si les rayons X triomphaient de cette récidive, il cesserait de faire de la chirurgie et jetterait son instrumentation aux quatre vents.

Alors, sans l'instance de M. le Dr A. Lesage, il est probable que je serais rendu au dénouement de cette histoire.

Pour raccourcir cette petite anecdote, notre confrère le Dr Lasnier, qui fait les frais de nous intéresser aujourd'hui, donna une séance radiothérapique chaque semaine à notre dévouée religieuse; et après trois mois environ de ce traitement, tous les symptômes cliniques de la récidive cancéreuse étaient complètement disparus, sauf les ganglions sus-claviculaires dont j'ai parlé plus haut, trop volumineux et trop profondément situés pour être touchés dans toute leur épaisseur; — démonstration évidente de la pénétration limitée des rayons X.

J'apporte aujourd'hui ces ganglions que j'ai enlevés tout dernièrement à notre bonne Sœur. Je remets ces pièces à conviction à mon confrère le Dr Lasnier, afin que celui-ci puisse ajouter l'argument microscopique, à l'évidence clinique que nous avons déjà.

Monsieur le président félicite chaleureusement M. le Dr Lasnier, pour son intéressante conférence, et au nom de tous les membres de l'Association, offre des remerciements sincères au savant conférencier, qui a su nous tenir sous le charme de sa parole durant plus de trois heures.

Et la séance est ajournée au second lundi de septembre.