

PAGE

MANQUANTE

Considérations Cliniques sur le diagnostic différentiel et le traitement de l'appendicite

Par le Dr. Eugène Saint-Jacques

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. (1)

Pour avoir été maintes fois exposé, ce sujet peut paraître banal. Laissez-moi vous dire, que plus on voit de cas d'appendicite, moins on trouve la question simple et plus on se convainc qu'il est des occasions où les indications thérapeutiques ne sont rien moins que claires.

Rappelons tout d'abord que l'appendicite n'a pas toujours l'allure tapageuse que nous lui connaissons tous. Nombreux sont les malades — nous les avons tous rencontrés — qui viennent consulter pour un simple malaise abdominal, pour une digestion pénible, pour des dérangements d'estomac accompagnés de vomissements plus fréquents qu'ils ne devraient, pour de l'amaigrissement et un état acnéiforme de vieille date, — dont la guérison n'est obtenue QU'APRES que le chirurgien a enlevé un appendice adhérent et tordu, agglutiné à quelque anse intestinale de voisinage, sans qu'à aucun temps ce malade n'ait fait la crise aigue que plusieurs requièrent pour mettre le doigt sur la cause première de tous les troubles du malade.

A la vérité, dans les antécédents de quelques uns de ces dyspeptiques relevons-nous une crise appendiculaire, tantôt véritable, tantôt simplement passagère; mais elle est de si vieille date que le malade l'a oubliée et que ce n'est que le questionnaire précis du médecin qui la rappelle à son souvenir.

C'est donc dire qu'il y a une "appendicite chronique et une appendicite aigue."

Comme la condition *sine qua non* d'une saine thérapeutique est un diagnostic précis — car ce n'est qu'à cette condition que votre traitement pourra être curatif, parce qu'il sera raisonné, — voyons donc "à quels signes dépister une appendicite aigue" et avec quelles affections elle peut être confondue.

N'allez pas sourire et croire que si j'entre dans quelques détails, c'est que je doute le moindrement de votre expérience professionnelle. Bien au contraire et vous verrez à l'étude des observations cliniques que nous allons revoir ensemble que c'est au contraire parce que je sais m'adresser à un groupe de médecins de progrès, qui ne dédaignent pas les difficultés cliniques des cas embrouillés et embrouillants. Je me hâte d'ajouter que souvent vous pourriez voir les chefs de service hospitaliers se rencontrer en consultation pour préciser un diagnostic différentiel difficile à établir et poser les indications thérapeutiques.

Allons donc, Messieurs, si vous le voulez, voir cette ma-

lade auprès de qui nous étions appelé par notre collègue le Dr. P. Cette fois c'est moi qui vous invite en consultation. Mde P. (observ. person. No 225), est au lit depuis trois jours ayant été subitement prise de douleurs abdominales que son médecin de famille avait diagnostiquées d'origine appendiculaire. Les antécédents? oh! très simples: mère de plusieurs enfants, elle n'a cependant jamais été autrement malade. Seul son estomac est parfois capricieux et la digestion irrégulière. Le pouls est à 110, la temp. à 103 degrés et l'état général n'a rien de rassurant. La palpation abdominale nous révèle une défense musculaire surtout marquée dans toute la moitié droite de l'abdomen, avec maximum de douleurs à la hauteur de l'ombilic. Je suis certain que vous voudriez examiner les conjonctives: mais c'est le soir et la lampe éclaira peu. Pas d'infection génitale retracable: pas de gonococcie, pas de couche ni fausse couche dernièrement.

Que diagnostiquez-vous, Messieurs? Etes-vous d'accord que nous puissions poser le diagnostic d'appendicite aigue, l'appendice occupant la position intra-colique, ou vers l'ombilic, comme nous les verrons dans d'instant à l'écran? Comme le pouls est vite et dépressible et la température haute, que les douleurs augmentent et qu'évidemment la malade baisse par intoxication, vous convenez aussi qu'il ne faut pas tarder d'intervenir: ce que nous faisons dès que la malade est transportée à l'hôpital.

À l'ouverture du ventre, nous trouvons, non pas un appendice malade, mais une vésicule biliaire énormément distendue, descendant en bas de l'ombilic, et dont le canal cystique, est occupé par un énorme et unique calcul, que nous extrayons à grande peine. Il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suraigue. L'appendice était normal. Le cœur donne déjà des inquiétudes sur la table d'opération: Les suites? La température et les douleurs tombent, l'état général devient meilleur, les suites sont simples en un mot, jusque vers la 36ième heure, alors que le cœur devient irrégulier et intermittent et la malade meurt très rapidement d'asystolie aigue et de congestion pulmonaire.

Résumons: énorme calcul biliaire, grosseur d'un œuf de pigeon, jamais de crises antérieures, début subit des douleurs, à maximum para ombilical.

Ces cas ne sont pas rares où la cholécystite aigue a été prise pour une attaque d'appendicite aigue et vice versa.

Vous savez comme moi avec quelle maîtrise Dieulafoy a mis en lumière les relations de cause à effet entre l'appendice et la vésicule biliaire, allant même à dire que très souvent la cholécystite reconnaît comme cause une attaque antérieure d'appendicite.

Reynès rapportait au Congrès de Chirurgie de Paris un cas de cholécystite calculeuse purulente, prise également pour une appendicite aigue. Nous-même voyions il y a quelques mois avec notre collègue le Dr Hington une malade prise subitement de douleurs aigues dans le ventre à maximum para ombilical, et où le seul signe qui nous permit de pencher pour une cholécystite aigue fut la douleur reportée davantage vers le foie par une palpation profonde. Et il s'agissait ici encore d'une cholécystite aigue prise par le médecin de famille pour une appendicite aigue.

(1) Communication faite devant l'Association Médicale du Comté de Jacques-Cartier, à Lachine, décembre 1909.

Les Pseudo-Appendices Pneumoniques

Voyons un autre malade, si vous n'y objectez pas. Le Dr X envoie d'urgence de la campagne à l'Hôtel-Dieu, M. P. J. (observ. person. No 653) pour appendicite aiguë. Nous voyons le malade avec notre collègue, le Dr Bruncau. Pouls 110-115. Temp. 103.2. Nous sommes fortement frappés par son facies anxieux et sa position en chien de fusil, sur le côté droit naturellement. Il y a eu des vomissements. La palpation montre un ventre tendu, "en bardeau", et très douloureux, particulièrement à droite. La respiration est pénible et superficielle. Les antécédents pathologiques sont nuls.

La difficulté de respirer attire notre attention et l'examen des poumons révèle une pleuro-pneumonie basale droite. Une palpation abdominale soigneuse montre que si toute la moitié droite est douloureuse, la zone de McBurney l'est davantage sans que l'on y trouve ni matité ni sous-matité.

Le diagnostic de pleuro-pneumonie droite, à symptomatologie de début appendiculaire fut posé et l'opération ne fut pas conseillée. La pneumonie, fortement infectieuse, évolua cependant rapidement vers la guérison, sous les injections d'argent colloïdal (Argosol) et une médication complémentaire appropriée.

Ces "pseudo-appendicitis pneumoniques" ou pleuro-pneumonies à symptomatologie appendiculaire, ne sont pas rares. Vous saurez fréquemment ces surprises chez des enfants, comme le remarquait récemment Halipré, dans la *Revue Médicale de Normandie* (oct. 1909). Comby d'ailleurs, dont le sens clinique était si aiguë, avait déjà attiré l'attention sur ce point. L'observation clinique nous a appris que chez un certain nombre de pneumoniques la douleur abdominale constitue presque à elle-seule tout l'élément douloureux.

Comme la douleur abdominale correspond au poumon malade, il est évident que lorsque la pneumonie est à droite, le diagnostic d'appendicite aiguë, puisse être porté. Dans ces cas de pseudo-appendicite pneumonique, la douleur abdominale est précoce et s'accompagne généralement de vomissements. Si nous nous rappelons que dans beaucoup de pneumonies — infantiles tout particulièrement — il y a absence de toux et d'expectoration, que les symptômes stéthoscopiques sont très souvent anormaux à la période initiale, — n'y a-t-il pas là suffisamment pour dépister parfois le plus sagace esculape.

Et ne croyez pas que ces cas soient exceptionnels. Dans une étude très documentée, Bennecke analysant récemment (in *Médizinische Klinik*, Fév. 1909) les séries de pneumonies traitées durant les 3 dernières années à la clinique de l'Université d'Iena, faisait remarquer le pourcentage élevé — 53 pour cent — des pneumonies dont l'évolution était anormale. Chez 7 de cette série de malades, les symptômes de la pneumonie furent marqués par des signes appendiculaires, si nets et dominants que dans deux cas l'erreur de diagnostic fut complète.

Ainsi l'un de ces malades, un enfant de 10 ans, est amené pour des douleurs paraombilicales. Il y a céphalgie

constipation légère, fièvre à 39.3 degrés et pouls à 100. Ventre tendu, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. L'opération fait reconnaître un appendice sain, qui est néanmoins enlevé, sans que les symptômes ne s'amendent. On pense à une typhoïde, à une céphalée, jusqu'à ce que l'auscultation permette d'observer un souffle bronchique, accompagné de frottements pleuraux, mette sur la piste de la vraie maladie, une pleuro-pneumonie typique du *sommet gauche*.

Dans un second cas, malgré des signes appendiculaires nets, la toux persistante incite à l'examen du poumon. Rien d'anormal. Ce n'est qu'après l'opération, où l'appendice fut trouvé normal que se déclara une pneumonie franche.

Troisième malade. Vomissements, fièvre, douleurs au point de McBurney, céphalée, ventre ballonné, rate un peu grosse. L'appendicite semble probable, mais apparaît un crachat marmelade d'abricot. La pneumonie du *sommet droit* s'installe en même temps que la température monte à 39.5 degrés. Le malade guérit.

14 malades, en plus des 7 sus-mentionnés, qui firent une pneumonie classique, accusèrent des douleurs para-ombilicales. Comment expliquer ces symptômes abdominaux au cours de la pneumonie? Voilà qui est difficile. Jurgensen, Kaufman, Liebmeister, Eichorst, etc., veulent que la tuméfaction de la muqueuse intestinale et la congestion des viscères abdominaux constatées au cours des recherches anatomo-pathologiques, en soient tenues responsables.

Quelqu'en soit l'explication, tout ceci nous conduit à la conclusion que la pneumonie aiguë a souvent une allure anormale à son début. — qu'elle simule à s'y méprendre l'appendicite aiguë, — que chez les enfants surtout il faut pouvoir éliminer la pleuro-pneumonie avant de poser le diagnostic d'appendicite aiguë.

N'oublions pas en outre, et sachons les dépister, les complications pleuro-pulmonaires secondaires à l'appendicite, et généralement très graves.

Est-il encore d'autres affections aiguës d'organes voisins, qui nous puissent induire en erreur? Certes oui, messieurs, et vous avez déjà pensé aux

Crises Rénales

La colique néphro-urétérale, la pyélonéphrose et l'hydronephrose ont plus d'une fois fait poser un diagnostic erroné.

L'hydronephrose! vous la rencontrez généralement chez une malade aux antécédents dyspeptiques, presque toujours fatiguée des reins, qui aura fait souvent des crises fugaces de douleurs au côté droit, avec irradiation vers la fosse iliaque. Parfois, — mais plus rarement, — les antécédents sont à peu près nuls. Voyez donc.

