

L'INVERSION DE LA FORMULE THERMIQUE ET L'HIPPOCRATISME

DANS LES VIEILLES PLEURESIES INTERLOBAIRES(1).

Par M. le Dr Alfred JACQUEMIN

Médecin-Chef de l'Hôpital sanitaire de Larressore (Basses-Pyrénées),
France.

Si l'on en excepte les documents fournis par la radioscopie, la symptomatologie des pleurésies purulentes enkystées, et plus spécialement des pleurésies interlobaires, nous apparaît comme l'une des plus pauvres de la pathologie thoracique. Que de fois des malades nous ont été adressés comme tuberculeux pulmonaires qui n'étaient, en réalité, que des interlobaires fistuleux!

En fait, le diagnostic d'une pleurésie interlobaire est à chacune de ses deux phases toujours extrêmement délicat. Il l'est à la période de

(1) M. le Dr Jacquemin à qui nous devons cet article, voudra bien accepter de nouveau nos remerciements pour la courtoisie avec laquelle il nous a toujours reçu à son hôpital.—J.-B.-L.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

Traitement
— PAR LE —

LANTOL

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

début dans les formes secondaires à une phlegmasie du poumon, il l'est davantage encore lorsqu'il s'agit d'une forme cliniquement primitive. L'affection ne se révèle alors par aucun signe nettement pathognomonique; on la croit rare, on n'y pense qu'exceptionnellement et l'on ne pratique pour ainsi dire jamais la ponction exploratrice profonde qui, seule, avant la vomique, pourrait, en cas de résultat positif, orienter le clinicien dans le sens d'une thérapeutique chirurgicale appropriée.

Si, au contraire, ainsi qu'il advient le plus souvent, c'est à la période tardive, fistulo-bronchique, qu'on examine le malade et que l'histoire de sa maladie ne déclenche pas par sa netteté l'idée d'une collection purulente enkystée, si la vomique qui prélude au stade de l'infirmité interlobaire, n'a pas été massive, brutale au point d'avoir impressionné le malade, on est conduit presque fatalement à penser à une tuberculose pulmonaire, et cela, répétons-le, parce que tous les symptômes observés constituent apparemment autant d'arguments à l'appui de cette conclusion.

Le malade tousse et crache! Ne tousse-t-on pas, ne crache-t-on point dans la bacillose pulmonaire? L'auscultation révèle, en un point qui n'est pas le sommet, des signes cavitaires, mais chacun n'ignore plus aujourd'hui que pour être les plus communes, les lésions tuberculeuses apicales ne sont pas les seules et qu'on peut observer de temps en temps des excavations basilaires. Le malade a eu quelques petites hémoptysies: tuberculose! Il accuse de la fièvre: tuberculose encore! Il se plaint de transpirer la nuit, ses doigts sont hippocratiques...: tuberculose toujours, rien ne manque au tableau! Le doute ne paraît pas permis; devant ce cortège de symptômes un examen bactériologique des crachats est jugé totalement inutile, et l'on institue sur le champ un traitement antituberculeux, lequel est pour le moins indifférent quand il n'est pas nuisible!

Il nous a semblé, cependant, que deux des symptômes précédents, la *température* et l'*hippocratisme*, pouvaient, soigneusement analysés, orienter le clinicien dans la bonne voie.

La température.—Dans les vieilles pleurésies interlobaires fistulisées, se drainant imparfaitement par les bronches, nous avons remarqué constamment que la température du matin était relativement plus

élevée que celle du soir : légèrement subfébrile au réveil, normale dans l'après-midi. L'explication de ce phénomène est simple : les malades font, en effet, de la rétention nocturne, leur poche interlobaire s'encombre pendant leur sommeil, et, au réveil, ils font une température de rétention. Puis ils vident leur cavité, soit brusquement le matin, soit en plusieurs fois dans la journée, expectorant au fur et à mesure, et provoquent de la sorte, par un drainage intermittent, le retour à la normale de leur température.

Rien de semblable dans la tuberculose cavitaire du poumon. La caverne tuberculeuse est peu tolérante et, la nuit, le malade tousse et crache plus fréquemment, il ne fait pas de rétention et le rythme thermique revêt chez lui son allure habituelle. Exceptionnellement pourrait-on, chez le tuberculeux, concevoir, comme chez l'interlobaire, de véritables périodes nocturnes de rétention. Ce serait peut-être là l'explication pathogénique de la température dite à type inverse qu'on observe dans certaines formes bronchoplégiques et cavitaires au stade terminal de la maladie.

Quoi qu'il en soit, nous insistons spécialement sur cette inversion de la formule thermique dans les pleurésies interlobaires, à cette période de fistulisation et de chronicité où on les confond si souvent avec une tuberculose chronique et cavitaire du poumon.

L'hippocratisme, de même, nous a paru constituer un signe important de diagnostic différentiel entre la tuberculose pulmonaire et la pleurésie interlobaire.

Dans la tuberculose pulmonaire l'hippocratisme est exceptionnel ; de plus, quand il existe, il est tardif. Il n'apparaît qu'après plusieurs années de maladie, quand les lésions, d'abord parenchymateuses, se sont en quelque sorte pleuralisées.

Dans la pleurésie interlobaire, l'incurvation unguéale est précoce et constante. Elle commence à apparaître dès le deuxième mois. On l'observe toujours, elle ne manque jamais, au point que nous croyons pouvoir formuler cette règle : *l'hippocratisme exprime toujours une lésion pleurale, il est synonyme de pleurésie interlobaire s'il est précoce. Dans la tuberculose pulmonaire, il n'est qu'un symptôme d'emprunt, il est tardif, il est exceptionnel.*

Entre beaucoup, voici trois observations :

Observation I. — Yves J..., 129e d'infanterie, 20 ans, envoyé comme tuberculeux à l'Hôpital sanitaire de Larressore, le 10 juillet 1918. Etat général mauvais, température élevée 39°-40°. La rétention est complète, malgré deux vomiques antérieures. Point de côté base droite. Le diagnostic clinique de pleurésie interlobaire est confirmé par l'examen radioscopique du thorax. Le 22 juillet, vomique assez abondante. L'analyse bactériologique de l'expectoration (directe et après homogénéisation) donne un résultat négatif au point de vue du bacille de Koch. La température s'abaisse brusquement et oscille entre 37° et 38°. Elle est constamment plus élevée le matin (37°7-37°8) que le soir où elle reste aux environs de 37°3-37°4.

L'hippocratisme est total au moment de l'entrée du malade à notre hôpital. Il semble avoir débuté en juin 1918, deux mois et demi environ après le début de la maladie (11 avril 1918).

Traitement chirurgical, guérison.

Obs. II. — Baptiste G..., matelot, 22 ans, évacué sur Larressore, le 4 janvier 1918, pour tuberculose pulmonaire. Est porteur, en réalité, d'une pleurésie purulente interlobaire (interlobe supérieure droit) se drainant par voie bronchique. Le début de cette affection se confond avec une grippe à forme pulmonaire survenue le 12 août 1917.

Etat général passable. Signes cavitaires à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du poumon droit, surtout perceptibles dans l'aisselle. Vomiques fractionnées matinales. Expectoration non bacillifère. Une ponction intra-pulmonaire, guidée par la radioscopie, nous permet de retirer un grand verre de pus.

La température du matin est restée, pendant le mois qui suivit cette ponction, toujours au moins égale à celle du soir. Très souvent la température matinale excédait de 3 ou 4 dixièmes de degré la température du soir. Les quelques rares fois où le rythme du matin fut normal, correspondirent à des nuits d'insomnie pendant lesquelles le malade avait anormalement toussé et craché.

L'hippocratisme fut précoce, et le malade déclare avoir remarqué la déformation de ses doigts dès la fin de septembre 1917.

Obs. III. — Veuve B. C..., 60 ans. Tousse et crache le matin depuis près de trente ans. Durant cette longue période a toujours souffert de la base gauche. Symptômes de condensation pulmonaire avec gros craquements humides. Expectoration purulente non bacillifère.

