

L'ECZÉMA DE L'OREILLE.

Dr L. O. GAUTHIER,

Oculiste et oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital St-François d'Assise.

L'oreille est un lieu d'élection pour l'eczéma qui s'y présente sous deux formes, la forme aiguë et la forme chronique.

L'eczéma aigu atteint soit le conduit auditif externe, soit, le pavillon de l'oreille, soit les deux simultanément. Son étiologie est l'étiologie habituelle des éruptions eczémateuses, à savoir : une prédisposition générale avec ou sans causes locales occasionnelles. Les causes locales occasionnelles sont intéressantes à connaître. Ce sont tous les processus d'irritation du conduit auditif, le grattage, les nettoyages intempestifs, le contact de substances irritantes versées dans l'oreille dans un but quelconque (éther, acide phénique, antiseptiques), le contact surtout de la sécrétion purulente d'une otorrhée. Le pus d'une otite moyenne chronique, en venant baigner constamment le conduit peut, chez les sujets à tempérament apte à faire de l'eczéma, déterminer une éruption eczémateuse aiguë qu'il est important de ne pas considérer comme essentielle. Aussi convient-il de toujours rechercher la possibilité de l'une ou l'autre de ces causes occasionnelles en présence d'une éruption eczémateuse de l'oreille.

L'eczéma aigu de l'oreille détermine des symptômes subjectifs : démangeaisons, douleurs, et des signes objectifs : rougeur, tuméfaction, éruption vésiculeuse, sécrétion. Les démangeaisons assez vives au début, se montrent par accès.

Les phénomènes douloureux consistent non en douleurs proprement dites, mais en une sensation de chaleur, de cuisson, de tension pénible de la peau, que le malade sent gonflée et chaude.

La rougeur offre parfois, surtout au niveau du pavillon, une teinte violacée.

La tuméfaction intéresse le conduit sur toutes ses parois. Il en résulte une abstriction, un rétrécissement de ce conduit dont la lumière se trouve réduite souvent à un tel degré que l'on peut à peine y passer un stylet. Au pavillon, la tuméfaction frappe également les deux faces pour s'étendre dans le sillon rétro-auriculaire jusque sur la peau que recouvre l'apophyse mastoïde.

L'éruption vésiculeuse est éphémère et l'on a rarement l'occasion de l'observer à la période d'état. Elle laisse à sa suite une sécrétion claire, gommeuse, abondante et prolongée, particulière à l'eczéma.

Le malade accuse comme troubles fonctionnels, une surdité plus ou moins forte, avec ou sans bourdonnements, dûs à l'abstruction du conduit par la tuméfaction de ses parois. L'épreuve acoustique dite de Weber, ou du diapason vertex (diapason appliqué sur le sommet de la tête), en montrant que le son se latéralise et est entendu du côté malade, permettra d'attribuer la surdité à la lésion sténosante du conduit.

Lorsqu'on examine une oreille atteinte d'eczéma aigu, on voit donc un pavillon rouge ou violacé, tuméfié, recouvert d'une sécrétion gommeuse qui empêche le linge, un conduit auditif externe rouge, presque entièrement fermé par la tuméfaction de son revêtement cutané, également recouvert de sécrétion, à laquelle peut se mêler du pus venant d'une otorrhée concomitante. Si l'on cherche à pratiquer l'otoscopie, on ne parvient à faire pénétrer qu'un spéculum de petit diamètre, la lumière du conduit étant très réduite.

L'eczéma peut être limité à certaines régions; ainsi, il peut n'exister qu'au niveau de la ligne d'insertion du pavillon, sous forme de rhagades; souvent il occupe le lobule après qu'il a été percé, opération que les parents font pratiquer sur les enfants dans bien des contrées, en partie par supersaturation, comme dérivation, en partie pour y suspendre des objets de parure. Le port de ces objets provoque ainsi assez souvent des inflammations circonscrites, qui peuvent occasionner l'élargissement du trou percé et finalement la section du bord inférieur du lobule.

La durée de la maladie est extrêmement variable, allant d'une semaine à plusieurs mois, suivant l'acuité de l'éruption et suivant qu'elle procède ou non en plusieurs poussées. Il n'est pas rare, en effet, de voir deux, trois poussées presque subintrantes se produire, ce qui prolonge d'autant la dermatose aiguë. Quoi qu'il en soit, la guérison finit par survenir, complètement ou incomplètement, laissant alors un certain degré d'eczéma chronique.

Le diagnostic de l'eczéma aigu de l'oreille mérite quelque attention. Il soulève dans certains cas des difficultés. Au pavillon, l'eczéma est facilement reconnaissable par la rougeur, la tuméfaction et l'hypersécrétion spéciale qui le caractérisent. On le distinguera aisément de l'érysipèle par l'absence de bourrelet périphérique, de fièvre, par sa limitation, son défaut de mobilité.

Au conduit auditif externe, l'eczéma doit être différencié des otites externes diffuses, des furoncles du conduit, de la périostite du conduit, voire même de la mastoïdite.

On voit des otites externes aiguës, sorte de dermatites aiguës, succéder aux mêmes causes d'irritation que l'eczéma: grattage, irritation par des substances diverses versées dans l'oreille, contact de pus venant d'une otite

moyenne. C'est la même rougeur, la même tuméfaction des parois du conduit, avec une hypersécrétion plus ou moins abondante.

Théoriquement, la sécrétion de l'eczéma aigu du conduit est claire, gommeuse et abondante, alors que celle de l'otite externe aiguë irritative est plus épaisse, mucopurulente, d'abondance moyenne. En pratique, ces caractères différentiels n'ont pas grande valeur. Si la lésion du conduit coïncide avec une éruption eczémateuse franche du pavillon, ou s'arrêtera au diagnostic d'eczéma aigu du conduit. Sinon, on n'aura pas toujours facilement de terme distinctif entre l'eczéma aigu et l'otite externe diffuse. D'ailleurs, les deux affections sont voisines au point de se confondre, les otites externes diffuses irritatives ne se produisant guère que chez les sujets à tempérament eczémateux, à peau irritable, comme l'on dit. En tout cas, pour ce qui concerne le traitement, il n'y a pas d'inconvénient à confondre les deux maladies, si tant est qu'elles soient distinctes nosologiquement.

Les furoncles du conduit déterminent la tuméfaction d'une paroi seulement du conduit et ils causent des douleurs très intenses, spontanées et au contact. Ils coïncident parfois avec l'eczéma et il conviendra alors de faire la part des deux dans le processus morbide.

Le diagnostic de l'eczéma aigu du conduit d'avec la périostite est important en raison du pronostic et du traitement très différents dans l'un et l'autre cas. Or les deux maladies offrent des caractères communs : rougeur, gonflement, rétrécissement de la lumière du conduit.

La périostite, comme l'eczéma, peut succéder à une otite moyenne suppurée. On peut voir la même sécrétion purulente baigner le conduit dans les deux cas. Pour établir le diagnostic, on étudiera minutieusement les symptômes et les signes.

La périostite s'accompagne de douleurs, l'eczéma de cuisson, de tension de la peau. Dans l'eczéma la tuméfaction est cutanée, dépressible et se généralise rapidement à tout le conduit. Dans la périostite la tuméfaction est plus ferme, elle part de la profondeur, s'étend moins vite, et lorsqu'elle arrive au méat auditif externe, elle gagne souvent le revêtement mastoïdien en effaçant le sillon rétro-auriculaire.

Dans la mastoïdite aiguë, on observe une saillie de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif qui pourrait quelquefois faire penser à la tuméfaction de l'eczéma. Un examen un peu attentif permettra aisément la différenciation.

Le pronostic de l'eczéma aigu n'offre pas de gravité, mais il faut tenir compte de la possibilité des rechutes et aussi de la possibilité d'un reliquat d'eczéma chronique.

Quant au traitement, il consistera, pour l'eczéma du pavillon, en application de glycérolé d'amidon et de poudre d'amidon. Pour l'eczéma du con-

duit, on fera pratiquer des injections auriculaires, des lavages, (en petit nombre) à l'eau bouillie tiède, après lesquels il faudra sécher soigneusement l'oreille et des applications de pommade à l'oxyde de zinc. Quelquefois, s'il y a sécrétion muco-purulente, on instillera dans le conduit, après le lavage, quelques gouttes d'une solution antiseptique faible, de phénosalyl à 1 pour 200 ou 300 par exemple.

La deuxième forme d'eczéma de l'oreille, plus fréquente encore que la première, est l'eczéma chronique.

L'eczéma chronique a deux sièges d'élection, qui sont le conduit auditif et le sillon rétro-auriculaire.

La localisation rétro-auriculaire est facile à reconnaître. On voit, dans le sillon qui sépare le pavillon de l'apophyse mastoïde, une rougeur de la peau, qui prend un aspect luisant, se couvre plus ou moins de squammes et donne lieu parfois à une véritable crevasse (ragade) sèche ou légèrement stuintante.

Plus important est l'eczéma du conduit auditif externe. Il succède, comme reliquat, à un eczéma aigu, ou, (c'est le cas le plus habituel) il s'établit d'emblée. Il détermine des troubles subjectifs peu nombreux, démangeaisons quelquefois assez vives.