Nous sommes appelé d'urgence auprès de M^{lle} C. (obs. person. No 628) qui est en crise de douleurs abdominales depuis quelques heures. La malade, qui porte légèrement la trentaine à peine, a toujours joui d'une bonne santé, sauf parfois du malaise au côté droit. Et voilà que tout à

coup, sans cause déterminante, elle est prise de douleurs intenses à tout le côté droit, depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque. Pas de passé biliaire, pas de passé urinaire, pas de passé intestinal. L'examen démontre une défense musculaire de tout le côté droit, avec maximum douloureux à la moitié supérieure. La palpation bimanuelle lombo-costale décelé le ballonnement rénal, dont a parlé Guyon. Le thermomètre allait nous aider à préciser le diagnostic: *pus de température!* Il ne pouvait donc s'agir ni d'une cholécystite, ni d'une appendicite, ni d'une pyonéphrose aigue, puisque toutes trois eussent été accompagnées de fièvre. Le diagnostic d'*hydronéphrose aigue* s'imposait. Les douleurs se calmèrent sous l'effet de la morphine, et la crise se termina par une polyurie abondante. L'examen ultérieur permit de constater un rein franchement mobile, qui a été maintenu silencieux depuis lors par une ceinture appropriée, sauf une fois, alors que la malade se sentant très bien depuis longtemps avait cru pouvoir s'en dispenser.

Quant à la pyonéphrose aigue, elle est, dans la grande majorité des cas, de nature ou calculuse ou tuberculeuse. Généralement le passé du malade est chargé; vous l'aurez déjà traité pour de la douleur lombaire plus marquée à droite, pour de la pollakiurie et de la pyurie, il urine plus souvent que de coutume et pisse une urine brouillée, où la liqueur de potasse vous a décelé à l'oeil les globules en suspension si caractéristiques du pus; peut-être aussi aura-t-il passé du sang, et tout probablement son teint est-il celui d'un infecté et son état général mauvais. Tout à coup il fait une crise aigue avec douleurs dans tout le côté droit de l'abdomen. Le thermomètre indique une forte température, due à la rétention et la résorption des produits septiques. La palpation pourra vous révéler une masse lombo-costale.

Si la tumeur renittente fait défaut, et que la palpation très soignée de la fosse lombaire ne vous y fait pas localiser un maximum de douleur, passez une main sous les lombes et avec l'autre placée dans l'espace costo-iliaque, recherchez par une pression douce le rein soupçonné.

Au besoin, faites pivoter le malade sur le côté gauche, presque à plat ventre, — position d'Israël — afin de relâcher les muscles antérieurs, amener en avant le paquet intestinal et déloger le rein que vous soupçonnez.

Mais le malade peut n'avoir aucun passé pathologique et la palpation être tout à fait négative. Le malade est en crise douloureuse dans tout son côté droit. Les muscles abdominaux sont tendus, il a des nausées, son pouls est fuyant, et vous pensez avec raison à une appendicite aigue, ou peut-être à un calcul rénal en voie de descente urétérale. Comment préciser le diagnostic? afin d'établir une thérapeutique qui soit à la fois calmante et curative.

Il est un symptôme dont la présence va trancher le diagnostic. Interrogez — et n'y manquez pas — *le thermomètre*. S'il est muet, vous êtes en droit d'accuser un calcul urétéral. Qu'avec cela le malade fasse peu ou pas d'urine, que cette urine soit teintée de sang hématurique, soyez affirmatif. Du même coup, vous pouvez rassurer le

malade et son entourage, maîtriser la douleur et instituer le traitement nettement indiqué.

Salpingo-ovarite aigue.

Nous ne saurions terminer cette revue des affections aiguës qui peuvent faire croire à une appendicite sans rappeler, même brièvement, les salpingo-ovarites.

Si nous dressions en tableau les caractéristiques de chacune de ces deux affections, nous dirions:

A.—Que dans la salpingite aigue il y a un passé d'infection gonococcique ou puerpérale, couche ou fausse couche suivie de complication, — qui peuvent faire ou font totalement défaut chez une appendicéaire.

B.—Que la douleur de l'appendicite aigue commence généralement au voisinage de l'ombilic, pour se cantonner graduellement au point de McBurney, tandis que dans la salpingite elle débute bas située et se localise aux fosses iliaques, juste au-dessus du ligament de Poupert.

C.—Que la douleur salpingienne est généralement bilatérale, tandis que la douleur appendicéaire est à droite.

D.—Que la défense musculaire est plus marquée dans l'appendicite aigue.

E.—Que les vomissements accompagnent volontiers l'appendicite aigue, pour n'être que très rares dans la salpingite.

F.—Qu'enfin l'examen bimanuel vagino-abdominal déterminant de la douleur à la mobilisation de l'utérus, indique un Douglàs sensible et des annexes déjà gros et douloureux, tandis que ces signes font défaut dans l'appendicite, à moins des cas exceptionnels où l'appendice très long plonge dans le bassin.

Mais malgré un examen minutieux il est des cas où le diagnostic différentiel est impossible. Second vient d'insister sur ces difficultés de diagnostic dans ce qu'il appelle dans les cas chroniques le "flirt appendiculo-ovarien", et que nous dirions volontiers dans les cas aigus, "l'étreinte appendiculo-ovarienne".

Sans compter qu'il n'est pas rare que les deux organes soient simultanément malades. Jugez plutôt.

M^{me} W. D. (observ. person. No 1231) est amenée à l'Hôtel-Dieu souffrante depuis plusieurs semaines. Un accouchement il y a 2 mois fut suivi de fièvre puerpérale. Dès ce moment elle commença à souffrir du ventre. La douleur, d'abord dans tout le bas ventre, s'est localisée à droite et à son arrivée la malade, pâle, et amaigrie, est en profonde cachexie. La température de 99 à 101 degrés et le pouls est au-delà de 100. La jambe droite est fléchie et fixée, signe de psöite et la palpation révèle une masse emplissant la fosse iliaque, mais plutôt haut située. La laparotomie fait constater de l'épiploïte, et des adhérences dures et vieilles, au milieu desquelles est prise la tête de l'appendice. Au dessous de cette première masse en existe une seconde plus molle, fortement adhérente aux vaisseaux iliaques. C'est l'ovaire qui est transformé en une poche séro-purulente — l'abcès ovarien — et à côté se tord la trompe malade.

Enfin, messieurs, il ne faut pas oublier que l'appen-

dicite aigue peut localiser *ses symptômes à gauche* et non à droite. C'est quand l'organe très long descend plonger dans l'autre fosse iliaque. L'observation clinique que voici témoignera d'un tel cas et vous montrera avec quelle rapidité foudroyante évolue parfois cette maladie, la plus traîtresse de toutes.

Mde L. (observ. person. No 167) toujours bien portante jusque là est subitement prise le lundi matin de douleurs abdominales intenses, que calme la morphine. L'amélioration se fait dans la journée pour se transformer en aggravation durant la nuit. Nous voyons la malade le mardi matin : c'est donc à peine 30 heures du début. L'état général est très mauvais, le nez est tiré, l'expression anxieuse le vrai facies péritonial. La température à 103 degrés accompagne un pouls de 120-125. La palpation montre un ventre très tendu et rétracté, une douleur générale avec maximum à la fosse iliaque *gauche* : somme toute une péritonite généralisée. Nous mettons de côté une lésion utéro-annexielle. Vu l'âge de la malade — 54 ans — qui n'a pas eu de grossesse depuis plus de 10 ans. Comme il n'y a pas d'antécédents typhiques, ni biliaires, ni d'ulcère gastrique ou duodénal, nous nous arrêtons au diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, probable. L'intervention est décodée et faite d'urgence avec le concours du Dr Marien. La laparotomie donne issue à une sérosité purulente qui baigne partout les anses intestinales congestionnées et couvertes; ci et là de fausses membranes fibrineuses, et enfin apparaît le corps du délit : l'appendice, très long, très rouge et congestionné, "en érection" descend obliquement dans la fosse iliaque gauche où il baigne dans un abcès. Sa tête est en gangrène et perforée. Malgré l'opération si hâtive — 36 heures à peine du début — la péritonite généralisée n'est pas enrayée et la malade meurt dans les 24 heures de septicémie suraigue.

Ceci m'amène à terminer par cette remarque : poser le diagnostic de péritonite, sans en établir la cause n'est pas même un demi diagnostic : car suivant les causes de la péritonite, varie le traitement. Vous faites le diagnostic de péritonite, par la douleur subite et en voie de généralisation, la température, le pouls; il vous reste et c'est de majeure importance à en préciser la cause. Est-ce en complication d'une crise biliaire;

Est-ce chez un dyspeptique rebelle et alors fort probablement causée par une perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal;

S'agit-il d'un typhique en convalescence, que vous l'avez prévu et savez la laparotomie de suprême urgence;

Avez-vous affaire à une malade qui a un passé génital chargé, que les annexes sont plutôt en cause;

Ou s'agit-il d'un enfant qui toussant quelque peu déjà est pris subitement d'une péritonite, qu'alors vous devez croire à une "péritonite pneumococcique", à généralisation généralement rapide et nécessitant la laparotomie d'urgence;

Peut-être au contraire votre malade a-t-il reçu un coup d'arme à feu ou de stylet, un traumatisme contondant énergique — telle une ruade de cheval — peut-être a-t-il été écrasé par une roue de voiture, et alors la péritonite qui se

déclare à sa cause précise dans une déchirure de l'intestin et vous savez que la laparotomie s'impose ici très hâtive comme la seule chance de sauver le malade;

Ou enfin rattacher-vous à un appendice malade, à cause de sa localisation au point de McBurney, la péritonite commençaute que vous êtes déjà en meilleure position pour livrer bataille.

Et maintenant que devons-nous faire?

TRAITEMENT

Bien audacieux serait celui qui voudrait indiquer une règle de traitement immuable, qui devrait s'appliquer identique à tous les cas. Nous l'avons dit et le répétons, peu de maladies se montrent sous un aspect clinique aussi variable, et partant le traitement doit varier avec les différentes moralités cliniques.

Disons de suite qu'il ne s'agit pas ici de l'appendicite sur aigue ou hypertoxique, où l'intervention hâtive et très hâtive est le seul moyen de sauver le malade, — non plus que de l'appendicite chronique où l'ablation de l'organe malade est le meilleur moyen de remédier à la répétition des crises et à l'état dyspeptique —; nous nous réservons de revenir sur ces deux aspects de la question appendiculaire dans des études cliniques ultérieures.

Voyons ce qu'il convient de faire dans ces cas d'appendicite aigue, tels que nous les rencontrons le plus fréquemment. Ces conclusions que nous vous proposons sont le résultat d'une assez longue expérience dans le traitement d'affections aiguës abdominales. Disons de suite que nous avons été loin de conseiller toujours l'opération dans les crises d'appendicite aigue. Rappelons aussi que nous avons ouvert bien des ventres où il nous a été donné de constater des appendices malades à tous les degrés et d'en trouver un grand nombre de lésés de concomitance avec des organes voisins.

Pour procéder avec clarté et précision, classons d'abord.

Disons en premier lieu qu'il s'agit d'une "première attaque" et que nous sommes, médecins ou chirurgiens, appelés "dans les premières 48 heures".

Si les douleurs ont toujours graduellement augmenté, si le pouls est à 110-120, la température jusqu'à 102 degrés, que le ballonnement se manifeste déjà avec de la défense musculaire quasi générale, nous avons toutes les raisons de craindre une péritonite déjà en généralisation, et nous sommes tous d'accord, je crois, pour recommander l'intervention le plus tôt possible; probablement même sera-t-il déjà trop tard, parce que la péritonite est généralisée.

Deuxième alternative.

