

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE ¹

(MÉTHODE DE DELBET)

Docteur Oscar Bourque

Ce petit os qu'est la rotule, a certes le droit d'attirer l'attention du chirurgien, qui a eu tant de déboires à le traiter, lorsque fracturé. En effet, les méthodes que nous devrions appeler anciennes, telles qu'immobilisation prolongée par clisse, appareils de traction des fragments par diachilons ou coussins, ne sont plus de mode, à moins toutefois qu'il y eut des contre-indications constitutionnelles, qu'elles soient cardio rénales, pulmonaires, diabétiques ou autres.

L'intervention chirurgicale, je devrais dire sanglante, est la seule méthode qui puisse réellement donner au malade, le maximum de résultat avantageux, et satisfaction parfaite au chirurgien.

Voyons un peu les résultats obtenus par les différents appareils tracteurs des fragments et par l'immobilisation.

1. Travail lu au VI^e Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

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

LABORATOIRE COUTURIEUX
18. Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

Ampoules de 3 c'm.

La traction amène rarement une bonne coaptation des fragments, parce que dans la grande majorité des cas, il y a un lambeau de tissu fibre-périostique élongé venant de la région antérieure de la rotule et interposé entre les fragments, par conséquent la consolidation devient impossible, et le malade est destiné à avoir une jambe impotente.

Je signale en deuxième lieu les complications qu'amène l'immobilisation des 40 jours légendaires : l'atrophie du membre, l'ankylose ou au moins l'enraidissement, encore un triste résultat.

Il a donc fallu chercher un mode de traitement assurant une guérison parfaite.

Il est peut-être intéressant de connaître un peu l'évolution des tentatives chirurgicales qui furent faites dans le but d'obtenir un résultat complet.

Cameron de Glasgow faisait en mars 1877, la première suture antiseptique de la rotule, opération tentée par Lister en octobre de la même année.

En 1883, Lister présentait à la Société Médicale de Londres, 7 heureux cas de cette opération.

Sa communication montra que cette nouvelle méthode permettait une guérison parfaite là où auparavant on ne pronostiquait que les pires infirmités.

C'est à cette date (1883) que le Dr. Lucas Championnière tenta la même opération pour la perfectionner par la suite ; et il n'a jamais craint avec l'antisepsie d'ouvrir largement l'articulation pour obtenir des résultats surprenants.

A Lucas Championnière et ensuite à Delbet, nous devons d'avoir apporté au monde chirurgical, une doctrine ferme sur ce point, et qui nous paraît définitive.

J'omettrai, sans crainte de reproche, de faire l'anatomie de la rotule, mais je ferai remarquer que, la jambe même en flexion complète, le tiers supérieur de la rotule est en rapport avec le

fémur, ce qui explique que dans environ 80% des cas, la fracture a lieu dans la moitié inférieure; la fracture transversale est la plus commune, et se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Que la fracture soit simple ou multiple, le chirurgien peut toujours obtenir le contact des fragments dans les cas récents.

L'opération, appelée cerclage, a avec raison, beaucoup d'adeptes, mais le fil cède assez souvent en déchirant les tissus, ou le lambeau fibre-périostique empêche une bonne consolidation, ce qui fait que ce mode de procéder n'est pas toujours suffisant.

Il suffira d'avoir ouvert quelques genoux après fracture de rotule pour se convaincre que seule la suture peut mettre les fragments en contact efficace. Il y a certes l'opinion de nombre de médecins craignant de voir ouvrir une articulation, et il est si bien connu qu'une grande articulation est plus sensible à l'inspection que les autres synoviales, et même plus que le péritoine; mais le chirurgien pourra ne pas s'en tenir qu'à l'asepsie seule, il pourra plutôt employer une antiseptie sévère, méthodique et complète et il sera toujours assuré d'un résultat parfait.

Toutes les articulations supportent merveilleusement le contact des antiseptiques, et tel que l'a si bien établi Lucas Championnière, l'acide phénique au 20ième est un antiseptique toujours sûr et fidèle dans la chirurgie articulaire.

Le traumatisme aidant, le danger d'infection est d'autant plus grand et il ne faut pas de demie mesure, mais bien une antiseptie régulière et puissante; et pour Lucas Championnière et Delbet l'articulation remplie de sérosité et de sang doit être nettoyée et même drainée pour obtenir la guérison rapide. Il ne faut pas oublier que les ouvertures larges et bien protégées sont, en chirurgie articulaire, moins dangereuses que les traumatismes médiocres qui vident mal une articulation.