A l'examen otoscopique, le conduit apparaît rouge, recouvert de squammes et tuméfié. Rougeur et tuméfaction s'observent à des degrés variables. La tuméfaction peut être légère ou au contraire être assez accusée pour obstruer le conduit.

Comme symptômes fonctionnels, le malade se plaint de surdité, avec ou sans bourdements, lorsque l'oreille est sténosée par l'eczéma; sinon l'audition reste bonne.

Quelquefois, on voit se greffer sur l'eczéma chronique du conduit des phénomènes infectueux, dûs à une otorrhée concomitante, ou (le plus souvent) à un grattage intempestif de l'oreille avec un instrument non aseptique. L'eczéma provoque la démangeaison, l'instrument apporte le germe, et le grattage l'inocule.

A ce point de vue, l'eczéma du conduit sert très fréquemment de cause aux furoncles de l'oreille. En présence de furoncles, il faut toujours penser à la possibilité d'un eczéma, cause occasionnelle, infecté par le grattage.

Le diagnostic de l'eczéma chronique est ordinairement facile. Les démangeaisons signalées par le patient y feront penser. L'examen otoscopique fixera ce diagnostic, laissant rarement place à l'hésitation. Cependant, il est certaines périostites à allure chronique qui peuvent prêter à confusion. Elles se voient à la suite d'otorrhée. Les signes et les symptômes différentiels que j'ai signalés à propos du diagnostic de l'eczéma aigu se retrouvent

ici. De même, certaines otites externes chroniques, irritantes simulent l'eczéma chronique du conduit. Comme pour les formes aiguës, ce sont là des lésions assez voisines.

Le pronostic de l'eczéma chronique, sans être sérieux, comporte néanmoins quelques réserves, tenant à la longue durée de l'affection, qui se calme pour récidiver facilement, aux infections cutanées qui peuvent s'y greffer, aux furoncles en particulier qui trouvent dans l'eczéma du conduit un terrain tout préparé à leur éclosion. Dans les cas de tuméfaction intense et persistante, le malade est atteint d'une surdité dont la durée est parallèle à la persistance de la sténose du conduit.

Le traitement de l'eczéma chronique de l'oreille consistera en applications modificatrices. S'il y a de la sécrétion et des squames remplissant le conduit, il convient de les chasser par des injections d'eau bouillie tiède. D'autre part, s'il y a infection ou nuance d'infection, quelques instillations antiseptiques, de phénosalyl à 1% par exemple, seront utiles. (Autrefois l'on préconisait la pommade de Hebra, composée d'huile d'olives et de létharge, parties égales).

On recommandera au malade d'éviter les grattages et on prescrira soit une pommade à l'oxyde de zinc ou à l'acide borique. J'accorde, pour ma part, la préférence à la pommade à l'éodol au vingtième.

On traite les rhagades avec le nitrate d'argent en substance ou en solution aqueuse au cinquième. Dans les cas particulièrement rebelles, il peut être nécessaire de recourir à l'arsenic (liqueur de Fowler, 2 à 6 gouttes par jour). On devra aussi porter son attention sur l'état général du malade.

En ce qui concerne l'état général du malade, l'eczéma de l'oreille de même qu'un grand nombre d'affections de l'organe de l'ouïe, reconnaît pour cause ou pour obstacle à leur guérison un trouble du reste de l'économie; aussi, ne doit-on pas se borner à traiter localement l'oreille et faut-il toujours tenir compte de l'état général de l'organisme.

L'amélioration de l'état général par un traitement approprié est de la plus haute importance lorsque l'organisme souffre dans son ensemble, dans les cas de nutrition défailante, de croûte, de prédisposition à la phthisie. Une vie régulière, une alimentation rationnelle, les préparations d'iode, de fer, de quinquina, d'huile de foie de morue, tout autres moyens de traitement servant à fortifier l'état de l'organisme, peuvent avoir sur l'affection auriculaire une action favorable.

Dr L. O. GAUTHIER.

LABORATOIRE CLINIQUE — LA DIPHTÉRIE

Dr. Arthur VALLEE,

Professeur d'anatomie pathologique et de Bactériologie.

Les études bactériologiques ont transformé du tout au tout la question de la diphtérie. Nulle infection, semble-t-il, n'a plus largement bénéficié de l'apport scientifique à tous points de vue. Le diagnostic, la prophylaxie, le pronostic et le traitement de la maladie ont été tour à tour éclairés, transformés et stabilisés par la découverte du microbe, la connaissance de sa toxine, et la création magistrale de la sérothérapie. Au contact de la diphtérie du jour, les modernes connaissent à peine l'angoisse que suscitaient les diphtéries d'antan.

Aussi le praticien peut-il et doit-il utiliser le laboratoire pour compléter son diagnostic de cette infection, du moment qu'il ne se laisse pas aveugler par une fausse sécurité, que l'on veut souvent avoir en négligeant par trop la clinique, pour laisser prédominer les méthodes purement scientifiques. Tout cas suspect de diphtérie doit être en même temps observé au lit du malade et au laboratoire. Tout diphtérique en convalescence doit être suivi et contrôlé par le laboratoire.

Tout d'abord le médecin doit savoir effectuer chez le patient sa prise d'échantillon. Dans cette manipulation, il ne doit pas perdre de vue que le bacille de Loeffler est dangereux à manipuler pour lui et pour ceux qui effectueront par la suite les recherches. Les nécessaires fournis par les services d'hygiène doivent être autant que possible utilisés pour cette récolte. Mais si on n'a pas à sa disposition l'outillage dit classique, il est très simple de l'improviser sur place. Il suffit de monter sur une tige de bois ou de métal un bourdonnet de coton stérile pour en constituer un écouvillon. Au moyen de cet écouvillon, le médecin prélève soigneusement une portion de fausse membrane qui adhère facilement au coton. Il introduit alors le bourdonnet monté sur sa tige dans un tube à essai qu'il a préalablement flambé, ou dans une bouteille stérilisée qu'il ferme d'un tampon de coton. De cette façon il ne sera pas souillé les mains, et au laboratoire le manipulateur pourra à son tour effectuer ses recherches sans avoir à toucher autre chose que la tige porte-coton.

L'analyste lui fournira alors deux résultats qui se complètent. Le premier provenant de l'examen direct des membranes sera connu rapidement, mais ne sera pas suffisant pour conclure; le second provenant de la culture ne pourra être obtenu qu'au bout de vingt-quatre heures. Le résultat de l'examen direct est-il positif, le traitement sérothérapique devra être appli-

qué immédiatement s'il ne l'a pas encore été; est-il négatif, il faudra agir d'après les données de la clinique, sans en tenir compte. Les données fournies vingt-quatre heures plus tard par la culture seront définitives si positives, mais ne devront jamais être considérées tout de même comme infirmant un diagnostic clinique si elles sont négatives. Il importe ici plus que partout ailleurs de bien saisir ces variantes, étant donnée la rapidité avec laquelle il faut souvent agir au point de vue traitement.

Après guérison, étant donnée l'importance aujourd'hui reconnue des porteurs de germes, agents de dissémination, il serait prudent, avant de remettre le convalescent en circulation, de lui faire subir un nouvel examen bactériologique de ses sécrétions, pour vérifier l'absence de tout bacille diphtérique.

Dans un but prophylactique également, toutes les angines tant soit peu suspectes devraient être soumises au contrôle bactériologique, si l'on veut prendre en considération d'une part les nombreuses angines diphtériques d'un caractère clinique bénin, et d'autre part les nombreuses angines cliniquement graves, tout au moins à leur début, et relevant d'agents microbiens divers parmi lesquels il faut sûrement citer le bacille de Vincent et le streptocoque.

Voilà ce que le praticien peut attendre du laboratoire dans l'étude de ses cas de diphtérie. L'apport, on voudra bien l'admettre, est suffisamment important pour que l'on doive en tenir compte.

Rappelons maintenant en peu de mots les manipulations à effectuer pour le médecin qui voudrait lui-même mettre à exécution son diagnostic bactériologique. La technique en est simple, l'appréciation quelquefois un peu plus délicate.

Examen direct :—L'examen direct s'effectuera sur au moins trois frottis sur lames obtenus en enduisant les lames avec le coton porteur de la fausse membrane. Ces frottis seront d'abord fixés à la flamme, puis colorés, l'un par coloration simple au violet de gentiane ou au bleu de Roux ou de Loeffler, l'autre par la méthode de Gram, le troisième par le Neisser. Le Gram s'effectuera suivant la technique habituelle de coloration au violet, mordantage par le liquide de Gram, décoloration à l'alcool qu'il ne faudrait pas cependant trop accentuer et coloration seconde au brun de Bismarck. Le Neisser s'obtient en colorant d'abord au bleu de méthylène, puis au brun; il permet de déceler les granulations qui apparaissent en bleu foncé sur un bacille coloré en brun.

Il faudra se rappeler dans ces recherches que le bacille diphtérique se présente sous trois types différents: les formes courtes, moyennes et longues; que c'est un batonnet à extrémités souvent renflées, présentant des

granulations qui s'observent au Neisser, souvent disposé en amas embrassés et prenant le Gram.