La température du matin est constamment plus élevée que celle du soir de 2 ou 3 dixièmes de degré.

Vieille pleurésie interlobaire (interlobe gauche) drainée par voie bronchique et confirmée par l'examen radioscopique du thorax. Hippocratisme léger.

COURS PRATIQUE D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT.

(11^e année) en sa clinique de **Paris, 69 Quai d'ORSAY**, du lundi **17 janvier** au 24 janvier 1921, avec exercices individuels en 1 semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. du soir. **ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPÉDIE INDISPENSABLE AUX PRATICIENS (Déviations congénitales et acquises)**, et du traitement des **TUBERCULOSES EXTERNES OU CHIRURGI-CALES**, et du **traitement le plus pratique des FRAC-TURES.**

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription 140 frs (et de moitié pour les internes et les externes). Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance en écrivant à **M. Calot à la Clinique-Calot, 69, Quai d'Orsay, Paris**, ou à **l'Institut-Calot à Berck-Plage**, (Pas de Calais).

(Le programme détaillé sera envoyé sur demande)

SUR UN CAS DE DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC

(*La théorie de la corde mésentérique*)

Par le Docteur Alexandre Achpise de la Faculté de
Médecine de Paris.

Les publications scientifiques modernes ont attiré l'attention sur l'affection connue sous le nom d'occlusion duodénale. Albrecht fut le premier anatomiste qui a indiqué le changement habituel de la forme du duodénum à son point de croisement avec les vaisseaux mésentériques. A la suite Glénard attribuait à cette compression légère, normale du duodénum un rôle physiologique rattachable au bon exercice des fonctions digestives.

Plus récemment les travaux d'Ombredanne, Kotzaroff, Hartmann ont mis en relief l'importance de "*la corde mésentérique*" dans l'*occlusion duodénale chronique*.

Nous avons présent à la mémoire un cas opératoire de notre Maître, M. le Pr. Delbet qui après avoir posé le diagnostic de cette forme d'occlusion duodénale, a trouvé à l'ouverture de la cavité abdominale une corde mésentérique formant bride devant la portion transversale du duodénum.

La duodéno-jéjunostomie pratiquée par Mr. Delbet a remis le malade cachectique dans un état de santé très satisfaisant(1). Le fait, d'ailleurs, n'est pas unique et Staveluy, Kellogg, Hartmann ont eu aussi, après une duodéno-jéjunostomie des guérisons parfaites de leurs malades.

(1)—Malade présenté à la Société de Chirurgie de Paris, 1920.

Il semble donc évident que la compression duodénale légère et normale peut s'accroître et produire le syndrome de compression duodénale chronique.

Existe-t-il des rapports entre la compression duodénale chronique et la dilatation aigüe de l'estomac ?

La première pathogénie de la dilatation aigüe de l'estomac a été donnée par Walther, Routier, Terrier qui expliquent cette complication post-opératoire par des troubles d'ordre septique. Cette conception semble être acceptée vu les faits d'apparition de la dilatation aigüe après des interventions faites en dehors du péritoine et, surtout, l'apparition de cette complication au cours des affections qui n'étaient pas accompagnées d'acte opératoire (fièvre typhoïde, pneumonie, affections cardiaques).

L'hypothèse généralement admise actuellement est d'ordre physiologique.

Reynier, Lecène, Stieder, Borchardt(2) admettent que le fait initial est la dilatation réflexe de l'estomac, elle refoule la masse du grêle, et cette dernière en tirant sur le mésentère provoque l'étranglement mésentérique du duodénum. Ainsi ces auteurs dans leur pathogénie du syndrome de la dilatation aigüe font intervenir la corde mésentérique mais seulement comme fait secondaire.

Les publications scientifiques récentes sur l'occlusion duodénale chronique expliquent l'apparition de ce syndrome par la compression mésentérique. Il semble évident qu'il existe des gens prédisposés plus que les autres à faire une compression de la portion transversale du duodénum.

Ces malades prédisposés à faire de l'occlusion duodénale chronique ne sont-ils pas les mêmes qui compliquent la période post-opératoire par la dilatation aigüe de l'estomac ?

Ainsi ce sera dans l'ordre de succession des faits d'abord la compression mésentérique et secondairement la dilatation aigüe. C'est la *théorie de la compression duodénale primitive de Kundrat*.

(2)—Congrès de Chirurgie, 1903.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment une dilatation aigue de l'estomac qui cadre avec la pathogénie de compression duodénale primitive,—nous exposerons donc le résumé de cette observation.

Madame D., âgée de vingt-quatre ans, nous consulta au mois de septembre 1920, pour des douleurs dans les deux flancs, amaigrissement considérable et pertes abondantes, jaunâtres, sentant mauvais et salissant les linges.

Pas de maladies antérieures. Douleurs épigastriques accentuées depuis 5 ans environ, mais préexistant depuis longtemps. De temps à autre vomissement matinal à jeun (jaune-verdâtre), nausées et renvois, distension abdominale. Ces troubles ne présentent pas de rapports avec les repas. La malade est réglée à 14 ans, elle s'est mariée à 18 ans. La première grossesse, survenue à l'âge de 21 ans, était très laborieuse. La malade a dû être endormie au chloroforme. Après l'accouchement, pendant 4 à 5 jours, douleurs épigastriques, vomissements bilieux, gaz en abondance, défaillance cardiaque. Les troubles cèdent au traitement médicamenteux. Deuxième accouchement date de 6 mois, pas d'anesthésie, enfant normal, mais grossesse très pénible. Faiblesse extrême. Impossibilité de la marche vers la fin du terme. Vomissements continuels et douleurs persistantes dans les deux flancs.

Le médecin qui pratique l'accouchement indique la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Examen.—Culs de sac latéraux rigides, cul de sac antérieur et Douglas souples. La malade est maigre et le palper bi-manuel facile, révèle deux masses dans les deux flancs, peu adhérentes, sensibles et grosses comme un oeuf de poule. Quelques ulcérations sur le col. Une goutte de pus sur l'orifice cervical. Paroi abdominale flasque. Reflexes rotuliens exagérés. Rien d'autre.

Le 16 novembre 1920.—La malade entre à l'hôpital St-Joseph de Trois-Rivières.

Le 17 novembre.—Sérum physiologique en injection hypodermiques— 1000 cm.

Intervention (le 18 novembre 1920). Anesthésie au chloroforme d'après la méthode de Dastre et Morat (morphine-atropine-chloroform).

me). Opérateur: Dr Achpise; Aides: Dr Beaudry, Soeur Louis-David, Mlle Valois; Chloroformisateur: Dr Tourigny. Nous pratiquons l'hystérectomie sub-totale d'après le procédé de Terrier-Gosset. L'opération est correcte.

Après l'opération: Nausées, gaz, vomissements verts abondants, douleurs abdominales.

Sérum physiologique—1000 cm.—Huile camphrée—10 cm. Sac de glace sur l'épigastre.

Le 19 novembre.—Douleurs épigastriques. Nausées. Vomissements verts, très abondants et presque incessants. Le matin la température est à 36, le pouls à 116, la respiration à 22. Le soir la température est à 37.8, le pouls à 100, petit, mal frappé, la respiration à 24.

Sérum physiologique — 1000 cm. Huile camphrée — 10 cm.

Sulfat. de strychnine—0 gr. 002. Sulfate de spartéine—0 gr. 10.

Vessie de glace sur la région épigastrique. Pituitrine(s)—0 gr. 005.

Le 20 novembre.—Vomissements bilieux très abondants. Les liquides avalés sont immédiatement rejetés. Douleurs épigastriques. Gaz par la bouche. Nausées. La température le matin est 36.8, la respiration à 18, le pouls petit, mal frappé, intermittent, bat à 98.

A l'examen la région épigastrique est distendue.

Hypersonorité de cette région, disparition partielle de la matité cardiaque. A droite la sonorité se confond avec celle du côlon transverse. Toute la région est très sensible. La palpation fait apparaître des nausées, puis des vomissements verdâtres. Les bruits du coeur sont intermittents. Faiblesse extrême. Battements des ailes du nez.

