

SEPTEMBRE 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 521 — Grossesse extra-utérine..... *Hurwood*
532 — Maladie de Hanot à forme splénomégalyque chez
une jeune fille de 14½ ans *Mercier et LeSage*
540 — Fièvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et
onze jours *Dubé*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 548 — Traitement du rhumatisme chronique..... *Hervieux*
554 — Recherche de l'albumine dans l'urine..... *Rivet*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 556 — La tuberculose au congrès de Londres..... *LeSage*
570 — Onzième congrès des aliénistes et neurologistes de
France et des pays de langue française..... *Chagnon*
-

ANALYSES.

MÉDECINE

- 576 — Technique nouvelle de la rachicocœlisation..... *LeSage*

CHIRURGIE

- 577 — Valeur comparative des méthodes d'exploration de
la perméabilité rénale et du cathétérisme de l'urè-
tère *Marien*

THÉRAPEUTIQUE.

- 579 — Quinine dans les tumeurs malignes récidivantes.
—Méthode d'élongation trophique dans l'ulcère
chronique *Chagnon*

PÉDIATRIE

- 580 — La toux et ses causes chez les enfants. *Dubé*

PHARMACOLOGIE.

- 581 — Rhumatisme articulaire aigu.—Formulaire clinique.

BIBLIOGRAPHIE.

- 582 — Le nourrisson. *Dubé*

MEMOIRES

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

OBSERVATIONS CLINIQUES

Par L. DE L. HARWOOD

Professeur agrégé à l'Université Laval, Gynécologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Au cours de ces dernières années, j'ai eu la bonne fortune d'observer, — tant dans la salle de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame (service d'été) qu'en clientèle privée, un certain nombre de malades, dont l'histoire clinique me semble présenter un intérêt tout particulier.

Il s'agit de cet accident *grave* mais fort heureusement *rare*, "la grossesse extra-utérine."

Quoique les premiers cas signalés, de cette anomalie de gestation, remontent à des dates déjà éloignées, ce n'est que depuis relativement peu que l'on s'est appliqué à l'étude de cette intéressante question.

Aux gynécologues, revient de droit, la plus large part de notre reconnaissance pour les données précises que nous possédons sur ce singulier *caprice de nature*.

Grâce, en effet, à leur observations minutieuses, aux nombreuses laparotomies par eux pratiquées, aux examens post-mortem, complétés de recherches microscopiques, entrepris sous leur direction, nous sommes en possession de renseignements suffisamment exacts, sur la marche et la pathologie de la grossesse extra-utérine, pour nous permettre d'en établir le diagnostic précis.

Comme les traités de Chirurgie générale et d'Obstétrique ne nous disent que peu de chose de la gestation ectopique, et que cette question est surtout traitée dans des publications qui sont presque exclusivement feuilletées par ceux d'entre nous qui se livrent à des études spéciales, j'ai cru avantageux, avant de présenter les quelques observations que je groupe

ici, de dire brièvement ce que l'on entend par grossesse extra-utérine, quelle est sa symptomatologie, comment la reconnaître et par quels moyens y remédier.

La grossesse est dite *extra-utérine* ou *ectopique* chaque fois qu'un ovule fécondé s'arrête et se développe en dehors de la cavité utérine normale.

L'on partage, selon le siège du point d'arrêt de l'ovule, la grossesse ectopique en *grossesse tubaire*, *grossesse intersticielle* et *grossesse ovarienne*. Cette nomenclature indique suffisamment ces localisations diverses pour qu'il me soit inutile de m'attarder à les décrire.

Pour nos aînés, qui croyaient que la rencontre de l'ovule et du germe fécondant se faisait dans la cavité utérine, il était difficile de se rendre compte de la possibilité de ces gestations anormales; mais maintenant qu'il est admis que le spermatozoïde, par son mouvement propre, traverse l'utérus, pénètre dans les trompes de Fallope et se rend même jusqu'à l'ovaire à la recherche de l'œuf auquel il s'attachera, il nous est plus facile de s'expliquer ce singulier accident.

Tout ce qui peut gêner ou entraver la migration de l'ovule vers la cavité utérine peut être considérée comme cause prédisposante ou cause effective de cette fausse implantation ovulaire. Le développement de petits polypes dans la trompe, le rétrécissement du calibre de l'oviducte, les altérations de l'endothélium vibratil, les torsions ou coudures de la trompe sont autant de lésions qui, en s'opposant au libre acheminement de l'ovule vers l'utérus, peuvent déterminer une grossesse extra-utérine.

Les grossesses tubaires, intersticielles ou ovariennes, sont dites *primitives* tant que l'ovule continue de se développer là où il s'est d'abord fixé. Mais au cours de l'évolution du kyste fœtal il survient généralement d'importantes modifications qui sont comme une seconde phase de ces formes primitives et constituent les *grossesses extra-utérines secondaires*. Parmi cette seconde catégorie nous avons les grossesses *abdominales*, les grossesses *intra-ligamentaires*, les grossesses *tubo-abdominales* et les *tubo-ovariennes*.

Voyons quand et comment surviennent ces déviations des types primitifs. L'ovule fécondé, accidentellement retenu sur un point quelconque de la trompe, (grossesse tubaire primitive), s'y implante et se développe. Pendant les premières semaines de ces gestations, les parois de la trompe se prêtent sans trop d'efforts à l'augmentation de volume de la masse foetale, mais après quelque temps, (de la 12^e à la 14^e semaine), tant à cause des altérations histologiques survenues au niveau de l'insertion placentaire, qu'à cause de la surdistention des tissus, il se produit une rupture de la paroi de la trompe. L'ovule, jusque-là en tous sens comprimé par cette gaine musculaire devenue trop étroite, s'engage dans la brèche laissée par la déchirure et tombe dans la cavité péritonéale.

La grossesse, d'abord *tubaire primitive*, sera passée, secondairement, *grossesse abdominale*.

Mais, si c'est au niveau du méso-salpinx que la paroi tubaire a cédé, la masse foetale, expulsée de la trompe par l'ouverture ainsi créée, s'engage entre les feuillets du ligament large et nous serons alors en présence de cette autre forme secondaire: la *grossesse intra-ligamentaire* ou *extra-péritonéale*.

La grossesse intersticielle, comme la grossesse tubaire, peut, sous les mêmes influences, devenir grossesse abdominale, ou grossesse intra-ligamentaire, mais elle est, de plus, susceptible d'une autre modification, elle peut devenir *utérine* et se terminer comme une grossesse normale. Dans ce cas, le développement ovulaire se fait surtout vers le corps utérin, et c'est sur ce point de moindre résistance que se produit la rupture, livrant ainsi passage à l'œuf qui glisse dans la cavité utérine.

La grossesse ovarienne, de beaucoup la plus rare. "one of the greatest gynecological rarities" dit Kelly, peut être, secondairement, transformée en grossesse abdominale.

Mais le passage de l'œuf, de la trompe ou de l'ovaire, à la cavité péritonéale, n'est pas toujours aussi complet que nous venons de le dire. Le produit foetal peut n'être qu'en partie expulsé, ou encore, l'embryon, sorti de l'œuf, sera bien dans la cavité intestinale alors que le placenta aura conservé ses premiers points d'attache. De ces évolutions incomplètes nais-

sent ces formes intermédiaires que nous appelons selon le cas; *grossesse tubo-abdominale*, *grossesse tubo-ovarienne*, etc.

A quels signes soupçonner l'existence d'une grossesse ectopique? par quels moyens la reconnaître? voilà ce que, au point de vue pratique, il nous faut surtout savoir.

Les débuts de la gsetation extra-utérine n'apportent souvent pas d'autres ennuis que ceux qui appartiennent à la grossesse normale; dans quelques cas même la gestation peut arriver à terme avant de se trahir par des troubles particuliers. Cette marche inaccidentée est toutefois exceptionnelle; dans la majorité des cas surviennent ces ruptures, plus haut mentionnées, qui modifient complètement la scène.

Les grossesses extra-utérines, selon que nous les observons avant ou après la rupture du sac foetal, présentent une physiologie clinique tellement distincte que nous trouvons plus avantageux d'étudier séparément ces deux phases de la gestation ectopique.

Observée avant la rupture du sac, la grossesse tubaire ne présente pas d'autres symptômes que ceux notés au début d'une grossesse utérine normale: suspension des règles, nausées, coloration plombée de la muqueuse génitale, picottements aux seins, etc. Les seuls troubles qui peuvent faire naître quelques inquiétudes chez ces malades sont des douleurs pelviennes et certains malaises particuliers que les multipares savent ne pas avoir éprouvés lors de leurs grossesses antérieures. Dans l'un des culs-de-sac existe une masse mobile, ovoïde, plus ou moins grosse selon l'âge de la gestation. L'utérus souvent repoussé par la tumeur est légèrement augmenté de volume. Vers le 7e mois, quelquefois au 10e seulement, surviennent de violentes douleurs intermittentes, expulsives, que nous désignons du nom de *faux travail*. Au moment de ces crises, le foetus périt, et la mère peut garder pendant des années en son sein le sac foetal et son contenu. Le plus ordinairement, cependant, surviennent des péritonites qui tuent la femme; on a aussi signalé la formation d'abcès qui se font jour à l'extérieur en s'ouvrant, soit dans le vagin, soit dans le rectum, ou même à travers la paroi abdominale. Dans le cas

de ces suppurations, des débris fœtaux sont expulsés et la malade peut survivre.

Jusqu'au moment de la rupture du sac, les symptômes de la grossesse tubaire seront ceux que nous venons de décrire. La femme, jusque là relativement bien, sans provocation, éprouve subitement au bas-ventre une douleur vive, déchirante, suivie d'une anémie profonde qui peut aller jusqu'à l'évanouissement et même à la mort. C'est la scène classique de la rupture avec sa complication: l'hémorrhagie interne. De la quantité, plus ou moins considérable, de sang *extravasé* dans la cavité abdominale dépend la gravité immédiate de l'accident.

A moins d'une hémorrhagie très abondante, véritable inondation péritonéale, la femme se remet de cette première alerte, elle reste, cependant, sous la menace d'attaques secondaires qui peuvent être plus sévères que la première. L'hémorrhagie au moment de la rupture doit donc être considérée comme une complication d'une *grande gravité*.

Du côté de la lésion, le sang épanché dans le pelvis forme une masse qui repousse le cul-de-sac vers le vagin et refoule le corps de l'utérus en haut. Ces symptômes de compression varient naturellement d'intensité avec la dimension du caillot qui les détermine. A la suite de la rupture, l'un des symptômes les plus constants est l'apparition de pertes sanguines venant de l'utérus. Ces pertes ont une tendance à se répéter souvent, presque tous les jours, et cela, pendant des semaines, si la femme n'est pas traitée. A ces écoulements se mêlent aussi parfois des lambeaux de membrane déciduale; la présence de ces débris déciduaux a une grande valeur diagnostique.

Presque toujours, l'embryon succombe au milieu de l'hémorrhagie qui suit la rupture du sac fœtal; mais si le placenta conserve assez de ses anciennes adhérences pour maintenir la circulation dans le cordon ombilical, l'enfant peut résister et continuer de se développer en donnant les signes de vie connus au cours de la grossesse normale: mouvements, bruits du cœur, etc.

Dans ces cas, c'est au moment du *faux travail* que meurt le fœtus. Abandonné ainsi dans la cavité péritonéale, il détermi-

nera des accidents infectieux avec leurs conséquences graves. On signale des observations où le *petit cadavre* avait subi une dégénérescence calcaire qui l'avait pour ainsi dire pétrifié, et c'est dans cet état qu'on les retrouva après des années.

Les moyens dont nous disposons, pour établir l'existence de la grossesse extra-utérine, nous viennent de deux sources: l'histoire de la malade et l'exploration du bassin. Quelques précieuses que soient les informations ainsi obtenues, le diagnostic n'en présente pas moins des difficultés réelles.

Dans tous les cas, où il y a doute, nous ne saurions trop insister sur les avantages offerts par une étude soignée de l'histoire antérieure de la malade d'où le chirurgien tirera plus de renseignements que du toucher vaginal qui, souvent, n'aura rien de caractéristique.

La grossesse extra-utérine nécessite un traitement chirurgical. Débarrasser la malade de son produit fœtal, afin de lui éviter les accidents graves qui fatalement surviennent au cours de ces gestations anormales, tel est le but à atteindre. Deux modes opératoires s'offrent au chirurgien pour l'exécution de sa tâche: la section abdominale, et la section vaginale.

Nous croyons qu'il vaut mieux dans la majorité des cas, recourir à la première de ces méthodes: elle permet une inspection plus facile des parties et un meilleur contrôle de l'hémorrhagie qui, dans cet ordre de cas, constitue un danger particulièrement redoutable.

Les auteurs s'accordent à conseiller l'intervention immédiate: dès que le diagnostic est posé, la malade doit être informée de son état et de la nécessité d'une opération. L'expectation, dans l'espoir de sauver l'enfant, est illusoire et grosse d'inconvénients pour la mère.

Nous avons espéré, par cette revue brève et nécessairement superficielle des grossesses ectopiques, rendre plus intéressante la lecture des quelques observations que nous présentons ici.

Pour un certain nombre de nos cas, le diagnostic est resté contestable, car il n'a pas toujours été confirmé par l'examen microscopique.

Tout de même, l'ensemble présenté par l'histoire de la ma-

lade, la marche de l'affection, l'apparence des pièces enlevées, nous a paru suffisamment convainquant pour fortifier nos convictions — nous avons du reste une autre justification dans l'opinion des histologistes qui admettent que, même quand les recherches microscopiques restent négatives, l'embryon a pu exister et disparaître ensuite par résorption.

OBSERVATION I.

Mme L..., âgée de 32 ans,— forte, toujours bien portante,— multipare,— saute deux de ses menstruations. Elle souffre dans le ventre assez sévèrement par moment, puis surviennent des pertes abondantes. Un médecin lui conseille le repos et lui donne un traitement. Après quelques jours Mme L... est très subitement prise de douleurs vives au bas ventre, elle éprouve une grande faiblesse qui la force de s'aliter.

C'est à ce moment que nous la voyons à l'hôpital Notre-Dame où elle a été transportée.

A l'examen, le ventre est sensible, tendu, surtout au côté gauche. L'utérus, légèrement augmenté de volume, est refoulé à droite.

Une masse ferme, immobile, occupe le cul-de-sac latéral gauche, qui est repoussé vers le vagin.

La vulve est plombée; — à la pression, les seins émettent quelques gouttelettes d'un liquide visqueux.—Durant tout ce temps, des pertes sanguines plus ou moins abondantes ont persisté. La malade croit avoir été enceinte et attribue son état à une fausse couche.

Nous posons le diagnostic de grossesse tubaire rompue, avec épanchement de sang dans le pelvis. Mme L... informée de notre opinion accepte l'intervention que nous lui proposons. Après la préparation ordinaire, la malade est apportée à la salle d'opération et nous pratiquons une laparotomie. La trompe gauche est enlevée, le bassin soigneusement débarrassé des caillots qu'il contient et la plaie abdominale refermée sans laisser de drainage.

La trompe, examinée, présente à son portion médiane un renflement ovoïde, lisse, la paroi tubaire est déchirée et un caillot fait bouchon dans l'ouverture. Sectionnée longitudinalement, la trompe contient une masse de la grosseur d'un pruneau, fermement organisée, adhérente à la paroi. Par l'examen macroscopique, nous ne trouvons pas d'embryon, il n'y a pas eu de recherches au microscope. La convalescence fut heureuse.

OBSERVATION II.

Mme F..., nous est apportée de la campagne à l'hôpital Notre-Dame où nous la trouvons dans l'état grave suivant: Figure anxieuse, respiration rapide, pouls 120, température 102° F, tourmentée de soif, vomissant tout ce qu'elle tente de prendre.

Nous obtenons, non sans difficulté, ces quelques renseignements. Mme F..., âgée de 34 ans, est mère de sept enfants. Son dernier accouchement date d'un an. Mme F... est restée sans menstruation. Depuis 4 à 5 mois, elle souffre du côté gauche où s'est développée une tumeur qui est maintenant nettement apparente sous la paroi abdominale. Depuis 2 mois, Mme F...

ne peut marcher que difficilement, tant ses douleurs sont grandes. Il y a 10 jours, notre malade fut prise de frissons et de vomissements, elle souffre par tout le ventre. On décide alors de la transporter à l'hôpital. A l'examen nous trouvons le ventre fortement développé, surtout du côté gauche, où il nous est facile de délimiter une tumeur dont le bord supérieur remonte jusqu'à l'ombilic. Le palpé est très douloureux, la masse nous paraît dure et peu mobile. Pas de points de fluctuation appréciable.

Au toucher, le vagin est chaud, pulsations marquées. L'utérus est gros, en rétroversion, le col entre-ouvert, un peu mou. A gauche et au-dessus de l'utérus, nous retrouvons une masse qui fait corps avec la tumeur abdominale, sur un point, nous pensons trouver de la fluctuation. — Pour le diagnostic, nous hésitons, entre un kyste à pédicule tordu et un fibrome suppuré. L'indication d'une opération nous paraît formelle, il fallait, le plus tôt possible, libérer la malade de ce foyer d'infection.