La quantité des bacilles trouvés importe peu au point de vue du pronostic. Ils peuvent du reste manquer à l'examen direct. Mais il faut tenir compte des associations microbiennes qui l'accompagnent et en particulier du streptocoque.

Culture:—Les cultures seront effectuées sur le milieu de choix du sérum de boeuf gélifié. Lesensemencements seront faits en chargeant largement le fil de platine sur la fausse membrane et en ensemençant successivement deux ou trois tubes sans recharger le fil de façon à obtenir des colonies bien distinctes. Ces colonies après vingt-quatre heures d'étuve sont petites, arrondies et d'un blanc grisâtre. Elles seront vérifiées au microscope, en procédant comme pour l'examen direct.

Il faudra se rappeler en principe que tout bacille qui vient de la bouche, prend le Gram et donne en vingt-quatre heures des colonies visibles à l'oeil nu sur sérum de boeuf gélifié, est un bacille diphtérique.

La microbiologie clinique de la diphtérie simple à effectuer, et justement interprétée par le clinicien, devrait se répandre chaque jour davantage, et c'est un des domaines où la bactériologie peut rendre les services les plus précieux à la clinique journalière.

Dr. A. VALLEE.

J. B. GIROUX

PHARMACIEN-OPTICIEN

Tél.: 1737w

..La nuit: 1737j

392, RUE ST-JOSEPH,

QUEBEC

BANDAGES, BAS ELASTIQUE, SEINS ARTIFICIELS.

NOTES PRATIQUES DE CHIRURGIE

"ANALYSES"

Dr C. VEZINA.

Professeur agrégé, chargé du cours de biologie.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE, XXIIe Session. — *L'anesthésie chez les urinaires*. (Journal d'Urologie, oct. 1921, No. 4, page 267, Rapporteurs : MM. Chevassu et Rathery)

Les anesthésiques généraux volatils s'éliminent par la vie pulmonaire, le rôle du rein n'est qu'accessoire. Cependant, les reins pendant l'anesthésie contiennent une certaine quantité d'anesthésique qui détermine des altérations du rein suivant l'agent et les quantités administrées.

C'est le chloroforme qui détermine les altérations du rein les plus profondes, puis vient l'éther, puis le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote qui produisent les altérations minimales.

Cependant il est difficile de dire la part qui revient à l'anesthésie et celle qui revient à l'infection, au shock, à l'hémorrhagie, etc., dans ces altérations rénales.

Néanmoins le chloroforme paraît le plus dangereux de tous les anesthésiques ; il ne convient pas aux hypertendus, ni aux rénaux.

L'éther est moins toxique. Il n'est pas recommandable chez les congestifs et les tuberculeux pulmonaires.

Le chlorure d'éthyle à petite dose n'est pas toxique. Le protoxyde d'azote semble l'anesthésique le moins toxique pour les parenchymes, mais ne serait pas sans danger. Il doit être pur, ce qui paraît difficile à vérifier. Il semble avoir perdu beaucoup de la faveur qu'on lui attribuait dans les débuts.

L'anesthésie rachidienne est encore très discutée. Les accidents bulbaires dont elle est la cause sont moins à craindre si l'anesthésie est loin du bulbe. Elle n'est pas à conseiller dans les opérations rénales.

Il semble résulter de ce rapport et de la discussion qui a suivi, que l'éther est encore l'anesthésie la plus recommandable et la moins dangereuse chez les urinaires.

* * *

F. LEGUEU.—*Pathogénie des hémorrhagies post-opératoires*. (Journal d'Urologie, T. XI, Nos. 5, 6, 1921, page 345)

A la suite d'une intervention rénale conservatrice, comme la néphrolithotomie, on voit quelquefois survenir des hémorragies qui obligent le chirurgien à pratiquer soit immédiatement, soit dans les jours qui suivent l'opération, une néphrectomie secondaire.

L'auteur après avoir mentionné les différentes causes attribuées par certains auteurs aux hémorragies post-opératoires, (Albarran, mauvaise suture du rein; Rafui, influence du drain et de l'infection.) croit que la cause la plus commune de ces hémorragies est constituée par la production d'un infarctus au niveau du point où le rein a été incisé. L'auteur rapporte quatre cas d'hémorragie causée par cet infarctus. Dans six autres cas il y avait bien un infarctus, mais il ne siégeait pas au niveau du territoire opéré. Il siégeait par exemple à l'un des pôles du rein quand l'opération avait eu lieu sur l'autre.

Pour l'auteur, la cause de cet infarctus réside dans la déchirure d'une artère anormale au cours de l'extériorisation du rein. Comme l'on sait que les artères du rein sont terminales et correspondent à des territoires définis, il s'en suit, si une de ces artères est déchirée, que le territoire qu'elle irriguait ne recevant plus de sang, va se nécroser et produire ces hémorragies considérables.

Cependant ces infarctus ne produisent pas toujours des hémorragies qui nécessitent la néphrectomie secondaire. L'auteur croit de plus que l'infection serait un facteur aggravant les conséquences de l'infarctus dans la production de ces hémorragies post-opératoires.

* * *

LOUIS VERDELET.—*Obstruction intestinale et ascaris lombricoïde.* (Archives franco-belges de chirurgie, No. 3, déc. 1921, page 241)

L'auteur rapporte l'observation d'une malade envoyée dans son service avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

La maladie a débuté par des vomissements alimentaires puis bilieux et de la constipation.

La malade semble fatiguée, mais n'a pas de facies péritonéal. L'abdomen est sensible, mais la douleur n'a pas cette acuité de l'obstruction intestinale vraie. L'arrêt des matières et des gaz est absolu, le ballonnement du ventre pas très prononcé.

Un fait important à signaler, c'est la présence d'ascaris morts ou vivants à chaque vomissement. L'examen des organes ne donne rien de particulier.

En présence de ces symptômes l'A. pense à une obstruction intestinale

paralytique de l'intestin, plutôt qu'à une obstruction vraie. Application de glace et lavement purgatif.

Quelques heures après la malade va à la selle et les symptômes généraux disparaissent. A l'examen des selles on trouve outre des ascaris, des oeufs d'ascaris et de tricocéphales.

L'examen du sang donne :

Polynucléaires : 64% ; Gros lymphocytes : 14% ; Petits lymphocytes : 16% ; Mononucléaires : 4% ; Multilobés : 2%.

* * *

A. COSACESCO.—*Sur la syphilis vésicale*. (Journal d'Urologie, Nov. 1921, page 345)

La syphilis vésicale paraît être une affection rare, surtout rarement diagnostiquée. La muqueuse vésicale par ses conditions d'humidité et de chaleur constitue un bon milieu pour le développement de la syphilis ; si cette localisation n'est pas fréquente, c'est dû d'abord à l'absence d'irritation, si commune à la bouche et à l'anus, et ensuite à ce que les lésions n'étant pas visibles directement passent inaperçues.

L'A. décrit deux types cliniques de syphilis vésicale :

1°—Syphilis vésicale avec cystite concomittante. Variété la plus fréquente, caractérisée par la fréquence des mictions, douleurs, ténésme, hématurie. L'ensemble des symptômes fait penser aux cystites communes gonococciques et tuberculeuses ;

2°—Forme hématurique. Cette forme est rare, et fait penser à toutes les maladies hémorrhagiques de la vessie et du rein, surtout les tumeurs. On a même ouvert la vessie pour de faux papillomes.

L'A. conclut que la réaction de Wassermann et le traitement d'épreuve sont très souvent nécessaires pour vous aider à formuler un diagnostic dans les affections de la vessie. Il cite l'observation d'un malade traité pendant huit ans, pour une cystite tuberculeuse. Lui-même le traite pendant cinq semaines pour la même affection. Comme le traitement ne donnait aucun résultat et jamais on n'avait noté la présence de bacilles de Koch, il pense à la syphilis. Wassermann positif sous l'influence du traitement spécifique le malade s'améliore et guérit.

Dr C. VEZINA.

Furones, Anthrax,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation,
etc.,

LEVURINE

de COUTURIEUX, 18, av. Hoche,
Paris est le seul vrai produit de
ce nom dérivé de la LEVURE de
BIERE. En Cacheets, en Poudre et
Comprimés.

CHRONIQUE MEDICALE

La Scarlatine :—Depuis l'automne de 1920, la scarlatine a continuellement visité la population de Québec, sous une forme plutôt légère, si bien qu'un grand nombre de scarlatineux sont passés inaperçus des médecins, et même méconnus. Ce qui devait arriver, c'est que les enfants, après quelques jours à peine de repos, reprenaient leur vie coutumière, exposés au froid et à l'excès de nourriture. Le résultat, c'est qu'un bon nombre de ces scarlatineux, ainsi ignorés, ont souffert de néphrite, quelquefois mortelle.

Au cours de l'hiver 1922, la maladie semble avoir épuisé le nombre de ses victimes. Ce qui m'étonne dans cette petite épidémie, c'est sa longue durée. La scarlatine dure en effet depuis plus d'un an et demi. C'est au cours de l'hiver 1920-21 que les victimes ont été les plus nombreuses. A l'hôpital civique de Québec, les 4 départements réservés ordinairement à la variole, la diphtérie, la rougeole et la scarlatine, étaient alors tous complètement remplis de scarlatineux. Aussi je ne crois pas être loin de la vérité en disant qu'à Québec, dans cette espace de temps, il y a eu près de 5,000 cas de scarlatine. Je n'ai pas trouvé ce chiffre dans les statistiques officielles; elles ne valent rien.