Si au contraire le malade se défend bien, ce que l'on reconnaît à ce que les symptômes tapageurs du début — vomissements et épreinte abdominale — sont déjà calmés, que la douleur n'est que moyenne, la température au dessous de 100—110, le pouls, surtout le pouls, au dessous de 100, et que la palpation révèle une défense musculaire localisée et un empatement profond, indices d'une péritonite plastique d'isolement et d'un murage épiploïque — alors vous avez toutes raisons d'instituer le traitement médical

tout en prévenant de la possibilité de l'intervention: c'est la "surveillance armée".

Le traitement ici consiste dans :

1. Repos absolu au lit.
2. Glace en permanence.
3. Diète liquide sévère, voire même hydrrique de préférence.

4. Morphine, à petites doses, juste suffisamment pour calmer la douleur mais non au point de stupéfier le malade et empêcher votre main de saisir l'extension de la zone douloureuse.

Si vous êtes anxieux — mais pourquoi tant vous pressez? — de voir les intestins fonctionner, gardez-vous de donner le calomel au tout autre laxatif per os — oh non! — mais sollicitez doucement le rectum à se soulager par un lavement glyceriné. N'allez pas, par un purgatif intempestif, éveiller des mouvements péristaltiques trop énergiques et empêcher du même coup le péritoine d'élever son mur isolateur de localisation et de défense. Vous avez donc institué le traitement dit médical: — surveillez ses effets d'ici 36 ou 48 heures au plus.

Si malgré ce traitement "d'assistance à la nature," les symptômes s'aggravent, que la douleur augmente, que le ballonnement se manifeste — de paire avec le hoquet, que la fièvre s'élève, et surtout, j'y insiste encore, que le pouls s'accélère davantage, — tous signes qui indiquent que la nature ne veut pas ou ne peut pas se défendre contre l'intoxication et la gangrène — alors ne tardez pas et conseillez immédiatement l'intervention.

3ième alternative.

Mais au lieu d'être appelé dans les premières 24 ou 36 hrs de début, vous voyez le malade après 48 heures, après le 3e jour, ou même plus tard, qu'allez vous faire?

À moins qu'il n'y ait urgence — ce que vous jugez à l'état général du malade autant qu'à son état abdominal — instituez le traitement médical dans toute sa sévérité et essayez de passer la crise pour faire "opérer le malade à froid."

4ième alternative.

Il ne s'agit plus d'une première attaque, mais bien d'une récidive. Qu'il s'agisse d'une deuxième ou d'une dixième échéance — soyez convaincus que puisqu'il y a réveil, c'est qu'il existe localement une cause à ce rappel: bride, torsion, corps étranger, nous les avons tous constatés. Alors que faire? L'expérience m'a conduit à conseiller l'intervention immédiate, aux premiers cris de l'appendicite à récidive. Et pourquoi? — parce que s'il y a récidive c'est que la cause locale ramènera d'autres crises après celle-ci; — parce que l'opération au tout début de l'attaque — des 24 heures dans les cas graves, des 48 heures dans les cas simplement aigus — sauve sûrement votre malade; — parce que si nous opérons tôt, très tôt, nous sommes généralement dispensés de drainer largement, et partant "vous" épargnez à votre malade une éventration post-opératoire; — parce que enfin vous raccourcissez sa maladie. En moins de 15 jours dans ces cas opérés très tôt, le malade est debout, avec une paroi solide et un tube digestif qui peut déjà recevoir une alimentation généreuse et reconstituante.

Au contraire, n'a-t-il pas été opéré, qu'il n'est probablement pas encore ou tout au plus à peine debout, il lui faut suivre pour longtemps encore une diète sévère, son appendice lui reste lésée et prête à un réveil nouveau, et tout cela dans l'hypothèse que vous l'aurez fait heureusement passer au travers de cette crise: somme toute, il a couru tous les dangers de l'attaque et reste un blessé qui récidivera.

Voilà pourquoi, en vertu des raisons que je donnais: guérison radicale, guérison hâtive, guérison sans éventration, suis-je d'opinion que dans l'intérêt absolu du malade vaut-il "mieux opérer au tout début — dans les premières 48 heures — de l'attaque aigue d'appendicite."

La peur qu'à le malade de l'opération et l'anxiété de la famille sont des considérations avec lesquelles il faut souvent compter, et qui nous font hésiter à conseiller l'intervention dans les cas légers, où il n'y a pas urgence.

Nous terminons avec cet aphorisme de Dieulafoy, à la véracité duquel l'expérience nous a ralliés:

On ne se repent jamais d'avoir opéré tôt, — on se repent souvent d'avoir opéré trop tard.

Médecine comparée

Par M. F. L. Daubigny

Directeur de l'École Vétérinaire Laval à Montréal.

Examen clinique d'un malade

A.—Indications générales.

Pour instituer un traitement méthodique et rationnel, il est nécessaire de connaître exactement la nature de la maladie, car un faux diagnostic entraîne un pronostic erroné et une thérapeutique inefficace, parfois même dangereuse; c'est pourquoi le diagnostic clinique est la base de la pratique médicale.

Le tact médical, c'est-à-dire la faculté de pouvoir reconnaître avec certitude et de coordonner rapidement les signes morbides que peut présenter un organisme malade n'est pas un don de nature, l'apanage de quelques-uns; il s'acquiert, au contraire, assez rapidement avec l'expérience et surtout avec de la méthode. Il ne suffit pas de connaître théoriquement les différentes modalités des maladies pour interpréter logiquement les symptômes observés: il faut encore être aidé par des sens bien exercés, par un esprit méthodique, patient, réfléchi et par un jugement droit; l'esprit doit avoir assez de souplesse pour revenir sur une opinion erronée, si, au cours d'un traitement, on s'aperçoit que l'on fait fausse route.

En clinique, rien n'est mauvais comme les idées pré-

conçues; elles engendrent fatalement l'erreur. Tant qu'il est éloigné du malade, le praticien doit s'abstenir de questionner et il doit répondre toujours avec beaucoup de prudence aux questions intéressées que lui adressent les personnes venues le chercher; à moins d'y être obligé, il lui faut toujours se rendre seul auprès du malade; on évite ainsi bien des questions inutiles qui fatiguent l'esprit et peuvent égarer le raisonnement.

On doit consacrer au premier examen d'un sujet tout le temps nécessaire. Même si l'on est pressé, il ne faut pas le montrer; on peut, du reste, opérer très vite, tout en paraissant aller posément.

Dans notre médecine, l'impossibilité, pour le praticien, de pouvoir éprouver les sensations subjectives des malades l'oblige, dans tous les cas, à un examen objectif très complet. Pour se mettre à l'abri des chances d'erreur, il lui faut s'aider de tous les procédés capables de révéler les troubles morbides: l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation demandent parfois l'emploi d'instruments spéciaux qui complètent nos sens et leur suppléent, tels que sonde, thermomètre, plessimètre, stéthoscope, ophtalmoscope, etc. La moindre négligence dans l'examen du malade, l'insuffisance des moyens dont on dispose, le défaut de méthode, exposent à de graves erreurs dans le diagnostic; aussi, est-il nécessaire de toujours montrer une grande prudence et beaucoup de circonspection dans la reconnaissance d'une maladie. L'examen microscopique, l'analyse chimique, les inoculations révélatrices, les cultures, l'autopsie, sont des moyens qu'on ne devra pas négliger lorsque le diagnostic sera douteux, surtout quand on soupçonnera une maladie contagieuse ou un empoisonnement.

Lorsqu'un vétérinaire est appelé auprès d'un malade, il doit, avant toutes choses, l'examiner rapidement de façon à se faire une idée générale de l'affection, telles que boiterie, maladie interne, coliques, etc. Ensuite il interroge l'entourage, le propriétaire, le cocher, garçon d'écurie, etc., d'une façon claire, précise, exempte de termes techniques; il lui faut être très compréhensible, méthodique et complet tout en évitant les demandes inutiles et oiseuses, et ses questions doivent porter à la fois sur les symptômes observés, sur la marche de l'affection et sur le passé pathologique du sujet. Il faut contrôler tous les faits recueillis pendant l'interrogatoire et n'accepter comme vrais que ceux qui correspondent aux signes recueillis sur le malade. Les préjugés, l'imagination et les avis intéressés des propriétaires et des conducteurs doivent être discernés et combattus, car l'interprétation, toute fantaisiste, des faits observés par eux, les empêche d'en indiquer clairement la nature.

Une fois l'interrogatoire terminé, le clinicien procède à l'examen proprement dit; il doit passer en revue, successivement et avec un soin minutieux, tous les organes de chaque appareil; commençant par celui qui, d'après les renseignements recueillis, lui semble le plus atteint, il peut s'attarder un peu moins sur les autres, surtout s'ils lui paraissent indemnes, mais sans jamais les négliger complètement.

B.—Examen sommaire.

Regarder l'âge, (les jeunes chevaux sont sujets à la gourme, les vieux à l'emphysme pulmonaire) et le sexe (fréquence de la hernie inguinale chez les entiers,) l'état des forces (raideur de la queue, béance de l'anus), le degré d'amaigrissement.

Rechercher les modifications de la station debout, du décubitus et de la démarche. Examiner la peau, tels que modifications de la surface oedèmes, sécrétions sudorales, altérations de la sensibilité, et se rendre compte, par la température rectale, de l'existence de la fièvre. Prendre le pouls; noter le nombre et les caractères des pulsations; compter les mouvements respiratoires; examiner la couleur de la muqueuse oculaire et l'état de souplesse du rein.

C.—Interrogatoire.

Demander d'abord les raisons qui ont nécessité l'appel d'un vétérinaire. Ensuite passer aux commémoratifs: Depuis quand l'animal souffre-t-il? Quels sont les symptômes observés, tels qu'inappétence, mollesse au travail, décubitus prolongé, blessures, toux, tremblements, coliques, boiteries, etc.? Ont-ils augmenté ou diminué depuis leur apparition? A quel régime (nourriture, travail) était soumis le cheval avant le début de la maladie actuelle? A-t-il déjà eu des affections analogues? Existe-il dans l'exploitation, d'autres animaux atteints?

Interroger ensuite sur l'état actuel; commencer par l'appareil qui, d'après les renseignements déjà fournis, semble le plus atteint, en insistant et en faisant préciser les détails déjà connus; puis passer aux appareils pouvant se trouver en relations avec le précédent et terminer un peu plus rapidement si l'on veut, par ceux qui paraissent indommes.

1^o Appareil digestif.—L'appétit est-il normal, capricieux, diminué ou supprimé? Quels sont les aliments acceptés le plus facilement; quels sont ceux qui sont refusés? Quels fourrages donne-t-on? D'où viennent-ils? La déglutition est-elle facile? Y a-t-il hypersécrétion salivaire? Quelle est la forme des coliques observées? légère ou violentes? avec ou sans période d'accalmie? L'animal cherche-t-il à se coucher, à se rouler? se relève-t-il aussitôt couché ou reste-t-il étendu? prend-il des positions particulières anormales; lesquelles? Par moments est-il ballonné? A-t-on remarqué des nausées, des vomissements?

Quelle est l'abondance des crottins? leur couleur, leur odeur, leur nature? sont-ils mous, liquides, (diarrhée) ou bien secs, durs, petits, coiffés? Y trouve-t-on des grains non écrasés, des larves ou des vers? ces derniers sont-ils blancs ou colorés, plats ou ronds, longs ou courts? La défécation est-elle douloureuse?