Le lendemain, nous intervenons par une laparotomie. A l'ouverture du ventre, nous trouvons le péritoine, l'épiploon et les anses de l'intestin, fortement congestionnés, agglutinés à la vessie, au-dessus de la tumeur que nous n'atteignons qu'après un travail pénible de dissection. Dans le sac que nous avons ouvert, nage, au milieu d'un liquide louche, sangumolent et infecté, un fœtus macéré, de 4 à 5 mois. Après l'extraction du fœtus, nous évitons toutes autres manipulations, à cause de la friabilité des tissus, qui saignent avec une facilité extraordinaire. Nous irriguons ensuite abondamment le sac fœtal, au sérum chaud, puis nous rembourrons à la gaze iodoformée. La plaie abdominale est refermée, moins l'espace occupée par les mèches, et la malade reportée à son lit. A ce moment, la condition de notre opérée est des plus critiques,—pouls filiforme, extrémités froides—nous prescrivons les stimulants, etc., mais en vain. Mme F... meurt, 32 heures après notre intervention.

OBSERVATION III.

Mme L... santé généralement bonne, mère de 3 enfants, le dernier à 2 ans. A la suite d'une absence de règles, de deux mois, la malade fait une perte abondante. Avec des caillots, elle passe des débris de muqueuse—"comme une enveloppe" dit la malade.—Mme L... croit avoir fait un avortement. Elle continue de souffrir du côté gauche, et éprouve des malaises qui la forcent de se mettre au lit. Tous les jours elle perd du sang, en petite quantité, toutefois. Appelé par un collègue, à examiner la malade, je trouve l'utérus légèrement dévié à droite,—le corps de l'utérus est globuleux mais normal de dimension.—le col est mou et entre-ouvert. A gauche, nous constatons l'existence d'une petite tumeur mobile, lisse, ferme au toucher. Etant donné l'histoire antérieure, nous nous arrêtons au diagnostic de grossesse tubaire. Dans la trompe, enlevée quelques jours plus tard, nous trouvons une masse dure de la grosseur d'un œuf, la tumeur adhère à la muqueuse de la trompe sur un point seulement.

Nous ne retrouvons pas d'embryon, mais nous maintenons notre diagnostic comme "le plus probable." Mme L... laissa l'hôpital 20 jours plus tard, parfaitement remise.

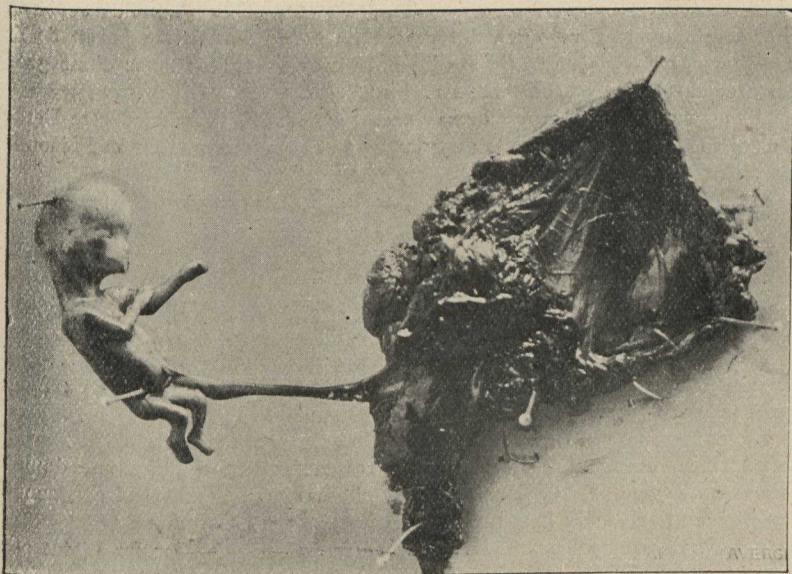
OBSERVATION IV.

Mme D..., âgée de 36 ans, multipare, éprouve, pendant un arrêt mens-
truation de 3 mois, tous les signes probables de la gestation. Quelques dou-

leurs au bas ventre l'inquiètent. Un jour qu'elle cause avec sa famille, subitement, elle ressent au côté gauche, une douleur déchirante, et s'évanouit après quelques moments.

Le Dr S., mandé en toute hâte, lui administre les soins d'urgence: stimulants, etc., et grâce aux renseignements fournis par l'entourage et par un examen soigneux, porte le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine, avec hémorragie.

Notre collègue nous prie alors de le rejoindre auprès de sa cliente. Nous trouvons Mme D... profondément anémiée, la face est pâle, le pouls rapide et petit; le ventre tendu, sensible à la pression. L'utérus est difficile-



Photographie des pièces enlevées à Mme D...

ment délimitable, les culs-de-sac sont pleins, mais élastiques. Nous acceptons l'opinion du Dr S., et Mme D... est transportée à l'hôpital Notre-Dame, où nous l'opérons le jour même.

A l'ouverture du ventre, toute la cavité abdominale paraît remplie de caillots — les intestins flottent dans le sang.

C'est l'inondation péritonéale. Nous enlevons, sans difficulté, la trompe gauche, où siège la lésion.

La toilette de la cavité abdominale, à cause de la grande quantité de sang épanché, fut longue. Nous refermons ensuite le ventre sans drainer. Mme D... sous le coup de ce double choc, ne se releva que lentement; elle ne put laisser l'hôpital que 6 ou 7 semaines après l'intervention.

A l'inspection de la pièce enlevée nous constatons que la trompe, qui enveloppe une tumeur, de la grosseur du poing, est déchirée sur une longueur d'un pouce environ.

La masse elle-même renferme un fœtus de 8 à 12 semaines, celui-ci, parfaitement sain, tient encore au placenta par le cordon ombilical.

OBSERVATION V.

Mme L..., âgée de 21 ans, mariée depuis 10 mois, a une suppression de règles de 2 mois — elle souffre, par intervalles, considérablement dans le bas ventre — ces crises douloureuses s'accompagnent de nausées.

Elle fut d'abord traitée pour une lésion intestinale. Les écoulements du sang lui reviennent et se continuent presque sans interruption. Le Dr T., appelé, soupçonne une grossesse ectopique chez la malade et nous invite à la voir. — Mme L... est au lit depuis plusieurs jours quand nous la voyons, — son ventre est excessivement sensible; par le toucher vaginal, nous trouvons une masse qui repousse l'utérus en haut, le corps utérin paraît de dimension normale. Comme le Dr T., nous croyons à l'existence d'une grossesse extra-utérine et conseillons une intervention.

Mme L... est opérée, quelques jours plus tard à l'hôpital Notre Dame. On lui enlève la trompe droite dans laquelle nous retrouvons un œuf fécondé, en pleine évolution.

Mme L... lascia l'hôpital après 3 semaines.

OBSERVATION VI.

Mme P... 33 ans, multipare, santé antérieure bonne — reste 3 mois sans règles — elle est, de plus, incommodée de nausées, picotements aux seins. Mme P... est convaincue d'être enceinte.

Elle éprouva souvent, du côté gauche, des douleurs lancinantes... puis survinrent des pertes de sang qui se manifestent tous les jours ou à peu près pendant 5 semaines.

La malade est maintenant affaiblie. — Un soir, après la tâche de la journée péniblement accomplie — notre malade ressent du côté gauche une douleur excessive, à peine Mme P... trouve-t-elle la force de se rendre à son lit qu'elle dut garder pendant plusieurs jours.

Mme P... est restée faible... son ventre est sensible. Le Dr J., fut consulté et nous dirigea la malade.

Mme P... est pâle, figure souffrante, le pouls rapide.

Le ventre est très douloureux, il y a défense musculaire. Au-dessus du pubis, s'étendant surtout vers la gauche, existe une masse dont les contours supérieurs sont nettement appréciables.

Par le toucher vaginal, on localise l'utérus en haut et à droite, il paraît faire corps avec la tumeur supérieure qui, pourtant, est mobile sur l'utérus. Le col est mou. Toute la portion gauche du bassin est pleine, les culs-de-sac sont effacés. Malgré que le toucher soit ici peu caractéristique, l'histoire de la malade nous paraît tellement significative, que nous nous arrêtons au diagnostic de grossesse extra-utérine, compliquée de la présence d'un fibrome attaché au fond de l'utérus.

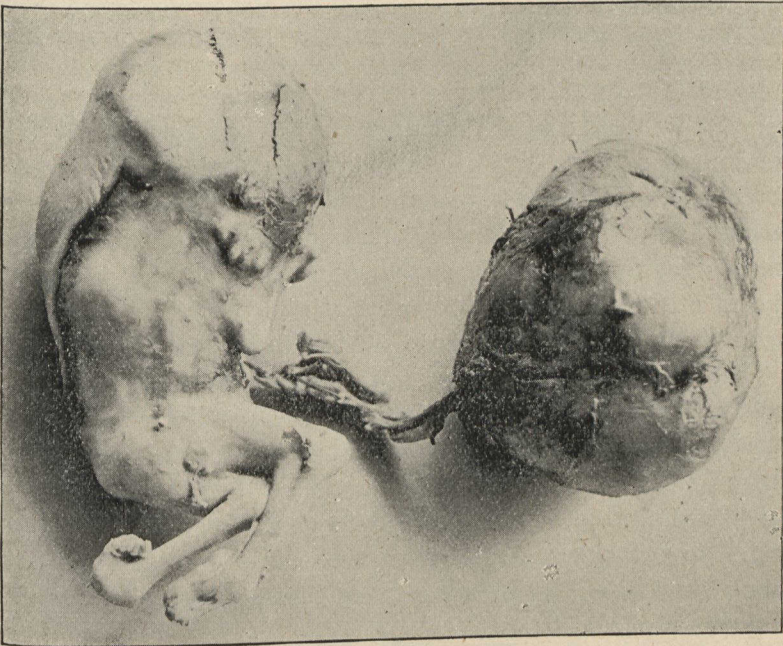
Mme P... accepte le traitement que nous lui proposons, et se rend à l'hôpital Notre-Dame.

Trois jours plus tard nous pratiquons une laparatomie — le ventre contient du sang — le petit bassin est rempli de caillot. — Au-dessus et à gauche de l'utérus, couché au milieu des intestins, nous trouvons un fœtus de 4 mois environ.

La trompe gauche contient, en plus, une masse de la grosseur d'une orange. L'extirpation du fœtus et de la trompe fut particulièrement difficile à cause de l'hémorragie que nous avons à combattre. La toilette du péritoine finie, nous fermons le ventre.

Notre malade, très faible après l'opération, se remet sous l'influence de stimulants.

La trompe dans ce cas, n'est pas rompue, la masse qu'elle contient, est logée dans sa portion ampoulaire, et, entre les franges, sort un cordon mince qui nous paraît être le cordon ombilical affaissé.



Photographie des pièces enlevées à Mme P...

Le fœtus a des déformations du côté des pieds et des mains, mais la tête est parfaite.

La sensation donnée par la tête du fœtus située au-dessus du pubis est ce qui nous a fait croire à un fibrome.

Notre intentoin, en présentant ces observations, était d'attirer l'attention sur une lésion, à laquelle nous ne songeons peut-être pas assez souvent car nous sommes convaincu que la grossesse extra-utérine, avec ses complications graves, est de beaucoup plus fréquente que l'on semble le croire généralement.

MALADIE DE HANOT A FORME SPLÉNOMÉGALIQUE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 14½ ANS

OBSERVATION CLINIQUE

— PAR —

J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris,
Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

A.-F. MERCIER

Docteur en Médecine de l'Université de Paris,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

La malade qui fait le sujet de cette communication présente un cas type de la maladie décrite pour la première fois par Hanot sous le nom de cirrhose biliaire hypertrophique avec ictère chronique. Facilement reconnaissable à sa période d'état, quand il existe la triade symptomatique, cette affection peut, à ses débuts, embarrasser grandement le diagnostic, faire croire, v. g. à un ictère catarrhal, et porter le médecin inattentif à se tromper du tout au tout sur la nature du mal.

Elle est, d'un autre côté, relativement rare chez l'enfant; ainsi Gilbert et Fournier, qui s'en sont spécialement occupés, n'ont pu en recueillir que 7 cas entre 5 et 15 ans, et Comby n'en cite que 3 observations personnelles, bien que cette maladie d'après lui ne soit pas rare dans l'enfance. — Quoiqu'il en soit, il importe de se familiariser avec elle et nous avons pensé qu'on lirait avec profit, sinon avec intérêt, l'histoire clinique de notre petite malade.

I.—INTERROGATOIRE.

Déliina H..., 14 ans et 6 mois.

Entre à l'hôpital Notre-Dame. Salle Ste-Marie, le 2 juillet 1901.

A. — Antécédents héréditaires.

Père, mère, vivants, en bonne santé.

Un frère, deux sœurs également vivants et bien portants.

L'interrogatoire, qui est très laborieux, ne donne rien de plus sur ce sujet, la malade, soit timidité naturelle, soit ignorance, répond difficilement aux questions. Le fait d'avoir, à partir de l'âge de deux ans, vécu loin de sa famille peut expliquer ses réticences.

B. — Antécédents personnels.

Aurait eu rougeole, coqueluche... A deux ans, placée dans un hospice à

Longueuil, où elle demeure jusqu'à l'âge de 12 ans. Entre alors (en 1899) comme servante chez un cordonnier de St-Stanislas, et y demeure quatre mois. Aurait fait à cette époque quelque chose comme une éruption furonculaire sur le tronc, les jambes, les bras. "Ces clous, nous dit la malade, étaient douloureux, rouges et donnaient issue à du pus." De plus, on apprend qu'elle aurait eu dans le même temps une série d'indigestions; "car, ajoute-t-elle spontanément, je n'étais pas accoutumée de manger toutes sortes de choses."

Retourne à Longueuil, où ses petites compagnes remarquent qu'elle est jaune.

Au mois de janvier 1900, se trouve assez bien portante pour rentrer en service, à Montréal. Aurait alors souffert de céphalalgie, la coloration jaune aurait augmenté beaucoup, et un jour, prise de vertige, elle tombe dans un escalier. On la relève et on appelle un médecin qui diagnostique une maladie du foie.

Ramenée à Longueuil et mise au lit, "bien que je ne fusse pas malade," remarque notre patiente. A Pâques (toujours en 1900), fait un séjour d'un mois à l'hôpital Notre-Dame, où on l'avait envoyée pour sa jaunisse qui persistait et augmentait. Apparition de douleurs dans l'hypocondre droit.

Passe 3 mois avec sa mère et accuse pendant quelques jours une vive démangeaison aux jambes.

Retourne à Longueuil, d'où elle vient ici le 2 juillet 1901.

En résumé, crises d'embarras gastrique à répétition, suivies de l'apparition d'un ictère insidieux, d'abord peu marqué mais persistant, progressif, accompagné à un certain moment d'hypercentrophie du foie, si on en juge par le diagnostic du confrère; le tout sans altération notable de la santé, ni douleurs appréciables, la malade se croyant même assez bien pour ne pas garder le lit.

II.—EXAMEN DE LA MALADE.

La malade est franchement jaune. C'est le premier symptôme qui attire l'attention. Cette teinte jaune foncée, tirant sur le vert, est généralisée à toute la peau; elle est très marquée à la conjonctive et se retrouve nettement à la face inférieure de la langue. On observe aux paupières, aux angles interne et externe des deux yeux, la présence de taches symétriques, de la grandeur d'une fève, à peine saillantes, absolument indolores, d'un jaune chamois un peu brunâtre et tranchant par leur teinte plus claire sur le fond jaune de la peau voisine.

Il s'agit ici de la forme localisée du xanthélasmé vrai, et ce symptôme méritait d'être signalé, étant donné, dit Brocq, que cette affection cutanée est fort rare chez l'enfant et n'occupe presque jamais les paupières.

L'idée d'une affection hépatique se présentait d'elle-même à l'esprit et l'exploration est immédiatement dirigée du côté du foie. En découvrant la malade on trouve un ventre énorme, très étendu, élargi, surtout dans sa

portion sus-ombilicale. Pas de circulation collatérale peu de sensibilité à la pression, et pas d'ascite. Le foie forme une grosse masse lisse, dure, peu sensible, débordant les fausses côtes d'un bon travers de main, i. c., 8 cent. environ, et donnant les mensurations suivantes: sur la ligne verticale passant par le mamelon, 18 cent (7 pouces); sur la ligne verticale passant par l'appendice xyphoïde, 11 cent. (4.2). La tumeur se prolonge vers l'hypochondre gauche, de l'autre côté de la ligne médiane, qu'elle dépasse de 5 cent.

On ne trouve en aucun endroit trace d'hypertrophie de la vésicule.

En continuant l'examen du ventre, on trouve une seconde tumeur, plus volumineuse que la première, dure, lisse, peu douloureuse, manifestement constituée par la rate hypertrophiée et facilement accessible à la palpation dans sa partie inférieure. La malade étant couchée sur le côté droit, le bras gauche relevé sur la tête, on parvient sans peine en s'aidant de la percussion et de la palpation à tracer le contour de la tumeur.

Elle a une forme allongée et se dirige obliquement de la pointe de l'omoplate à l'ombilic. Elle mesure 28 cent. (11 pouces) dans son grand axe, c'est-à-dire, de la pointe de l'omoplate à l'ombilic, et 14 cent. (5½) dans son petit diamètre, c'est-à-dire, de l'appendice xyphoïde à l'épine iliaque.

Le cœur et les vaisseaux sont normaux.

Bruit de roue assez intense dans les vaisseaux du cou, à droite.

Pouls, moyenne: 90.

L'examen du sang, fait par trois fois avec l'hématimètre d'Hayem donne: Globules rouges, 3,567,000; leucocytes 7,000.

Le degré d'anémie n'a pu être exactement déterminé. Le sérum sanguin est coloré en jaune.

Rien du côté des poumons et de la respiration.

L'appétit est bon, les digestions faciles, du moins à l'heure actuelle et l'intestin fonctionne régulièrement, pas de constipation ni de diarrhée notable. Les selles sont un peu décolorées, mais ne sont ni argileuses ni franchement jaunes.