Par contre, l'hiver dernier, alors que la scarlatine sévissait particulièrement, mais toujours d'une manière bénigne, nous n'avions pas à Québec, ni de rougeole, ni de varicèle, ni de coqueluche. Mais cet hiver nous avons toutes ces maladies contagieuses, et surtout beaucoup plus de diphtérie que de coutume.

Un symptôme que je n'ai pas vu mentionner dans les auteurs que j'ai lus, est le suivant : c'est l'hypothermie au cours de la période desquamative de la scarlatine. C'est une hypothermie assez marquée, qui arrive dans la moitié des cas, et qui peut durer 2 à 3 semaines. Nous en avons de nombreux exemples typiques à l'hôpital civique. Il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure. Tout rentre généralement dans l'ordre par les seules forces de la nature. La "*vis medicatrix naturae*" rend encore ici des services à la médecine, heureusement, car les médicaments ne font rien contre cet abaissement de température.

Une autre chose qu'il nous a été donné de constater, c'est que des sujets gardés en quarantaine dans un hôpital jusqu'à ce que la desquamation soit complètement terminée, i-e, après 40, 50 et même 60 jours, et renvoyés dans leur famille après une désinfection parfaite de leur personne et de leurs vêtements, ont contaminé leurs petits frères et leurs petites soeurs.

D'où cela vient-il? Cela vient de ce que le virus contagieux est resté dans leur gorge apparemment saine, et ces porteurs de germe ont propagé la maladie dans leur entourage. C'est le caractère du contagion scarlatineux de rester longtemps confiné dans la gorge des personnes guéries de cette maladie. D'où l'obligation de désinfecter la cavité bucco-pharyngée non seulement au cours de la maladie pour préserver le malade lui-même des complications de la scarlatine, mais aussi au cours de la convalescence pour la protection des autres.

* * *

La grippe :—Comme je le disais dans ma dernière chronique, la grippe a fait sa visite annuelle dans notre district, au cours de janvier et février 1922. Heureusement, elle n'était pas grave; elle se civilise en vieillissant. En effet, à mesure qu'on s'éloigne de la pandémie de 1918, ses germes perdent de leur virulence. Elle était en effet, cette année, de forme si légère que, chez les adultes, la guérison se faisait spontanément "*les pieds sur les chenets*" suivant l'expression de Peter. Par contre les enfants ont eu maille à partir avec elle. Beaucoup en sont morts cet hiver.

La maladie que nous désignons dans le langage médical, sous le nom de grippe ou d'influenza, a reçu à travers les âges des dénominations multiples: *catarrhus febrilis*, *catarrhus epidemicus*, *baraquette*, *petite poste*, *petit courrier*, etc.

Le célèbre médecin Broussais, qui vivait au commencement du XIX^e siècle, dans un moment de mauvaise humeur sans doute, définissait ainsi la grippe: "invention des gens sans le sou et des médecins sans clients qui, n'ayant rien de mieux à faire, ont inventé ce farfadet". Si cet ancêtre eût vécu une des fameuses épidémies de 1837, 1847, 1889 et de 1918, il eût certainement trouvé que ce lutin, cet esprit follet n'était pas d'invention humaine.

Le nom de "*grippe*" a été donné au siècle dernier par Sauvages de Montpellier, sans doute en raison de l'aspect de la face souvent présenté par ces malades.

Par un abus de langage vulgaire et même du langage médical, la grippe est devenue presque synonyme de rhume ou de fièvre catarrhale simple. En effet n'est-ce pas sous le nom de grippe que nous désignons, en général, les petits endémies de fièvres catarrhales vulgaires qui, dans nos contrées, sévissent annuellement pendant l'hiver?

Ceci m'amène justement à vous parler de la question si souvent controversée, à savoir si ces fièvres catarrhales saisonnières (vulgairement dénommées "*grippe*") sont des maladies différentes des grandes pandémies d'influenza qui ont ravagé le monde quatre fois depuis un siècle. Ou bien ces

fièvres catarrhales saisonnières, endémiques ou endémo-épidémiques, procédant par petites épidémies circonscrites, sont-elles des gripes acclimatées, atténuées, transformées dans leur virulence? C'est une question que la découverte du bacille de l'influenza pourra seule aider à résoudre.

Dans la pandémie de 1837, les pneumonies jouèrent un rôle fondamental; et déjà à cette époque on se demande s'il fallait penser à l'existence d'une épidémie de pneumonies distincte de l'épidémie de grippe, ou à l'existence de pneumonies grippales avec des lésions spéciales, les autres soutenant que rien ne différençait ces pneumonies des pneumonies graves habituelles. La mortalité de cette épidémie de 1837 fut considérable; et on parla à Londres de 1000 morts par jour à l'acmé de la maladie.

En 1847, la grippe fut surtout grave à Londres et à Genève. A Paris, elle fut relativement bénigne. Elle fut caractérisée par des pneumonies, mais moins graves qu'en 1837, par de l'herpès, par l'importance des phénomènes articulaires et des accidents cutanés. Graves, qui la décrivit, nota qu'elle ne suivit aucune marche régulière dans sa propagation.

De 1847 à 1889, on trouve mentionnée toute une série d'épidémies qualifiées de grippe; mais ici on note l'apparition dans toute son ampleur d'un problème nouveau qui n'est pas encore résolu aujourd'hui: *le problème des relations existant entre les états saisonniers et les grandes pandémies.*

Sur ces épidémies saisonnières, plus ou moins intéressantes, nous avons de nombreux documents, les plus typiques étant les nombreux rapports faits à la société médicale des hôpitaux de Paris par une Commission des épidémies. A cette époque la question de la grippe se rattache nettement aux idées sur les *catarrhes* et *l'affection catarrhale*, à laquelle Fuster, dans une monographie retentissante, rattachait presque toute la pathologie, et que Brochin a exposé dans son remarquable article "*catarrhe*" au Dictionnaire Dechambre (1873).

Petrequin fait de la grippe pandémique une maladie spécifique générale (1837).

Graves (1862) veut que l'on sépare l'influenza des affections catarrhales qui se rencontrent presque toutes les années dans les climats tempérés.

Raigle, Delorme (1836) avait déjà considéré la grippe comme une maladie *sui generis*, produite, comme la peste du XIV^e siècle, et comme le choléra de notre temps, par une cause inconnue mais spéciale.

Les auteurs du compendium—(Monneret et Fleury)—en font également une maladie générale, épidémique (1841).

En revanche beaucoup d'auteurs, ou rangeaient la grippe parmi les bronchites et n'en faisaient qu'une forme spéciale, épidémique de bronchites.

saisonniers, ou rapprochaient la grippe des fièvres catarrhales saisonnières. Hardy et Behier (1864) protestent contre la tendance à ranger la grippe parmi les maladies pestilentielle. Pour eux la grippe n'est rien autre chose qu'*"une bronchite modifiée dans son expression symptomatique par la forme épidémique qu'elle a revêtue."*

Forget en 1858 avait défendu des idées analogues.

En 1872 Gintras écrit : "La grippe....c'est une bronchite épidémique avec des phénomènes généraux particuliers, et non une maladie générale avec des phénomènes de bronchite".

Brochin en 1873, dans le Dictionnaire Dechambre conclut : "De ces deux ordres de faits, l'un est général et constant : c'est le retour périodique, annuel, et aux mêmes époques de l'année, à quelques légères oscillations près, des affections catarrhales aiguës, simples. L'autre variable, inconstant et irrégulier, est la manifestation à certaines époques plus ou moins éloignées, souvent distantes les unes des autres, d'un grand nombre d'épidémies catarrhales."

Quelques années plus tard, en 1879, Colin écrivait également : "Des formes intenses, revêtues par la grippe en 1837, nous pourrions rapprocher, chaque année, un nombre plus ou moins considérable d'affections catarrhales, indépendantes de toute épidémie générale, survenant par le fait du retour des constitutions de la saison froide, et dans lesquelles les symptômes nerveux prédominent sur les signes d'irritation des muqueuses. Il y a même des constitutionnelles hivernales et printanières dans lesquelles la tendance aux pneumonies est aussi considérable que dans les épidémies d'influenza, par le type rémittent de la fièvre, par la profonde adynamie, par la fugacité des phénomènes locaux ; ces pneumonies correspondent aux pneumonies grippales." Plus nous observons, moins nous croyons à une différence nosologique absolue entre la grippe et le catarrhe saisonnier.