2^o Appareil respiratoire.—Le cheval s'essouffle-t-il rapidement au travail? L'exercice s'accompagne-t-il d'un bruit particulier de la respiration (cornage)? Le malade toussé-t-il? à quels moments de la journée: à l'écurie, au dehors, ou pendant l'ingestion des aliments? A-t-on vu du jetage: uni ou bilatéral? intermittent, rémittent ou continu? plus abondant pendant le travail ou pendant les re-

pas? Les liquides sont-ils déglutis normalement ou bien rejetés par les naseaux?

30. Appareil circulatoire.—Existe-t-il des œdèmes dans les régions déclives (membres, ventre, fourreau)? sont-ils éphémères ou persistants? Le cheval a-t-il des faiblesses? S'arrête-t-il au travail? est-ce surtout en montant les côtes?

40. Appareil génito-urinaire.—L'animal urine-t-il facilement, ou bien souvent et peu à la fois; ou bien rarement; ou bien goutte à goutte? Semble-t-il éprouver de la douleur? Quelle est la couleur de l'urine: claire ou trouble? Jaunâtre, foncée, sanguinolente ou malaga? Existe-t-il un écoulement par la vulve? de quelle nature est-il: épais, liquide, purulent, mélangé de sang, fétide?

A-t-on remarqué de l'œdème, des vésicules, des ulcères sur la verge ou à la vulve? Les testicules sont-ils tuméfiés, douloureux, œdémateux?

50. Appareil nerveux.—Le malade peut-il se tenir debout? Comment l'affection a-t-elle débuté? immédiatement après la mise en travail? Un long temps de repos a-t-il précédé la remise en service? l'effort demandé a-t-il été pénible? Y a-t-il eu d'abord boiterie? L'animal a-t-il fait une chute? dans quelles circonstances? Est-il tombé sur la tête? A-t-il reçu des contusions dans la région de la nuque? A-t-on vu apparaître des sueurs, généralisées ou localisées? des tremblements? des contractions. Le cheval était-il déjà malade? depuis combien de temps? Quel était le genre de la maladie? des cas analogues se sont-ils déjà produits dans l'écurie ou dans les environs? Des modifications sont-elles survenues dans le caractère? L'animal semble-t-il agité, peureux? Tourne-t-il en cercle? dans quel sens? Paraît-il au contraire déprimé? titube-t-il en marchant, tourne-t-il aussi facilement des deux côtés?

60. Oeil.—Les yeux sont-ils larmoyants? depuis quand? A-t-on remarqué des changements dans la coloration des milieux oculaires? Le malade a-t-il déjà présenté des symptômes analogues? Une ou plusieurs fois? A quelle époque? Ces accès ont-ils un caractère de périodicité? L'animal voit-il les obstacles? Se jette-t-il sur eux ou s'en détourne-t-il?

D.—Examen direct.

10. Appareil digestif.—a. Bouche.—Voir si les mouvements des mâchoires sont normaux ou limités (trismus, arthrite temporo-maxillaire, paralysie). Examiner ensuite les lèvres et les gencives (verruques, pustules), les barres (plaies, nécrose), puis les joues (blessures de la muqueuse) la langue (enduit, ulcérations, blessures, paralysie), le palais (plaies, blessures) et enfin les dents (irrégularités, carie, usure anormale due au tic et aux dents hétérotiques). Voir si la salive est sécrétée en plus grande abondance (psyalisme). Sentir l'odeur de la cavité buccale (fade, douceâtre, fétide, putride, aigre, piquante); examiner la coloration de la muqueuse (anémie, hyperhémie, taches hémorragiques).

b. Pharynx.—Rechercher, par l'inspection et la palpation, les changements de volume (œdèmes d'anasarque,

phlegmons gourmeux) et le degré de sensibilité (pharyngite); par l'auscultation, le bruit crépitant produit pendant l'inspiration et pendant l'expiration, par l'air traversant les liquides accumulés dans le pharynx lors de paralysie de cet organe.

3. Oesophage.—Palper la région extrathoracique; ausculter la partie intrathoracique (brût de glouglou). Pratiquer le cathétérisme sur l'animal debout (corps étrangers)?

D. Estomac.—Palpation: les pressions exercées avec le poing ou le genou, on arrière de l'appendice xiphoïde, déterminent de la douleur dans les cas d'indigestion par surcharge. Percussion: en raison de la situation cachée de l'estomac, il est à peu près impossible de la pratiquer d'une façon rationnelle.

E. Intestin.—Inspection: La météorisation se traduit par l'effacement du creux du flanc, à droite si les gaz sont dans le cœcum, à gauche s'ils sont dans le colon flottant, et chez la vache dans les compartiments stomacaux. Percussion: suivant qu'il est mat ou tympanique, le son décelé la présence d'aliments ou de gaz. Auscultation: elle permet de limiter les régions où s'entendent les borborygmes et renseigner sur la fréquence, l'intensité et le timbre de ces bruits (paralysie et surcharge de différents compartiments)? Toucher rectal: bien pratiqué, il donne une foule de renseignements: volume et degré de plénitude des différents réservoirs intestinaux; présence de tumeurs, de fractures, d'abcès, de corps étrangers, d'étranglements, de volvulus, d'invagination; hernie inguinale, champignon de castration; anévrysmes de la grande mésentérique, oblitération de l'aorte. Examen des matières fécales—forme, consistance, couleur, aspect; oestres, vers intestinaux; sang et fausses membranes.

F. Péritoine.—Inspection: forme du ventre, déformation bilatérale avec chute du ventre (ascite) ou plus accusée à gauche (gestation). Palpation: sensibilité plus ou moins vive. Percussion: matité dans les régions déclives (ascite). Très difficile, l'examen du foie et de la rate est sans grande importance pratique, étant donnée la rareté des affections de ces organes.

20. Appareil respiratoire.—Inspection: examiner comment le malade respire, si le flanc est régulier (sombresaut), si les naseaux se dilatent régulièrement, si les côtes et l'abdomen se soulèvent et s'abaissent ensemble (discordance); compter les respirations, noter le *rythme*, la régularité et l'amplitude des mouvements respiratoires, voir si la respiration est ronflante, haletante, dyspnéique; rechercher si l'aireccpiré est fétide et si cette fétidité existe des deux côtés. Pratiquer un examen approfondi des naseaux: pétéchies, chancres, cicatrices ordinaires ou rayonnées, congestion de la pituitaire, éruptions; jetage uni ou bilatéral, séreux, alimentaire, muqueux, muco-purulent, poisseux, sanguinolent, mousseux, rouillé.

Palpation.—Explorer l'espace intermaxillaire (auge): glandes. Comprimer la base de la trachée: reconnaître son degré de sensibilité et les caractères de la toux ainsi produite (petite, quinteuse, siffante, douloureuse, pénible forte, grasse, avec ou sans rappel). Voir si la pression des

espaces intercostaux n'est pas douloureuse (pleurésie au début).

Percussion.—Percuter toujours les deux côtes de la poitrine, sur toute la hauteur et sur toute la longueur du poumon; frapper successivement avec peu de forces d'abord (sur des parties superficielles), puis plus fort (sur des régions profondes). Rechercher si le son obtenu est normal, exagéré ou diminué, partout ou seulement dans certains points? Déterminer exactement le siège et la forme des zones de matité ou de submatité. Voir si la ligne de limite est horizontale ou irrégulière, et si elle se trouve à la même hauteur de chaque côté de la poitrine (pleurésie, hydrothorax).

Auscultation.—Auscultez tous les points de la cage thoracique. Voir si le murmure respiratoire est normal, exagéré, diminué ou supprimé; reconnaître les bruits anormaux des bronches (râles bronchiques et muqueux, gargouillement bronchique, souffle tubaire), ceux du parenchyme pulmonaire (râles crépitants et sibilants, râles secs et humides,—râles caverneux,) ceux de la cavité pleurale (bruits de frottement, de clapotement, souffle amphorique). A quel temps de la respiration perçoit-on ces bruits?

30. Appareil circulatoire.—A. Cœur.—Inspection. Examiner la région précordiale et le choc du cœur: soulèvement de la partie inférieure du cinquième espace intercostal déterminé par le choc de la face gauche de l'organe contre le paroi thoracique au moment de la systole ventriculaire (surtout visible sur les chevaux très secs).

Palpation.—La main gauche, appliquée à plat derrière le coude, dans l'intervalle de la cinquième et la sixième côte, permet de percevoir le choc *précordial* (énergie ondulations), le frémissement cataire et certains souffles rudes.

Percussion.—Reconnaître la zone de matité du cœur; rechercher les causes d'augmentation (hypertrophie du cœur droit, épanchement péricardique) ou de diminution (emphysème pulmonaire) de son étendue.

Auscultation.—Reconnaître les bruits normaux du cœur. Apprécier l'intensité des battements cardiaques (ils peuvent s'assourdir ou même disparaître), les modifications de rythme (intermittences, irrégularité dans la succession des battements, égalité des deux silences, dédoublement d'un des bruits), les modifications de timbre. Rechercher la présence des bruits anormaux; souffles (siège, durée, intensité et caractères; à quel moment se produisent-ils?) bruits de frottement, bruits péricardiques.

B. Vaisseaux.—Inspection.—Battements visibles des artères temporales (danse des artères); pouls veineux (jugulaire).

Palpation.—Prendre le pouls à l'artère glosso-faciale, examiner sa fréquence (le compter) et sa force (pouls plein, dépressible, filant, alternant, dicrote), son rythme (pouls irrégulier, inégal, intermittent, bondissant). L'exploration rectale permet parfois de reconnaître la présence d'anévrysmes sur le faisceau gauche de la grande mésentérique et l'oblitération de l'aorte ou d'une de ses divisions.

C. Sang.—Aspect et coloration: rapidité de formation du caillot. Numération des globules; rapport entre le nombre des hématies et celui des leucocytes, détermination de la formule leucocytaire. Recherche des microbes et des hématozoaires.

40. Appareil génito-urinaire.—A. Reins.—L'exploration rectale permet de sentir normalement le rein gauche; le droit n'est perçu que lorsqu'il est hypertrophié. Noter le volume et la sensibilité.

B. Vessie.—Palpation.—Le toucher rectal décide l'état de sensibilité et de *réplétion* de la vessie. Cathétérisme (le conduire avec prudence et sous le couvert de l'asepsie). Examen de l'urine; volume par 24 heures; aspect, couleur, odeur, réaction, densité; examen clinique (albumine, sucre, pigments biliaires) etc., et microscopique (globules sanguins, globules de pus, éléments cellulaires, cristaux, cylindres urinaires).

C. Testicules.—Volume, sensibilité; se rendre compte, par la voie rectale, de l'état des canaux inguinaux (hernie inguinale, champignon de castration).

D. Vulve et utérus.—Ecarter les lèvres vulvaires pour pratiquer l'examen de la muqueuse vaginale (blessures, ulcérations, écoulement muqueux ou muco-purulent?). L'exploration rectale permet de reconnaître la présence du fœtus dans l'utérus gravide.

50. Appareil nerveux.—Si le malade est couché, essayer de le relever et de le faire marcher; voir s'il y a des mouvements anormaux (de rotation, de manège, en cercle, en tonneau, etc.) ou des paralysies locales. Rechercher la sensibilité des différentes régions en piquant la peau avec la pointe d'une épingle; voir si les réflexes sont exagérés ou abolis; s'il se produit des contractions musculaires involontaires (spasmes, crampes, convulsions).

60. Oeil.—Examiner les paupières (tuméfactions, larmolements), puis la conjonctive (couleur, corps étrangers); faire saillir le corps clignotant; s'assurer de l'intégrité des conduits lacrymaux (cathétérisme, insufflation d'air par le canal lacrymal). Examiner la cornée transparente (saillie, infiltration, blessures, ulcérations, corps étrangers); rechercher si l'iris fonctionne bien, placez le cheval en pleine lumière, puis fermer l'œil et l'ouvrir ensuite brusquement; voir s'il n'existe pas de *synéchies*, si les milieux ont conservé toute leur limpidité.