Les urines, normales comme quantité, sont hautes en couleurs, foncées, et donnent nettement la réaction de Gmelin, i. c., contiennent des pigments biliaires. Pas d'urobiline, ni sucre, ni albumine.

Système nerveux, paraît intact.

La température à l'entrée était à 100° F., mais elle est revenue à la normale depuis.

III. DIAGNOSTIC ET DISCUSSION DE CAS.

L'ictère, l'hypertrophie du foie et de la rate, sont les trois signes cardinaux de la maladie de Hanot. C'est indiquer dans quel sens s'orientait le diagnostic. Le fait est que l'ensemble symptomatique présenté par notre malade reproduit exactement la description classique des auteurs (1), et l'existence chez elle d'une cirrhose biliaire hypertrophique avec ictère chronique ne semble pas faire de doute.

D'une façon générale, le diagnostic est rarement aussi évident; très souvent, sinon presque toujours, il reste indécis entre deux ou plusieurs hypothèses et demande à être discuté.

Or, l'exactitude de la solution du problème, quel qu'il soit, ne dépend pas uniquement de la recherche et de la constatation des symptômes, mais aussi, et surtout, de la saine interprétation des signes et de la façon dont on aura conduit, au lit du malade, l'enquête destinée à dissiper les incertitudes du diagnostic.

D'où la nécessité de procéder avec méthode, de faire, après l'interrogatoire, 2° l'examen du sujet, une étude aussi complète que possible de chacun des principaux symptômes, et d'en bien préciser la nature, si l'on veut ensuite être en mesure de les rapporter à leur véritable cause et définir leur sens diagnostique exact.

Ainsi, pour prendre un exemple, dans le cas de notre malade, et pour ne parler que de son ictère, il y avait d'abord à se demander si la teinte jaune qu'elle présentait était bien de nature ictérique, s'il s'agissait d'un ictère vrai ou faux. Et la réponse à cette question importait singulièrement au diagnostic, au pronostic même de son affection.

L'ictère vrai, biliphéique, conséquence du passage dans le courant sanguin des pigments biliaires non modifiés, par obstruction des conduits ou par hypersécrétion, donne à la peau une teinte caractéristique pouvant aller du jaune soufre clair au jaune le plus foncé, verdâtre et même noirâtre. Il se montre d'abord à la conjonctive, se généralise à tout le corps, et se retrouve toujours sur le plancher de la bouche. Il s'accompagne souvent de prurit des extrémités, de xanthélasma, de ralentissement du pouls, de décoloration des selles, etc., et donne à l'urine des caractères particuliers dont les plus importants en clinique sont :

- a) coloration brunâtre ou verdâtre de l'urine;
- b) coloration jaune de la mousse;
- c) augmentation de la densité;
- d) réaction de Gmelin.

L'ictère hémaphéique ou mieux *urobilinique* résulte au con-

traire de la présence dans le sang de pigments biliaires modifiés. La coloration de la peau n'est jamais si intense, ne tire pas l'œil autant que celle de l'ictère vrai. La peau a une teinte jaune pâle, plus ou moins sale, analogue à celle que présente parfois le nouveau-né, ou les individus souffrant d'une affection grave du foie. C'est ce qu'on appelle souvent le sub-ictère, car ce faux ictère peut se voir à la conjonctive, mais par contre il n'existe jamais sur la plancher buccal, et il n'entraîne ni prurit ni ralentissement du pouls. L'urine de son côté offre des caractères tout autres que dans le premier cas. Elle est toujours foncée, mais plutôt rougeâtre que verdâtre et de plus elle renferme de l'urobiline, laquelle donne avec l'acide nitrique nitreux une coloration acajou foncé, et que met en évidence le petit spectroscope d'Hénocque.

On sait, depuis les travaux de notre maître Hayem, que l'ictère vrai biliphéique indique une cellule hépatique saine, alors que l'ictère urobilinique est synonyme d'une altération profonde de cette même cellule, et l'on comprend l'intérêt que peut avoir au seul point de vue du pronostic le diagnostic d'un pareil symptôme. L'intégrité de la cellule hépatique chez notre malade nous avait, d'autre part été démontrée par l'épreuve de la glycosurie alimentaire qui, tentée à deux reprises, est toujours restée négative.

L'ictère biliphéique est aigu, passager, ou bien chronique, persistant et s'observe dans de nombreux états pathologiques. Il nous restait donc à trouver parmi ces différentes affections, celle qui lui avait donné naissance. Et d'abord nous pouvions éliminer d'emblée toutes les maladies accompagnées d'ictère aigu, c'est-à-dire :

A. L'ictère émotif qui survient brusquement, en pleine santé, à la suite d'une violente émotion ;

B. Les ictères infectieux de cause toxique interne qui sont par ordre de gravité :

1° L'ictère catarrhal des voies biliaires ;

2° La maladie de Weil ;

3° L'ictère grave.

C. Les ictères infectieux de cause toxique externe (phosphore, arsenic, gaz délétères, etc.).

Dans tous ces cas, l'ictère est en général passager, transitoire, il s'atténue rapidement et disparaît tout à fait. Dans l'ictère grave, le symptôme peut persister, ne pas disparaître, mais sans devenir chronique puisque le patient est emporté à bref délai par les progrès de la désorganisation du foie. L'ictère catarrhal peut, il est vrai, se prolonger deux mois et plus, mais le fait est rare et ne saurait s'appliquer à notre malade qui est jaune depuis plus de deux ans.

Ictère chronique. — Le cancer du foie, de la tête du pancréas, de l'intestin, peut s'accompagner d'ictère chronique. Mais, à part les signes particuliers à chacune de ces formes de cancer, et qui permettent de les différencier l'une de l'autre, on retrouve toujours à une date plus ou moins rapprochée l'ensemble symptomatique propre à la néoplasie, cancéreuse en général et constituée par l'âge du malade la marche progressive de l'affection, le rétentissement ganglionnaire et l'altération rapide de la santé générale.

L'ictère persistant peut être le fait d'un calcul enclavé dans les voies biliaires. Mais, alors, sans parler des crises douloureuses qui ne manquent que chez les vieux à sensibilité émoussée, de deux choses l'une; ou bien le calcul se fraye un chemin en général dans le duodénum, et le cours de la bile se rétablit par cette voie anormale, ou bien l'obstruction persiste et le malade meurt d'ictère grave.

Le *kyste hydatique* du foie peut donner un ictère chronique quand la tumeur comprime un gros tronc biliaire, seulement la chose est rare et le foie n'est pas dur ni la rate hypertrophiée.

L'ictère chronique peut se voir avec l'ictère duodénal ayant envahi l'ampoule de Vater, mais cette affection ne va pas sans une douleur localisée, augmentant surtout à la fin les digestions, et sans la présence de sang dans les selles.

La périhépatite chronique, qu'elle qu'en soit la cause et la nature, peut aussi, rarement il est vrai, réaliser les conditions de l'ictère chronique par compression des gros troncs biliaires.

Le paludisme peut s'accompagner d'ictère chronique; (le foie et la rate sont souvent dans ce cas augmentés de volume).

Mais la coloration de la peau n'est jamais très intense, et

l'existence d'accès palustres antérieurs, améliorés par la quinine vient faciliter le diagnostic.

La cirrhose atrophique, sans qu'on puisse bien expliquer le fait, s'accompagne d'ictère chronique dans un tiers des cas.

L'ictère chronique enfin est l'un des principaux signes de la cirrhose biliaire hypertrophique.

En reprenant maintenant l'observation il serait facile de montrer qu'aucune de ces affections, si ce n'est la dernière, n'existe chez notre malade, et que seule la maladie de Hanot, dont on démontrerait de cette façon l'existence, peut être invoquée comme cause de son ictère.

Nous n'insisterons pas davantage, sur ce diagnostic par exclusion, la chose nous semble inutile; nous tenions plutôt à faire voir tout le parti que l'on peut retirer au point de vue du diagnostic d'un symptôme méthodiquement étudié, et comment à l'aide de l'ictère seul on pouvait arriver presque sûrement à établir la nature de l'affection de notre malade. Le même procédé d'investigation pourrait, et devrait au besoin, être appliqué aux autres symptômes. On s'assurerait, par exemple, que la tumeur existant du côté gauche, chez notre malade, représente bien la rate hypertrophiée, puis, toujours par exclusion, que cette augmentation de volume ne saurait reconnaître d'autre cause que la maladie de Hanot; l'hypertrophie du foie donnerait lieu aux mêmes développements. Il n'y aurait plus qu'à rassembler toutes ces données concordantes pour rendre le diagnostic définitivement certain.

IV

A côté du type classique de la maladie de Hanot, MM. Gilbert et Fournier ont décrit, sous le nom de splénomégalique, une forme spéciale, souvent observée chez l'enfant et caractérisée par le développement exagéré de la rate et par une altération profonde de la santé générale; celle-ci se traduisant sous forme de dystrophies et parfois par un arrêt complet de la croissance.

Or, notre malade offre précisément un exemple de cette va-

riété splénomégaly, comme on va le voir par le reste de son observation.

A part l'énorme hypertrophie de sa rate (28 par 14 cent.), elle présente un amaigrissement considérable et une taille notablement au-dessous de la moyenne. Normalement, un enfant de 14½ ans doit peser 99 livres et mesurer 60 pouces. Or, notre patient n'a que 54 pouces de haut, et pèse 70 livres, ce qui donne une notable différence en poids et en hauteur avec la moyenne.

Jusqu'ici aucun début de menstruation ; de plus l'absence complète de développement du côté des seins, et du côté du système pileux du pubis, des aisselles, indiquent assez l'avortement de la puberté.

Comme lésions dystrophiques, hypertrophie très marquée de la phalange des doigts, du pouce surtout ; les doigts rappellent la déformation dites en baguettes de tambour autrefois regardée comme un indice de tuberculose pulmonaire.

Ici encore, concordance absolue entre les données de l'observation et la description nosographique : et c'est précisément à cause de ce caractère schématique de l'observation que nous avons tenu à rapporter, un peu au long peut-être, l'histoire de cette intéressante malade.

Nous rappellerons en terminant que *tous* les cas connus de maladie de Hanot se sont terminés par la mort après un temps plus ou moins court. — Pour le moment, Délina, soumise à une diète lactée, au calomel à petites doses, au Benzoate et au salicylate de soude, se porte relativement bien et vient de nous quitter pour Longueuil, après un séjour de deux mois à l'hôpital. Son état général n'a guère changé, et l'on retrouve chez elle à sa sortie les mêmes symptômes que lors de son entrée.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ UN BÉBÉ DE QUATRE MOIS ET ONZE JOURS (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin des Hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter aux membres de cette Société l'observation d'un cas de fièvre typhoïde qui a évolué sans accident chez un bébé âgé de quatre mois et 11 jours.

Cet enfant de sexe masculin est né à terme, bien portant et pesant huit livres et demi. Nourri au sein pendant un mois environ, il fut soumis ensuite au lait maternisé afin de permettre à la jeune mère, un peu épuisée par l'allaitement, de reprendre ses forces qui s'en allaient grand train. Pesé chaque matin, l'enfant présenta une courbe de poids tout à fait normal jusque vers le milieu de janvier. Il ne présenta ni indigestion, ni diarrhée ou autres maladies, pendant les premiers mois de son existence. Le vingt-trois janvier, la mère me demanda d'aller voir son bébé qui ne paraissait pas aussi bien que d'habitude. Lors de ma visite je ne constatai pas de fièvre, rien de particulier aux poumons, au cœur ou dans la gorge, pas de tympanisme ni sensibilité marquée au ventre. Depuis une couple de jours les selles étaient légèrement diarrhéiques, de couleur jaune verdâtre, mêlées à quelques glaires, mais ne présentaient pas d'odeur infecte.

Je songeai en présence de ces seules indications à un peu d'indigestion ou à une entérite légère, et je me contentai de faire un peu de désinfection intestinale avec de très petites doses de calomel 0.01 centigrammes toutes les 4 heures, et je réduisis les proportions du lait maternisé à 2 p.c. de matières grasses 6 p.c. de lactose et 1 p.c. de caséine.

Le soir même, la mère me téléphona que le bébé avait un peu de fièvre et était un peu agité. Je conseillai alors un bain tiède et quelques gouttes d'élixir de bromure de potasse. Le lendemain matin le thermomètre marquait 38° centigrade (100, 2 F.).

Un nouvel examen du petit malade ne me révéla rien de nouveau. Le soir, la température monta d'un degré et les selles devenues plus vertes à cause du calomel, présentaient à peu près les mêmes caractères qu'au début de la maladie.

Après quatre à cinq jours, je trouvai un peu de diminution de soncrité et quelques petits râles humides disséminés par foyers à la base du poumon droit. Je songeai alors à un peu de broncho-pneumonie et je fis donner à l'enfant un bain tiède toutes les quatre heures sans ajouter de médicament, l'enfant toussant à peine. La fièvre continua à monter un peu tous les jours, le bébé s'affaiblissait davantage, sans que ni les symptômes de broncho-pneu-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal.

monie et d'entérite ne fussent très marqués. L'analyse des urines faite alors, ne révéla rien de particulier. Vers la neuvième journée, la température du soir marqua 40° cent. (104° F.). Tous les jours, j'examinais la gorge, les poumons, le cœur et les intestins sans pouvoir cependant arriver à un diagnostic ferme, n'expliquant tous les symptômes présentés par l'enfant.

Mon ami, le docteur Boulet, fit un examen attentif de la gorge et des oreilles sans rien trouver.

A la onzième journée en palpant le ventre un peu ballonné, je sentis la rate hypertrophiée, et débordant les fausses côtes de deux travers de doigts. Les jours précédents, le palper abdominal avait peut-être été fait moins attentivement mais je n'avais rien constaté dans la région de la rate. Je fis immédiatement le diagnostic d'une fièvre typhoïde probable et tout en continuant une désinfection de l'intestin, je prescrivis le bain tiède refroidi, à 22° cent. (71° F.) toutes les 3 heures, jour et nuit. Je n'ai pas fait à ce moment de séro-diagnostic, ni cherché dans les urines le diazo-réaction d'Erlich. Je me suis basé sur les symptômes cliniques présentés par le petit malade pour croire à une fièvre typhoïde probable.

Je dis probable, parceque le séro-diagnostic seul aurait pu me permettre d'être affirmatif. Mais maintenant que l'enfant est en convalescence, que la fièvre a persisté pendant trois septénaires moins un jour, que la courbe de température a été celle de la dothiéntérie, que la rate est redevenue à son état normal ou à peu près, je crois pouvoir avec ces seuls symptômes cliniques, affirmer que j'ai eu affaire à une fièvre typhoïde. Je pourrais ajouter que la mère se rappelle très bien que son enfant ne paraissait pas aussi gai, dormait moins bien, environ une semaine avant de m'appeler: voilà pour les prodromes de la maladie. A l'âge adulte, le facies hébété et l'insouciance du malade sont assez caractéristiques; mon petit malade d'ordinaire très gai était devenue triste et sa petite figure n'avait plus cette mobilité d'expression habituelle chez les enfants de son âge. La langue chez l'adulte est encore un bon signe, chez mon petit malade la langue présente un peu de sécheresse seulement. Enfin, l'influence exercée dans le cas présent par les bains froids, pourrait en dernier lieu servir de preuve. Dès les premiers bains, l'enfant fut plus calme, les battements du cœur meilleurs et les urines plus abondantes. L'alimentation par le lait devint plus facile et le sommeil plus prolongé.

Le petit malade pesé régulièrement presque tous les jours, perdit pendant sa fièvre typhoïde près de 1500 grammes (3 lbs). Aujourd'hui, l'appétit est revenu et l'enfant commence à prendre du poids.

J'ai pu ces jours derniers, le 24 février, faire faire le séro-diagnostic et la réaction a été positive et est venue confirmer le diagnostic clinique.

A propos de cette observation que j'ai cru intéressante, je voudrais soulever deux points de discussion: 1° sur la fréquence et le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants; 2° sur son traitement.

Pendant longtemps les médecins ont cru que la fièvre typhoïde ne s'attaquait pas à l'enfance. Ce n'est qu'à partir des

travaux de Riiliet et ceux de Loupin, publiées en 1839 et 1840, que l'on s'aperçut que l'enfant pouvait lui aussi souffrir de dothientérie. Ces auteurs par leurs recherches cliniques prouvèrent que la fièvre rémittente de l'enfant était identique à la fièvre typhoïde de l'adulte.

Je cite en passant les travaux de Bretonneau et de Louis en France, de Jenner, en Angleterre, et de Gerhard, en Américain, parmi les plus importants sur cette question. Aujourd'hui la fièvre typhoïde chez l'enfant est admise par tous les auteurs et les traités de médecine infantile consacrent un long chapitre à cette affection si importante. Je crois, cependant, que nous médecins pratiquants, nous sommes encore imbus de la croyance d'autrefois. En effet, cherchons-nous bien, chaque fois que nos petits malades présentent de la fièvre, etc., à éliminer ou à adopter le diagnostic de fièvre typhoïde? Je crois que assez souvent la fièvre typhoïde évolue chez les enfants sans que les médecins s'en doutent, et cela, peut-être, parce qu'ils sont appelés lorsque la maladie est déjà avancée, parce qu'ils négligent d'examiner assez attentivement leur petit malade, ou bien uniquement, parce qu'ils n'osent pas croire à une fièvre typhoïde chez un jeune enfant. — Cette maladie est-elle fréquente chez les enfants? D'après les auteurs, elle serait très rare dans la première et la seconde année. A partir de la troisième année jusqu'à l'adolescence elle augmente graduellement de fréquence. Si la fièvre typhoïde est rare dans les deux premières années, elle l'est encore beaucoup plus au cours des premiers mois. Murchison a rapporté un cas chez un bébé de six mois, et Ogle un cas chez un enfant âgé de quatre mois et demi.