La pandémie grippale de 1889 se caractérisa surtout par son caractère polymorphe. Ce fut en effet un réveil de toute la pathologie : pneumonies, éruptions cutanées, méningites cérébo-spinales, cyctites, otites, rhumatismes articulaires, etc. L'explosion en masse fut un autre caractère de cette épidémie. La grippe de 1889 n'a pas du tout la marche progressive en tache l'huile, comme le choléra ou la peste ; mais elle a envahi les grands centres comme une sorte d'explosion en masse, sans règle absolue. Ainsi elle apparaît à Moscou du 1er au 10 novembre, à Berlin, le 12 novembre, à Paris le 12 novembre, à Vienne, le 21 novembre. En Angleterre, en Espagne, au Portugal vers le milieu de décembre ; en Hollande, à la fin du mois. En Amérique et au Canada elle apparut vers la fin de décembre et au commencement de janvier 1890. Et quoiqu'on en ait dit au dernier Congrès des médecins de langue française, la morbidité et la mortalité furent très gran-

des, dans notre pays, aussi fortes qu'en 1918. Ce furent surtout les personnes âgées et les vieillards qui payèrent alors le plus lourd tribut à la mortalité. J'ai vécu cette année terrible. Et on peut dire, comme dans la fable des animaux malades de la peste, ils n'en mourraient pas tous, mais tous étaient frappés.

Ce qui est en effet, certain, c'est que cette pandémie a envahi presque en même temps toute l'Europe et toute l'Amérique, avec une morbidité énorme.

Dans les hivers qui suivirent 1889, il y eut de petites épidémies, avec une certaine recrudescence de virulence durant les hivers de 1894 et de 1897. J'étais alors médecin: Le problème qui avait déjà préoccupé les anciens auteurs, à savoir les rapports existants entre les grandes et les petites épidémies, se posait de nouveau.

De l'aveu même de ceux qui croient à la spécificité de la grippe pandémique, il n'y a pas entre elles de différences cliniques évidentes. Seul le degré de morbidité les sépare. Aussi après la grippe de 1889, une nouvelle tendance apparaît chez les auteurs qui ont abordé le sujet. Tandis que les uns continuent à vouloir séparer complètement les grandes pandémies des petites épidémies, et se demandent s'il y a pas des états saisonniers absolument différents de la grande influenza qui serait seule spécifique, d'autres supposent que les petites épidémies qui ont fait suite à la grande pandémie de 1889 ne sont que des reviviscences de l'influenza restée latente et endémique. Les collectivités, comme les individus, auraient de la peine à se débarrasser de l'influenza, dont la lente convalescence est bien connue. Ainsi en 1905, devant la société médicale des hôpitaux de Paris, les opinions les plus diverses furent émises lors de la discussion sur la pathologie de la grippe. Une fois de plus "*scinduntur doctores*".

Que conclure de tout cela: c'est que le jour où le germe de la maladie sera connu, on pourra jeter un peu de lumière sur cette question de l'identité de la grippe pandémique et des fièvres catarrhales épidémiques, et conséquemment sur la question de l'immunité acquise.

LAVAL.

INFECTIONS ET TOUTES SEPTICÉMIES

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

...LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement **LANTOL**
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

INTERETS PROFESSIONNELS

La "*Canadian Medical Association*" est dans une position *intéressante*, pour employer un euphémisme : entre nous, elle est en gestation. Fécondée par l'esprit anglo-saxon, elle porte dans ses flancs le fruit de ses amours d'unification en matière scolaire. Si le fœtus naît viable, elle le baptisera du grand nom de "*Canadian College of Physicians and Surgeons*". Naturellement, comme toute femme "grosse", elle travaille à son "*arrondissement*". L'approche de sa délivrance ne laisse pas cependant de lui inspirer certaines inquiétudes. Aussi pour le grand jour de l'accouchement, qui doit avoir lieu en juin prochain, à Winnipeg, elle appelle à son secours tous les spécialistes en obstétrique—que peut-on faire aujourd'hui sans les spécialistes, même en accouchement ?

Pour cette occasion, les meilleurs et les plus compétents sont les diverses facultés du Canada, ainsi que les grandes associations médicales. Chacune est priée d'apporter le concours de ses lumières et de son expérience. Les uns apporteront leur forceps ; d'autres, le chloroforme et la pituitrine. Le travail promet en effet d'être long, c'est une primipare avancée en âge.

Québec, se rendant compte que nous en avons assez du "*Medical Council of Canada*", se propose d'apporter un.... "*basiotribe*"histoire de tuer le projet dans l'oeuf. Les chirurgiens appelleraient cela sans doute "une cure radicale".....

Maintenant voyons les faits.

Le comité formé par la "*Canadian Medical Association*" en vue de mettre à exécution le projet de la fondation d'un "*Canadian College of Physicians and Surgeons*", s'adresse aux diverses facultés du Canada, ainsi qu'aux associations médicales importantes, en vue d'avoir leur opinion et leurs suggestions sur l'établissement d'un pareil collège.

Pour ne pas dénaturer leur pensée, nous reproduirons dans son texte original, i-e en anglais la lettre de ces braves gens, persuadé que cela ne fait aucune différence pour les nôtres :

417 Bloor St., West, Toronto, Ontario.

November 26, 1921.

To the Universities, Medical Councils, and Provincial
Medical Associations of Canada.

Gentlemen :—

Enclosed will be found a copy of a resolution relative to the formation of a Canadian College of Physicians and Surgeons introduced at the Van-

couver meeting of the Canadian Medical Association, 1920, and a resolution adopted by the Association pertaining to the subject.

The copy is self explanatory and is submitted to your organization for consideration and expression of opinion.

It has been suggested that the establishment of a Canadian College of Physicians and Surgeons might further such objects as:—

1. General advancement in Canadian Medicine and Surgery.
2. The establishment and recognition of advanced diplomas in Medicine and Surgery throughout the Dominion.
3. Stimulation and promotion of post-graduate work in Canada for Canadians.
4. Recognition of high professional attainments and successful post graduate work by Canadians.
5. The setting of some standard for the qualifications of specialists.
6. Closer association with British Medicine and Surgery by a possible affiliation with the Royal Colleges of England.

Your committee of the Canadian Medical Association is required to make a report on this subject at the 1922 meeting to be held in Winnipeg, and in order that the report may be of value and comprehensive, you are urgently requested to undertake to give the matter early and serious consideration.

Does your organization consider it desirable to promote the establishment of a Canadian College of Physicians and Surgeons ?

If so, have you any suggestions to offer as to its aims, scope and organization ?

If an opinion of a general session of your organization is unavailable it is requested that some statement from your Executive be forwarded, if possible, *before the end of February, 1922*, with an intimation as to whether it can be considered by your general session and a further report sent in time for compilation before the 1922 meeting of the Canadian Medical Association in Winnipeg, *which as is the custom, will likely be held in June or early in July.*

Yours sincerely,

F. W. MARLOW,

Chairman of Committee on the formation of a
Canadian College of Physicians and Surgeons.

Voici maintenant la réponse du doyen de la Faculté Laval :

Québec, le 3 janvier, 1922.

Le Président de l'Association Médicale Canadienne,

Cher Monsieur,

La Faculté de Médecine de Québec a pris connaissance de la résolution adoptée par l'Association Médicale Canadienne en vue de la fondation d'un Collège Canadien de Médecine et de Chirurgie.

Elle reconnaît l'importance qu'un encouragement systématique aux études médicales peut avoir pour le développement d'une élite professionnelle, et à cette fin elle sera toujours heureuse de coopérer avec les différentes écoles et associations médicales du Canada.

Mais elle ne voit pas l'utilité dans le présent ou dans un avenir prochain de la création d'un Collège Canadien des Médecins et Chirurgiens. Pour réaliser dans les sciences médicales des progrès qui puissent faire honneur à notre pays, il importe plus d'animer, de perfectionner les organismes que nous avons déjà que d'en développer de nouveaux.

Nous ne croyons pas que sous la poussée des événements, dans le conflit des opinions et par les menées des politiciens, le status du Canada se soit modifié,—aux yeux de l'homme d'état réfléchi,—depuis la Confédération.

Ce n'est pas dans l'unification de nos institutions d'après un modèle britannique ou étranger que réside dans le domaine médical, l'avenir du Canada en tant que nation distincte, s'il recherche la substance des choses plutôt que le mirage des mots.

Ce qui peut faire sa force et sa gloire propre, c'est la large utilisation —en les coordonnant sans les comprimer,—des aspirations, des énergies, des aptitudes qui se révèlent sous les formes les plus diverses parmi les éléments de notre population et principalement au sein des deux grandes races qui ont fondé ce pays.

La diversité des mentalités, des méthodes de culture et conséquemment des réalisations intellectuelles, est pour le Canada un avantage qu'il serait regrettable de compromettre par des tentatives, — d'ailleurs vaines,—d'uniformisation des esprits.

Nous désirons bien que les écoles médicales canadiennes s'entendent et s'associent pour stimuler et développer, suivant leurs procédés propres, les études de perfectionnement et pour les généraliser autant qu'il est possible.

Mais nous n'admettons pas que les parchemins délivrés par les méde-

cins canadiens réunis en Conseil général soient une consécration plus appréciée de la science supérieure et de la haute valeur professionnelle que les titres universitaires.

En dépit de son opposition de principe au projet de fondation d'un Collège Canadien des Médecins et Chirurgiens, la Faculté de Québec est cependant disposée à étudier un plan concret et bien défini, et elle profite de cette circonstance pour exprimer à l'Association Médicale Canadienne qu'elle suit ses travaux avec beaucoup d'intérêt, et qu'elle sera heureuse de recevoir d'elle toute suggestion qui pourrait l'orienter vers le progrès.