Sérum physiologique—1000 cm. Huile camphrée—10 cm.

Sulfate de strychnine—0,001 milligr. Sulfate de sparteine—0,05 centigr.

Digitaline cristallisée au millièmc—5 gouttes. ..*Lavage de l'estomac* (eau bouillie et tiède, 1 litre; bicarbonate de soude, 15 grammes).

Le soir la température axillaire est à 37.4, la respiration à 16, le pouls, mieux frappé, à 96.

Diminution de la tension épigastrique. Hypersonorité. Vomissements plus espacés.

Injection rectale d'huile d'olive et de térébenthine. Suppositoire, chlorydrate de morphine, $\frac{1}{8}$ de grain.

Le 21 novembre.—Le matin, la température est à 37.2, la respiration à 18, le pouls à 86, bien frappé. Vomissements verdâtres, mais peu abondants. Même aspect de l'épigastre.

Sérum physiologique—1000 cm. Huile camphrée—5 cm.
Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le soir la température est à 37°, le pouls à 90, la respiration à 16. Vomissements bilieux et alimentaires. Distension très marquée de la région épigastrique. Hypersonorité.

Lavage de l'estomac. Huile camphrée — 5 cm. Vessie de glace sur la région épigastrique. Suppositoire chlorydrate de morphine— $\frac{1}{8}$ de grain.

Le 22 novembre.—La température est à 36.8°, la respiration à 18, le pouls à 88, plein, bien frappé. Vomissements verts et peu abondants. Plus de distension épigastrique. Faciès animé. Plus de battements des ailes du nez.

Sérum physiologique—500 cm. Huile camphrée—5 cm.
Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le 23 novembre.—La température est à 36, le pouls à 80, la respiration à 16. Plus de vomissements. On enlève les grands fils. Aspect normal de la région opératoire. On commence à nourrir la malade.

Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le 24 novembre.—Quelques vomissements alimentaires. Gaz. Applications humides et chaudes sur la région épigastrique. Injection rectale.

Le 25 novembre.—Vomissements alimentaires peu abondants. Douleurs dans la région épigastrique, s'irradiant dans les deux flancs.

Eau de Vichy aux repas. Une cuillère à café de bicarbonate de soude après les repas.

Le 28 novembre.—Plus de vomissements.

Le 30 novembre.—Enlèvement des fils. La réunion est par première intention.

Examen radioscopique, le 10 décembre 1920.—Dr. Beaudry. Lave-vent purgatif la veille. Injection de 400 gr. de gruau avec 60 gr. de carbonate de Bismuth à 5 h. du matin. A l'examen, pratiqué à 11 h. du matin, pas de bismuth dans l'estomac. Présence de la masse opaque dans la partie supérieure du côlon ascendant, dans l'angle hépatique du côlon, dans l'angle splénique et dans le côlon descendant. On fait ingérer à la malade du lait bismuthé.

Le bas-fond de l'estomac est à un travers de doigt au dessus de la ligne bi-iliaque. Malgré la distension notable de l'estomac la poché à air n'est pas perceptible. Les contractions péristaltiques de l'estomac, normales, sont lentes. Pas de déformation au niveau de la grande ou de la petite courbure. L'évacuation par la filière pylorique se fait très lentement. La filière duodénale ne peut pas être examinée par manque d'installation (absence de diaphragme).

La malade quitte l'hôpital le 12 décembre dans un état général parfait.

Plusieurs faits attirent l'attention dans cette observation. La malade, après une hystérectomie sub-totale, complique la période post-opératoire par la dilatation aigue de l'estomac et présente la triade caractéristique: les vomissements, le collapsus, la déshydratation. Le sérum artificiel, l'huile camphrée, la strychnine, la sparteïne et, surtout, les lavages de l'estomac constituent les médications symptomatiques qui arrivent à vaincre cette complication.

Mais, fait d'importance capitale, la malade accuse bien avant l'opération une sensation de plénitude, de distension, de gêne, des nausées. Tous ces antécédents pathologiques font plus qu'orienter l'esprit dans le sens de la préexistence de lésions organiques.

D'autre part, on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre la complication après notre acte opératoire et les phénomènes qui ont suivis le premier accouchement de la malade, pratiqué lui aussi sous anesthésie générale au chloroforme.

On est donc en droit de se demander si notre malade n'est pas at-

teinte de la dilatation chronique de l'estomac avec une dilatation duodénale, forme clinique décrite récemment par les auteurs américains: Gedman, Bloodgood, Kellog et attribuable à une compression mésentérique.

L'examen radioscopique, par manque d'installation, ne nous a pas donné des renseignements concluants, mais il a démontré une dilatation et une ptose de l'estomac avec une évacuation pylorique ralentie. Cette ptose stomacale chez une malade maigre plaide aussi en faveur de la théorie de la compression duodénale primitive de Kundrat (observation de Borchardt, Legueu, Hartmann). On peut supposer, avec Hartmann, que chez ces sujets "l'influence de l'anesthésique sur la musculature détermine l'apparition des accidents, en accentuant la traction exercée par l'intestin sur le mésentère" (3).

Il nous semble donc permis d'admettre que la complication post-opératoire observée chez notre malade cadre avec la théorie de compression duodénale primitive. Nous concluons par les paroles d'Hartmann qui se demande "si la recherche systématique de lésions chroniques ne permettra pas de prévoir l'apparition des accidents aigus de dilatation de l'estomac."

(3)—H. Hartmann.—Leçon clinique faite le 15 mai 1920, à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.



PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT EN BAS AGE (1).

Dr. Ad. CORSIN, D. H. P.

On prétend que les ravages causés par la tuberculose ont doublé en France et en Belgique depuis la guerre. Il n'y a pas lieu d'être surpris de cette recrudescence si l'on pense aux déchéances physiques et morales causées par la guerre aux privations multiples qui résultent de la rareté et de la cherté des premières nécessités de la vie, et de la pénurie des logements dans les centres populeux. La famille qui, il y a quelques années, vivait dans le bien-être est réduite à l'observance de la plus stricte économie.

Que la tuberculose se trouve en présence de sujets à l'organisme moins résistant, qu'elle les fauche plus facilement et en plus grande quantité, c'est à prévoir. Il convient donc de combattre ce fléau avec plus d'ardeur et de la manière la plus pratique possible. Le tuberculeux mérite tous les soins, on le sait et on le répète. Dans le verger ou dans la forêt, il nous fait peine de voir l'arbre déchiqueté par l'orage ou rongé dans ses racines et de prédire sa chute prochaine. Instinctivement nous regardons ses voisins, nous souhaitons de les voir entourer de plus de soins, de les voir émonder à l'apparition de la moindre fissure. Prévenir vaut mieux que guérir. Il paraît qu'une croisade de prévention de la tuberculose, étudiée dans ses détails, mise en action par des esprits avertis et zélés, avec un plan d'ensemble où toute bonne volonté serait utilisée peut amener d'heureux résultats.

Pensons à l'arbre condamné, empêchons que par ses branches ou son tronc il blesse ses voisins et dès ce jour prenons soin de ceux-ci.

(1) Travail lu au VIème Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Parlons de la prophylaxie de la tuberculose dans le premier age de la vie.

Marfan soutient que: "le nombre des décès de tuberculose à peu près nul pendant les trois premiers mois de la vie augmente ensuite progressivement; progression lente de 3 mois à un an, plus rapide de 1 an à 2 ans, qui atteint son premier maximum de 2 à 4 ans. Puis elle diminuerait, serait très faible de 6 à 12 ans et augmenterait à partir de la puberté." Son maximum est de 18 à 35 ans. On remarquerait à la suite d'autopsies que parmi les enfants qui succombent à une affection autre que la tuberculose, les trois quarts sont atteints de tuberculose latente et sont âgés de 1 à 6 ans.