Brouardel et Thoinot, dans le traité de médecine disent, que les enfants en bas âge, paraissent n'avoir que très peu de réceptivité pour la fièvre typhoïde. Dans une série de 50 cas traités au Mary J. Drexel Home de Philadelphie, et analysés par le Dr Page, trois cas étaient âgés de moins de cinq ans, 21 cas âgés de 5 à 10 ans et 26 cas âgés de 10 à 15 ans. Le Dr J. C. Wilson qui a décrit la fièvre typhoïde de l'enfant dans l'en-

cyclopédie de Keating, rapporte un cas de fièvre typhoïde chez un enfant âgé de 18 mois.

J'ai donc eu raison de dire que la fièvre typhoïde chez un enfant de quatre mois et 11 jours n'était pas chose ordinaire.

Les auteurs s'accordent à dire qu'il faut, chez l'enfant, 5 à 10 jours avant de pouvoir avec les seuls symptômes cliniques affirmer la dothiéntérie. Un diagnostic certain ou à peu près, peut être fait d'après le Dr J. C. Wilson, au moyen d'une fièvre continue accompagnée de diarrhée, de sensibilité de l'abdomen, d'hypertrophie splénique, d'un léger tympanisme et des taches rosées.

J'ai observé tous ces symptômes, sauf les taches rosées, chez mon petit malade. J'ai pu facilement après 10 à 12 jours, éliminer l'influenza, les maladies éruptives, la pneumonie. Rien chez ce petit malade pouvait faire croire à une tuberculose miliaire, à une méningite, à de la péritonite tuberculeuse ou même à une appendicite. Reste l'entéro-colite qui peut difficilement être confondue avec la fièvre typhoïde. Dans l'entéro-colite, il est rare, en effet, d'avoir une hypertrophie de la rate.

Pour Jacobi, il faut songer à de la fièvre typhoïde lorsqu'il y a une fièvre continue assez élevée, bien supportée par l'enfant et ne s'accompagnant pas de manifestations violentes du côté de l'intestin.

Les complications de la fièvre typhoïde chez le petit enfant sont rares, et le pronostic est assez favorable.

Holt a trouvé une mortalité de 5.4% sur 2623 cas traités pour la plupart dans des hôpitaux, par 12 observateurs différents. Netter, au cours d'une épidémie récente, a traité 188 cas de fièvre typhoïde avec une mortalité de 6.5%. Pour Monsieur Frantz Glénard, les statistiques varient suivant les observateurs ou plutôt suivant les traitements préconisés par ces observateurs.

A la séance du 9 janvier 1900, de la société de pédiatrie, M. Netter, après avoir présenté la statistique donnée ci-dessus, affirma que les bains chauds chez les enfants donnent de meilleurs résultats que les bains froids, Monsieur Variot fut du même avis, MM. Mery et Ausset, se déclarèrent partisans des

bains froids comme mode de traitement. Monsieur Glénard, l'introducteur et le défenseur de la méthode de Brand, en France, dans un article magistral publié dans la "Revue des Maladies de l'Enfance" du mois de janvier 1900." reprend la question du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. "La gravité d'une maladie, dit-il, peut être appréciée d'abord, par le taux de mortalité, ensuite, par sa durée, son aptitude aux complications, l'incertitude du pronostic, la durée de la convalescence, les stigmates qu'elle peut laisser après elle."

Avant 1874, c'est-à-dire avant que le bain froid se généralise, la statistique donnait entre les mains de Rilliet et Barthez, à l'Hôpital des Enfants Malades, à Paris, une mortalité de 29 sur 111 cas, soit une proportion de 26 pour 100. A Zurich, Griesinger a trouvé, en 1855, 23.5 pour 100 de mortalité chez des enfants d'un à neuf ans. Pour Murchinson, en 1873, la mortalité, chez les enfants d'un à cinq ans, était de 12.06 pour cent. West, à la même époque, constata une mortalité de 13.09 pour 100. Jusqu'en 1874, la fièvre typhoïde chez l'enfant comme chez l'adulte, était traitée par la médication interne exclusive. En utilisant les renseignements fournis par Monsieur Glénard dans son travail, nous verrons qu'après l'inauguration de la méthode des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, la mortalité a diminué. Les médecins, d'après M. Glénard, préconisent, les uns comme lui d'ailleurs, la méthode systématique des bains froids, les autres, et ils sont assez nombreux, préfèrent une méthode mixte, c'est-à-dire, une méthode dans laquelle les bains n'interviennent, à côté des médicaments, que comme succédanés et seulement dans certaines complications de la maladie.

J'emprunte à M. Glénard les statistiques suivantes, fournies par les adeptes de la méthode systématique des bains froids. Brand, sur 106 enfants de sa pratique privée, traités par les bains froids, n'a pas eu une mort.

Hagenbach a une mort sur 28 cas. Cayla, 4 morts sur 63 cas. Tripier et Bouveret, aucune mort sur 10 cas. Perret et Devic, 3 décès sur 81 cas. Moussous, une mort sur 60 malades. Weill, 7 morts sur 196 cas.

Marfan n'a eu qu'une mort sur 40 enfants. Glénard, une mort pour 56 cas.

Les statistiques suivantes sont fournies par les médecins appliquant au traitement de la fièvre typhoïde, les bains froids ou de température tiède inférieure à celle du malade, non d'une façon systématique, mais quand l'exige, à leurs yeux, la gravité des symptômes.

Cadet de Gassicourt a eu une mortalité de 8 pour 100. Goldthammer et Gesenins trouvent, à Berlin, une mortalité de 14.7 pour 100 de 1877 à 1881. Baginski, obtient 7 pour 100. Henoch, 13.8 pour 100. Ollivier a relevé sur les registres de l'Hôpital des Enfants Malades pour les années 1884 à 1887 inclus, une mortalité de 15 pour 100. Guinon eut, en 1897 et 1898, 17 pour 100 de mortalité. Variot et Dévé en 1899 ont eu, 10 morts sur 115 malades. Barbier n'a eu que 2 morts sur 47 enfants. D'après Glénard, toutes ces statistiques donnent une mortalité moyenne de 11 pour 100.

Réunissant la statistique moyenne fournie par les auteurs avant et après la méthode de Brand, Glénard a formé un tableau très intéressant et très suggestif. —

	Méth. Médic.	Méth. Mixte.	Méth. des bains.
Hôp. civils de Lyon,....	26.2 p. 100	16.9 p. 100	7.3 p. 100
Hôp. civils de Bâle.....	27 p. 100	16.2 p. 100	8.8 p. 100
Hôp. Milit. Allemands.	25.8 p. 100	15 p. 100	8.9 p. 100
Hôp. d'Enfants.....	15 p. 100	11 p. 100	3.5 p. 100

Il me semble, ajoute M. Glénard, qu'il faudrait être très prévenu pour ne pas trouver cette comparaison de chiffres fort instructive. M. Glénard prend une à une et réfute les objections soulevées par différents auteurs contre la méthode systématique des bains froids. Il s'attache surtout à démontrer que les bains froids n'ont jamais déterminé de collapsus tel que supposé par MM. Variot, Dévé, Barbier et Méry.

“ Ou bien, dit M. Glénard, on a trop attendu et le traitement par les bains froids a été institué parce que la maladie était devenue grave, et alors le cœur affaibli a mal supporté le choc de l'eau froide ou la réfrigération, si surtout quelque stimulant cardiaque, tel que le vin ou l'alcool, si indiqués en pareil cas, n'ont pas été administrés avant le bain.

Les symptômes graves qui acculent au traitement par les bains froids, les médecins pour lesquels ce traitement n'est qu'une ressource extrême, ne deviennent inquiétants dans la fièvre typhoïde que vers le 10e ou 12e jour, précisément à l'époque où débute la myocardite.

Dans la pneumonie, au contraire, les symptômes qui motivent les bains froids éclatent vers le 4e ou 5e jour, bien avant que le cœur soit atteint.

Ou bien, les bains ont été donnés trop chauds et ces bains, en abaissant tout de même la chaleur fébrile, ont manqué d'action stimulante sur le cœur, ont contribué au contraire à lui enlever cette part d'excitation qu'est pour lui la chaleur fébrile elle-même, part d'excitation qu'eut remplacée le choc de l'eau froide. Peut-être l'affusion froide sur la tête, qui par son action stimulante, joue un rôle aussi important que l'action réfrigérante du bain, et qui doit être d'autant moins négligée que le cœur est plus atteint, a-t-elle été oubliée ou faite avec de l'eau trop chaude par la garde-malade; ou bien, le collapsus a été plus impressionnant que réellement sérieux.

L'expérience, ajoute Glénard, a appris que les bains devaient exercer une action combinée réfrigérante et stimulante, que, pour cela, il fallait, chez l'adulte, le donner toutes les 3 heures, jour et nuit, à 20° C. et durant quinze minutes chaque fois, en accompagnant chaque bain d'une affusion trois fois répétée d'eau à 15-16° C. sur la tête et les épaules. L'expérience a appris que c'était un vrai traitement prophylactique, ne s'attachant pas à la cause du mal, mais à la cause de ses complications, et se bornant à donner le temps à l'organisme, dont il exalte les moyens de défense, dont il maintient toutes les fonctions, de lutter contre le principe infectieux et d'en triompher: c'est donc en même temps une action pathogénique. M. Glénard trouve que la fièvre typhoïde est grave chez l'enfant et il cite Simon qui a écrit: " Les enfants au-dessous de cinq ans sont plus sujets aux complications et le pronostic est moins favorable qu'au dessus de cet âge." Marfan est du même avis. Il n'y a pas plus de motifs dit Glénard pour ne pas donner les bains froids aux enfants, que pour n'en pas donner aux adultes;

et il ajoute: avec les médicaments le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dépend surtout de la maladie; avec les bains froids, il dépend surtout du médecin! Voici maintenant comment Glénard conseille d'administrer les bains froids chez les enfants. Pour moi, dit-il, je préfère le bain de 22° C. (71° F.), et dix minutes de durée avec effusion froide sur la tête et les épaules, répétée trois fois, toutes les trois heures, tant que la température rectale, prise avant le bain, atteint ou dépasse 39° C. (102° F.). Lorsque la température est entre 38° et 39°, le bain sera donné d'autant de minutes de durée que le thermomètre marquera de fois deux dixièmes au-dessus de 38°.

Si le cœur est suspect, on donnera avant et après le bain une cuillerée de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne, suivant les cas; s'il y a menace de collapsus, l'effusion sera plus froide, le bain plus court, et l'on frictionnera, l'on massera l'enfant durant le bain, on le réchauffera après le bain; on fera une injection d'éther si c'est nécessaire." Je passe sous silence la question du régime alimentaire au cours de la fièvre typhoïde et je termine par ces mots de Glénard: " La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée systématiquement par les bains froids, est une maladie très bénigne, elle n'est une maladie très bénigne qu'à cette seule condition."

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE

Il n'y a peut-être pas une autre maladie qui prête à autant de confusion que le rhumatisme chronique.

Nous ne voulons parler ici que du rhumatisme articulaire chronique, primitif, généralisé ou progressif, selon le premier des trois types auxquels Charcot a rattaché toutes les formes de rhumatisme chronique. Nous ferons donc le traitement du rhumatisme nouveau ou déformant des auteurs.

Nous laissons de côté, pour le présent, le rhumatisme articulaire chronique, primitif, fixe et partiel: arthrite sèche des chirurgiens. Nous ne voulons pas plus parler cette fois-ci des *Nodi digitorum* d'Heberden, nodosités qui occupent les articulations des phalanges, et des phalangettes, épargnant les articulations métacarpo-phalangiennes.

Nous remettons aussi à plus tard de parler du rhumatisme musculaire chronique (*myalgie*) que l'on mêle souvent avec le rhumatisme articulaire chronique quand il s'agit d'en faire le traitement.

Le traitement du rhumatisme à déformations, comprend une médication interne et un traitement externe.

Pour le traitement interne on a recours à l'*arsenic*, à l'*iode* et à leurs dérivés. Le *salicylate de soude*, spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu, n'a pas d'effet sur le rhumatisme articulaire chronique. Tout au plus réussit-il à calmer les douleurs dans les poussées aiguës ou subaiguës au cours du rhumatisme chronique.

L'*Arsenic* préconisé par Charcot, se donne à l'intérieur sous forme de Liqueur de Fowler ou de solution d'arséniate de soude (*Solution de Pearson*).

Les bains arsénicaux dont nous verrons la technique, en parlant du traitement externe, sont un autre moyen d'appli-

quer l'arsenic au traitement du rhumatisme noueux, moyen vanté par Guéneau, de Mussy.

Ce traitement par l'arsenic, administré à l'intérieur ou appliqué à l'extérieur au moyen des bains généraux, provoque souvent de nouvelles crises douloureuses.

L'*Iode* a toujours été considéré comme un puissant résolutif. Lasègue l'employait contre le rhumatisme chronique. C'est à la teinture d'iode, qu'il s'adressait de préférence; il en prescrivait jusqu'à 6 grammes (1½ drachme) par jour, dans du vin d'Espagne. Cette mixture assez bien acceptée, quant au goût, est mal supportée par l'estomac. Il vaut mieux n'utiliser que les iodures, et les administrer pendant longtemps à doses moyennes plutôt qu'à fortes doses: de 5 à 10 grains à la dose.

L'iode et les iodures agissent surtout en stimulant l'organisme et en activant la nutrition.

Garrod a justement insisté sur ce point du traitement, en montrant que le fait dominant de la médication devrait être de fortifier l'économie et d'exciter l'activité nutritive qui est considérablement amoindrie dans le rhumatisme noueux progressif: aussi a-t-il préconisé les préparations ferrugineuses (le sirop d'iodure de fer), le quinquina et surtout l'huile de foie de morue. L'on administrera aussi avec grand bénéfice, les préparations iodo-tanniques: sirops, élixirs, etc.

Charcot donnait du bicarbonate de soude pour combattre la production exagérée d'acide dans l'économie.

L'alcalinothérapie ne donne pas de résultats manifestement appréciables.

Le colchique n'est d'aucune utilité.

Le *traitement externe* comprend les bains généraux, médicamenteux ou autres, l'électricité, le massage et les applications locales.

Les *bains généraux* comprennent les bains sulfureux, les bains arsénicaux, les bains de sable chaud, les bains chauds simples ou accompagnés ou suivis de massage.

Les bains froids, généraux ou locaux, qui agissent quelquefois merveilleusement dans les cas aigus, n'ont qu'une application très restreinte dans les cas qui nous occupent et seuls les

chauds partisans de cette méthode, qui ont de l'entraînement retireront profit de l'application des bains froids comme tonique général.

Les *bains sulfureux* sont indiqués à titre d'excitants des fonctions cutanées. Ils peuvent exaspérer les douleurs. Guéneau de Mussy ne dépassait pas la dose de 40 grammes (1½ once) de pyrosulfure de calcium par bain. On emploie habituellement 100 grammes (3½ onces) de trisulfure de potassium par bain.

Guéneau de Mussy vantait beaucoup les *bains arsenicaux* qu'il employait dans les cas franchement chroniques avec phénomènes réactionnels nuls ou peu accentués. Il faisait dissoudre, dans un bain, le mélange suivant :

Sous-carbonate de soude	3 à 3½ onces.
Arséniate de soude	15 grains à 2 drachmes.

Chez les nerveux très-impressionnables, il employait l'arséniate de soude seul et ajoutait 8 onces de gélatine. Les bains étaient donnés à tous les deux jours, à la température de 36° C., il laissait reposer le malade après une série de trois ou quatre bains. Il exigeait un repos au lit, de la durée de une à deux heures après chaque bain.

Si ces bains provoquaient une exacerbation des douleurs, il prescrivait des applications topiques calmantes.

Lasègue ne croyait pas à la vertu des médicaments ajoutés au bain, pensant que l'action favorable de la balnéation est uniquement due à la température du bain. Il prescrivait à tous les deux jours des *bains simples* à 40°. 45° C. Il va sans dire que la température d'entrée doit être inférieure à la température de sortie. Les malades se remettent au lit à la sortie du bain, pour favoriser la sudation.

Les eaux thermales jouent un rôle important dans le traitement du rhumatisme nouveau. Ce traitement consiste en l'emploi des eaux faiblement minéralisées à température élevée. En Europe, l'on compte plusieurs stations thermales qui conviennent au traitement du rhumatisme nouveau: Nérès, Luxeuil, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Plombières, etc. Les eaux sulfureuses d'Aix-les-Bains sont très exci-

tantes et conviennent aux formes franchement torpides. Il en est ainsi, à un moindre degré, des eaux sulfurées-sodiques des Pyrénées: Amélie-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, St-Sauveur, Barèges, etc.

Nous avons au pays, une source thermale, où les rhumatisants chroniques peuvent trouver un grand soulagement par une station de quelques semaines, c'est Caledonia Springs.

Les États-Unis ont une foule de stations renommées: Mount Clemens, Banff, etc., etc.

D'une façon générale, toutes les eaux à thermalité élevée sont applicables en pareil cas.

L'électricité dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique ne doit être appliquée que par les courants continus, c'est-à-dire par les courants qui agissent sur la nutrition générale et musculaire.

Voici les conclusions de Remak sur l'application des courants continus au traitement du rhumatisme chronique.