Veuillez croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr. ARTHUR ROUSSEAU,

Doyen de la Faculté de Médecine,
Université Laval.

Cette lettre se passe de commentaires.

Le comité de propagande de l'Association Médicale Canadienne s'est aussi adressé à la Société Médicale de Québec. Celle-ci, dans sa séance du 17 mars dernier, après avoir étudié le projet, a décidé d'envoyer à Winnipeg, pour le jour de l'accouchement son meilleur "craniotomiste".

LA REDACTION.

AVIS

L'Association médicale canadienne, dont le "Bulletin Médical" annonçait la fondation dans son numéro de janvier dernier, tiendra ses premières séances cliniques, à Montréal, le 6 et 7 avril prochain. Prière aux médecins d'y assister.

PAR ORDRE.

GESTATION ET TUBERCULOSE

Par **Léon BERNARD.**

Les relations de la tuberculose et de la gestation ont toujours rencontré chez les obstétriciens comme chez les phthisiologues un vif intérêt que justifient à la fois l'importance des questions doctrinales comme la gravité des conséquences pratiques enfermées dans ce problème clinique.

Récemment une discussion était ouverte, à la suite d'une brillante communication de Rist, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, qui mit à nouveau en relief les difficultés de ce problème, les divergences d'opinion, et aussi le renouvellement des points de vue d'où il le faut considérer.

Si la plupart des auteurs, dans le passé comme dans le présent, pensent en effet que la gestation exerce une influence pernicieuse sur la tuberculose, il est remarquable cependant que cette influence n'est pas tellement constante que l'on n'ait pu avancer à cet égard des opinions radicalement opposées.

En effet, sans remonter à l'aphorisme d'Hippocrate (*Juvenes celibes strumaci fiunt, postea vero matrimonio sponte curantur*), nous citerons les écrits de Cullen, de Dugès, de Bordeu, de Rozières de Chassenge, qui s'accordent à présenter l'état de gravidité comme susceptible d'améliorer la tuberculose, opinion qui est encore exprimée plus près de nous par Andral, Bouchut, Gubler, Wernicke, Sabourin.

En face de cette doctrine s'élève la thèse opposée soutenue par Mauriceau, Louis, Grisolle, Dubreuilh, et définitivement accrédité par les travaux de Depaul, de Tarnier, de Charpentier, de Budin et de différents auteurs étrangers, thèse aux termes de laquelle la gestation exerce une influence funeste sur la tuberculose et doit être évitée aux tuberculeuses.

On peut trouver peut-être l'explication de cette discordance d'avis si radicale, d'une part dans le fait que tous les auteurs n'ont pas toujours envisagé les mêmes sujets : les uns ont parlé de tuberculeuses et de phthisiques, les autres de scrofuleuses, de prédisposées. Or nous savons aujourd'hui que, sous ces termes de scrofuleuse, de prédisposée, se cachent ordinairement les manifestations diverses de l'immunisation tuberculeuse acquise au cours d'infections bacillaires vaccinales. Rien d'étonnant alors que de pareils états ne réagissent pas à la gestation sur le même type qu'une lésion tuberculeuse plus ou moins active ou évolutive.

Une seconde raison des divergences de vues réside dans ce que ce n'est pas tant dans le cours de la gestation, et surtout à son début, que s'aggrave la tuberculose, que vers la fin et surtout dans le temps qui suit l'ac-

couchement. Là encore, il existe une source d'illusions qui a pu tromper certains observateurs.

En réalité, ainsi que l'a signalé Rist, la question du diagnostic de la tuberculose domine le problème; or cette question ne se pose plus aujourd'hui comme naguère. Nous ne considérons plus sous le même angle que nos prédécesseurs les sujets qui présentent ces anomalies respiratoires qui les faisaient regarder comme des tuberculeux au début; nous ne divisons plus la marche de la tuberculose en périodes ou degrés, allant du premier, celui que caractérisent les signes décrits par Grancher, jusqu'au terminal, troisième ou quatrième suivant les classifications, que caractérisent les signes de la phthisie. Avec la conception ancienne et erronée, on conçoit que l'influence de la gravidité sur la tuberculose ait paru contradictoire suivant les cas. C'est qu'il n'y a aucune commune mesure entre ces cas.

En réalité, ceux-ci différencient, non pas des étapes de la maladie, mais des formes d'évolution entièrement différentes, et différentes parce qu'elles sont gouvernées par l'état réactionnel, spécifique, par l'état d'allergie de l'organisme au bacille de Koch, état commandé lui-même par la valeur immunisante variable de l'infection bacillaire.

Devant un malade qui présente des signes manifestes de tuberculose, signes stéthacoustiques et signes radiologiques, nous devons aujourd'hui nous demander, non pas à quel degré de la maladie il se trouve, mais à quelle forme il a affaire: s'agit-il d'une tuberculose évolutive ou d'une tuberculose arrêtée, fruste ou occulte? La lésion est-elle active ou inactive? Telles sont les données du problème qu'il est nécessaire d'élucider pour préciser l'avenir du malade. On conçoit combien elles importent si l'on veut fixer avec correction l'action d'un état intercurrent, comme celui de gravidité, sur ce devenir.

Ce préambule étant formulé pour la clarté de notre exposé, voici la constatation la plus frappante que nous ayons recueillie dans notre service: c'est la fréquence d'antécédents obstétricaux récents chez nos tuberculeuses. Sur 164 femmes tuberculeuses observées dans les six premiers mois de l'année 1921, on trouve chez 31 d'entre elles la gestation ou l'accouchement: donc plus de 18 pour 100.

Parmi ces femmes, nous trouvons:

A) Cas ayant débuté pendant la gestation.....	6
— après l'accouchement	13
B) Cas ayant été réveillés ou aggravés par la gestation.....	8
Cas ayant été réveillés ou aggravés par l'accouchement.....	4

Parmi les faits où la tuberculose suit l'accouchement, il y en a un plus grand nombre qui appartiennent à des femmes ayant allaité qu'à des femmes n'ayant pas allaité: 8 contre 5 dans la catégorie A (début); 2 contre 1, dans la catégorie B.

La conclusion qui semble ressortir de cette statistique, c'est que les femmes qui présentent des manifestations actives ou récentes de tuberculose n'attendent pas en général l'accouchement pour voir leur tuberculose s'aggraver : dès la gestation, on observe l'aggravation ou le réveil de ces manifestations.

Au contraire, les femmes qui ne présentaient pas, avant d'être enceintes, de manifestations de tuberculose ont plus de chances de résister à la gestation, et c'est, celle-ci terminée, la puerpéralité qui risque le plus de déclencher l'évolution tuberculeuse, laquelle débute un temps plus ou moins long après l'accouchement.

Enfin l'allaitement vient encore ajouter un facteur d'aggravation à l'accouchement et augmenter les risques de tuberculose.

Nous nous sommes demandé si l'influence pernicieuse de la gravité et de l'accouchement se traduisait le plus souvent dès la première occasion, ce qui implique une influence réelle et étroite, et nous avons recherché à cet effet si nos tuberculeuses influencées par ces facteurs étaient plus fréquemment des primipares ou des multipares. Nous avons trouvé 21 primipares contre 10 multipares, et cette disproportion se retrouve identique dans les différentes catégories que nous avons distinguées (cas post-gravidiques et cas post-puerpéraux, cas de commencement et cas d'aggravation).

Donc les femmes qui sont destinées à voir la tuberculose provoquée ou aggravée par la gravité ou l'accouchement courent ce risque dès leur première grossesse ; rien ne met mieux en lumière la valeur en quelque sorte spécifique de ce risque.

Cette spécificité n'est pas contestable. Les recherches cliniques et expérimentales de Nobécourt et Paraf en ont apporté une démonstration, que laissaient prévoir les recherches anciennes de Bar et Devraigne. En effet, nos collègues ont vu que la cuti-réaction, positive chez des tuberculeuses, pouvait devenir négative vers la fin de la gestation et après l'accouchement, décelant un état d'anergie qui traduit la suspension de la résistance, de l'immunité acquise au bacille de Koch. La gravité et la puerpéralité agissent ici comme certaines maladies, telles que la rougeole (v. Pirquet) ou la grippe (Debré) et, pour ces différents états intéressants, physiologiques ou pathologiques, l'étude des réactions tuberculiques rend compte du mécanisme pathogénique des faits cliniques observés. Toutefois cette anergie due à la gestation ou à l'accouchement est loin d'être constante ; cette constatation seule nous engage à ne pas généraliser d'une manière absolue l'action pernicieuse de la gravidité ou de la puerpéralité sur la tuberculose.

D'ailleurs la statistique relevée dans notre service suffirait à nous inviter à cette prudente réserve.

En effet, sur les 164 femmes qui en fournissent la base d'étude, nous en avons trouvé 34 chez lesquelles on découvre des antécédents gravidiques et obstétricaux qui semblent n'avoir en rien pesé sur la marche de leur tuberculose.

C'est un chiffre sensiblement équivalent à celui des cas où, au contraire, la tuberculose a été influencée ou provoquée par la gestation ou l'accouchement.