Pratiquer l'examen ophtalmoscopique à la lumière directe ou à l'éclairage oblique, avec ou sans cocainisation préalable; voir si la rétine n'est pas décollée, s'il n'existe pas d'inflammation des membranes profondes, de paralysie du nerf optique.

70. Aspect extérieur et état général.—Ensemble de l'aspect du sujet, démarche, décubitus.—Fièvre, inappétence, température et fréquence du pouls. Etat des forces: marche. Aspect de la peau: couleur, oedèmes. Etat des muqueuses apparentes: conjonctive, muqueuse buccale, (pâleur, hyperthémie, cyanose, ténite itérique, pétéchies).

E. — Diagnostic.

L'examen terminé, rapprocher alors tous les renseignements recueillis; chercher à en tirer quelques syndromes

importants pouvant résumer la maladie. Voir s'ils dépendent les uns des autres et de quelle façon, ou s'ils sont au contraire indépendants; rechercher, dans ce cas, si une seule maladie ne peut pas tout expliquer. Penser d'abord aux affections fréquentes avant de conclure à une maladie rare; éviter de se laisser influencer par les renseignements donnés ou par des hypothèses faites au début de l'examen. Le diagnostic une fois posé, s'assurer toujours qu'il n'existe pas en même temps une autre affection.

F.—Pronostic.

Après avoir déterminé la maladie, il faut en apprécier la gravité ou la bénignité, en prévoir la marche, la durée, la terminaison, les complications possibles: c'est là le pronostic. Le pronostic général, celui qui est lié à l'essence même de la maladie, doit être complété par le pronostic individuel, qui dépend surtout de la résistance du malade.

Le pronostic n'est pas absolu; il varie avec les diverses phases de la maladie; à chaque visite il peut être modifié (aggravé, atténué, corrigé ou complété), selon les probabilités du moment. Quand les signes sont vagues et insuffisants, quand le diagnostic est douteux, le pronostic doit être réservé; il vaut mieux ne rien dire que d'être mauvais prophète. A côté du pronostic médical, il y a le pronostic économique, de beaucoup le plus important; il est peu intéressant qu'un malade guérisse s'il ne peut plus rendre de services ou bien si, déprécié par une tare indélébile, il n'a plus qu'une médiocre valeur marchande.

La maladie est-elle curable? Quelle sera sa durée approximative? A combien s'élèvera la dépense occasionnée? Le malade sera-t-il déprécié? et dans quelle mesure? Aura-t-il les mêmes aptitudes? Autant de questions qu'il faut résoudre avant de donner un avis définitif. On rapprochera ces différentes données du prix actuel de l'animal et, si l'on doit soigner en perte, il ne faudra pas hésiter à faire part au client de ses appréhensions et conseiller l'envoi à la boucherie car les intérêts du propriétaire doivent toujours primer ceux du malade.

G.—Rédaction de l'ordonnance.

La rédaction de l'ordonnance est le complément obligé de l'examen clinique.

Toutes les prescriptions jugées nécessaires pour arriver à soulager le malade ou à le guérir doivent être spécifiées d'une manière simple et précise.

Un cadre doit être suivi dans l'énumération de diverses prescriptions; il faut commencer par les prescriptions hygiéniques et la diététique, puis, s'il y a lieu, l'indication *orthopédique*; ensuite, énumérer dans l'ordre où elles devront être administrées les différentes préparations médicamenteuses, en faisant suivre chacune d'elles d'une instruction précise pour leur administration.

Si les médicaments employés pour l'usage externe sont toxiques, le rappeler au pharmacien et au client.

Ecrire toujours très lisiblement et, autant que possible, sur papier portant le nom et l'adresse du praticien; dater et signer.

Remarques

Si l'on a à rendre compte d'un cas, oralement ou par écrit, à rédiger une observation ou une consultation, le faire toujours dans un style très simple, sobre, strictement scientifique et sans phrases; avoir toujours le soin de séparer nettement l'exposé des faits recueillis ou constatés de l'interprétation que l'on peut être amené à en proposer.

Montréal, 6 octobre 1909.

Thérapeutique Médicale

Par MM. Huchard et Fiessinger.

La thérapeutique en vingt médicaments

Les Médications Opthérapeutiques

Il est assez curieux que la médication orchitique qui a inauguré l'organothérapie moderne, soit aujourd'hui l'une des plus délaissées. Les médecins ne la prescrivent plus guère. Leur confiance demeure assez incertaine vis à vis de cette médication, comme, du reste, envers nombre de produits similaires.

Sans doute, ils admettent la valeur de la médication thyroïdienne. Pour un grand nombre d'autres remèdes organiques, de l'hésitation se fait jour. Si de l'exagération entre dans leur scepticisme, cette dernière attitude ne laisse pas d'être justifiée en partie. Les praticiens connaissent la vivacité des réactions organiques. Un choc sur le système nerveux, une fatigue, une émotion et voilà toute la machine désemparée. Sur quels rouages doit porter la répercussion de ces atteintes, sinon sur les plus délicats; je veux dire tout le domaine viscéral du sympathique. De là des troubles digestifs, des hypersécrétions glandulaires (thyroïde), des signes de basedowisme plus ou moins évidents.

D'autre part, l'altération fonctionnelle et primordiale d'un organe tel que le foie, chargé de la nutrition générale ne retentit-elle pas à son tour sur l'équilibre des sécrétions glandulaires internes? En traitant celles-ci directement, le praticien ne fait-il pas fausse route? Ne s'adresse-t-il pas à un effet au lieu de viser à la cause?

Ce qui est vrai pour le foie le reste pour d'autres organes. On nous parle de l'opothérapie rénale. Mais rien n'est plus chimérique que de s'adresser à un rein qui fonctionne mal, par suite d'une lésion cardiaque concomitante. Ce qu'il faut faire, ce n'est point exciter directement la sécrétion rénale, c'est en favoriser le retour par la vigueur rendue aux systoles insuffisantes.

S'attaquer à la cause dans la mesure du possible, tel est le premier devoir du thérapeute. Le régime diététique, le repos, l'hydrothérapie, les massages, voilà de ces tranchées ouvertes, souvent heureuses. La maladie se rendra dès les premières sommations. Les assaillants n'auront point besoin du renfort des produits opothérapiques.

10. Telle apparaît, ce semble, l'histoire de l'opothérapie digestive. En général elle est inutile et cela est surtout vrai de l'opothérapie intestinale. Elle n'a pas fait ses preuves, nous dit M. Le Play (1). Les poisons de l'intestin ont beau être doués de propriétés nuisibles. Rien n'assure que la *sécrétine* (extraite de la macération de la muqueuse duodénale et jéjunale) ou l'*enterokinase* (0 gr. 15 à 0 gr. 25 à des enfants; 0 gr. 50 à 1 gramme à des adultes), possèdent ces propriétés que les promoteurs leur attribuent, de favoriser la sécrétion pancréatique, renforcer la sécrétion biliaire, exciter la contractilité de l'intestin. Après avoir employé ces deux produits, nous y avons renoncé.

Nous continuons, par contre, de prescrire les sucs gastriques naturels: *gastérine* (suc gastrique de chien), *dyspeptique* (suc gastrique de porc): une cuillerée à soupe aux adultes, à café aux enfants, avant les repas, dans un peu d'eau. Dans les cas d'anorexie, de langueur digestive, non accompagnée de douleurs ou de sensations de brûlures, la médication rend des services fréquents. Quant à la pepsine elle-même, nous l'avons bannie depuis longtemps de notre thérapeutique comme inconstante dans ses effets et avantageusement remplacée par les sucs gastriques naturels.

Restent l'opothérapie pancréatique, hépatique et biliaire.

Rien à dire de l'opothérapie pancréatique. Conseillée dans la diabète, elle demeure à l'état de médication théorique. La *pancréatine*, si souvent prescrite, ne nous a jamais paru figurer en meilleure posture.

L'opothérapie hépatique a recruté des défenseurs plus convaincus. Dans l'insuffisance hépatique, les ictères graves, M. Chauffard y a recours. M. Hirtz a cité plusieurs exemples de guérison dans les cirrhoses avec ascite (2), et d'autres médecins ont vanté également les bienfaits de la médication. Le médicament s'ordonne sous forme de *foie de porc frais pulvé* dans du bouillon tiède: 100 à 140 grammes de foie par jour ou même de *poudre d'extrait de foie*: une cuillerée à café deux à trois fois par jour, dans un peu d'eau. Chez une demi-douzaine de malades, atteints de cirrhose, nous avons ordonné cette médication sans le moindre succès. Peut-être la lésion était-elle trop avancée. M. J. Parisot (3) estime en effet que la médication n'a chance de réussite que tout au début, à la phase précirrhotique, quand le tissu scléreux est encore peu abondant.

Moins nets encore les résultats obtenus par l'opothérapie biliaire. Elle a été recommandée chez les nourrissons et les adultes. Les nourrissons pâles, atrophiques, aux chairs molles, atteints de régurgitations laiteuses et de constipation s'en trouveraient bien. M.M. H. Barbier et Cruet (1) qui vantent la médication, prescrivent, matin

et soir, un paquet de 0 gr. 05 de *poudre de bile desséchée* diluée dans un biberon. Poursuivie pendant des mois, la médication combattrait la fétidité des garde-robes et la constipation prendrait fin. Un simple régime diététique nous semble assurer des résultats tout aussi avantageux.

Chez l'adulte, la bile a été prescrite comme moyen préventif des coliques hépatiques et agent curatif pendant la crise. On emploie l'*extrait frais de fiel de boeuf* en pilules de 20 centigrammes à la dose de 4 à 6 par jour. La médication est-elle vraiment active: elle s'appuie sur des expériences physiologiques et la tradition ancienne. En général, l'huile d'olives (100 grammes le matin), les applications locales de salicylate de méthyle (2 cuillerées à café) ou d'une vessie de glace, les calmants réussissent mieux en cours de crise, et les laxatifs, l'association de salicylate et de benzoate de soude (0 gr. 50 à 1 gramme au moment des repas) sont employés dans leur intervalle. L'extrait frais de fiel de boeuf ne compte que peu de fidèles.

Nous allons, après l'opothérapie digestive, passer en revue l'opothérapie génito-urinaire (ovarienne, orchitique, rénale), médullaire, des glandes vasculaires sanguines (hypophyse, surrénales, thyroïdes), l'opothérapie associée (L. Rénon).

20. L'opothérapie génito-urinaire comprend la médication ovarienne, rénale, orchitique. L'opothérapie ovarienne a été prônée dans la chlorose, la dysménorrhée, l'aménorrhée, les accidents de la ménopause. Dans la chlorose, la poudre d'ovaire desséchée est prescrite en même temps que le fer. Elle complique la médication sans grand résultat. Les troubles menstruels guérissent par le traitement local et l'hydrothérapie. On peut ordonner le traitement ovarien dans les jours qui précèdent l'apparition présumée des règles. C'est une médication qui satisfait les familles. Elle remplit son maximum d'utilité dans les *troubles nerveux de la ménopause*. Les bouffées de chaleur, les palpitations si pénibles que ressentent les femmes à ce moment sont calmées par l'emploi prolongé de la médication. On utilisera la *poudre d'ovaire desséchée*, 0 gr. 20 matin et soir ou plutôt la poudre de corps jaune broyé dans la glycérine (1); pilules de 0 gr. 02 d'extrait de corps jaune, 4 à 12 centigrammes par jour, soit 2 à 6 pilules. L'action de la poudre d'ovaire sera renforcée par la prescription simultanée d'un laxatif quotidien: sel de Seignette ou sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, quelques semaines de suite et usage, au coucher, d'une préparation de valériane.