L'électrothérapie a pour effet:

1° De provoquer la catalyse dans l'intérieur de la partie tendineuse de l'articulation qui est frappée d'inflammation, (exsudation, ou sclérose);

2° D'exciter ou d'accélérer un flux de liquide par action sur les vaisseaux qui se dirigent vers l'articulation;

3° D'enlever l'inflammation musculaire qui complique souvent l'arthrite;

4° D'enlever les contractures secondaires des muscles, contractures entretenues par la douleur et les irritations inflammatoires;

5° D'enlever enfin les états paralytiques et atrophiques qui affectent tous les muscles à la suite d'inflammation, d'inaction ou de gêne de la circulation.

Erb, Remak, Ominus, J. Chéron et autres, ont longuement insisté sur l'utilité de l'application des courants continus pour prévenir ou pour faire disparaître en partie les déformations articulaires.

Il faut donc toujours avoir recours aux courants continus et

cela quand tous les phénomènes d'irritation musculaire seront disparus.

L'*électrisation statique*, d'après les recherches de Vigouroux, exerce sur les fonctions d'innervation et de nutrition une influence à la fois stimulante et régulatrice. Le Dr Massy (*Archives d'électricité médicale*, No 4, 1893), préconise un traitement général par le courant statique ou par le courant alternatif (méthode hydro-électrique ou méthode par auto-conduction de d'Arsonval), et un traitement local.

Si l'intervention n'est pas trop tardive, l'on pourra rendre le mouvement et l'usage aux articulations atteintes. Pour y arriver plus sûrement, l'on associera, selon le conseil de Dally, le massage aux pratiques d'électrothérapie.

Le *massage* sera fait suivant les règles de l'art: tapotement, friction, pétrissage, percussion. Il sera général ou partiel, selon que l'on aura en vue son effet sur la nutrition générale ou sur la circulation d'une partie.

Le massage doit être associé non-seulement aux pratiques d'électrothérapie mais aussi au traitement balnéothérapeutique. L'on en retirera encore de bons effets, au point de vue de l'absorption et de l'action topique si on le pratique au cours de l'application extérieure de certains médicaments.

Pour la technique du massage, voir les auteurs.

Les médicaments appliqués localement sont:

La *Tecinture d'iode* en badigeonnages: on obtiendra quelquefois par ce moyen une révulsion utile.

Staple fait appliquer sur les articulations atteintes, un mélange à parties égales d'huile d'olive et d'essence de Wintergreen.

On peut encore employer la pommade suivante:

Acide salicylique	} à 2 drachmes.
Lanoline	
Essence de térébentine	

que Bourget (de Lausanne), en 1893 a recommandée contre le rhumatisme articulaire aigu.

Le *salicylate de méthyle* appliqué sur la peau est absorbé comme l'ont démontré MM. Linossier et Launois. C'est le mé-

dicament qui tend à remplacer tous les autres comme topique. Cette méthode a été vulgarisée par Lemoine et Siredey.

Il est nécessaire d'employer ce médicament en badigeonnages et d'envelopper hermétiquement la partie badigeonnée. L'on verse 60 à 80 gouttes sur la peau (Siredey) ou 2½ à 3 drachmes (Lemoine) sur un carré de tarlatane que l'on recouvre par une toile imperméable, après application. Une bande de flanelle maintient le pansement qui peut être renouvelé deux fois en vingt quatre heures, quand les douleurs sont très vives.

Le grand avantage du traitement est l'absence presque totale d'accidents généraux dus à l'acide salicylique, bien que le salicylate de méthyle contienne de 60 à 75 pour 100 de cet acide.

H. HERVIEUX.

ELECTIONS DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Le résultat des élections permet de constater que dix-huit nouveaux gouverneurs ont été élus. Des circonstances particulières ont empêché quelques-uns des anciens, qui avaient fait preuve de travail, de conserver leur mandat.

L'avenir nous dira si "c'était bien la peine de changer de gouvernement." Néanmoins, l'*Union Médicale* leur adresse des remerciements pour l'esprit de bien vouloir dont ils ont fait preuve, dans les réformes sérieuses qui ont été inaugurées.

Au nouveau bureau incombe le devoir de poursuivre la revision de notre loi provinciale : tâche difficile et bien ingrate si l'on songe qu'il faut compter avec le mauvais vouloir de la députation dont les accointances avec le charlatanisme sont malheureusement trop intimes pour nous permettre d'espérer un vote indépendant !

Nous exprimons l'espoir, toutefois, que les Gouverneurs des différents districts s'entendront pour élire des officiers décidés à mettre un terme à cette comédie de procès dont le but avoué est d'annuler les brevets, les licences, etc., et de permettre au premier venu de pratiquer la médecine sans permis ni lois, comme aux beaux jours de l'empirisme et du charlatanisme.

RECHERCHES DE L'ALBUMINE DANS L'URINE

Il n'y a pas de médecin qui ne connaisse au moins un procédé de recherche pour l'albumine. Il y a différentes méthodes, dont la plus connue est celle qui se pratique par l'acide azotique et la chaleur.

Cette pratique est bonne, facile à faire, et elle peut nous permettre de faire la différence entre les phosphates et l'albumine. Cependant, il arrive parfois que la quantité d'albumine existant est tellement minime qu'il est nécessaire d'employer un procédé très délicat, si l'on veut obtenir un résultat tangible.

Que fait-on le plus souvent, dans les analyses d'urine pour l'albumine. L'on se contente de faire chauffer l'urine au-dessus de la lampe à alcool afin de constater ou non la présence de coagulation. S'il y en a, on laisse tomber quelques gouttes d'acide azotique dans le liquide bouillant. Si la coagulation persiste, on dira que c'est de l'albumine, si tout disparaît, ce sont des phosphates. Quant à trouver la quantité d'albumine, avant, pendant ou après le traitement, on ne peut ou on ne veut pas le faire; et pourtant il y a importance capitale à bien connaître si l'albumine augmente, diminue ou demeure stationnaire. Ce ne sera pas par la simple constatation de la coagulation dans toute la hauteur du liquide que l'on pourra en juger.

Il existe un procédé très simple, peu coûteux, aussi rapide que celui de l'ébullition et permettant de connaître, de façon très approximative, la quantité d'albumine excrétée. Le réactif est le même, l'acide azotique; le matériel consiste en une pipette et un verre conique; un verre gradué ordinaire se terminant en cône remplit exactement le but. La pipette ne peut coûter que quelques sous et même on peut la fabriquer soi-même en chauffant à la lampe un petit tube de verre ordinaire. Lorsqu'il est suffisamment ramolli, on l'étire brusquement, on sépare les deux bouts étirés, et une fois refroidis, on en brise la pointe de façon à ne pratiquer qu'une petite ouverture; et c'est tout ce qu'il nous faut. Avec cet appareil, si on désire rechercher l'albumine et connaître en même temps la proportion

au litre que l'urine en peut contenir, on verse une quantité indéterminée d'urine, 20 à 30 grammes environ, dans le verre conique, et avec la pipette que l'on a remplie d'acide azotique, en ayant la précaution d'en boucher l'extrémité supérieure avec le doigt, on dépose cet acide tout au fond du verre en y laissant reposer l'extrémité inférieure de la pipette. Lorsqu'elle est vide on la retire en la glissant lentement sur la paroi du verre. De cette façon on établit seulement une ligne de contact entre les deux liquides sans qu'ils se mêlent aucunement. S'il y a un tant soit peu d'albumine, on le verra certainement, et des erreurs de diagnostic pourront être aussi évitées. Ce que ne nous permettra pas le procédé que je mentionnais plus haut, et qui est, je crois bien, employé par le plus grand nombre des médecins.

Pour les examens d'assurances, de sociétés, ce moyen de recherche peut être d'un grand secours, et permettre de retrouver la présence d'albumine sans se servir de l'albumètre d'Esbach à l'acide picrique et qui prend 24 heures.

Voici maintenant un petit tableau qui aidera à juger la quantité d'albumine au litre selon la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'anneau blanc d'albumine se sera formé sur la ligne de contact entre l'urine et l'acide azotique :

Quantité d'alb. par litre.	L'anneau apparaît au bout de	Encore visible en s'éloignant à 60 cent. environ, au bout de
0.20 centig.	immédiatement	$\frac{1}{2}$ minute
0.10 centig.	$\frac{1}{2}$ minute	1 minute
0.08 centig.	$\frac{1}{2}$ minute	1 $\frac{1}{2}$ minute
0.06 centig.	1 minute	2 minutes
0.05 centig.	1 minute	2 $\frac{1}{2}$ minutes
0.04 centig.	2 minutes	3 $\frac{1}{2}$ minutes
0.03 centig.	2 $\frac{1}{2}$ minutes	4 minutes
0.02 centig.	3 minutes	8 minutes
0.01 centig.	7 minutes	14 minutes

Ce procédé est nommé réaction de Heller.

Les indications offertes par le tableau précédent ne seront que très approximatives, et il ne faudrait pas prendre ces chiffres pour absolument exacts. Ils aident simplement à juger d'une certaine différence entre telle et telle urine.

Si l'on veut une grande exactitude, c'est l'albumètre d'Esbach qui nous l'offrira.

A. N. RIVET.

ACTUALITES MEDICALES

LA TUBERCULOSE AU CONGRÈS DE LONDRES

BROUARDEL, KOCH, LISTER, NOCARD.

Le 22 juillet s'ouvrait, à Londres, sous la présidence du duc de Cambridge, le grand congrès anglais de la tuberculose.

Les savants du monde entier ont longuement disserté sur la nature et le traitement de la maladie ainsi que sur les moyens prophylactiques nécessaires pour diminuer le taux de la mortalité.

Aujourd'hui comme au temps d'Hippocrate, mais dans un style plus châtié, on a dit que "la phthisie est, de toutes les maladies, la plus grande, la plus difficile et celle qui emporte le plus de monde" (1), et que "le malade, s'il est traité dès l'abord, guérit." (2)

Le Congrès a réparti ses travaux en quatre sections :

La première, nationale et municipale, divisée en quatre groupes : (a) statistique ; (b) déclaration obligatoire ; influence du logement et de l'agglomération ; (c) contrôle de l'alimentation par le lait et par la viande ; (d) installation des sanatoriums.

La deuxième, comprenant la médecine, la climatologie.

La troisième, la pathologie générale, la bactériologie.

La quatrième enfin, l'art vétérinaire et l'étude de la tuberculose chez les animaux.

Il serait impossible d'analyser chacun des travaux qui ont été lus dans les différentes sections. Rien de bien nouveau a été inscrit aux programmes élaborés dans les congrès antérieurs.

Cependant, deux savants ont attiré particulièrement l'attention des congressistes, j'oserais dire du monde entier, et il nous

(1) Epidémies ; Trad. de Littré, tome II.

(2) Des maladies ; Trad. de Littré, tome III.

sera utile d'étudier de plus près les renseignements nouveaux qu'ils ont apportés dans deux grands discours-adresses: j'ai nommé les professeurs Brouardel de Paris et Koch de Berlin.

A. — LA LUTTE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE.

Le professeur Brouardel a d'abord démontré que les principes de la lutte contre la tuberculose sont identiques dans tous les pays, mais que les uns ou les autres ont pris le premier rang suivant l'impulsion donnée par les savants des diverses nations, suivant les mœurs et les lois en vigueur. Et il développe ce dernier point d'une façon très judicieuse. "Lorsqu'une loi intervient dans nos actes journaliers, dit-il, lorsqu'elle trouble des habitudes invétérées et qu'elle doit être appliquée au sein du foyer domestique, elle ne peut être observée que lorsque l'opinion publique la réclame, lorsque les convictions de tous sont faites, que chacun connaît le danger de ses habitudes vicieuses et est prêt à les réformer personnellement, et à exiger de son voisin qu'il agisse de même."

A Londres, il relève ce fait important que, depuis longtemps, le particulier s'occupe d'assainir sa maison, les rues; le propriétaire s'associe aux municipalités, pouvoirs publics, etc., dans ce but: la *salubrité*, telle est la première condition du futur propriétaire ou locataire. "Cette méthode est la seule efficace et la première règle est de faire l'opinion publique."

(a) *Sociétés populaires antituberculeuses.*

Et le conférencier énumère avec satisfaction les œuvres antituberculeuses créées dans les différents pays.

En Angleterre, il y a une association nationale pour éviter la phtisie et les autres formes de la tuberculose qui distribue par milliers les pamphlets suivants: "The crusade against consumption"; "Milk and tuberculosis"; "Fresh air and ventilation"; "How to prevent consumption", etc.

En Allemagne, il y a des sociétés pour l'œuvre des sanatoriums et pour la "propagation de l'idée", qui publient également des brochures à cette fin.

En Belgique, la ligue nationale contre la tuberculose a son siège à Bruxelles.

En Norvège, on a voté un bonus considérable pour l'impression et la distribution d'une brochure populaire écrite dans le même esprit, de plus, un budget spécial vient aider les médecins qui désirent se perfectionner dans l'étude du fonctionnement des sanatoriûms.

En France, la société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire a groupé les meilleurs esprits et créé dans tous les départements des succursales qui font œuvre de prophylaxie par des conférences publiques très-suivies.

Partout, pénètre la notion que les soins de propreté éloignent la contagion, et que le tuberculeux n'est dangereux qu'en autant qu'on néglige ces précautions qui mettent à l'abri du contagé ses parents, ses amis, ses camarades d'atelier.

Le crachat, voilà le danger. "Le jour où on aura perdu l'habitude de cracher autour de soi, dit-il, la tuberculose décroitra rapidement."

Recueilli dans un crachoir aseptique et détruit, il ne menace personne; projeté dans un milieu sec et éclairé il perdra ses propriétés dangereuses; s'il séjourne dans un milieu humide, il conservera longtemps son activité.

(b) *Logements insalubres.*

Le distingué conférencier affirme de nouveau que le logement insalubre facilite le mieux l'éclosion de la tuberculose; et il démontre que l'Angleterre a résolu ce problème difficile.

Dans tous les pays il voit les législateurs à l'œuvre sur ce point spécial. En Angleterre, il y a des lois qui accordent aux autorités le droit d'inspecter les maisons ouvrières; amendes en cas de contravention aux lois et règlements; ailleurs, on a le droit de démolir les logements insalubres et de supprimer les bâtiments obstrueteurs (air, lumière, aération). En 1882, une loi spéciale oblige les municipalités à supprimer les logements insalubres et à fournir un logement aux personnes qui se trouvent ainsi sans abri.

Des bienfaiteurs sont venus en aide aux gouvernements dans

l'application de ces mesures et des sommes considérables ont été données pour construire des logements salubres qui logent 18,000 ouvriers.

En Allemagne, les progrès ont été plus lents.

En Belgique, même zèle qu'en Angleterre.

Le Danemark arrive bon premier dans cette lutte. Il y a une société de construction qui possède pour une valeur de 10 millions de logements ouvriers salubres.

Les mêmes efforts ont été faits en France.

Et l'auteur fait un tableau saisissant de la mortalité par insalubrité et densité de la population. " Le taudis est le pourvoyeur du cabaret " disait Jules Simon, et Brouardel ajoute " le cabaret est le pourvoyeur de la tuberculose."

(c) *Alcoolisme.*

" C'est le plus puissant facteur de la propagation de la tuberculose " dit-il. Et l'auteur démontre par le tableau suivant que les chiffres de la mortalité par tuberculose et de la consommation de l'alcool sont presque superposables :

Décès par tuberculose pour 10,000 habitants.	Consommation annuelle de litres d'alcool par habitant.
30 à 40....	12.47
40 à 50....	15.21
50 à 60....	14.72
70 à 80....	16.36
80 à 90....	17.16
Plus de 90 décès....	50.70

Cette invasion de l'alcoolisme doit donc apparaître aux yeux de tous comme un danger public, et il est nécessaire d'essayer d'inculquer aux masses cette vérité, que, dans le monde, l'avenir appartient aux peuples sobres."

(d) *Sanatoriums marins.*

La création de sanatoriums marins a pour but de soustraire le prédisposé aux milieux de contagions dans lesquels il nait et il vit, dans le peuple, dans les écoles publiques. C'est à l'enfant et à l'adolescent qu'on s'adresse de préférence.

En France, il y a 14 sanatoriums marins qui reçoivent annuellement 2000 enfants. Et M. Brouardel énumère plusieurs créations particulières dans le même but.

(e) *Viande et lait.*

Le rapporteur rappelle que depuis les expériences de Chauveau, démontrant que la pénétration du germe tuberculeux par les aliments pouvait déterminer la tuberculose de l'intestin, on s'est alarmé, mais trop peu suivant lui.

La Belgique est le seul pays où la loi a organisé l'inspection dans les campagnes. Ailleurs, les tueries particulières laissent souvent passer des viandes tuberculisées, etc... "*Sans exagérer le danger de la propagation de la tuberculose par la viande, on doit reconnaître qu'il existe.*" Ces paroles sont à retenir, elles seront contredites plus loin dans l'analyse du mémoire du professeur Koch de Berlin.— *Le lait fait courir les mêmes dangers.* Thorne-Thorne, hygiéniste anglais, remarque que la mortalité infantile par tuberculose a augmenté de 27% : il en trouve la cause dans la *tuberculose abdominale par ingestion de lait contaminé*, chez les nourrissons de moins d'un an.

En France, les mesures sont incertaines et demandent une application plus sérieuse. — *Il faut faire bouillir le lait*; telle est la conclusion à tirer dès maintenant.

(f) *Curabilité de la phtisie.*

C'est une notion fondamentale admise aujourd'hui.

L'auteur donne des chiffres déjà connus, et les siens propres relevés à la morgue de Paris. " Dans la moitié des cas, dit-il, si l'individu a habité Paris une dizaine d'années, je trouve des lésions tuberculeuses guéries, soit par transformation crétacée, soit par cicatrisation fibreuse." Et elle est curable même pour de larges cavités. Et l'auteur recommande aux médecins de prévenir le malade et la famille de la gravité et de la curabilité de la maladie en vue des moyens énergiques à prendre.