On est donc autorisé à conclure à la fréquence de cette influence, qui ne laisse pas d'être singulièrement impressionnante dans les conditions où nous sommes placés à l'hôpital Laënnec, mais rien de plus. Il ne faudrait pas aller jusqu'à regarder comme fatale l'action sur la tuberculose de la gravidité ou de la puerpéralité.

Pour prendre une vue complète et exacte de ce problème, il ne faut pas se contenter d'enquêter parmi les tuberculeuses : il faut enquêter aussi parmi l'ensemble des gestantes ou des parturientes. A ce point de vue, les accoucheurs sont plus qualifiés que les phthisiologues pour fournir des données précises ; toutefois, j'ai vu, comme tous mes collègues, nombre de femmes qui avaient toutes raisons de redouter une évolution tuberculeuse, traverser sans dommages une ou plusieurs gestations. J'ai plus particulièrement le souvenir d'une jeune femme, atteinte d'une sclérose apexienne non évolutive, mais présentant par périodes quelques manifestations locales et générales d'activité, qui devint enceinte pour la troisième fois dans des conditions de santé telles qu'un accoucheur parfaitement compétent et consciencieux proposa l'interruption de la gestation. Sur mon conseil, cette décision ne fut pas prise : cette jeune femme fit les frais de sa grossesse, mit au monde un enfant fort bien portant, qui, de même du reste que la mère, n'a cessé depuis de présenter un état très satisfaisant.

Pour que le problème soit envisagé sous tous ses aspects, il conviendrait de préciser l'effet de l'intervention interruptrice de la gestation sur la tuberculose. Or, il semble bien que le traumatisme ainsi provoqué ne soit pas, lui non plus, sans graves inconvénients. Ceux-ci doivent être pesés dans la balance où l'on essaye d'estimer la menace représentée par la gestation, les dangers qu'elle fait courir à la malade, alors que ceux-ci peuvent être souvent écartés, atténués, ou combattus par une surveillance rigoureuse et des moyens appropriés.

Quant à la question de l'allaitement, sur ce point il faut être radical : une tuberculeuse, tant dans l'intérêt de son enfant que dans le sien propre, ne doit pas allaiter. Si, dans des circonstances exceptionnelles, l'allaitement maternel doit être autorisé pendant un court temps, il doit être pratiqué à l'abri des précautions que j'ai instituées à ma crèche de l'hôpital Laënnec. Ces précautions, je les prends durant le délai d'observation à laquelle sont

soumises les femmes qui me sont envoyées avec la présomption de tuberculose : au moment de la tétée, la mère malade revêt une blouse et un masque, de manière à ce que l'enfant ne soit en contact ni avec des souillures du vêtement ou avec le visage, ni exposé aux gouttelettes de Flügge. Mais, lorsqu'il s'agit de tuberculose active, l'allaitement est interrompu. Celui-ci aurait sur la maladie de la mère une influence pernicieuse ; quant à l'enfant, il serait pour lui l'occasion de contacts intimes (outre la possibilité fort aléatoire d'élimination lactée du bacille) qui le contamineraient à coup sûr, dans des conditions que j'ai étudiées avec Robert Debré.

Il semble donc que l'on puisse conclure de la manière suivante : la gestation et l'accouchement exercent une influence indéniable sur la tuberculose, la tuberculose manifeste étant souvent aggravée dès la gestation, la provocation d'une évolution tuberculeuse étant plus fréquemment consécutive à l'accouchement, surtout si celui-ci est suivi d'allaitement. Mais cette relation est loin d'être fatale. Si elle est surtout à redouter lorsque l'on se trouve en présence de tuberculoses caséuses évolutives, il convient à coup sûr de distinguer celles-ci des autres formes de tuberculose, et particulièrement des tuberculoses scléreuses localisées, actives ou inactives, pour lesquelles cette influence pernicieuse est beaucoup moins à craindre.

En vérité, la gravidité, l'accouchement, l'allaitement, tout en représentant des états physiologiques, constituent des moments de la vie féminine qui modifient profondément son organisme, et particulièrement, spécifiquement, la résistance, la réaction de celui-ci à l'infection bacillaire. Ils doivent donc être surveillés avec une attention qui sera d'autant plus grande que l'on aura des raisons de soupçonner des risques de tuberculose. Mais là doit s'arrêter la conséquence pratique de ces mauvaises relations. C'est déjà à ces conclusions qu'aboutissait il y a nombre d'années le professeur Pinard. Les recherches récentes n'ont fait qu'en confirmer le bien-fondé et les corroborer d'une base expérimentale.

Il faut surtout s'interdire d'édicter des règles, encore moins des lois relatives à l'intervention au cours de la tuberculose. Il faut discuter chaque cas en lui-même, car cette discussion repose essentiellement sur une question de diagnostic, et j'ai des raisons de croire que celle-ci n'a pas toujours suffisamment retenu l'attention des médecins ou des accoucheurs qui ont eu à s'en préoccuper.

Il ne s'agit pas de jeter je ne sais quel anathème sur les accoucheurs qui, de bonne foi, se croiraient en devoir d'intervenir chez une tuberculeuse enceinte ; il convient seulement d'éclairer cette bonne foi, et je suis convaincu que cette tâche aura pour effet de diminuer le nombre des interventions.

En résumé, il vaut mieux, quand on est tuberculeuse, ne pas devenir enceinte ; mais quand une tuberculeuse est enceinte, il n'est pas certain qu'elle ait avantage à interrompre sa gestation.

QUELQUES PETITS SIGNES DE LITHIASÉ BILIAIRE.

Si la grande lithiasé biliaire avec sa crise, caractéristique de colique hépatique se suffit à elle-même, il n'en est pas de même de la lithiasé fruste, dont le diagnostic est souvent des plus difficiles. Tout signe qui peut y aider doit donc être noté avec soin.

Au premier rang des petits signes déjà connus figure celui de Chauffard : douleur du point cervical inférieur et, celui de Murphy ou douleur de la base droite irradiée ou non à l'épaule ; il peut aussi exister au niveau des apophyses épineuses des 8e, 9e, 10e et 11e dorsales un point douloureux qu'a décrit Chauffard, et Pauly a également signalé un autre point douloureux à droite, à 2 ou 3 centimètres de la ligne épineuse, sur le 4e ou le 5e espace intercostal.

A ces signes M.M. Félix Ramond, Ch. Jacquelin, H. Borrien viennent d'en ajouter quelques autres (Soc. Méd. des Hôpitaux, 4 nov. 1921), qu'ils ont eu l'occasion d'étudier ces dernières années à Saint-Antoine.

Le point xiphôidien ne manque presque jamais au cours de la lithiasé biliaire ; on peut le rencontrer aussi dans les processus douloureux du cardia, de la gastrite supérieure, dans l'emphysème et la dilatation du cœur droit, dans la péricardite ; seul, c'est un symptôme banal ; mais lorsqu'il est associé au point vésiculaire, il y a, dit M. Félix Ramond, présomption très forte en faveur de l'existence d'une lithiasé biliaire plus ou moins latente.

Le signe respiratoire consiste dans le phénomène suivant : le murmure vésiculaire est nettement diminué à la base droite, surtout sur la ligne axillaire postérieure, au cours de la lithiasé biliaire ; parfois cette obscurité respiratoire s'observe à la partie moyenne et même à la partie supérieure du poumon droit ; elle persiste fort longtemps et M. F. Ramond a vu des lithiasiques chez qui le symptôme a survécu des mois à la crise de colique hépatique. Ce signe n'est pas absolument spécifique de la lithiasé libiaire. On peut aussi le voir survenir au cours de l'ectère catarrhal ; mais il est alors moins prononcé, d'une durée moindre, ne dépasse pas sept à huit jours et souvent disparaît au bout de 48 heures de sorte qu'au cours d'un ictère, dont la nature lithiasique ou catarrhale est discutable, la persistance du symptôme respiratoire est nettement en faveur d'un ictère par rétention calculéuse.

Ce signe respiratoire peut aussi s'observer dans les diverses hépatomégalias qui refoulent plus ou moins le diaphragme vers le haut, mais alors la diminution du murmure vésiculaire est inconstante et relativement peu accusée si on la compare à celle qui accompagne la lithiasé biliaire.

Par contre il n'existe pas dans les affections pyloriques ou duodénales qui n'intéressent pas la vésicule biliaire; il permet ainsi d'opérer une différenciation très nette entre ces divers processus.

On a pu décrire ce signe respiratoire (Lesieur) au début et au cours de la fièvre typhoïde, ce qui concorde avec les observations de M. F. Ramond puisque toutes les fois que ce dernier l'a constaté, il existait une inflammation plus ou moins nette, de nature éberthienne, de la vésicule biliaire.

Ce que M.M. Ramond, Jacquelin et Borrien appellent la *sensibilité des perforants*, et ont pu observer dans quelques cas de lithiasé biliaire, est une douleur réflexe, rarement spontanée, mais le plus souvent provoquée par une percussion légère, au niveau de l'émergence des branches perforantes des nerfs intercostaux droits. Cette douleur plutôt exceptionnelle s'observe surtout au cours des processus douloureux de la vésicule biliaire, mais peut aussi exister dans les ulcères de la petite courbure; elle n'a donc qu'une valeur relative.