Marfan conclut: 1o—que, chez l'homme, la tuberculose est exceptionnellement congénitale et presque toujours acquise; 2o—que de 1 à 6 ans, l'enfant est plus disposé à contracter la tuberculose; 3o—que dans un assez grand nombre de cas où la tuberculose se manifeste dans l'adolescence ou dans l'âge adulte, les accidents ne sont pas dus à une contagion récente, mais dépendent d'une infection qui existait déjà à l'état latent depuis des années.

Donc la période qui s'étend de la naissance à la 6ième année est celle qui réclame le plus impérieusement des mesures de prophylaxie contre la tuberculose. L'enfant vit au foyer, la contagion est presque toujours familiale, mais il faut compter sur la contagion qui peut se faire dans les sorties, dans les promenades et sur la contagion par le lait. La contagion devient plus facile si le sujet est prédisposé, si le terrain est favorable.

La prophylaxie comprend donc deux parties:

1o—La plus importante consiste à poser une barrière contre la contagion. Il faudra donc la connaissance de tous les moyens possibles de contagion, surtout de ceux qui interviennent dans les premiers âges de la vie.

2o—L'autre consiste à modifier l'organisme qui offre quelque prédisposition de manière à le rendre le plus refractaire possible. Il faut donc connaître les conditions qui favorisent la germination du bacille dans l'organisme du jeune enfant.

Contagion—Moyens de la prévenir.

Nous savons que les matières qui renferment le bacille de Koch et servent de véhicule à la contagion sont :

1o—les crachats des phtisiques ; agents infectants les plus dangereux et qui, de beaucoup, interviennent le plus souvent ; 2o—les excréments venant de foyers tuberculeux autres que les voies respiratoires : pus des abcès tuberculeux, des ganglions, des os, etc., urine des sujets atteints de tuberculose urinaire ; matières fécales des sujets atteints d'entérite tuberculeuse ou de phtisiques qui avalent leurs crachats ; 3o—le lait des animaux tuberculeux.

Le virus pénètre dans l'organisme : 1o—par la muqueuse des cavités de la face, bouche, pharynx, nez ; 2o—par la muqueuse des petites bronches ; 3o—par la muqueuse intestinale ; 4o—par la peau ; 5o—par les organes génitaux.

De tous ces modes, le premier est le plus fréquent.

Comment la contagion atteindra-t-elle le jeune enfant, d'abord par le crachat tuberculeux, ensuite par les diverses excréments d'organes tuberculeux, enfin par le lait d'animaux tuberculeux ?

Contagion par le crachat.

C'est l'agent le plus habituel et le plus fréquent de la tuberculose. Il devient plus dangereux lorsqu'il est desséché. Il conserve alors sa virulence plus longtemps. Sous l'action du soleil cette virulence se perd assez vite, mais si l'obscurité et la sécheresse agissent ensemble, elle se conserve très longtemps.

Il faut craindre aussi les fines particules liquides que projette par la toux, le tuberculeux qui parle et tousse à proximité. Cette poussière liquide est bacillifère.

Contagion par les muqueuses de la face, nez, pharynx, etc.

Le microbe y pénètre de diverses manières. Dans la contagion immédiate, le virus passe directement du tuberculeux à l'enfant. Que

le tuberculeux embrasse l'enfant, qu'il éternue à proximité, ce dernier devient exposé. Ce mode de contagion est favorisé par le surpeuplement des logis où les individus vivent les uns près des autres. On ne peut admettre la cohabitation nocturne dans le même lit, d'un tuberculeux et d'un sujet sain.

Reich a observé cet exemple de contagion immédiate. Une sage femme avait l'habitude d'insuffler bouche à bouche les nouveaux-nés, si la respiration se faisait attendre. Dix enfants ainsi traités moururent de méningite tuberculeuse durant leur première année.

La contagion médiata ou indirecte est aussi fréquente; le produit de l'expectoration pénètre dans les premières voies par les doigts de l'enfant, par divers objets, par les poussières atmosphériques. Les doigts sont des agents très efficaces. Qu'un tuberculeux peu soigneux et sans égard crache sur le sol, ses crachats se dessèchent. Les poussières virulentes se déplacent, se répandent partout. L'enfant touche à tout, se traîne par terre, souille ses doigts, les porte à sa bouche, ou dans son nez, se ronge les ongles, et la contagion se fait par les muqueuses des premières voies. Ce mode de contagion peut s'effectuer hors du foyer, dans les parcs, jardins, et endroits publics. Tous les objets souillés, mouchoirs, linges, objets de toilette, fourchettes, cuillères, verres, etc., par la présence d'un tuberculeux sont dangereux. L'enfant peut les utiliser, les porter directement à sa bouche. Cette contagion par les doigts ou les objets souillés paraît fréquente. Ainsi, avant un an, c'est-à-dire avant que l'enfant puisse se traîner par terre et saisir des objets, la tuberculose est plus rare. Les poussières atmosphériques sont une grande source de contagion. Le crachat projeté se dessèche, se réduit en poussière, poussière qui, mise en mouvement par le vent, le balayage à sec, l'époussetage, le battage et le brossage des étoffes, des meubles, pénètre dans les voies respiratoires avec l'air respiré et peut déterminer la tuberculose. Ces parcelles de crachats virulents qui pénètrent dans la bouche et dans le pharynx peuvent être dégluties, aller de l'estomac à l'intestin et pénétrer dans l'organisme à travers la muqueuse digestive.

La pénétration par la peau du virus tuberculeux est assez rare. Il faut une solution de continuité. Il en est de même de la contagion par les autres excréments virulents provenant d'un tuberculeux, pus des abcès, etc.

L'Anglo-French Drug Co. Ltée

BATISSE DANDURAND, MONTREAL.

Téléphone Est: 3710.

— Cable "Ampsalvas" Montréal.

SUCCESSALE: 760, RUE YONGE, TORONTO.

Les médications suivantes sont d'origine française, et peuvent être prescrites avec entière confiance que chaque dose produira l'effet calculé.

AMBRINE	Seul produit du Dr. Barthe de Sandfort pour les pansements aseptiques et calmants des brûlures, gelures, engelures, rhumatismes, ulcères variqueux, arthrites, etc., En forme de tablettes et bougies.
ANIODOL	Le plus puissant antiseptique et bactéricide établi par M. E. Fouard, chimiste à l'Institut Pasteur. Solutions d'Aniodol interne, externe et en poudre.
AMIBIASINE	Composé extrait de Garcinia, Procédé de G. Carpentier et L. de la Mothes, pour la dysenterie, enterite, diarrhée. En flacon suffisant pour un traitement.
AMPSALVS	Novarsenobenzol "914". Dose 0.15-0.30-0.45-0.60-0.75-0.90.
BAUME DURET	Huile véritable de Cade, soufre soluble, Resorcine,, Guaiacol mentholé et camphré. L'acétone étant utilisé comme dissolvant.
CUPRASE	Colloïdel de cuivre. Méthode du Dr. Gaube du Gers pour le traitement du cancer. En boîte de 8 amps. 5cc
CURATOXINE VENDEL	iodé, tormentille avec glyserophosphates. Extrait de végétaux dépuratifs. Urotrolithine. Pour le traitement interne de l'eczema, impetigo, sycosis acne, prurigo, etc.
CYTO-SERUM	Serum cytophile intensif indolore. Représente la médication hypodermique la plus énergique. Chaque ampoule contient 30 cent. de cacodylate alcalins. 1 milligr. de sulphate de strychnine. En boîte de 12 amps. 5cc.
ELIXIR DE VALE- RIANE GABAIL	Extrait de Valeriane "desodorise" avec addition de Bromures purs. Le spécifique des maladies nerveuses. En flacon de 6 ozs.
GEODYL	Sels organiques du groupe cenique. (Neodyme, Praseodyme, Semarium, Lanthane). En ampoules stérilisés pour injections intraveineuses. Reconstituant, augmente les globules sanguins. Pour le traitement de la Tuberculose, infections microbiennes, anomies. Ampoules pour adulte de 5cc. par jour, pour enfant de 2cc. par jour.
GLUCARSENOL	Le plus puissant agent thérapeutique actuellement connu contre les "treponemes" le "914" d'Ehrlich ou Novarsenobenzol. Doses: 0.10-0.15-0.20-0.25-0.30-0.35-0.40-0.45.