(g) *Les dispensaires populaires.*

L'auteur dit que, le plus souvent, l'ouvrier se présente au

médecin alors qu'il est déjà à la deuxième période, donc, gravement atteint. La création récente de dispensaires antituberculeux est venue à point. Elle s'occupe du malade, le conseille et le suit jusque chez lui. Les malades apprennent ainsi à se prémunir contre eux-mêmes. Les contre-maîtres des usines ou ateliers apportent leurs concours en veillant aux soins de propreté indispensables; ils engagent même l'ouvrier 'souffreteux' à se présenter dès le début facilitant ainsi la guérison et la prophylaxie.

Si l'ouvrier est marié et père de famille, on l'aide en lui donnant les repas supplémentaires et en procurant des secours à sa famille; s'il est célibataire on lui facilite l'entrée du sanatorium où la guérison est plus rapide et plus assurée.

(h) *Sanatoriums.*

Repos physique et moral, suralimentation, aération continue; telle est la formule du Dettweiller qui est restée intacte.

C'est l'Allemagne qui a inauguré le système avec les meilleurs résultats. Elle possède 83 sanatoriums populaires, recevant 12.000 tuberculeux par an, et construits soit par les assurances régionales, par les caisses des maladies, par les industriels unis aux municipalités, ou même par une taxe personnelle dans certains districts.

La durée du traitement est en moyenne de 90 jours, plus, un nouveau séjour de quatre semaines pendant l'année qui suit la cure. Voici quels sont les résultats obtenus. Parmi les malades sortis guéris ou améliorés, ceux qui travaillaient encore en 1900 ont donné les chiffres suivants:

En 1896...46 p. 100
— 1897...47 p. 100
— 1898...58 p. 100
— 1899...60 p. 100

La dépense moyenne atteint \$1.50 par jour y compris le secours de famille, $\frac{1}{3}$ de la somme. Le fonctionnement économique d'un sanatorium doit éviter les charges onéreuses; il ne doit être ni éloigné des villes ni construit sur des hauteurs: le

voisinage d'un sanatorium n'expose point la localité environnante; *le danger, c'est le phthisique en liberté.*

L'Angleterre, l'Écosse, l'Australie, le Canada, possèdent quelques sanatoriums, ainsi que l'Autriche.

Les États-Unis possèdent une trentaine de sanatoriums, New-York en possède six actuellement.

La Russie possède trois sanatoriums, la Suède, trois, le Danemark, deux, etc.

En France on compte 18 à 30 sanatoriums.

L'impulsion généreuse est donnée, il faut que le tuberculeux espère en sa guérison. Les règles de l'isolement sont connues; le personnel est également instruit, ce qui a permis de soigner, à Brompton, 15,000 tuberculeux sans relever un seul cas d'infection.

(i) *Le point de vue international.*

Si les mesures applicables à la peste, le choléra et la fièvre jaune ont pu se généraliser dans tous les pays, l'auteur estime qu'il n'en peut être ainsi pour la tuberculose. Néanmoins, les wagons de chemin de fer, les paquebots, les hôtels doivent être l'objet d'une attention spéciale. En France, le ministre signale aux grandes compagnies les précautions à prendre. Aux États-Unis, dans certains endroits, la désinfection de chaque chambre est faite avant l'arrivée d'un voyageur nouveau. En Allemagne, tout médecin qui traite un tuberculeux doit en avertir la police par écrit, après la mort de celui-ci, la chambre et les effets sont désinfectés.

De l'ensemble de ces efforts, l'auteur conclut qu'il faut agir par la parole, par les journaux, par les brochures. Une fois la conviction faite, les pouvoirs publics suivront l'entraînement général dans la lutte contre le mal qui compromet l'avenir des patries.

Cette analyse résume à peine le remarquable exposé synthétique de la lutte contre la tuberculose dans le monde entier.

II

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ENVISAGÉE A LA LUMIÈRE
DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE DANS LE COMBAT CONTRE
LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES.

Tel est le titre de la communication du professeur Koch, de Berlin. Après quelques considérations sur le mode de propagation ordinaire de la maladie, l'auteur développe le point capital de sa communication : "L'infection tuberculeuse peut-elle, comme on le pense, en général, se transmettre par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme ? On dit que c'est le mode le plus fréquent. Mes recherches m'ont permis de me faire une opinion différente de celle généralement admise, dit-il." Et l'auteur passe à la discussion de ce dernier point.

"Un lot de jeunes veaux, éprouvés par la tuberculine et pouvant être ainsi regardés comme indemnes de tuberculose, fut infecté suivant différents procédés par des cultures pures de bacille tuberculeux provenant de tuberculose humaine ; quelques-uns reçurent directement des crachats de phthisiques. Dans quelques cas, le bacille tuberculeux ou le crachat étaient injectés sous la peau, dans d'autres cas, dans la cavité péritonéale, dans d'autres enfin dans la veine jugulaire. Six animaux furent alimentés avec des crachats tuberculeux presque quotidiennement pendant sept ou huit mois, quatre inhalèrent de grandes quantités de bacilles, en suspension dans de l'eau que l'on pulvérisait dans l'atmosphère. Aucun de ces animaux (ils étaient au nombre de dix-neuf) ne présenta le moindre symptôme morbide et tous augmentèrent de poids. Six ou huit mois après le début de l'expérience, ils furent sacrifiés. Dans les organes, on ne trouva pas trace de tuberculose. C'est seulement aux points où avaient été faites les injections, que l'on rencontra de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux. C'est exactement ce que l'on trouve lorsque l'on injecte des corps de bacilles morts, sous la peau d'animaux réfractaires. Ainsi les animaux réagissaient au bacille humain vivant, comme s'ils avaient reçu des bacilles morts. Ils étaient absolument réfractaires.

Le résultat était tout à fait différent quand la même expérience était faite sur les veaux non tuberculeux, avec des bacilles tuberculeux provenant d'un animal atteint de tuberculose bovine. Après une période d'incubation d'une semaine environ, les plus graves lésions tuberculeuses se produisaient dans les organes de tous les animaux injectés. Il en était de même, que le bacille ait été injecté sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Une fièvre élevée se déclarait. Quelques-uns mouraient de un mois et demi à deux mois après, les autres étaient tués dans un état misé-

rable au bout de trois mois. A l'autopsie, on trouvait une infiltration tuberculeuse très étendue au point où avait été faite l'injection et dans les organes intéressés tels que le poumon, la rate.

En résumé, le bétail se montrait aussi sensible au bacille de la tuberculose bovine qu'il était réfractaire au bacille de la tuberculose humaine. J'ajoute que les préparations d'organes provenant d'animaux infectés expérimentalement par la tuberculose bovine sont exposés au Muséum de pathologie et de bactériologie.

On peut distinguer d'une manière aussi nette la tuberculose bovine et la tuberculose humaine en faisant des expériences d'alimentation sur le "porc." Six jeunes porcs furent nourris tous les jours, pendant trois mois, avec des crachats de phthisiques. Six autres porcs reçurent le bacille de la tuberculose bovine quotidiennement pendant la même durée. Les animaux nourris avec des crachats restèrent en bonne santé et eurent une croissance normale, tandis que ceux nourris avec le bacille de la tuberculose bovine devinrent malades et furent arrêtés dans leur croissance: la moitié du lot succomba. Après trois mois et demi, les survivants furent tués. Sur les animaux nourris avec des crachats, on ne trouve pas trace de tuberculose, si ce n'est, çà et là, quelques nodules dans les ganglions du cou, et, dans un cas, quelques granulations dans le poumon. Les animaux qui avaient reçu de la tuberculose bovine, au contraire, présentaient sans exception, comme dans l'expérience sur les veaux, de graves lésions tuberculeuses, notamment l'infiltration tuberculeuse des ganglions et du mésentère, considérablement tuméfiés, et une propagation de la tuberculose aux poumons et à la rate.

La différence entre la tuberculose bovine et l'humaine n'apparaissait pas moins nettement dans une expérience analogue poursuivie sur des ânes, des moutons et des "chèvres", dans le système vasculaire desquels on injecta les deux espèces de bacilles.

Nos expériences, dois-je ajouter, ne sont pas les seules qui aient amené à ce résultat. Si l'on étudie la bibliographie sur ce sujet, et si l'on réunit les expériences faites autrefois par Chauveau, Günther et Harms, Bollinger, etc., qui ont alimenté des veaux, des porcs et des chèvres avec des organes tuberculeux, on trouve que les animaux qui furent nourris avec du lait et des poumons de bétails tuberculeux furent toujours atteints de tuberculose, tandis qu'il n'en fut pas de même pour ceux qui reçurent des organes humains. Des recherches comparatives sur la tuberculose bovine et sur l'humaine ont été faites récemment dans l'Amérique du Nord par Smith, Dinwiddie et Frothingham, et leurs résultats concordent avec les nôtres. La netteté et la précision de nos conclusions tiennent au choix que nous avons fait des méthodes excluant toute cause d'erreur et au soin que nous avons pris de la conservation et de la nourriture de nos animaux afin d'éviter de troubler nos résultats.

Considérant tous ces faits, je suis autorisé à "soutenir que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmise au bétail." Il me semble désirable que nos expériences soient répétées par d'autres, afin d'écartier tout doute sur la vérité de nos assertions.

Je désire aussi ajouter qu'en raison de la grande importance du sujet, le gouvernement allemand a désigné une commission pour poursuivre ces recherches.

Qu'elle est la réceptivité de l'homme à la tuberculose bovine? Cette question est beaucoup plus importante pour nous que celle de la réceptivité du bœuf à la tuberculose humaine. Il est impossible de donner une réponse directe parce qu'on ne peut expérimenter sur l'homme. Indirectement on peut approcher de la solution. On sait que le lait et le beurre consommés dans les grandes villes contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux encore vivants, comme le prouve l'expérimentation avec ces produits sur l'animal. La plupart des habitants des villes consomment ainsi, chaque jour, des bacilles de la tuberculose bovine, vivants et virulents. Ils réalisent ainsi l'expérience que nous pouvons entreprendre. Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi.

Telle n'est pas en réalité la vérité. On ne peut affirmer l'origine alimentaire de la tuberculose que dans les cas où l'intestin a subi la première atteinte, c'est-à-dire lorsque l'on trouve une tuberculose intestinale primitive. Mais ces cas sont très rares. Parmi de nombreux cas de tuberculose, je n'ai trouvé moi-même que deux cas de tuberculose intestinale primitive.

Parmi les nombreuses autopsies de l'hôpital de la Charité à Berlin, on ne constate que 10 cas de tuberculose intestinale primitive en cinq ans. Parmi 933 cas de tuberculose infantile à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frederick, Baginski n'a jamais rencontré de tuberculose intestinale sans lésion simultanée du poumon et des ganglions bronchiques; sur 3,104 autopsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'observe que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Je pourrais tirer de la littérature médicale nombre de statistiques du même genre montrant que la tuberculose primitive de l'intestin, surtout parmi les enfants, est une maladie relativement rare; il n'est pas certain que dans les quelques cas que j'ai cités elle soit due à la tuberculose bovine. Il est aussi probable que la tuberculose a été causée par la propagation du bacille de la tuberculose humaine pénétrant dans le tube digestif par une voie quelconque, par exemple par la salive avalée.

Jusqu'à présent, personne n'a pu affirmer avec certitude que dans ces cas la tuberculose intestinale était d'origine bovine ou humaine. Maintenant le diagnostic peut être fait. Il est seulement nécessaire de faire une culture pure du bacille trouvé dans les organes tuberculeux et de s'assurer qu'il s'agit de tuberculose bovine par l'inoculation au bœuf. A ce sujet, je recommande l'inoculation sous-cutanée qui donne des résultats caractéristiques. Depuis six mois je m'occupe de ces recherches, mais, en raison de la rareté de la maladie en question, le nombre de cas que j'ai pu examiner est peu considérable. Ce que j'ai retiré de ces recherches jusqu'à présent n'est pas en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Quoique cette importante question de savoir si l'homme est susceptible de contracter la tuberculose bovine ne soit pas encore entièrement résolue, on est néanmoins autorisé à dire que si cette réceptivité existe, la réalisation de l'infection se produit très rarement. *J'estime que la propagation de la*

tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire; par conséquent, je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle,

Discussion.

La communication de Koch a pris tout le monde par surprise et les répliques commencèrent même en séance générale.

LORD LISTER a nié qu'il fut prouvé que la tuberculose humaine ne pouvait pas se communiquer aux animaux; en supposant qu'il en soit ainsi, il ne s'ensuit pas que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme. Il compara ce qui arrive aujourd'hui à ce qui arrive avec la variole et le cow-pox. Les essais pour inoculer la variole au veau échouent en règle générale et l'on en avait conclu que la variole et le cow-pox étaient entièrement différents: "c'était là une erreur, dit-il, puisque l'on sait aujourd'hui que le cow-pox n'est que la variole modifiée par son passage à travers l'organisme." Et il a rappelé les expériences de Copeman inoculant la variole aux singes dont le contenu des pustules, inoculé aux veaux, provoquait une éruption de cow-pox pouvant servir à vacciner les enfants.

Quant à la tuberculose intestinale primitive chez les enfants, Lord Lister affirme, malgré les statistiques de Koch, qu'on trouve un très grand nombre de décès infantiles par la tuberculose mésentérique sans aucune autre manifestation tuberculeuse dans les autres viscères. D'où provient cette tuberculose? de l'alimentation; les bacilles, introduits par les aliments, ont franchi la muqueuse intestinale sans la léser et ont été arrêtés par les ganglions.

M. NOCARD, de Paris, tout en rendant hommage à la communication de Koch, estime que les conclusions en sont peut-être excessives. Tout en admettant qu'on ait grossi les dangers de la tuberculose des bovidés, il faut craindre l'exagération contraire de ne plus se défendre contre les dangers réels qu'elle fait courir à la santé publique. Si petite que soit la part de la tuberculose des bovidés à la propagation de la tuberculose humaine, il faut en tenir compte.

Un principe de la méthode expérimentale veut, dit Nocard, que les faits négatifs ne prévalent point, quel que soit leur nombre, contre les faits positifs.

Or, l'auteur affirme qu'il existe des faits positifs d'infection des bovidés par les produits tuberculeux empruntés à l'homme. Ce sont les expériences de Chauveau qui sont les premières en date. Dans quatre expériences, des veaux de cinq à dix mois, infectés au moyen de produits tuberculeux provenant de l'homme, soit par voie digestive, soit par injections intraveineuse, ont été sacrifiés au bout de 50 jours et présentaient des lésions tuberculeuses procédant de l'infection expérimentale. Dans 2 ou 3 cas, les lésions siégeaient dans l'intestin, les ganglions mésentériques et le péritoine; dans un dernier cas, les ganglions rétro-pharyngiens et œsophagiens étaient plutôt atteints.

Quoique ces expériences aient été faites dans un temps où la tuberculine était inconnue, on ne peut douter de leur véracité, car Chauveau avait pris soin de choisir ses veaux dans un centre d'élevage où la tuberculose était inconnue, et il conservait comme témoins un nombre égal qui se sont montrés absolument indemnes après sacrifice.

Ce sont des faits positifs indéniables.

Pendant, la difficulté d'inoculer la tuberculose humaine aux bovidés et vice versa, peut s'expliquer par le fait que le parasite s'est accommodé au milieu où il vit, homme ou bœuf, depuis un nombre indéfini de passages et se développe avec peine sur un milieu étranger. Et l'auteur rappelle combien il est difficile d'obtenir une première culture du bacille de Koch sur les milieux les plus favorables. Ce qui se passe dans les milieux inertes est encore plus vrai dans les milieux vivants.

M. Nocard rappelle ce qui arrive pour le bacille du rouget du porc se développant difficilement chez le lapin, dans une première inoculation, atteignant bientôt une virulence excessive après plusieurs passages de lapin à lapin qu'il tue en quelques heures. Or ce bacille, si virulent pour le lapin, a perdu toute virulence pour le porc dont il provient. Il rappelle des

expériences équivalentes avec des parasites d'un ordre plus élevé, qui donnent des résultats identiques.

Enfin, il rapporte ses propres expériences. " Le bacille de la tuberculose de l'homme ou de la vache, cultivé dans le péritoine de la poule à l'abri de l'action phagocytaire (grâce à la protection d'un sac de collodion), acquiert lentement les caractères du bacille de la tuberculose aviaire, et devient incapable de tuer le cobaye ou qu'avec des lésions analogues à celles de la tuberculose aviaire."

D'ailleurs, pour l'auteur, des faits cliniques abondent de la transmission à l'homme de la tuberculose des bovidés. Et il cite les noms d'hommes connus, qui se sont blessés en faisant l'autopsie de vaches tuberculeuses et qui ont succombé à l'évolution progressive de la maladie.

Un fait authentique d'infection par le lait provenant de vaches tuberculeuses est celui de la fille du professeur Gosse, de Genève.

Et l'auteur s'inscrit en faux contre les conclusions du mémoire de Koch.

Enfin, pour clore cette discussion mémorable, je citerai les paroles du professeur John McFadyeau, sur la présence des bacilles tuberculeux dans le lait et les dangers auxquels ils nous exposent :

" J'exprime l'espoir, dit-il, que le Congrès ne voudra pas faire sienne cette vue qu'il est inutile de prendre des mesures pour empêcher la propagation de la tuberculose animale à l'homme... Nous ne pouvons accorder aux laitiers le droit de nous vendre des bacilles de la tuberculose, quand même il serait certain que, semblables aux cochons des expériences du docteur Koch; nous n'avons rien de plus à redouter que le développement de petits nodules çà et là dans les glandes lymphatiques du cou, et de quelques tubercules gris dans nos poumons."