La médication rénale groupe deux techniques récentes: celle du Pr. Renaul (de Lyon) et du Pr Teissier (de Lyon). M. le Pr Renaul avait d'abord recommandé une macération de rein de porc par voie stomacale. Plus récemment (2), en raison du dégoût qu'inspire la médication, il choisit la voie rectale; pendant 4 heures, macération de trois reins de jeunes porcs dans 600 grammes d'eau distillée, salée à 6 0-00, à administrer dans le jour en trois lavements de 200 centimètres cubes. M. Castaigne (3) a montré que deux sortes de substances se trouvent associées dans ce bouillon de porc: les unes toxiques

ques, les autres excito-sécrétoires. Il éteint les premières en soumettant la solution au contact du suc gastrique naturel. On pourrait dire que pareille transformation s'opère également dans l'estomac. Certes, si les malades avaient un suc gastrique normal. Mais on sait la fréquence des troubles gastriques dans les insuffisances rénales, c'est-à-dire les maladies où M. Remait prescrivait sa macération.

M. Teissier (4) emploie une autre méthode: le sérum extrait par aspiration de la veine rénale des chèvres; injections de 15 à 20 centimètres cubes données plusieurs jours de suite. La médication amènerait la diminution de l'albumine, avec élimination plus abondante de l'urée, une diminution de la toxicité urinaire. Le sérum doit être frais. Nos résultats personnels n'ont point entièrement confirmé les conclusions des médecins lyonnais.

Dans les néphrites interstitielles, nous n'avons constaté aucun résultat concluant; auprès de six malades où nous l'avions prescrit, jamais une diurèse libératrice n'a été obtenue; si le cœur était touché, la digitale à très faibles doses associée à la théobromine et au régime de réduction agissait infiniment mieux. Parfois même, la dyspnée — et cet accident survenait surtout avec la macération de reins de porc — était singulièrement augmentée. M. Castaigne n'a guère été plus heureux; il déconseille la méthode dans la néphrite chronique qui prédispose à l'urémie. Les néphrites aiguës à prédominance épithéliale, les néphrites hydropigènes sont celles qui sont influencées le plus heureusement par ces produits.

Quant à la médication *orchitique*, nous ne l'avons guère employée que sous forme de spermine de Poehl. Une injection sous-cutanée tous les deux ou trois jours. Ce procédé dépasse-t-il en efficacité tel usage d'une substance injectable quelconque: glycérôphosphate de soude, lécithine, voire eau de mer? Nous n'avons remarqué aucune supériorité en faveur de la spermine. D'ailleurs, le terme est mal choisi. Les femmes surtout vous regardent d'un air effaré quand on prononce le nom du médicament. Et puis cela coûte très cher. Dès qu'on emploie un remède en injection sous-cutanée, l'action suggestive exercée sur le malade apparaît singulièrement renforcée. C'est pourquoi et surtout quand il s'agit de relever l'énergie défaillante du sujet, il est difficile de se faire une opinion. Pour certains médicaments très actifs, tels que les cacodylates, un effet à peu près similaire est réalisé, que le malade se pratique les injections lui-même ou qu'il en confie la technique au médecin. Dès qu'il s'agit de produits différents, le mieux est surtout obtenu dans le cabinet du médecin. Au début et dans le feu de l'enthousiasme, le liquide orchitique devait non seulement rajeunir les vieillards, mais guérir toutes les maladies organiques du système nerveux. On en est revenu. Les vieillards et les impuissants usent encore de la méthode, mais bien souvent à l'insu du médecin.

30. Dans les cas d'épuisement lié à de l'anémie grave, un autre médicament a remplacé le liquide orchitique: c'est la moelle osseuse. L'opothérapie médullaire assure des succès dans les anémies pénicieuses: 50 gr. de moelle

rouge de veau à des enfants. Des résurrections ont suivi la médication, bientôt suivies de rechutes mortelles (1). Le remède combat un effet, non la cause première qui produit ces altérations sanguines profondes. A l'adulte, on ordonne 100 gr., 150 gr. de moelle rouge de veau dans un peu de bouillon tiède; le remède est souvent difficilement toléré. Il produit des diarrhées fâcheuses. On peut encore prescrire l'extrait glycériné de pulpe: 2 à 4 cuillerées à café par jour dans un peu d'eau. (Cet extrait glycériné s'altère très vite et il faut le préparer à mesure), ou l'extrait sec (cahlets de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour). Dans les anémies pseudo-leucémiques compliquées d'une grosse rate, des succès passagers ont suivi, mais on sait aujourd'hui que la maladie reconnaît d'ordinaire une origine syphilitique (2). Ce qu'il faut, c'est non la moelle osseuse, mais la friction mercurielle associée au protaxalate de fer (2 paquets de 5 centigr. par jour). Dans cette gamme de produits opothérapeutiques qui combattent les anémies, signalons encore les injections de sang (hémoplasie): injections de 20 cc. deux fois par semaine. Des grosses précautions d'asepsie sont nécessaires; une fois l'injection faite, la seringue se nettoie difficilement. Attention aux abcès. Ce risque considérable a réduit le succès de la méthode. Le sérum des animaux saignés (P. Carnot et Mlle Defflandre) (1) possède également une valeur hémopoïétique et peut amener, pour une période de deux à trois semaines, une hyperglobulie de plus de deux millions d'hématies par millimètre cube.

40. L'opothérapie des glandes vasculaires sanguines a été tour à tour réalisée par les propriétés de la thyroïde, puis des surrénales et de l'hypophyse. Nous ne parlerons pas de l'opothérapie thymique qui n'a point fourni, jusqu'aujourd'hui, de succès décisifs.

La médication hypophysaire a surtout été étudiée par MM. L. Rénou et A. Delille (2). Déjà de Cyon (3) avait montré que l'hypophysine produit un ralentissement des battements cardiaques accompagné d'une élévation de la pression sanguine. L'insuffisance hypophysaire se traduit par des phénomènes inversés: un abaissement de la tension artérielle, une accélération du pouls, de l'insomnie, un manque d'appétit, des sueurs, des sensations pénibles de chaleur. De là l'emploi du remède dans les maladies où la réunion de pareils symptômes apparaît plus ou moins complète: maladie de Basedow, tachycardie paroxysmique, maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde ou la tuberculose pulmonaire chronique (4), maladies du cœur (myocardites), affections nerveuses diverses.

Dans la maladie de Basedow, nos propres observations confirment celles de MM. L. Rénou et A. Delille. On se rappelle peut-être que dans cette maladie, nous accordons la première place au traitement faradique: une électrode à la nuque, l'autre promenée sur la glande; dix minutes de temps tous les jours. Le traitement opothérapeutique ne vient qu'en second lieu; nous le prescrivons, comme M. L. Rénou, par périodes alternées: dix jours d'hématothyréine (solution dans la glycérine de sang provenant de moutons qui ont subi l'ablation de la thyroïde): deux à quatre cuillerées par jour dans un peu d'eau, au moment des repas,

et dix jours de *poudre d'hypophyse de boeuf*; 3 à 5 cachets de 10 centigr. par jour (1).

Dans la *tachycardie paroxystique*, les éléments d'information manquent encore sur la valeur exacte du remède, mais il pourra être prescrit aux mêmes doses: 3 à 5 cachets par jour de poudre totale d'hypophyse du boeuf. MM. L. Rénon et A. Delille (2) ont obtenu chez un malade des résultats favorables, mais incomplets.

Les *maladies infectieuses graves* se compliquent fréquemment d'une défaillance du myocarde, avec accélération des battements cardiaques. M. L. Rénon attribue ces accidents à une insuffisance hypophysaire probable; de là l'emploi qu'il préconise de la poudre d'hypophyse dans certaines fièvres typhoïdes graves. Il en a retiré des résultats satisfaisants. Le produit pourra s'ordonner aux doses de 0 gr. 10 deux à trois fois par jour, en même temps que le médecin mettra en oeuvre les armes classiques: vessies de glace sur le coeur, injections hypodermiques d'huile camphrée, de strychnine, de spartéine. Dans la *tuberculose pulmonaire chronique*, la poudre d'hypophyse serait également susceptible d'amener quelque amélioration. Ces derniers faits semblent moins concluants. Un tuberculeux est avant tout un suggestible. Il suffit que le médecin ait confiance dans une médication pour que le résultat qu'il en espère soit passagèrement atteint.

Dans les *myocardites chroniques*, dans les *cardiopathies artérielles tachycardiques*, nous avons à différentes reprises, employé la poudre d'hypophyse. Sauf chez deux cardiopathes artériels, qui nous ont déclaré s'en trouver soulagés, nous n'avons observé aucun résultat appréciable. Une certaine prudence est nécessaire. De l'angine de poitrine peut suivre l'usage de la médication chez des aortiques (3). Les *palpitations nerveuses* ne sont nullement amendées.

Dans certaines maladies nerveuses, l'opothérapie hypophysaire a recruté des adhérents. Elle a été vantée dans l'*acromégalie*, la *myopathie progressive* (4), la *maladie de Parkinson* (5), et ces maladies sont si rebelles à la thérapeutique, qu'au moins la médication peut être tentée.

La durée de la médication est commandée par l'état de la tension artérielle. L'hypertension provoquée par l'hypophyse nécessite son interruption; des malades ont dû abandonner cette substance au bout de huit jours, pour ne la reprendre qu'au bout de quelques semaines (1). D'autres ont pu suivre des mois. Il nous a semblé que l'hypertension artérielle ne se manifestait pas quand, en même temps que l'hypophyse, on prescrivait de la théobromine. A un de nos malades atteint de coeur rénal avec tachycardie, qui avait une tension artérielle de 22 à 23, nous avons pu prescrire, concurremment, la poudre d'hypophyse et la théobromine. Le malade a déclaré s'en trouver bien, la tension est restée la même, le pouls, qui battait à 120, est descendu aux environs de 90. On aura soin de ne pas prescrire simultanément l'extrait surrénal et la poudre d'hypophyse, l'action hypertensive du premier venant s'ajouter à celle du second, et le fait de cette association étant susceptible de produire des accidents.

L'usage des *capsules surrénales* s'est singulièrement

répandu, depuis que la connaissance de l'insuffisance surrénale a été vulgarisée par les recherches récentes. Depuis hier, le tableau thérapeutique s'est encore enrichi. Les phénomènes de *prostration* et de *collapsus* dans la *scarlatine* et la *diphthérie* semblent en effet ressortir à une insuffisance surrénale (2). En dehors du traitement sérothérapique dans la diphthérie, la prescription au cours de ces accidents de poudre d'extrait de capsules surrénales (paquets de 5 cent., 2 à 4 par jour), voire d'adrénaline (VIII à XX gouttes de la solution à 1-1000), a rareté des phénomènes inquiétants. Disons dès maintenant que, comme traitement, l'extrait surrénal vaut mieux que l'adrénaline, puisqu'il renferme, outre l'adrénaline, une série d'autres substances attachées à la spécificité du tissu. Néanmoins, M. Netter (3), depuis 1905, emploie l'adrénaline dans l'adynamie des diphthéries graves (10 à 20 gouttes de la solution à 1-1000), et la mortalité a été réduite.