HEMATO-SERUM	Fer colloidal, cacodylates alcalins, sulphate de strychnine. Injections souscutanées indolores. Taritement de la chloroanemie. En boîte de 12 Amps. 2cc.
HETEROLYSINE	Vaccin antigonococcique en capsules glutanisés pour l'usage interne. Capsules vaccins. En boîte de 70 capsules.
IODARGOL	Iode colloidal electro chimique pur et stable ni toxique, ni caustique pour pansements et pour affections gonococciques en injection intra-urethrale. En flacon de 45cc. et amps. de 2cc.
IODEOL	Iode colloidal electro chimique injectable. Tuberculose pulmonaire. Pneumonie, Broncho pneumonie. En ampoules 1cc. capsules et flacon pour usage externe contenant 50% d'iode.
MERSALV	Pommade mercurielle (10%) pour application externe. En pot suffisant pour un mois.
MORUBILINE	Extrait concentré organique de foie frais de morue avec addition d'iode, tannin, sulpho-guaiacolate de potasse. Phosphore. Indique dans les anemies, tuberculose, etc. Dose 15 gouttes matin et soir.
OPOLAXYL	Laxatif opo-physiologique. Dose 2 à 6 par semaine. En flacon de 50 lentilles.
COMPRIMES DE SERUM OLIVIERO	Sérum normal de cheval. Pour la chloro anemie, consommation atonicite convalescence, etc. En boîte de 70 comprimés.
SUKRO-SERUM	Solution de Lacto-gluco-Saccharose d'après la formule du Professeur Lo Monaco. En boîte de 20 ampoules de 2½cc. et 10 ampoules de 5cc. Traitement de la tuberculose.
STANNOXYL	Oxide d'étain et etain métallique exempts de plomb. Spésifique des maladies staphylocoques, clous, anthrax, furoncles, acne, etc. En comprimés (80) ampoules 2½cc. (8) en flacons pour application externe.
SUPSALVS	Suppositoires inaltérables de "606" administration via rectum. En boîte de 6 dose de Ogr. 10 pour adulte et Ogr. 03 pour enfants.
UROCEDROL	Essence de Cedrus Atlantica, amphotropine, Salol. Maladies des voies urinaires, Blennorragie aigues, chronique, cystitis, etc. En flacon de 50 capsules.
VALERIANATE GABAIL	Extrait de Valeriane "desodorise". Le spécifique des maladies nerveuses. En flacon de 4 ozs.

L'ANGLO-FRENCH DRUG. Co.

294, RUE STE-CATHERINE Est. - MONTREAL.

Contagion par le lait.

Le lait provenant d'un sujet tuberculeux peut-il renfermer le bacille et par suite servir à transmettre la tuberculose? Il est absolument exceptionnel que le lait d'une femme tuberculeuse renferme des bacilles. Chose certaine, la contagion ne sera presque jamais réalisée par le lait de femme. Règle universellement admise, la femme atteinte de tuberculose en évolution ne doit pas nourrir. Elle est rarement capable de le faire. C'est pour elle une cause de dénutrition. L'enfant souffre de recevoir un lait insuffisant ou anormal. Il risque de plus d'être contagionné par les crachats, par suite des contacts intimes et multiples entre la nourrice et le nourrisson.

Il reste prouvé que l'homme peut contracter la tuberculose en buvant le lait de vaches tuberculeuses, lorsqu'elles sont atteintes de la tuberculose de la mamelle.

L'infection intestinale par le lait se produit d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune, que son tube a subi plus d'atteintes morbides, et que le lait est plus riche en bacilles.

La tuberculose par le tube digestif se rencontre surtout de 2 à 5 ans.

Moyens de préserver l'enfant de la contagion.

De ce qui précède, nous prévoyons les règles qu'il faut suivre pour éviter la contagion. Deux cas se présentent: 1o—l'enfant ne vit pas avec un tuberculeux; 2o—l'enfant vit dans un foyer que souille la présence d'un tuberculeux.

1er Cas.—L'enfant qui ne cohabite pas avec un tuberculeux peut facilement être préservé de la tuberculose. Il faut empêcher la contagion par le lait, empêcher la contagion par les crachats au moment des sorties et des promenades, enfin empêcher la contagion dans le cas de changement de domicile.

La contagion par le lait des bovidés peut facilement s'éviter. Il suffit de chauffer le lait à une certaine température pour détruire le bacille de la tuberculose qu'il peut renfermer. Dans les ménages, on se servira ou de lait stérilisé industriellement ou de lait bouilli, ou de

lait chauffé au bain-marie à 100°, suivant le procédé de Soxhlet. Tous ces procédés assurent la destruction du bacille de la tuberculose.

De même il sera facile de protéger l'enfant de la contagion durant ses sorties. On évitera tout contact avec des inconnus. Aucun étranger ne devrait l'embrasser. Tout cadeau de bonbons, fruits, devient suspect. On prendra en horreur le gobelet public dans les chars et dans les parcs. Dans ceux-ci, on choisira de préférence, les endroits peu fréquentés, où il y a moins de poussières. On empêchera l'enfant de jouer avec de la terre. Il devra perdre l'habitude de porter ses doigts à sa bouche ou dans son nez, et de manger ses ongles. De retour au foyer on lavera soigneusement les mains et les ongles, ce que l'on devra faire avant chaque repas. L'enfant usera de ses propres jouets qui n'iront pas dans des mains étrangères.

Dans le cas de changement de domicile, il sera facile de s'assurer si chez les personnes qui le quittent, il y a des tuberculeux. Si oui, le logement devra subir une désinfection très minutieuse, et être livré à l'action du soleil le plus possible. Ce n'est qu'à la suite de ces précautions qu'il sera habité.

Lorsque l'enfant cohabite avec un tuberculeux, la protection contre la contagion devient plus difficile. Il se trouve sous la menace continue de contagion. La surveillance devient donc impérieuse. Qu'il s'agisse d'un malade à foyer tuberculeux fermé ou ouvert, il vaut mieux agir comme s'il s'agissait toujours de foyer ouvert. De fait, il est malaisé parfois de déterminer si un foyer bacillaire est ouvert ou fermé, ou de prévoir à quel moment un foyer fermé se transforme en foyer ouvert. Les occasions de contagion sont infiniment nombreuses et variées. Lorsque le malade n'est pas un membre de la famille, il est quelquefois possible de l'éloigner. Si on ne peut éloigner le phtisique, il faut alors mettre en oeuvre toutes les mesures propres à empêcher la contagion par le crachat sous toutes ses formes.

Il faut relever le moral du malade, le persuader qu'avec des précautions il peut vivre agréablement et se rétablir. Il deviendra le premier et le plus important facteur dans cette lutte de prophylaxie que l'on entretient autour de l'enfant.

Il réduira au strict nécessaire ses rapports avec lui, ne contribuera pas à ses jeux, ne l'embrassera pas, ne le caressera pas. Il ne man-

quera pas de mettre la main ou un mouchoir devant sa bouche toutes les fois qu'il tousse ou qu'il éternue, il parlera doucement et à certaine distance de l'enfant. Il devra expectorer dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant une solution antiseptique, (ex : solution phéniquée à 5 pour 100 et colorée.) Les crachoirs doivent être vidés chaque jour et nettoyés à l'eau bouillante, ou désinfectés. Ils ne seront pas déversés sur les fumiers, dans les cours et les jardins. On n'emploiera pas le mouchoir de linge. Si le malade l'utilise, ses mouchoirs de même que ses draps de lit ou autres linges devront passer à l'eau bouillante avant d'être mélangés avec le linge sale. Le malade aura ses propres ustensiles. L'enfant séjournera le moins possible dans sa chambre et jamais la nuit. Ces mesures peuvent être plus ou moins bien suivies. Il sera bon de compenser quelque oubli par les moyens suivants : partout où on le pourra (parquet de bois, murs peints, etc.....) il faut remplacer le balayage et l'époussétage par le lavage au linge mouillé qui ramasse les poussières au lieu de les disperser dans l'atmosphère.