— Et les conclusions sont assez claires je pense.

— Protégez-vous contre les tuberculoses de toutes espèces.

— Soignez vos malades dès le début.

- Isolez-les dans la suite, et enseignez leur les dangers qu'ils font courir à ceux qui les entourent.
- Surveillez le lait que vous buvez.
- Faites bouillir le lait qui sert à l'alimentation de vos enfants.
- Gare aux abattoirs.

J.-A. LESAGE.

(A suivre)

ONZIÈME CONGRÈS

— DES —

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès se réunissait le 1^{er} août dernier à Limoges, sous la présidence de *M. Gilbert Ballet*.

I. La 1^{re} communication fut celle de *M. A. Carrier*, intitulée *Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique*. Jusqu'à 1881, époque à laquelle Briand, dans sa thèse, rapprocha le délire aigu des affections microbiennes ou toxi-infectieuses, les opinions les plus diverses sur sa nature avaient eu cours. Depuis cette époque, Krafft-Ebing, Kraepelin, Delasiauve, Chaslin, Séglas, Négis, ont confirmé par leurs travaux la nature infectieuse du délire aigu. *M. Carrier* sut réunir dans ce remarquable rapport, en un faisceau compact, les différents éléments épars dans la science. Se basant sur les faits cliniques, le rapporteur affirme que le délire aigu est un syndrome de nature toxi-infectieuse, et l'anatomie pathologique, ainsi que la bactériologie viennent confirmer cette assertion.

Examinons les données cliniques sur lesquelles *M. Carrier* s'appuie. Et d'abord le délire qui est à type maniaque, à forme de confusion mentale hallucinatoire. Cette forme de délire et l'excitation qui l'accompagne peut s'expliquer par l'action directe d'un agent infectieux sur les éléments nerveux qui réagissent en exagérant leur fonction jusqu'à l'épuisement terminal. Les hallucinations, les illusions, l'hypéresthésie sensorielle et l'agitation motrice peuvent s'expliquer par l'action d'un poison qui vient troubler le fonctionnement cellulaire et dont le degré d'activité mesure l'intensité des réactions fonctionnelles qui en résultent. La fièvre, constante, à type rémittent, a le caractère des fièvres toxi-infectieuses; elles peut être le résultat soit de l'action directe de l'agent pathogène ou de ses

toxines, dont la virulence mesure son intensité, soit des modifications apportées dans l'élaboration des sécrétions internes. L'accélération du pouls serait due aux altérations plus ou moins profondes du pneumogastrique et des centres bulbaires. Les modifications de la pression artérielle seraient dues à l'action de l'agent toxique sur les vaisseaux. La sitiophobie serait due à l'état défectueux des voies digestives supérieures. La constipation, qui est habituelle, peut être considérée comme une conséquence de l'infection, et vient ajouter un élément nouveau à l'intoxication préexistante. Il en est de même de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale qui peut aller à l'anurie.

Le délire aigü est subordonné à trois ordres de conditions pathogéniques essentielles: la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel et la toxi-infection.

L'auteur conclut que: 1° le délire aigü est un syndrome de nature toxi-infectieuse. Ce n'est pas une maladie nue, ce n'est pas une entité morbide au sens nosologique du mot, parcequ'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses; 2° il a son point de départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène, et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la production d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie; 3° des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire, et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

M. Régis est d'opinion que c'est encore la clinique qui apporte le meilleur élément de preuves que le délire aigü est un état de nature toxique. Cliniquement, il ne diffère pas, en effet, des autres délires toxiques, sauf par le degré d'intensité et d'acuité; anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, de dégénérescence des cellules nerveuses communes à la plupart des intoxications; bactériologiquement enfin, on y peut trouver, non seulement le bacille de Bianchi et Piccinino, mais encore d'autres espèces microbiennes, tels que le strepto-

coque, le staphylocoque, ou même encore, on peut n'y trouver aucun microorganisme.

M. Briand ne croit pas que le délire aigü est déterminé par un microorganisme toujours identique à lui-même, mais que des microbes et des intoxications diverses peuvent le produire.

II. *M. Roubinovitch* signale la possibilité assez rare de voir débiter le délire aigü par une phase à forme paranoïaque (*délire aigü à forme paranoïaque*). Sa malade était une arthritique, et avait déjà présenté des troubles psychiques à l'âge de 17 ans, à l'occasion de la menstruation. Peut-être ses antécédents expliquent-ils, jusqu'à un certain point, la raison de l'apparition du délire systématisé comme prélude au délire aigü.

D'après *M. Marchand*, les symptômes du délire aigü ne sont pas constants, son évolution, sa pathogénie, son étiologie varient suivant les cas. *M. Crocq* croit que le délire aigü est très variable, non seulement dans ses manifestations symptomatiques, mais aussi dans ses lésions anatomiques. *M. Briand* dit que la diversité des symptômes est plus apparente que réelle. *M. Arnaud* insiste sur la physionomie douloureuse et souffrante qui présentent les délirants aigüs.

III. *Des hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques.* — *M. Bourneville* rapporte quelques observations de malades épileptiques qui avaient présenté immédiatement après leurs attaques des hémorragies de la peau et des muqueuses. Quelques auteurs, Herpin, Kaposi, Apert, Gowers, etc., les ont déjà signalées. Elles consistent en un pointillé hémorragique, confluent, semblable à des piqures de puce et constituent une variété de prupura. Ces faits lui ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certaines mystiques, les stigmatisées. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et finalement, au cours de l'attaque extatique, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'o-

père de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des accès épileptiques.

M. Crocq a pu observer un malade qui, après ses attaques d'épilepsie, présentait des taches purpuriques sur le front, en même temps que des hématuries. — *M. Dourebente* demande à *M. Bourneville* si ses malades n'étaient pas hémophiles. Pour sa part, il a observé des hémorragies diverses après les crises épileptiques, mais chez des sujets hémophiles. — *M. Bourneville* répond que ses épileptiques n'étaient pas hémophiles, mais jouissaient d'un état général parfait; de plus que le purpura présenté n'était pas un purpura ordinaire.

IV. *M. Meige* fait une communication sur la *Gymnastique en miroir*. — Lorsque l'on écrit des deux mains en même temps en faisant abstraction de l'image visuelle du mot que l'on veut écrire, chacun écrit spontanément de la main gauche en écriture en miroir. Si l'on écrit de la main gauche seule, les caractères de l'écriture droite reviennent souvent au milieu de ceux qui constituent l'écriture en miroir. Cette écriture en miroir de la main gauche est pour ainsi dire physiologique, et en s'exerçant un peu on arrive facilement à écrire couramment. L'éducation du centre pour l'écriture droite fait en même temps celle de l'autre côté pour l'écriture en miroir. L'auteur conclut de ces faits à l'application pratique suivante: Les individus, privés accidentellement, à la suite d'une fracture du bras droit, par exemple, de leur écriture normale pourraient employer l'écriture en miroir qu'ils possèdent de leur main gauche et après un court exercice, arriveraient aussi à écrire facilement.

M. Gilbert Ballet confirme les conclusions de *M. Meige*. Il insiste sur ce fait que les individus qui écrivent en copiant les images visuelles arrivent très difficilement à écrire de leur main gauche en écriture en miroir, et ils arriveraient assez facilement à écrire de leur main gauche en écriture droite normale. *M. Meige* reconnaît, en effet, que pour écrire de la main gauche en miroir, il est indispensable de faire abstraction des images visuelles, il ne faut pouvoir ne pas copier le mot ou les lettres. Il fait remarquer en outre, que lorsqu'on écrit des deux mains,

alors l'écriture de la main gauche est en miroir, le caractère typographique de l'écriture ordinaire de la main droite change complètement.

V. Communication le *M. Devay* sur la *Psychose post-opératoire*. — Au Congrès d'Angers, *M. Neyneau*, dans son rapport, n'admettait pas l'existence d'un type spécial que l'on pouvait étiqueter de psychose post-opératoire. Contrairement à cette opinion admise par la plupart des aliénistes, *M. Négis*, en se basant sur des observations personnelles, décrit un type clinique qui est le suivant: un fonds de confusion mentale sur lequel se greffe un état délirant onirique constitué par des associations automatiques et hallucinations d'images et de souvenirs antérieur. L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui a présenté, immédiatement après l'opération, un trouble mental passager, puis, le 8e jour, un véritable accès mélancolique, suivi quelques jours après d'un état hallucinatoire, nocturne surtout. Le psychose est établie 15 jours après l'opération.

M. Négis fait remarquer que depuis il a observé de nouveau cas de psychoses post-opératoires qui rentrent absolument dans le cadre des délires toxiques.

VI. Sous le titre de *Tumeur cérébelleuse et épilepsie*, *M. L. Marchand* rapporte un cas intéressant par le fait que la tumeur, malgré sa grosseur et sa situation bulboprotubérantielle, ne s'était révélée que par la présence de crises revêtant les caractères des accès épileptiques. A l'autopsie, on trouva une tumeur cérébelleuse de la grosseur d'une noix développée au niveau du lobule du pneumogastrique, et qui comprimait le bulbe et la protubérance.

VII. *M. Etienne Martin* rapporte *Deux cas de torticolis mental chez des aliénés*, qu'il fait suivre d'*observations relatives au traitement de cette affection*. L'un de ces cas est relatif à un dégénéré atteint de délire mélancolique avec idées hypochondriaques; mais d'habitude, l'état mental ne paraît pas aussi modifié et aussi profondément atteint. Il s'agit de dégénérés dont le déséquilibre n'est que peu apparent et dont l'affection semble en entier constituée par le torticolis dont ils sont porteurs. Le

traitement constituera en des séances de gymnastique, de massage et d'électricité, et en rééducation du système musculaire par la suggestion à l'aide du mouvement. Le traitement doit être poursuivi avec persistance.

M. Meige dit que le torticolis mental est en effet curable dans la grande majorité des cas et que les insuccès sont souvent dus à la trop courte durée du traitement. Il n'apparaît que chez des dégénérés, tant au point de vue physique que mental, qui ne présentent pas de graves troubles mentaux, mais qui cependant frisent la vésanie.

M. Brissard a toujours constaté que l'amélioration physique précédait l'amélioration des symptômes mentaux.— *M. Briand* rappelle que le torticolis mental est curable, mais sujet à récurrence, et de plus ne constitue qu'une modalité de la maladie des tics; ce qui est également l'opinion de *M. Meige*.

VIII. *M. Devay* rapporte deux nouveaux cas de *paralysie générale juvénile*. Chez l'un, syphilis héréditaire; chez l'autre, infection tuberculeuse; chez tous deux, démence. *M. Régis* dit que ces malades présentent rarement du délire, mais qu'ils s'effondrent lentement dans une démence tranquille. La paralysie générale juvénile serait plutôt le résultat de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise. *M. Marchand* insiste sur le fait que la forme démente d'emblée est de beaucoup la plus fréquente dans la paralysie générale juvénile. *MM. Ballet et Brissard* sont persuadés que la paralysie générale, les affections parasymphilitiques, de même que les manifestations syphilitiques tertiaires, semblent avoir une tendance à apparaître plus tôt qu'autrefois à la suite de l'infection syphilitique.

IX. *MM. Roubinovitch et Philipet* donnent les résultats de leurs *recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du groupe des uréthanes*. Ils concluent que l'hédonal est un hypnotique inoffensif, à dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal. Mais, à cause même de sa très-faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient sans doute des résultats plus probants.

E. P. CHAGNON.

ANALYSES

MEDECINE

Technique nouvelle de la rachicocainisation dans *Gazette des Hôp. laux*, 11 juillet 1901, par GUINARD.

L'auteur rapporte les expériences qui ont été faites récemment sous la direction de MM. Ravaut et Aubourg. Les faits acquis méritent d'attirer l'attention et nous les rapportons à cause de leur importance.

M. Ravaut a fait l'examen du liquide céphalo-rachidien quatre à cinq heures, puis quatre à cinq jours, enfin, douze à quinze jours après la rachicocainisation.

I. — Dans le premier cas, 4 à 5 heures après la rachicocainisation, le liquide obtenu par ponction est trouble et laisse déposer un culot de pus, avec coagulum fibrineux comme dans un liquide pleurétique. Un examen minutieux au microscope et l'ensemencement démontrent que le liquide est aseptique et "qu'il n'y a pas trace d'infection." Ce dépôt est constitué par des éléments polynucléaires et des lymphocytes qui viennent des vaisseaux de la pie-mère :

II. — Dans le 2e cas, quelques jours après la rachicocainisation, le liquide est plus clair et renferme plutôt des lymphocytes ;

III. — Dans le dernier cas, après 15 jours, le liquide est clair et absolument normal.

Tous ces phénomènes indiquent un mouvement de défense, provoqué par l'injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. C'est, disent les auteurs, de la méningite aseptique ou, plus précisément, de la congestion de la pie-mère. Ainsi se trouvent expliqués les signes cliniques relevés ailleurs. La céphalée, l'hyperthermie, les vomissements sont plus ou moins intenses suivant la réaction plus ou moins vive, caractérisée par la présence en nombre plus ou moins grand des polynucléaires ou des lymphocytes.

Pour prévenir ce choc, l'auteur préconise la technique suivante: "Je recueille, dit-il, dans un petit récipient stérilisé 2 c. c., de liquide céphalo-rachidien, soit 50 gts. Avec un compte-gouttes calibré à un millimètre, je laisse tomber dans ce liquide 4 gouttes d'une solution de cocaïne titrée à 1 centigramme pour 2 gts. J'aspire ce mélange dans la seringue, et je l'injecte dans le sac arachnoïdo-piémérien."

Dans les 500 observations citées par l'auteur, on n'a jamais observé seul des accidents: céphalée etc... qui ont fait abandonner la rachicocainisation à plus d'un.

L'auteur termine et donne un moyen de faire cesser la céphalée intense lorsqu'elle se présente dans ces conditions spéciales: faire la ponction du canal et laisser le liquide s'écouler jusqu'à ce que la céphalée cesse.

Donc, vaso-dilatation, accompagnée de pluie d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Tel est le processus défensif consécutif aux injections de cocaïne dans le canal rachidien.

Emploi du liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne et ponction lombaire consécutive en cas de céphalée exceptionnellement intense, tels sont les moyens de prévenir les accidents décrits jusqu'ici.

J. A. LESAGE.

CHIRURGIE

Valeur comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité rénale et du cathétérisme de l'uretère, par M. BAZY (Société de Chirurgie, séance du 31 juillet.)

M. Bazy parle de la possibilité, dans les limites actuellement permises, de connaître l'état des reins quand on doit pratiquer une intervention sur les voies urinaires.

Cet état est important à connaître pour les opérations sur les différentes parties de l'arbre urinaire; à plus forte raison, l'est-il quand on doit intervenir sur le rein lui-même, que ce soit par simple néphrotomie, que ce soit par une néphrectomie. Quand on a un rein à enlever, est-il possible de savoir l'état de l'autre rein? Quels sont les moyens les plus simples, les plus classiques à employer?

Les moyens indiqués par ce chirurgien, joints à l'étude de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène et la phloridzine suffisent, affirme-t-il, et sont d'une précision remarquable, supérieurs à tous les autres procédés ou méthodes.

Mais les chirurgiens partisans du cathétérisme de l'uretère affirment de leur côté que c'est le seul moyen de faire un diagnostic précis de l'état des reins.

Il examine la valeur de cette assertion, et la compare à celle qu'il vient d'émettre.

Que donne le cathétérisme de l'uretère?

1° Il permet de recueillir l'urine du rein cathétérisé, en admettant que la sonde puisse passer (rétrécissements, bouchons muqueux, coudures, etc.)

2° L'auteur mentionne une pratique abandonnée depuis le commencement de cette discussion et que l'on peut considérer comme coupable, car elle consiste à cathétériser un uretère sain à travers une vessie infectée.

3° Dans l'urine du rein cathétérisé, on peut voir s'il y a du pus, du sang, des microorganismes pathogènes et enfin on peut faire l'analyse chimique du liquide. Le pus, le sang ne peuvent-ils pas être vus par la simple cystoscopie et les microbes ne peuvent être que dans le pus, le cathétérisme urétéral n'ajoute rien.

Voyons cette analyse chimique, qui différera ou non de l'analyse de l'urine de l'autre côté.

Il est un principe admis par tous et qui résulte de l'expérience, c'est qu'une analyse d'urine n'est valable qu'à la condition de s'exercer sur l'urine des 24 heures; même l'on sait que la quantité des matériaux excrétés par l'urine peut varier pendant plusieurs jours.

Or dans le cathétérisme de l'uretère, on se borne à analyser l'urine excrétée pendant quelques heures: c'est donc sur une minime quantité d'urine

qu'on opère. Les résultats de l'analyse peuvent donc varier avec plusieurs circonstances.

Il faut aussi tenir compte de l'influence exercée sur le rein par la présence d'un corps étranger dans l'uretère.

Il résulte que rien ne prouve que le cathétérisme de l'uretère nous permette de recueillir une urine ayant une composition adéquate à l'état du rein cathétérisé.

Les méthodes d'examen de la perméabilité rénale, au contraire, sont plus sûres, parce qu'au lieu de traduire l'état de l'organisme, au lieu de traduire la façon dont se passent les phénomènes intimes de la nutrition, l'étude de la perméabilité rénale nous montre ce que le rein est capable de faire; elle fait voir si le rein est capable de rejeter au dehors les déchets normaux et anormaux qui se produisent dans l'intérieur de l'organisme.