Quant aux *troubles vaso-moteurs périphériques* du type du syndrome vaso-moteur sympathique qui accompagnent très souvent la lithiasé biliaire, ils peuvent servir, dit M. Ramond, à faire le diagnostic différentiel entre la dyspepsie lithiasique et l'ulcère du pylroe, puisqu'ils n'existent qu'exceptionnellement dans les processus pyloriques ou duodénaux.

Enfin, dernier signe que M. Ramond a pu remarquer: la lithiasé biliaire réveille souvent une *douleur appendiculaire pure*, sans appendicite.

De tous ces petits signes nouveaux de la lithiasé biliaire, le signe respiratoire paraît au médecin de Saint-Antoine être le plus intéressant, et il le classe même avant le signe de Murphy; tandis que ce dernier peut en effet ne pas exister si la vésicule est en retrait du bord hépatique et disparaît très vite dès que la réaction douloureuse de la vésicule s'atténue, le signe respiratoire est constant et durable.

(Le Progrès Médical, 26 nov., 1921).

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

PETITE CONSULTATION

LA BRONCHITE CHRONIQUE

La bronchite chronique, qu'il est, soit dit en passant, malséant de désigner devant les malades sous son synonyme de catarrhe, peut s'installer d'emblée, comme cela s'observe chez les vieillards et au cours de certaines diathèses (lymphatisme, arthritisme), ou représenter le reliquat d'affections aiguës (grippe, pneumonie, coqueluche, etc.) Quelle qu'en soit l'étiologie, elle comporte les mêmes indications qui sont de calmer la toux, de combattre la stase bronchique, de modifier l'état des muqueuses et d'en tarir les sécrétions.

Il ne faut pas perdre de vue que la toux, suivie d'expectoration, joue le rôle d'un réflexe nécessaire pour aider à la déplétion des bronches et qu'il serait, par conséquent, peu logique de chercher systématiquement à la faire cesser. Lorsque, au contraire, elle n'est pas le prélude de l'expulsion des sécrétions bronchiques, lorsqu'elle est "sèche" au lieu d'être "grasse", elle fatigue inutilement les malades et il y a tout intérêt à en diminuer la fréquence et l'intensité. Dans les cas légers, chez les sujets sensibles à l'action des remèdes, enfants ou vieillards, on pourra obtenir de bons effets de l'Aunée qui contient un principe, l'*hélénine*, dont M. le professeur Louis Rénon a démontré l'heureuse influence sur le réflexe tussigène. On prescrira soit la teinture (de 2 à 5 gr.), soit la tisane de Tronchin: miel blanc 120 gr.; faire bouillir dans 500 gr. d'eau pendant un quart d'heure; ajouter 15 gr. de racine d'aunée et 8 gr. de semences d'anis vert: laisser infuser une demi-heure: à prendre par tasses dans les vingt-quatre heures. Lorsque la trachée est particulièrement en cause, l'Erysimum peut rendre des services: infusion théiforme ou sirop composé (1 cuillerée à soupe qu'on avale lentement à la façon d'un bonbon liquide au moment où se produit le chatouillement avant-coureur de la quinte). Si des moyens plus héroïques s'imposent, on aura recours à la Belladone, à la Jusquaimine (de XX à XXX gouttes de teinture), à l'hydrolat de Laurier-cerise qu'il faut manier avec prudence (ne pas dépasser par jour la dose de 10 gr. représentant 0 gr. 01 d'acide cyanhydrique), enfin aux opiacés: on formulera, par exemple:

Sirop de Karabé	75 gr.
— d'Erysimum	125
— de Capillaire	80
Hydrolat de Laurier-cerise	20
de 3 à 5 cuillerées à soupe par jour.	

Aux calmants, on associera les expectorants, racine de Violette, Bryone, Iris de Florence, Asaret, Scille dont j'ai déjà indiqué la posologie dans un précédent article : la potion suivante réunit les deux genres de médications :

Alcoolé d'extrait d'opium	1 gr.
Oxymel scillitique	30
Julep gommeux	120
1 cuillerée à soupe toutes les deux heures.	

Reste l'indication la plus importante : modifier les sécrétions bronchiques en les "incisant" pour employer un terme archaïque mais très expressif, sans toutefois opérer "un tannage" trop brusque des muqueuses qui serait une cause de congestion et d'inflammation. La flore indigène nous offre de nombreux agents propres à atteindre ce but. L'Ail, dont j'ai signalé en 1917 les bons effets et que M.M. Loeper a utilisé récemment avec succès dans le traitement de la gangrène pulmonaire, est un excellent modificateur de l'hypercrinie bronchique : on prescrira l'alcoolature à la dose de XX à XL gouttes par jour. Également recommandables les Labiées riches en principes volatils : je conseille souvent la tisane préparée en faisant infuser dix minutes dans une tasse d'eau bouillante 10 gr. du mélange suivant :

Sommités fleuries d'Hysope	25 gr.
— de Lavande	25 gr.
— de Pierre terrestre.....	50 gr.
4 tasses par jour.	

Mais la plante la plus active de cette famille est le Marrube blanc qui, sous son nom grec *Praision*, jouit dans la pharmacopée d'antan de la réputation méritée d'un puissant "incisif". De diverses observations que j'ai publiées, il ressort qu'il agit en modifiant l'état biochimique des muqueuses, en fluidifiant et en aseptisant les sécrétions, en provoquant leur évacuation, en opérant ce que j'ai cru pouvoir appeler un véritable coup de balai ; grâce à lui, on obtient la cessation de la stase bronchique et, consécutivement, celle de la toux. L'infusion de la plante est peu active : on donnera la préférence à l'extrait hydro-alcoolique (0 gr. 50 à 0 gr. 90 par jour) sous forme de sirop :

Extrait hydro-alcoolique de Marrube blanc.....	3 gr.
Sirop simple	200
2 à 3 cuillerées à soupe par jour,	

ou de pilules :

Extrait hydro-alcoolique de Marrube blanc.....	0 gr. 10
Poudre de Régisse	Q. S.
Pour 1 pilule : 2 avant chacun des 3 repas.	

La forme pilulaire est la plus pratique ; elle épargne au malade les grimaces que justifie la saveur affreusement amère du médicament.

Henri LECLERC.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur le traitement de la Tuberculose pulmonaire, par le Dr C. M. Desvernine (de la Havane), ancien interne et chef de clinique des hôpitaux de New-York, etc. Un volume in-8° raisin.—(“L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE”, 23, rue du Cheche-Midi, Paris, 1921).—Prix: 5 fr.

Depuis plusieurs années, le Dr Desvernine s'est efforcé d'obtenir un sérum antituberculeux, et son ouvrage a pour objet d'exposer les résultats obtenus par lui, à l'heure où les circonstances l'obligent à interrompre ses recherches.

Ses expériences ont porté sur l'âne; il a cherché à activer au plus haut degré la défense organique de l'animal, en provoquant l'élaboration des corps immunisants et aussi en stimulant énergiquement les fonctions hématopoïétiques; ce qu'il obtenait en soumettant l'animal à une grande dépression barométrique, au moment même où il était soumis à des inoculations avec des émulsions bacillaires convenablement dosées.

Contribution à l'étude de certaines réactions motrices de la cage thoracique en rapport avec le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr C. M. Desvernine (de la Havane).—Un volume in-8° raisin.—(“L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE”, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1921).—Prix: 5 fr.

L'auteur a imaginé un appareil enregistreur spécial, le “stéthographe”, qui permet d'inscrire le graphique des mouvements thoraciques. Ses recherches ont porté sur les tuberculeux pulmonaires confirmés, ainsi que sur des sujets simplement suspects ou pré-tuberculeux.

Cet ouvrage rend compte des résultats obtenus, et cela sous une forme qui parle aux yeux, puisqu'il reproduit un très grand nombre des graphiques ainsi obtenus.

Voilà donc un moyen nouveau d'apprécier, de façon tout à fait précoce, l'état de la capacité fonctionnelle de la ceinture costo-sternale supérieure, c'est-à-dire un facteur dont l'influence est capitale sur la défense antituberculeuse de l'appareil respiratoire.

Tous les phthisiologues et tous les médecins praticiens voudront consulter l'ouvrage du Dr Desvernine.

Le premier numéro de décembre 1921 de **Paris Médical**, le grand magazine médical, dirigé par le professeur Gilbert, est exclusivement consacré à la **Thérapeutique**.

En voici le sommaire: Aathery, La Thérapeutique en 1921 (revue annuelle).—Clerc et Pezzi, Action de la quinine sur la fibrillation auriculaire.—Aug. Lumière, Considération sur la prophylaxie et la thérapeutique du choc colloïdal.—Bordier, La Diathermothérapie dans les affections de l'estomac.—Moutier, L'ésérine en thérapeutique interne.—Mouchet, L'ascension du Mont-Blanc.—Rabier, Rue des Jardins-Saint-Paul.

Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4, illustré de figures, contre 1 fr. 50 en timbres-poste à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La librairie J.-B. Baillière et fils envoie sur demande ses Bibliographies spéciales d'ouvrages de Médecine, ou d'Industrie, ou d'Agriculture.