L'appartement du phtisique recevra le plus de soleil possible, il sera soumis à des nettoyages fréquents et à des désinfections. Si le logement est petit, difficile à aérer, à ensoleiller, à nettoyer à fond, enfin insalubre, on doit le quitter et trouver mieux.

La réceptivité de l'enfant.

Il ne suffit pas que le bacille pénètre dans un organisme pour s'y développer. Pour qu'il puisse y vivre, il faut qu'il y trouve un terrain favorable, que l'organisme soit prédisposé. On semble admettre, comme disait Peter, qu'on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable; et tuberculisable suivant la plus ou moins grande vitalité que l'enfant reçoit de ses parents. Ceux-ci ne lèguent pas le bacille, mais l'aptitude à le laisser germer.

L'enfant devient prédisposé à la tuberculose à la suite de certaines maladies des voies respiratoires : l'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes, la rougeole, la coqueluche, les bronchites à répétition, etc. Peut-on dépister la prédisposition à la tuberculose chez l'enfant? Marfan considère comme prédisposés : "1o—les enfants

issus de parents tuberculeux ou alcooliques ; 2o—ceux qui, quels que soient leurs ascendants, sont maigres, d'une pâleur grisâtre et ont une pilosité particulière ; 3o—ceux qui ont de l'hypertrophie des amygdales palatines et des végétations adénoïdes ; 4o—ceux qui sont sujets à des bronchites à répétition, ceux qui relèvent de la rougeole, de la coqueluche.

La prophylaxie ne se borne pas à opposer une barrière à la contagion, elle met en oeuvre les moyens capables de diminuer le nombre des prédisposés ou de modifier d'une manière favorable ceux qui ont une réceptivité native ou acquise.

Il faudra avoir en vue de donner le plus de résistance possible à l'organisme de l'enfant né prédisposé ou qui, après sa naissance, a acquis cette prédisposition. Il aura une nourrice saine. L'alimentation sera appropriée à sa capacité digestive et à ses exigences fonctionnelles.

Il habitera un logement salubre, abondamment aéré, ensoleillé, d'un nettoyage facile, et non surpeuplé.

On tiendra compte des changements de la température dans la manière de le vêtir.

L'instruction sera commencée tard, on évitera tout surmenage de même que la claustration prolongée. Il vaudrait mieux qu'il fut élevé à la campagne. Au moins, il y fera des séjours fréquents et prolongés. Ces repos à la campagne, loin des centres populeux conviendront tout particulièrement aux enfants qui relèvent de rougeole, de coqueluche. Celui qui souffre d'adénopathie trachéo-bronchique sera sous la surveillance du médecin. Lors de la puberté, si la croissance laisse le sujet maigre avec un thorax très étroit, il sera soumis à la gymnastique respiratoire.

Nous venons de tracer un plan assez complet de prophylaxie anti-tuberculeuse dans l'enfance. C'est un ensemble de mesures assez compliquées. Il faut reconnaître que la réalisation n'en est pas toujours facile, qu'elle est quelquefois impossible. Ces mesures applicables dans une famille aisée, habitant un logement salubre, et dont le chef est suffisamment éclairé pour comprendre l'importance des conseils qu'on lui donne, sont presque impraticables dans les familles pau-

vres, surtout dans les grandes villes. La prophylaxie familiale reste impuissante. Il faut recourir à la prophylaxie sociale. C'est alors que doit intervenir l'action des groupes et associations anti-tuberculeux. Il faudra mettre en oeuvre tous les grands moyens de prophylaxie contre la tuberculose en général: éducation populaire, visites à domicile, assistances pré-natales, création de colonies de jeunes enfants à la campagne, établissements de logements salubres et de location facile, distribution d'aliments sains et économiques.

Ecole Française de Stomatologie

L'Ecole Française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend:

- 1.—La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
- 2.—Des cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.
- 3.—Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser
au

Docteur BOZO,

Directeur de l'Ecole, 20, Passage Dauphine, Paris.

TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FEMUR.(1)

En France, depuis une dizaine d'années, deux grandes méthodes se disputent le traitement des fractures cervicales vraies du fémur : celle de Delbet et celle de Royal Whitman défendue dans son principe par Calot, Judet et autres.

La première comme on le sait, consiste dans l'enchevillement des deux fragments sans arthrotomie et son auteur, M. Delbet, prétend que l'on ne saurait obtenir une consolidation osseuse d'une fracture cervicale vraie sans réduction sanglante.

D'autre part, à la suite de Whitman, des orthopédistes soutiennent le contraire. Pour eux, une abduction forcée de la cuisse avec rotation interne produit une tension de la capsule et des ligaments qui met les fragments bout à bout et les maintient serrés l'un contre l'autre. En même temps, les muscles pelvi-trochantériens qui par leur contracture amenaient l'abduction avec rotation externe sont relâchés, et tout déplacement devient impossible tant que la position est maintenue par un appareil plâtré.

Si la fracture est bien réduite, puis bien maintenue, la consolidation osseuse a lieu et l'enchevillement du col est inutile.

Et quels sont les résultats obtenus par la méthode de l'abduction forcée ? Bons, disent les auteurs, mais, il faut l'avouer, les précisions manquent souvent, et la lecture des observations quand il y en a montre qu'il y a pas mal de résultats médiocres. Whitman lui-même reconnaît que sa méthode est loin de donner toujours la consolidation osseuse. Il constate seulement qu'il a amélioré considérablement les résultats fonctionnels comparativement à ceux des méthodes antérieures. Des observations récentes et précises semblent donner un meilleur résultat.

W. C. Campbell sur 70 cas de fractures récentes en note 29 à la partie moyenne du col avec 24 cas ayant un résultat fonctionnel excellent et consolidation osseuse.

(1) D'après l'article de Mr. M. Lance.—Gazette des Hôpitaux, mars 1921.

Patel dans 5 observations de fractures transcervicales a constaté à la radiographie une bonne consolidation. Judet, tout dernièrement, rapporte 2 fractures intracapsulaires avec un résultat et consolidation osseuse sous contrôle radiographique.

Voyons, maintenant les avantages des méthodes sanglantes, en particulier de l'opération de Delbet.

Très beaux résultats dans l'ensemble. La mortalité opératoire est nulle, la mortalité par congestion pulmonaire moindre que par les méthodes nécessitant le séjour prolongé au lit. Pour les fractures récentes, le résultat anatomique est parfois très beau.

Pendant la méthode n'est pas sans présenter des difficultés opératoires assez considérables, sans demander une habileté assez exercée, et sans exiger une instrumentation assez compliquée. Elle a eu d'ailleurs des échecs et des accidents dus à différentes causes. (1)

Enfin, en présence de ces résultats, que faut-il conclure d'après M. Lance ?

a) Que la méthode de M. Delbet constitue certes un progrès très considérable dans le traitement des fractures du col du fémur. Pour les fractures anciennes mal consolidées et les pseudarthroses, elle constitue indiscutablement la meilleure méthode. Pour les fractures récentes constitue-t-elle la méthode de choix "dans tous les cas" ? Ceci reste à démontrer.

C'est, en somme, une opération délicate, dont l'application semble réservée aux grands centres chirurgicaux.

b) Qu'il ne faut pas proscrire de parti-pris la méthode Whitman, méthode qui assure une bonne réduction et une consolidation solide comme des observations récentes le prouvent, tout en permettant le lever à béquilles et d'asseoir le malade au bout de 48 heures, quand le plâtre est sec.

Dans les fractures sous capitales ou dans les fractures du col que l'on a à soigner loin d'un centre chirurgical outillé pour pratiquer le vissage dans de bonnes conditions, elle constitue encore la méthode la meilleure.

Dr J. B. Lacroix.

(1)—Pour la description de la technique opératoire nous renvoyons nos lecteurs au journal de chirurgie où M. Basset vient d'en faire l'exposé très détaillé.