On connaît les signes d'insuffisance surrénale que M. E. Sergent (4) range en quatre groupes: 1^o Des troubles circulatoires caractérisés par la petitesse du pouls et l'hypotension artérielle (au frottement léger de la peau de l'abdomen avec la pulpe du doigt, ligne blanche surrénale); 2^o des troubles digestifs avec anorexie et vomissements, constipation; 3^o des troubles nerveux toxiques: crampes, encéphalopathie avec demi-sommeil, calme ou agité, aboutissant tôt ou tard au coma; asthénie permanente; 4^o troubles généraux consistant en hypothermie, amaigrissement, cachexie progressive.

La maladie d'Addison représente un syndrome où l'insuffisance surrénale s'allie à l'irritation du plexus nerveux, péricapsulaire, laquelle produit la pigmentation généralisée à la peau et aux muqueuses. La mélanodermie n'est ni nécessaire ni suffisante pour établir le diagnostic d'une lésion capsulaire; l'asthénie traduit un symptôme tout aussi important. Tout cela n'est point pour faciliter le diagnostic. En dehors d'une mélanodermie concomitante, que de malades présentant une insuffisance surrénale et des troubles circulatoires ont dû être confondus avec de simples neurasthéniques.

Le traitement conseillera l'*extrait sec de glandes surrénales*: cachets de 10 centigr., 3 par jour. On continue 10 à 12 jours consécutifs, on interrompt quelques jours et l'on reprend. La maladie est susceptible de régression. Un adulte asthénique atteint d'une mélanodermie telle qu'on le prenait pour un mulâtre, a fini par guérir à l'aide de cette médication. Il prenait, en 1901, 20 centigr. d'extrait matin et soir. En 1906, il allait bien. Depuis nous l'avons perdu de vue. Parfois seuls certains symptômes sont amendés. L'amaigrissement, l'asthénie, la mélanodermie se dissipent, mais la tension artérielle demeure basse (10).

Les injections d'extraits glycélinés sont douloureuses et ont été abandonnées. On surveillera la médication. Ses abus peuvent entraîner des accidents semblables à ceux des produits thyroïdiens: nausées, vertiges, sensations de chaleur.

En dehors de l'insuffisance surrénale typique liée ou non à la maladie d'Addison, le traitement opothérapique

a pu rendre des services. C'est ainsi que MM. Claude et Vincent (2) ont vu guérir un malade atteint de *myasthénie* avec parésie des muscles des yeux, de la langue, du pharynx. Il prenait par jour 40 centigr. d'extrait sec de glandes surrénales.

L'adrénaline, substance cristalline extraite des capsules surrénales par Takamine (de New-York) en 1901, a reçu beaucoup d'applications à son début. La vogue initiale est bien tombée. Nous avons vu l'adrénaline prescrite par M. Netter et Hutinel dans l'adynamie des scarlatines et des diphtéries (VIII à XX gouttes de la solution à 1-1000). Longtemps le remède a été prôné contre les hémorragies en raison de ses propriétés vaso-constrictives. En général les médecins y ont renoncé vu les accidents de vaso-dilatation consécutive. En 1903, (1) l'un de nous avait recommandé la solution d'adrénaline en badigeonnages dans les *cancers ulcérés* (20 à 40 gouttes en badigeonnages quotidiens) et cette méthode a été reprise par des laryngologistes. Nous prescrivons la quinine concurremment. Aucun inconvénient à cette méthode quand toute tentative chirurgicale est rendue impossible et que les applications de radium ou de rayons X, ne procurent aucun résultat ou même exposent dans les tumeurs profondes, à une généralisation du mal, ce qui, ce semble, est surtout à redouter avec les rayons X. Tout dernièrement une nouvelle application s'est fait jour. M. L. Bernard (2) a obtenu un succès dans un cas d'*ostéomalacie* chez une jeune fille. Il injectait tous les jours 1 cent. cube de la solution à 1-1000; une amélioration survint au bout de la trentième injection. Mais 133 injections furent pratiquées. Un pareil chiffre fait douter de la valeur du remède.

En général, c'est comme *moyen externe* qu'on utilise encore le remède: en pommade contre les *hémorroïdes* ou les *rhinites congestives*.

Adrénaline (sol. à 1-1000), 0 gr. 03. . .

Huile de vaseline, 3 grammes.

ajouter:

Vaseline blanche, 12 grammes,

Essence de géranium, 3 gouttes,

Lanoline, 12 grammes. (Mignon).

L'adrénaline a été associée à la *cocaïne* pour obtenir avec l'anesthésie, la décongestion d'un champ opératoire. Elle réussirait en pulvérisations dans les oedèmes du larynx (Le Périnet). Le mélange du liquide est composé de parties égales d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 et de chlorhydrate d'adrénaline à 1-1000. Le remède est encore utilisé en collyre dans certaines maladies des yeux (conjonctivites, sclérites).

Solution physiologique de chlorure de sodium, 5 gram.

Chlorhydrate d'adrénaline en solution à 1-1000, 5 gr.

Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 25. (Trousseau).

Us. ext. — 2 à 3 gouttes, 3 fois par jour en instillations.

Dans le *phimosis*, l'application sur le gland, d'un feuillet d'ouate imbibé d'un mélange d'une solution d'adrénaline à 1-1000 et d'une solution de cocaïne à 1-10, l'application maintenue légèrement serrée pendant 1-4 d'heu-

re, favoriserait la disparition de l'oedème et la réduction s'opérerait aisément par simple traction sur le prépuce (Némery). Les *hydrocèles* récidiveraient exceptionnellement, après ponction, grâce à une injection d'une solution à 0,02 0-0 d'adrénaline (Rupffle).

Des accidents toxiques peuvent survenir; vertiges, nausées, arythmie cardiaque, nausées. Le praticien ne dépassera en général pas à l'intérieur les doses de X à XV gouttes. Inutile de dire que l'adrénaline est contre-indiquée dans les cas d'hypertension artérielle ou de lésion des artères cérébrales, d'anévrisme. Les abus de la médication ne se produisent du reste plus, l'adrénaline ne figurant plus guère que dans les formules des spécialistes du nez et des yeux.

L'*opothérapie thyroïdienne* est la plus communément entrée dans la pratique. C'est dans le myxoedème qu'elle produit les résultats les plus surprenants. La nutrition des malades se relève, le pouls s'accélère, la température est moins basse. En même temps les oedèmes se résorbent, les poils repoussent, les mouvements sont plus vifs, l'activité cérébrale se réveille. Depuis vingt-cinq ans, on sait que cette maladie est due à la suppression de la fonction thyroïdienne. Le myxoedème est infantile, opératoire (suit l'ablation de la thyroïde), acquis. Peut-être certains oedèmes de l'adulte qualifiés oedèmes neurasthéniques, appartiennent-ils à une insuffisance fonctionnelle de la thyroïde. Chez un malade, à l'aide de la médication thyroïdienne, nous avons fait disparaître très vite un oedème généralisé qui compliquait une sclérodémie évidente. Variot a amélioré un enfant atteint d'ichtyose avec myxoedème fruste.

De toutes les maladies que combat l'opothérapie thyroïdienne, le myxoedème est celle qui réclame les doses les plus élevées (0 gr. 10 de poudre de glandes sèches à un enfant de trois ans, 0 gr. 20 à cinq ans, 0 gr. 30 à dix ans, 0 gr. 40 à 0 gr. 50 à un adulte). La médication devra être prolongée longtemps.

Le médecin surveillera les signes de thyroïdisme: tachycardie, palpitations, faiblesse, qui peuvent survenir et suspendra la médication au moindre signe.

Fait bizarre, dans l'affection la plus opposée au myxoedème, la *maladie de Basedow* où l'hyperthyroïdisme constitue le fond de la maladie, des médecins ont également proposé le traitement par la glande thyroïde. Guérison des semblables par les semblables, dira-t-on. Pas tout à fait. Les maladies de Basedow améliorées par la glande thyroïde appartiennent à deux classes: 1^o celles qui marchent vers le myxoedème; car l'association des deux maladies peut se produire (Babinsky), peut-être en raison d'une adalutération de la sécrétion thyroïdienne; 2^o celles qui font suite à un goître ancien; on dit en pareil cas que le goître se basedowifie. Or on sait que l'iode favorise la résorption des goîtres. Les préparations thyroïdiennes renferment cet iode uni à des substances organiques qui renforcent son activité. On ne peut donc s'étonner de l'efficacité des préparations thyroïdiennes contre les goîtres qui se basedowifient. La médication doit être abordée avec prudence (0.25 milligr. à 5 centigr. de poudre de glande thyroïde, au dé-

but). Renoncer à la médication si l'amélioration n'est pas immédiate.

Les *goîtres* qui sont améliorées par la médication, en dehors de tout signe de basedowisme concomitant sont des goîtres de volume modéré, récents, développés sur des sujets jeunes (Gauthier, de Charolles). Les médecins en général préfèrent la médication par la teinture d'iode (V à XXX gouttes par jour, au moment des repas dans un verre d'eau).

L'action excitatrice sur la nutrition si manifeste dans le myxoedème a fait prescrire la médication dans les arrêts de croissance (*infantilisme, nanisme*), les *fractures* où cependant les effets sont inconstants (Gurinard, Potherat). Toutes ces indications sont classiques et les doses moyennes de 0 gr. 05 à 0. gr. 20 de poudre de glande thyroïde semblent les mieux indiquées.

Un certain nombre d'accidents, rangés sous la dénomination vague de *neuro-arthritisme, de nervosisme avec palpitations* ont été attribués à l'insuffisance thyroïdienne. Celle-ci dans ses formes atténuées serait caractérisée par des sensations de froid, la tendance aux idées noires, les douleurs vagues, les migraines, l'adiposité des tissus, la constipation. Nous consentons que la thyroïde puisse jouer un rôle dans ces accidents. Disons tout de suite qu'il paraît le plus souvent secondaire et consécutif à de légers troubles fonctionnels du tube digestif ou du foie. Un régime diététique sévère, l'emploi de fréquents laxatifs salins (une cuillerée à café de sel de Seignette ou de sulfate de soude à jeun dans un peu d'eau) vient d'ordinaire à bout de ces accidents.

Lorsqu'ils résistent, on peut, comme on le proposait dès 1899, M. Lancereaux ordonner la médication thyroïdienne. MM. Léopold Lévy et H. de Rothschild dans de nombreuses communications ont défendu cette manière de voir. Deux éléments morbides seraient tout de suite amendés par la médication : la constipation et la migraine.

Les auteurs recommandent ici des doses minimales : 25 milligrammes de poudre de glande thyroïde — un cachet à midi — poursuivre quelques semaines ; prendre deux cachets, si les migraines persistent. La médication réussit chez certains malades : les migraines s'espacent, la constipation est heureusement modifiée. Souvent, par contre, aucun résultat n'est obtenu. Et les migraines durent comme avant.

Chez les sujets atteints de *nervosisme accompagné de palpitations*, les succès obtenus commandent une remarque. Toute cette clientèle se trouve bien des médications neuves ou étranges. Il y a trois ans, ces malades guérissaient par les bouillons lactiques ; puis, ce fut le tour de l'eau de mer ; un grand nombre célèbrent les bienfaits de l'homœopathie ; d'autres ne veulent entendre parler que de la médication par les fluides verts, bleus et rouges, mélange de plantes indifférentes, diversément coloré, très à la mode à Paris. La poudre de glande thyroïde guérit également ces sujets. Cela ne veut pas dire que l'hypothyroïdie constitue l'essence de leur mal. Cela peut signifier tout aussi bien que la nouveauté de la médication influe heureusement leur

système nerveux et rétablit l'équilibre compromis de la nutrition.