Pour appuyer sa thèse, l'auteur rapporte en détail l'observation d'une malade qu'il a opérée par une pyonéphrose suppurée par la néphrectomie; cette malade avait subi le cathétérisme des uretères qui avait aggravé son état, et il conclut en disant: Voilà un cas qui montre la faillite du cathétérisme de l'uretère.

On a soutenu que le cathétérisme de l'uretère était une opération "innocente, sans danger et indolente."

L'on voit par l'observation de notre malade que le soir du cathétérisme urétéral, elle a eu une température de 39° 4. et qu'elle a souffert.

Si la fièvre doit être considérée comme n'étant pas une complication, je veux bien concéder qu'il n'y a pas de danger. Tant qu'on considérera la "fièvre" comme une complication, je considérerai comme "dangereux" le cathétérisme urétéral.

Et ce danger je l'ai trouvé chez deux autres malades qui ont eu de la fièvre; comme cette malade, ils ont "souffert" eux aussi.

Quant je comparais le cathétérisme à la laparotomie exploratrice, je n'exagérais pas.

Donc le cathétérisme de l'uretère peut être une opération "très pénible et dangereuse."

Il est dangereux par les accidents infectieux qu'il peut déterminer; j'ai cité la fièvre.

M. Leguet a cité un cas personnel d'infection d'une hydronéphrose par le cathétérisme urétéral.

Il est dangereux d'une autre façon: en faisant enlever un organe à peu près sain dans lequel la tuberculose est peut être en voie de régression.

Enfin, je viens de montrer un troisième danger, celui "d'empêcher" d'enlever un organe nuisible; c'est le cas de la malade dont j'ai lu l'observation.

Aussi pour résumer, je dirai que le cathétérisme urétéral, bien loin de donner les résultats précis qu'on dit en obtenir, n'est qu'un trompe-l'œil. L'intervention de l'analyse chimique séparée des deux reins lui donne une apparence scientifique qui n'est qu'illusoire.

Son allure opératoire peut séduire certains esprits, mais il ne résiste pas à un examen sérieux.

A. MARIEN.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tumeurs malignes ou récidivantes par le quinine ou méthode de Jaboulay, par LAUNOIS, dans *la Revue inter. de Médecine et de Chirurgie*, Avril 1901.

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme atteinte de cancer du sein opérable avec généralisation qui fut soumise aux injections sous-cutanées d'un sel de quinine soluble d'après la formule suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine.... ..I gram.
Eau distillée.... ..4 "

Chaque centimètre cube contient 0 g. 25 centig., de sel de quinine.

On peut se servir du bibromhydrate, du bichlorhydrate, du chlorhydro-sulfate dans les mêmes proportions.

On fit les injections à la fesse à raison de 0 g. 50 centig. de sel par jour ; puis on descendit à 0 g. 25 à cause de l'intolérance, c'est-à-dire une injection tous les 2 jours environ. En tout 54 injections de novembre à janvier.

L'amélioration fut réelle. Les plaies se couvrirent de croûtes et la sécrétion se tarit complètement. L'appétit revint et l'amélioration s'est maintenue.

J. A. LESAGE.

Une application nouvelle de la méthode de l'élongation trophique.—L'ulcère chronique de la jambe, par M. CHIPAULT, (*Société de Neurologie*, juin 1901.)

L'auteur donne les résultats de ce mode de traitement dans 30 cas, dont 9 lui sont personnels.

Technique.—Comprend deux temps : un temps d'élongation nerveuse que l'on fera porter sur les nerfs musculo-cutané, saphène interne, sciatique poplitée externe, c'est-à-dire à distance moyenne de l'ulcère ; un temps de traitement de l'ulcère, consistant dans son ablation totale avec réunion, si c'est possible, et dans son curettage, si, comme d'ordinaire, c'est impossible.

Résultats.—Primitifs : Sur 4 ulcères enlevés et suturés, 4 réunions par première intention ; sur 26 ulcères curetés : 22 réunions par seconde intention ; 4 non-réunions dont une totale et trois partielles.

Tardifs : Sur les 26 réunions, soit primitives, soit secondaires, 9 n'ont pas été suivies, 17 ont été suivies, dont 6 plus d'un an, 2 plus de deux ans, 2 plus de trois ans. Tous les ulcères ainsi traités étaient anciens, rebelles et étendus. L'auteur juge essentiel pour le résultat, que l'élongation soit faite à distance moyenne. 19 cas traités de cette manière n'ont donné qu'un succès ; dans 11 cas, l'élongation a porté à grande distance sur le sciatique : ils ont donné trois succès, dont deux particulièrement instructifs ; il s'agissait de malades porteurs d'ulcères superposés ; or, l'élongation du sciatique a guéri leur ulcère supérieur, le plus près de l'élongation, et n'a pas guéri leur ulcère inférieur, le plus éloigné, qui pourtant se trouvait dans les mêmes conditions d'état préopératoire et de soins locaux.

Les résultats semblent prouver que l'ulcère de jambe rappelle beaucoup plus qu'on ne le dit d'ordinaire des troubles trophiques. On y note, du reste, souvent des troubles de la sensibilité, surtout de la sensibilité thermique et

des troubles de la calorification. D'autre part, l'importance du rôle qu'y joue d'ordinaire la lésion vasculaire n'est plus pour embarrasser, aujourd'hui qu'il est admis que les dystrophies des plaies trophiques dépendent des lésions des nerfs vaso-moteurs par l'intermédiaire des altérations artérioveineuses que ces lésions produisent.

E. P. CHAGNON.

PÉDIATRIE

La toux et ses causes chez les enfants. Par JOHN MADISON TAYLOR, A.M.M.D.
Professeur des maladies de l'enfance à la Polyclinique de Philadelphie.
(*International Medical Magazine*, mars 1901.)

Toutes causes capables de produire une irritation aux poumons engendrent la toux qui a son point de départ dans la muqueuse respiratoire. La toux sert à chasser au dehors tout ce qui irrite cette muqueuse; corps étrangers, mucus ou pus. Elle accompagne toutes les bronchites ainsi que les affections pulmonaires s'accompagnant de bronchite. La toux dans la phtisie est produite par un catarrhe bronchique localisé, ou à une irritation laryngée.

La toux est particulièrement fréquente dans les affections du larynx ou du pharynx. La toux de l'irritation laryngée est facile à reconnaître. La présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires ne produit pas toujours de la toux, surtout s'il y a une diminution de la sensibilité de cette région ou de la sensibilité en général.

C'est ce qui survient dans certaines affections cérébrales, et dans cette stupeur produite par de l'hyperpyrexie, comme dans les maladies infectieuses. Il y a lieu de s'inquiéter si, au cours d'une pneumonie ou vers la fin de la tuberculose pulmonaire, la toux devient rare.

La toux peut avoir pour cause une lésion du système nerveux (plancher du quatrième ventricule).

Les corps étrangers de l'oreille tout comme les maladies des oreilles peuvent produire de la toux. Il peut se faire que l'enfant toussé au moment où les dents perçent; de même, cette toux réflexe peut être amenée par une dent cariée.

La toux qui accompagne les dérangements de l'intestin et qui disparaît avec eux est probablement causée par de la pharyngite secondaire. La toux est sèche ou humide, constante au paroxystique. La toux est sèche lorsque la cause d'irritation ne peut être promptement enlevée. Une toux sèche est entendue au début de la bronchite et dans la phtisie. La pleurésie au début s'accompagne d'une toux sèche, hachée et retenue; plus tard la toux est superficielle et caractéristique.

La toux produite par un trouble de l'oreille ou par de l'irritation lente, ressemble à la toux pleurétique. La toux de l'emphysème est souvent sèche au début pour cesser chaque fois après l'expectoration d'un petit paquet de mucus. La toux nerveuse est également sèche et caractéristique.

Une toux humide s'accompagne d'expectoration de mucus, muco-pus ou de sang. Une toux constante suppose une cause persistante généralement pulmonaire. On l'entend dans la pleurésie, la phtisie, la bronchite et dans les hépatisations pulmonaires.

Une toux paroxystique peut être de nature centrale ou réflexe; on la rencontre lorsqu'il y a cavernes pulmonaires ou lorsque la plèvre s'ouvre dans le poumon; dans ces derniers cas, la toux survient lorsque les cavités sont remplies et cesse lorsqu'elles sont vidées. Lorsque la toux paroxystique s'accompagne de vomissements il faut craindre la coqueluche ou la phtisie.

Il faut toujours rechercher avec soin les causes probables de la toux. Un bon examen du nez et du pharynx est indispensable.

D'après le docteur J.-P. Parkinson (Brit. Med. J., Aug. 19, 1899.) qui a examiné 70 enfants de 6 mois à 12 ans qui toussaient, la toux serait due dans :

- 31 p. c. des cas à une maladie de poitrine.
- 40 p. c. des cas à une maladie de la gorge.
- 23 p. c. des cas à une maladie du tube intestinal.
- 6 p. c. des cas à une autre cause.

La toux des affections de la gorge, amygdalite, est très sévère, paroxystique et augmente si le malade se couche.

Les tumeurs adénoïdes, une pharyngite simple peuvent causer de la toux.

La bronchiectasie et l'hypertrophie des ganglions du médiastin s'accompagnent d'une toux ressemblant fort à celle de la coqueluche avec tirage et vomissements.

Dans tous les cas de toux, les antécédents personnels du malade seront d'un grand aide pour le diagnostic.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire clinique.

I.—RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

(a) *Traitement local.*

Salicylate de méthyle, 60 gouttes sur une compresse de flanelle appliquée sur l'articulation. Pansement humide compressif renouvelé matin et soir, (ouate, gutta-percha, bandage.)

Ou bien :

Laudanum.....	} ââ 30 grammes.
Chloroforme.....	
Huile de jusquiame.....	
Baume tranquille.....	

En application locale comme précédemment, suivie d'un bandage compressif humide.

(b) *Traitement général.*

Salicylate de soude, 1 gramme toutes les deux heures jusqu'à intolérance dans une potion :

Eau distillée.....	} ââ 100 grammes.	
Sirup d'écorces d'oranges amères.....		
Rhum, ou whiskey vieux.....		40 grammes.
Salicylate de soude.....		12 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures dans un demi verre d'eau de Vichy, Epiphanie, ou lait.

(c) *Régime* : Repos au lit; lait, gruau clair, cornstarch. Eaux alcalines : Vichy, Epiphanie. Lavements au besoin.

Sulfate de soude.....	50 grammes.
Eau.....	250 grammes.

Pour une seule injection, à renouveler au besoin.

On peut remplacer le salicylate de soude par l'antipyrine à la dose journalière de 3 à 4 grammes (45 grains) fractionnés. Le massage et les pointes de feu complètent le traitement dans la période de la convalescence. Les bains chauds sont utiles. Surveiller le cœur—endocardite ?

BIBLIOGRAPHIE

Le Nourrisson : Alimentation et hygiène ; Enfants débiles ; Enfants nés à terme, par PIERRE BUDIN, professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris, avec 128 figures et graphiques en couleurs.... 14 frs.

Voilà un livre appelé à rendre de grands services aux médecins. Pendant longtemps toute l'attention des savants se porta vers la mère, la nouvelle accouchée, c'était l'époque qui a précédé l'asepsie et l'antisepsie. La morbidité et la mortalité chez les femmes en couches étaient élevées, les lymphangites, les abcès du sein, la fièvre puerpérale avec ou sans phlegmata alba dolens, jetaient la terreur parmi les médecins. Pasteur puis Lister propagèrent à travers le monde la théorie microbienne, et l'illustre Tarnier en suivant l'enseignement de ces savants inaugure l'ère de l'antisepsie dans les accouchements avec les résultats que nous voyons tous les jours.

L'enfant nouveau-né, va maintenant devenir le sujet d'études et de recherches fort intéressantes et c'est au professeur Budin que revient l'honneur d'avoir inauguré ce nouvel ère de progrès si consolant.

Autrefois, l'enfant débile, né avant terme, mourait presque invariablement. Lisez la première leçon du professeur Budin, publiée dans le "Nourrisson" et vous verrez ce que peut faire la couveuse, et comment s'en servir. Vous apprendrez à bien reconnaître le débile par l'abaissement de sa température et de son poids. Grâce à ce merveilleux instrument, la mortalité chez les débiles a été changée du tout au tout.

Une deuxième leçon, nous fait connaître dans ses détails, l'alimentation des débiles: allaitement au sein, gavage, etc. Au cours de la troisième leçon, le savant auteur nous prouve que la quantité de lait que fournissent les bonnes nourrices varie avec les demandes. Elle diminue si les nourrices sont moins têtées, elle augmente si les nourrices sont plus têtées. Dans son service M. Budin est parvenu à nourrir 54 enfants avec le lait de 14 nourrices.

Dans sa quatrième leçon, l'auteur donne les résultats obtenus dans le service des débiles de la Maternité ainsi qu'à la Clinique Tarnier. Il recommande autant que possible l'allaitement au sein pour l'enfant débile. Ce n'est qu'à la cinquième leçon que l'auteur étudie l'enfant né à terme. Que de choses importantes renferme cette leçon sur le rôle de la balance, sur l'allaitement mixte, sur les troubles digestifs et les maladies des enfants. La sixième leçon étudie les effets sur la sécrétion lactée créés par les émotions, par une mauvaise hygiène, par l'apparition des règles, etc. La septième leçon est consacrée aux enfants pour lesquels l'allaitement au sein est impossible, ceux qui sont atteints de bec-de-lièvre, etc., à ceux qui ne veulent pas téter et à ceux qui ne peuvent pas digérer le lait de femme. Il nous est enseigné comment subvenir à une lactation insuffisante. Tous les procédés de conservation du lait sont discutés longuement, avec une description complète de tous les appareils à stérilisation, etc. La huitième et la neuvième leçons sont toutes entières consacrées à l'alimentation du nourrisson. L'auteur démontre les avantages de l'allaitement mixte, lorsque la mère n'a pas assez de lait. Il parle longuement sur le lait stérilisé et enseigne les avantages du lait stérilisé non coupé, donné même aux tout petits enfants. La grande erreur qu'entraîne parfois l'allaitement artificiel, c'est-à-dire la suralimentation et ses effets désastreux, est longuement étudiée avec les moyens de l'éviter.

Dans sa dixième leçon, le maître décrit l'organisation de consultations de nourrissons et les résultats obtenus.

Ces consultations de nourrissons existent maintenant dans toutes les villes de France et portent souvent le nom de "Goutte de lait."

Le professeur Budin, a vu son œuvre des consultations des nourrissons non seulement se populariser en France, mais même en Amérique, et le nombre de ces consultations augmentera de plus en plus à cause des résultats extraordinaires qu'elles donnent partout où elles existent. Nous possédons déjà une consultation de nourrissons à Montréal et les effets sont si marqués que nous en aurons plusieurs sûrement l'an prochain.

J. E. DUBÉ.

Résultat des élections triennales des gouverneurs du Collège des Médecins
et Chirurgiens de la province de Québec.

4 septembre 1901.

DISTRICT DE QUÉBEC

- No 1—Québec centre : Dr A. Vallée, M.-D Brochu, C.-R. Paquin.
" 2—Québec ouest, Québec est, Saint-Sauveur : A. Jobin, F.-X.-J. Dorion,
J. Marcoux.
" 3—Lévis Lotbinière : J. Ladrière.
" 4—Montmorency, Québec, Portneuf : M. Brophy.
" 5—Charlevoix, Chicoutimi, Lac Saint-Jean : L.-E. Beauchamp.
" 6—Beauce, Dorchester : Tancrede Fortier.
" 7—Bellechasse, Montmagny, l'Islet : L.-M. Moreau
" 8—Kamouraska, Témiscouata : F.-J. Langlois.
" 9—Kimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Isles de la Madeleine :
J.-B.-R. Fiset.

DISTRICT DE MONTRÉAL

- No 1—Montréal, Nos 1 et 2 : A.-R. Marsolais, R.-C. Laurier.
" 2—Montréal, Nos 3 et 4 : R. Boulet, J.-A. Chartier.
" 3—Montréal, Nos 5 et 6 : J.-A. MacDonald, J.-A. Brown.
" 4—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier : J.-D. Beaudry.
" 5—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval : L.-A. Fortier.
" 6—Ottawa, Pontiac : E.-L. Quirke.
" 7—Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil :
Charles Marshall.
" 8—Shefford, Brome, Missisquoi : J.-D. Pagé.
" 9—Saint-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie : Hon. Jean
Girouard.
" 10—Saint-Hyacinthe, Bagot, Rouville : Ernest Choquette.
" 11—Richelieu, Yamaska, Verchères : E.-H. Provost.
" 12—Hochelaga est, comprenant : Pointe-aux-Érables, Longue-Pointe,
Rivière-des-Prairies, Sault-au-Récollet, Maisonneuve, Delorimier,
Petite-Côte, Saint-Léonard de Fort-Maurice, Saint-Louis du Mile-End
et les quartiers Hochelaga, Saint-Denis et Saint-Jean-Baptiste dans la
ville de Montréal : G.-E. Baril.
" 13—Hochelaga ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun,
ville Saint-Paul, Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Sainte-Cunégonde,
Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, Notre-Dame de
Grâce, Montréal ouest, et le quartier Saint-Gabriel, dans la ville de
Montréal : Théodore Cypriot.

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES

- No 1—Drummond, Arthabaska, Mégantic : L.-J.-O. Sirois.
" 2—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté) : L.-T. Normand.
" 3—Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet : L.-A. Plante.

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS

- No Sherbrooke (ville et comté) : P. Peltier, J.-O. Camiraud.
" 2—Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe : R.-T. McMorine, décédé le
même jour.

Montréal, 4 septembre 1901.

A.-R. MARSOLAIS, M.-D.,
Régistraire C. M. et C. P. Q.
No 159, rue Saint-Denis.