UNE ANOMALIE DES VAISSEAUX UTERO-OVARIENS.(1)

Geo. AHERN, M. D., Assistant-chirurgien de l'Hôtel-Dieu;
Aide d'anatomie à l'Université Laval.

L'observation que j'ai à vous présenter n'offre pas un intérêt bien palpitant ; ce n'est pas même une observation, c'est une trouvaille de salle de dissection que je voudrais vous décrire parce que je ne l'ai vue mentionnée nulle part ailleurs.

Il s'agit d'une femme âgée de 35 à 40 ans dont les élèves disséquaient le corps depuis quelque temps déjà quand ils arrivèrent sur un problème qui les arrêta. Il se trouvaient en présence de deux urètres du côté gauche et ne pouvaient réussir à trouver les vaisseaux utero-ovariens du même côté. Après une dissection attentive, je m'aperçus qu'il n'y avait qu'un urètre et que ce qu'ils prenaient pour l'autre était en réalité les vaisseaux utéro-ovariens.

L'artère ovarienne au lieu de prendre naissance dans l'aorte ou même dans l'artère rénale, ce qui est déjà rare, sortait du hile même du rein. Celui-ci enlevé et ouvert, je puis suivre l'artère ovarienne et trouvai qu'elle prenait naissance d'une branche intra-rénale de l'artère rénale, la branche postérieure. A son extrémité terminale, l'artère ovarienne se divisait normalement en une branche ovarienne, une branche salpingienne et une 3e branche qui s'anastomosait avec l'utérine.

(1)—Travail présenté au VIème Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Outre l'anomalie d'origine de l'artère il y avait une anomalie terminale des veines et celle-là était bi-latérale. A gauche, la veine utero-ovarienne au lieu de se jeter dans la veine rénale suivait celle-ci et se jetait à plein canal dans la veine cave, un peu en dessous de la veine rénale.

A droite, la veine ovarienne au lieu de se jeter directement dans la veine cave s'abouchait dans la veine rénale.

J'ai recherché dans Testut, Testut & Jacot, Poirier et Charpy, Cruveillé, mais je n'ai pu trouver cette anomalie signalée nulle part.

J'aimerais beaucoup à pouvoir vous dire quelle influence cette anomalie a pu avoir sur la vie de celle qui la portait, mais c'est un peu délicat. Je puis tout de même avancer, sans risquer de me compromettre, qu'elle n'en a jamais souffert; que même si je l'avais connue pendant sa vie et que j'eusse soupçonné cette anomalie, ce qui est impossible, d'ailleurs, j'aurais fait comme Arvers, dans son fameux sonnet :

“Le mal est sans espoir, aussi j'ai dû le taire,
“Et celle qui ‘l'avait’, n'en a jamais rien su.”

THERAPEUTIQUE

Tuberculine et solutions officinales de tuberculine.

La première communication de Koch sur le traitement de la tuberculose date du 4 août 1890. En janvier 1891, Koch indiquait la nature de son remède. Il s'agissait d'un extrait glycéринé préparé avec des cultures pures de bacilles ; la même année, ce mode de préparation était modifié : la nouvelle "lymphe épurée" obtenue par précipitation alcoolique, lavage et séchage dans le vide à 100°, ne fut pas la seule des tuberculines expérimentées dans la suite. Telles sont la tuberculine C.B. d'Hunter et Cheyne, la tuberculocidine de Klebs, l'oxytuberculine d'Hirschfelder, les tuberculines de Schweinitz, la tuberculine de Maragliano, la tuberculine résiduelle T.R. de Koch, l'émulsion bacillaire de Koch, les tuberculines de Behring, de Denys de Louvain, de Maréchal de Bruxelles, de Beraneck de Neufchâtel, de Jacob de Bruxelles, de Spengler, de Landmann, la tuberculine Dohna...

Essayées comparativement entre elles suivant une même technique, la plupart de ces tuberculines ont donné des résultats différents.

En France, depuis la loi du 25 avril 1895, la préparation de la tuberculine est soumise à une autorisation spéciale rendue après avis du Comité consultatif d'Hygiène publique et de l'Académie de médecine.

Sont inscrites au Codex 1908 :

1. *La tuberculine brute ou vétérinaire.* C'est un extrait liquide glycéринé et stérilisé de culture de bacilles de la tuberculose ; il est brunâtre, de consistance visqueuse et d'une activité telle qu'un quart de centimètre cube inoculé sous la peau d'un cobaye tuberculeux de-

puis cinq à six semaines le tue en quelques heures (supplément du Codex de 1920). Conservé a frais et à l'obscurité, il garde toute son activité pendant plus d'un an.

2. *La tuberculine brute diluée au dixième.*

3. *La tuberculine solide purifiée* obtenue par la précipitation alcoolique de la tuberculine brute, lavage à l'éther et dessiccation sous le vide. Elle est hygroscopique et sert à préparer le *soluté de tuberculine au centième* renfermant un centigramme de tuberculine purifiée par centimètre cube et le *soluté de tuberculine au dix-millième*, dont un centimètre cube contient un dixième de milligramme de tuberculine purifiée (supplément du Codex de 1920).

Ces deux solutions officinales s'obtiennent à l'aide d'eau distillée stérilisée. Le premier soluté est utilisé pour le diagnostic de la tuberculose par l'oculo-réaction, la cuti-réaction, la dermo-réaction et l'intra-dermo-réaction.

La deuxième solution officinale est plus particulièrement réservée pour l'usage thérapeutique. Dans ce cas, on préfère généralement d'effectuer les dilutions de tuberculine à l'aide de sérum physiologique plutôt qu'avec de l'eau stérilisée.

L'*oculo-réaction* ou *ophthalmo-diagnostic* consiste à laisser tomber une goutte de la solution non glycinée au centième sur la conjonctive de l'un des yeux de la personne soumise à l'épreuve. L'instillation se fait avec un compte-goutte aseptique, de préférence vers l'angle interne de l'oeil pendant qu'un aide immobilise la tête et maintient les paupières écartées.

Si la solution est contenue dans une ampoule, on brise une extrémité de l'ampoule; après flambage, l'ampoule est inclinée obliquement de façon à ce que sa partie supérieure renferme un espace libre rempli d'air; on détermine la sortie de la goutte en dilatant cet air soit par la chaleur de la main, soit avec une allumette. On peut encore revêtir l'extrémité brisée de l'ampoule d'une coiffe de caoutchouc, puis couper à la lime l'autre extrémité. Une légère compression du caoutchouc fait fonctionner l'ampoule comme un compte-goutte ordinaire.

Chez l'adulte, il faut projeter une goutte de solution correspondant à 0,0005 de tuberculine solide purifiée (*Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, p. 334 et p. 525, 1907) et éviter dans la suite toute cause extérieure d'irritation. Chez les enfants, la solution utilisée est une solution diluée au demi, c'est-à-dire à 1 pour 200.

Si la personne soumise à l'épreuve porte une lésion tuberculeuse, la conjonctive palpébrale inférieure et la caroncule de l'oeil tuberculiné commencent à rougir généralement dès la quatrième heure. L'injection vasculaire s'accroît peu à peu; elle s'accompagne parfois de larmoiement avec ou sans formation d'exsudat fibrineux qui se rassemble dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

L'examen comparatif des deux yeux est effectué une première fois à la huitième heure, une deuxième fois à la vingt-quatrième heure et enfin deux jours après l'instillation. Si, après le troisième examen, aucune différence de coloration entre les deux caroncules n'est constatée, on peut conclure à la probabilité de la non existence de lésions tuberculeuses.

En général, la réaction positive est d'autant plus nette et rapide que l'organisme se défend mieux et est plus résistant. Elle constitue donc un signe de pronostic favorable.

Les malades atteints d'affections viscérales tuberculeuses ou porteurs de lésions tuberculeuses très avancées peuvent ne pas réagir.

Si l'épreuve est négative chez une personne suspecte de tuberculose on la renouvelle sur l'autre oeil.