La médication semble parfois réussir dans le *rhumatisme chronique*. Nous l'avons ordonnée sans succès apparent dans trois cas de rhumatisme noueux où la glande thyroïde était peu développée et où les médications usuelles avaient échoué. Beaucoup de patience, dit-on, est nécessaire. Au bout de plusieurs semaines de traitement nous n'avons rien obtenu. Le remède améliore-t-il la rétraction de l'*aponevrose palmaire* ? Il faut d'autres observations pour conclure. Le *psoriasis arthropathique* se trouverait également bien de la médication ; M. Brocq est très affirmatif à ce sujet.

Dans l'*obésité de la ménopause*, ou quand l'association de l'asthénie et des douleurs dessine un type morbide se rapprochant de la *maladie de Dercum*, la prescription simultanée de poudre de glande thyroïde et d'ovaire desséché peut réaliser des améliorations (L. Rénon). En ville, nous avons traité par cette méthode une femme de 70 ans atteinte de maladie de Dercum. Sous l'influence de la médication thyroïdienne, les douleurs se sont amendées. Mais, dans l'intervalle, la malade faisait un carcinome du sein. Il semble que l'opothérapie thyroïdienne ait eu pour effet de donner un coup de fouet à cette dernière maladie.

Nous ne prescrivons donc pas de thyroïde aux malades atteints de tumeurs malignes ; nous la proscriirons également chez les cardiaques qui, suite de la médication, font des accidents tachycardiques, des lipothymies, des syncopes, un abaissement de la tension artérielle. Dans l'*obésité simple*, inutile d'avoir recours à la médication. Le régime diététique suffit.

Il nous resterait à parler d'opothérapies diverses : la *mammaire*, qui arrêterait les pertes utérines ; la *placentaire*, qui favoriserait la montée du lait — ce dont M. Budin doutait fort : — la *pulmonaire*, la *cérébrale*, la *musculaire*, utile par le suc musculaire, dans la tuberculose ; la *cutanée*, la *splénique*. Tout ce domaine mérite une exploration plus minutieuse avant de nous arrêter à des applications définitives. La fréquence des coïncidences thérapeutiques et l'action suggestive doivent nous inspirer une grande réserve dans nos conclusions.

Tout à l'heure, en parlant de la maladie de Dercum, nous avons signalé l'association thérapeutique de la glande thyroïde et de la poudre d'ovaire.

Nous conseillons de même, avec M. Rénon, la prescription successive, dans la maladie de Basedow, d'hématoéthylroïdine et de poudre d'hypophyse.

Il existe une corrélation physiologique entre le fonctionnement des diverses glandes vasculaires sanguines. La thyroïdectomie s'accompagne d'un hyperfonctionnement des surrénales et de l'hypophyse. L'extirpation des surrénales est suivie de l'hypertrophie de l'hypophyse et de la thyroïde. Le myxoedème s'accompagne de troubles génitaux (aménorrhée, atrophie testiculaire des infantiles).

Il en résulte qu'outre l'action exercée sur l'organe malade, la thérapeutique doit s'occuper des fonctions glandulaires qui souffrent par la faute du premier. Exemple, l'extrait hypophysaire risque d'amener de l'hypofonctionne-

ment de la thyroïde. Il conviendrait donc, en même temps, que l'extrait d'hypophysaire, de prescrire l'extrait thyroïdien pour éviter cette diminution dans l'aptitude fonctionnelle de la thyroïde.

Commençons par traiter d'abord l'organe malade; nous verrons bien par la suite si la thérapeutique doit être compliquée par l'adjonction d'un nouveau produit. Et puis ces complications de traitement sont-elles indispensables? Une action générale sur le système nerveux par l'effet de la diététique requise, du repos, de l'hydrothérapie ne peut-elle assurer des résultats aussi satisfaisants? Il nous a semblé que l'effet de l'action solaire et du temps sec exer-

cite une influence favorable sur les sécrétions internes. Nombre de malades vont plus mal dès que le ciel se couvre et que l'humidité envahit l'atmosphère. Ils ressentent des gonflements du cou, des sensations de chaleur, des myalgies, des fourmillements, des anéantissements douloureux et subits. Dès que le temps redevient beau, tous ces phénomènes s'atténuent et disparaissent. M. le Dr Sardou (de Nice) a émis sur les effets du climat méditerranéen et ici même des considérations analogues. L'influence climatique sur les sécrétions internes, voilà un sujet qui mérite d'être abordé par les travailleurs de demain.

in *Jnal. des Praticiens.*

NOTES EDITORIALES

La science et l'art vétérinaire

Nos lecteurs trouveront dans une autre page de ce numéro une conférence du directeur de l'École de Médecine Comparée et de Science Vétérinaire de Montréal sur l'examen clinique des animaux, conférence faite devant l'Association Médicale Vétérinaire Française de Montréal.

La profession vétérinaire, dans la Province de Québec, n'est pas suffisamment connue et appréciée, bien qu'elle soit organisée en tous points comme la nôtre, ayant sa loi provinciale, son bureau provincial et son école d'enseignement, et qu'elle rende à la population agricole de notre province les plus grands services.

Le médecin vétérinaire n'est pas seulement appelé à conserver la santé des animaux malades, ce qui est une des mille manières de protéger et d'accroître la richesse publique, mais il est de plus amené, par l'exercice de ses fonctions, à sauvegarder la santé générale. Il le fait en aidant à l'application des lois d'hygiène, tant fédérales que provinciales. Personne n'est mieux qualifié que lui pour surveiller l'industrie laitière, inspecter la viande et les denrées alimentaires, contrôler l'importation et la vente des animaux de boucherie, en un mot, empêcher de toutes manières les fraudes du commerce des aliments. Qui osera prétendre que les aliments sains ne sont pas de première importance pour la santé? et que celui qui contribue à nous les procurer n'est pas un protecteur de la santé publique?

Quant à la science vétérinaire, la médecine humaine lui doit trop pour la dédaigner. Pour ne citer que quelques exemples, ce sont les admirables études de Chauveau

qui nous ont expliqué la pathologie des souffles cardiaques; c'est à Nocard et à Arloing que nous devons de précieux renseignements sur les processus infectieux et sur l'immunité; enfin c'est en étudiant des maladies animales que Pasteur fit ses premières et ses plus décisives découvertes. Encore aujourd'hui, que de belles recherches bactériologiques, physiologiques, biologiques se poursuivent partout en Europe dans les laboratoires des écoles vétérinaires!

Pour bien prouver à nos lecteurs combien l'esprit médical vétérinaire est identique à l'esprit médical tout court, combien les deux sciences sont soeurs (mettons cousines, si vous préférez), nous avons jugé à propos de publier la conférence du Prof. Daubigny. Son appréciation générale du diagnostic et du pronostic pourrait s'imprimer textuellement dans n'importe quel manuel de sémiologie médicale humaine. C'est là même langue, le même raisonnement.

Quant aux méthodes d'examen chez les animaux, nous croyons qu'elles intéresseront nos lecteurs en leur fournissant des éléments de médecine comparée.

L'on gagne souvent quelque chose à mieux connaître ses voisins.



NOTES THERAPEUTIQUES

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

TRAITEMENT DIETETIQUE DE LA GOUTTE

Dans ce domaine, la confusion règne encore aujourd'hui et si un goutteux voulait se priver de tous les aliments qui ont été tour à tour défendus dans cette maladie, il risquerait de mourir de faim. Cette situation tenait à ce que nos notions diététiques concernant cette affection étaient restées jusqu'ici empiriques ou théoriques: ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a reconnu que les nucléines de l'alimentation sont capables de donner naissance à des purines et à de l'acide urique.

L'auteur a pu démontrer que l'on peut arriver, par l'administration d'une nourriture carnée, à augmenter la teneur en acide urique de l'urine chez un sujet normal: cet effet ne se produit que deux ou trois jours après l'ingestion. Chez le sujet normal, on peut, d'un autre côté, en supprimant les purines, faire disparaître l'acide urique du sang, alors que celui du goutteux en contient toujours. Chez ce dernier, l'élimination d'acide urique à la suite d'ingestion de nucléines ne s'effectue qu'au bout de quatre à six jours; pendant ce temps, la teneur du sang en acide urique n'augmente pas. Ce phénomène paradoxal nous indique que le processus est fort compliqué et rappelle celui qu'on constate dans le diabète. On observe, du reste, souvent des cas très graves de goutte, héréditaire ou acquise, chez des sujets qui ont évité tout excès dès leur enfance.

L'excès d'acide urique n'est qu'un produit morbide et ne constitue pas la maladie elle-même, car celle-ci a des rapports intimes avec l'obésité, l'artériosclérose, la néphrite interstitielle, etc.

Il faut surtout tenir compte, dans le traitement de la goutte, de l'existence ou de l'absence de troubles dyspeptiques.

En résumé, la goutte peut être influencée par l'institution d'un régime pauvre en purines, dans les cas où le sujet supporte ce régime: on s'abstiendra dans les cas où le résultat ne s'est pas manifesté au bout de quelques mois. Dans ce dernier cas, on recommandera simplement d'augmenter les légumes et les fruits. L'abstinence pour l'alcool n'est utile que dans quelques cas.

+

TRAITEMENT DE LA PLEURESIE SERO-FIBRINEUSE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM ANTI-DIPHTÉRIQUE.

M. Faure (de Lorient), a traité, depuis deux ans, sept cas de pleurésie séro-fibrineuse par les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique. La dose injectée a été de

20 centimètres cubes. Le résultat a toujours été identique. Les injections n'ont jamais été suivies de la moindre réaction, et la résorption de l'épanchement a commencé environ quarante-huit heures après l'injection pour être totale et définitive le troisième, quatrième ou cinquième jour, ne laissant subsister que quelques frotements plus ou moins persistants.

L'injection a toujours été précoce (dans les huit premiers jours environ).

Dans un seul cas, l'épanchement massif a nécessité le renouvellement de l'injection; après la deuxième injection, l'épanchement a disparu sans récurrence. Je dois ajouter encore que, par mauvais fonctionnement de la seringue, la première injection de 20 centimètres cubes n'avait pénétré qu'à moitié environ.

✱

THERAPEUTIQUE DE LA GOUTTE

On ordonnera, pendant l'attaque de goutte, le lait coupé d'une eau diurétique (Contrexéville, Vittel, Evian) et la théobromine sous la forme suivante:

Théobromine, 0 gr. 60;

Carbonate de lithine, 0 gr. 30;

Benzoate de soude, 0 gr. 25.

Pour 1 cachet. Deux à trois par jour.

On placera sur l'articulation malade des compresses chaudes imbibées de borax, qu'on recouvrira de taffetas et d'ouate.

On administrera, au bout de quelques jours, le colchique. On débutera par LX gouttes et on abaissera progressivement la dose à XX gouttes. On prescrira, si le médicament provoque de la diarrhée ou des vomissements, du salicylate de soude (2 à 6 grammes).

On coupera la fièvre par le sulfate de quinine. On combattra l'insomnie par le sulfonal ou le trional (1 gramme) et l'embarras gastrique par les tisanes d'orge ou de pariétaire, additionnées de bicarbonate de soude.

On recommandera, dans l'intervalle des crises, les exercices faits avec modération, le massage, l'hydrothérapie chaude et les médicaments urolytiques, benzoate de soude, urotropine (Pastilles Necker) pipérazine, — sans oublier le régime approprié, lacto-végétarien de préférence.

Par M. Pron (d'Alger) (*Journal de médecine de Paris*, No 32, 7 août 1909, p. 311).