Pour la *cuti-réaction*, on pratique à 2 ou 3 centimètres d'intervalle, trois scarifications légères et non saignantes à la partie supéro-externe du bras au moyen d'un vaccinostyle stérilisé, comme pour la vaccination antivariolique; le vaccin est remplacé par une goutte de la solution officinale de tuberculine au centième. On laisse sécher quelques minutes la tuberculine.

Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, chez les personnes qui ont des lésions tuberculeuses, anciennes ou récentes, guéries ou en activité, on constate au niveau de chaque scarification une petite

tuméfaction oedémateuse, rouge, surmontée parfois d'une vésico-papule moins proéminente et plus large que celle de la vaccine. La rougeur subsiste pendant une semaine environ, puis s'efface peu à peu.

Pour la *dermo-réaction*, la peau est rasée sur une surface de 1 à 2 centimètres carrés, jusqu'à ce que le derme soit mis à nu; puis on frotte la surface dénudée avec la solution de tuberculine au centième, et on laisse sécher.

Si la réaction est positive, une rougeur oedémateuse apparaît au bout de deux ou trois jours; on observe parfois la formation de petites papules.

Pour faire l'épreuve de l'*intra-dermo-réaction*, on injecte dans l'épaisseur du derme de la face antérieure de la cuisse ou de la région deltoïdienne *un centième de milligramme* de tuberculine, soit une goutte d'une solution contenant par centimètre cube deux dixièmes de milligramme de tuberculine solide purifiée, ce qui correspond à 0,02 du soluté officinal au centième.

On dilue une goutte normale de ce dernier avec quantité suffisante d'eau bouillie pour obtenir 2 cc. 1/2; l'eau stérilisée est mesurée au moyen d'une seringue aseptisée et bien calibrée; on mélange intimement en aspirant et refoulant plusieurs fois le liquide auquel on a ajouté la goutte de tuberculine à 1 pour 100. La même seringue sert à pratiquer l'*intra-dermo-réaction*; elle est stérilisable, à tige graduée en vingt divisions par centimètre cube et munie d'un curseur; l'aiguille doit être très fine et à ajustage parfait; on vérifie l'étanchéité avant l'emploi.

La peau est plissée à l'endroit d'élection choisi; l'aiguille est enfoncée presque parallèlement à la surface, le côté biseauté de la pointe tourné vers l'épiderme. Si l'aiguille pénètre d'emblée dans l'hypoderme, on relève légèrement la pointe et on aborde le derme par sa face profonde un peu plus loin; après avoir bien fixé l'aiguille, on pousse 1-20 de centimètre cube du liquide qui forme une petite boule d'oedème rapidement résorbée.

Quand la réaction est positive, au bout de quelques heures, on constate une infiltration à peine perceptible, de couleur blanche ou rosée. Après vingt-quatre heures, l'infiltration très accrue est rose ou rouge vif, parfois blanche, oedémateuse, à surface légèrement granitée, entourée d'une zone d'érythème plus ou moins étendue pouvant atteindre une dimension supérieure à une pièce de 2 francs. Au bout de quarante-huit heures, l'infiltration régresse et se résorbe lentement en laissant des traces encore visibles au bout de plusieurs semaines. Parfois l'épiderme desquame à son niveau.

Chez certains malades, l'intra-dermo-réaction est beaucoup plus légère et apparaît sous forme de papule urticarienne, à peine rose, perceptible à la vue et au toucher.

La réaction est plus intense chez les sujets résistants; les tuberculeux porteurs de lésions étendues et graves peuvent ne pas réagir. Une intra-dermo-réaction positive est l'indice de l'existence d'un foyer de tuberculose sans permettre d'en localiser l'endroit.

L'*hypodermo-réaction* ou *sous-cuti-réaction* a été généralement remplacée chez l'homme par les méthodes précédentes de diagnostic. L'injection se faisait aseptiquement avec la solution à *un dixième de milligramme* ou celle à *deux dixièmes de milligramme* de tuberculine par centimètre cube.

" La température est prise avant l'inoculation; on la prend ensuite à la quatrième, à la huitième, la dixième et à la douzième heure qui suivent l'injection. Le maximum de température est souvent constaté vers la huitième et la dixième heure. Les réactions un peu intenses peuvent provoquer des symptômes généraux; courbatures nau-sées sueurs qui sont tout à fait passagers. Chez l'homme sain, l'inoculation d'un dixième de milligramme n'est suivie d'aucun effet appréciable. Dans le cas d'une réaction négative, si le cas paraît suspect, on peut faire une nouvelle inoculation d'un demi-milligramme de tuberculine."

La *tuberculinothérapie* de Koch avec des doses élevées n'est plus utilisée. L'organisme tuberculeux pouvant réagir à des quantités

infinitésimales de tuberculine, on commence par des millièmes de milligramme; on élève ensuite graduellement les doses, lentement et avec prudence, pour essayer d'obtenir une immunisation active contre le bacille de la tuberculose et ses toxines ou au moins pour augmenter la résistance individuelle et stimuler l'organisme vers la guérison.

La durée du traitement est longue. La dose initiale est fixée par l'expérience; elle est choisie aussi minime que possible pour ne provoquer aucune réaction. On débute par exemple par 1-1500 ou 1-1000 *de milligramme* de tuberculine solide purifiée.

Ces quantités correspondent à 1 centimètre cube de la solution officinale au dix-millième diluée à 150 centimètres cubes ou à 100 centimètres cubes avec du sérum physiologique. Avec une dilution dix fois plus faible, on injecte un dixième de centimètre cube au lieu d'un centimètre cube.

Les injections sont répétées tous les trois ou quatre jours à moins qu'une réaction ne se produise. Lorsque la tolérance est parfaite, les doses des séries d'injection sont régulièrement augmentées; on peut inoculer une dose double des précédentes. Si une réaction se produit la dose inoculée est maintenue en séparant les injections par des intervalles plus ou moins longs; on peut aussi diminuer cette dose pendant quelque temps ou s'en tenir pendant une assez longue durée à une même dose (dose optima).

La quantité maxima à laquelle on arrive chez certains malades peut être supérieure à 1-20 de milligramme de tuberculine, soit à 1-2 centimètre cube de la solution au centième.

Pour assurer la marche progressive du traitement, on se base sur les réactions locales provoquées au niveau des injections, sur les réactions au siège des foyers tuberculeux et sur les réactions générales: Une élévation de température de 1-10 ou 2-10 de la température anale ou buccale au-dessus de la moyenne antérieure peut être une indication suffisante pour ralentir le traitement, espacer ou diminuer les doses: on se base également sur le poids du malade, l'état de ses fonctions gastriques, l'intra-dermo-réaction, l'examen

du sang et des expectorations ; on observe s'il existe de l'accélération pu pouls, de l'insomnie, céphalalgies, vertige, légère courbature, fatigue générale, dyspnée, rougeur des pommettes.

Le traitement a été surtout indiqué chez les sujets dont la résistance organique est suffisante, chez les apyrétiques, les malades suspects, les prédisposés, ceux légèrement atteints ou porteurs de lésions stationnaires. On l'a appliqué à la laryngite ulcéreuse, à la péritonite bacillaire, lupus. tuberculoses urinaires et chez les enfants aux tuberculoses péritonéale, articulaire, osseuse, ganglionnaire.

Le traitement est contre-indiqué dans les tuberculoses en évolution rapide, les tuberculoses aiguës et subaiguës, les tuberculoses chroniques avec phases de poussée aiguë, ainsi que chez les très jeunes enfants déjà atteints de tuberculose pulmonaire.

En même temps les injections sont pratiquées, le traitement diéto-hygiénique est très sévèrement suivi. L'association des nombreux médicaments administrés au cours de la tuberculose n'est fait qu'avec la plus grande prudence. La méthode mixte qui combine l'emploi des sérums antituberculeux avec la tuberculinothérapie a été préconisée.

Dr Paul LEMAIRE.

Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales.

ACCUSE DE RECEPTION

Nous accusons réception des deux brochures suivantes : "*Le Charlatanisme au flambeau de la loi*", Docteur Jos. Gauvreau ; "*Un comité de rédaction en bottes*", Docteur Jos. Gauvreau.