La suture de la rotule est donc le procédé rationnel et le plus

complet de la fracture rotulienne. Elle se fait avec un fil assez gros et solide, ce fil doit être métallique; le fil de platine il n'en est plus question aujourd'hui, alors nous avons le choix entre le fil d'argent, de bronze-aluminium, ou mieux encore de soie métallique; ils sont tous trois pratiques et bien tolérés.

L'opération n'est pas d'urgence; il faut même se méfier d'intervenir trop tôt; d'abord pour traiter la plaie cutanée, et ensuite pour traiter le traumatisme articulaire.

Aussitôt le diagnostic établi de fracture de la rotule, le malade sera mis au lit, il sera bon de lui appliquer une clisse temporaire pour soulager la douleur, éviter un trop grand écartement des fragments et pour son transport à l'hôpital.

L'opération ne se fait que la quatrième ou cinquième journée après l'accident; la région opératoire est préparée par la méthode antiseptique bien établie et connue de tous, et l'intervention ne nécessite que peu d'instruments: un bistouri, une paire de ciseaux, une pince à dissection, quelques pinces hémostatiques, un foreur mécanique aiguillé et une pince Farabeuf.

L'articulation est ouverte par une large incision en U, c'est-à-dire à convexité inférieure, et descendant à l'épine tibiale; le lambeau cutané ainsi formé, est, à la manière d'un couvercle, relevé au-dessus de la rotule. La bourse prérotulienne est d'habitude altérée et déchirée, quelquefois confondue avec l'articulation béante.

Il est bon alors de nettoyer les parties, soit au sérum artificiel, soit avec un antiseptique puissant; et si l'articulation est ouverte, il ne faut pas craindre de l'ouvrir plus largement afin de pénétrer dans tous les recoins articulaires pour bien vider l'articulation des caillots et de la sérosité.

Le lambeau antérieur sera relevé et bien conservé, et les surfaces osseuses seront légèrement curettées pour en enlever les caillots et les produits de nouvelle formation; la rotule fracturée étant d'habitude friable et altérée dans sa substance.

A ce moment on cherche comment les fragments peuvent se mettre en contact parfait, et si leur rapprochement nécessite trop d'effort, la pince Farabeuf est d'un réel secours.

Une fois les fragments bien en place, un foreur aiguillé, je veux dire avec un chas, les transperce sans pénétrer le cartilage articulaire.

Pour ne pas blesser davantage la rotule il sera bon que le foreur ne retire qu'une soie assez forte pour retirer à son tour le fil double qui servira à la suture, et qui sera coupé à son milieu, pour qu'ainsi deux fils parallèles passent à travers les fragments pour fixer chacun de leur côté la rotule fracturée. Avec une aiguille ordinaire, chaque chef est passé dans les tissus pour former un véritable cerclage de chaque côté de la rotule; les fils sont attachés et les nœuds sont cachés dans la rainure, même entre les fragments afin qu'ils ne fassent pas saillie sous la peau; et l'on aura ainsi obtenu une fixation complète par une suture puissante qui ne cédera pas même aux mouvements de flexion de la jambe.

Les tissus fibreux et périostiques sont suturés au catgut, au devant de la rotule.

Si l'articulation a été ouverte il sera bon de laisser dans les parties latérales assez d'espace pour permettre au liquide qui distendrait l'articulation, de passer sous la peau où il trouvera une voie d'écoulement par un drain sous cutané.

La région est à nouveau bien nettoyée, la peau est rabattue et suturée au crin de Florence.

Un pansement antiseptique est appliqué sur la plaie et maintenue par une bande serrée modérément.

Une gouttière temporaire immobilisera la jambe jusqu'au premier pansement qui sera fait la quatrième journée; les drains seront enlevés, et un nouveau pansement appliqué.

C'est à cette journée également, qu'il sera conseillé au malade

de faire de légers mouvements de l'articulation, qu'il augmentera graduellement suivant sa susceptibilité jusqu'au douzième ou quinzième jour, date à laquelle les premiers essais de marche seront tentés, et le malade quittera l'hôpital sans boiterie, avec la satisfaction d'avoir une jambe très solide.

L'opération de la suture de la rotule est une belle opération de la chirurgie moderne, qui nous permet d'éviter à nos malades, de grandes infirmités.

—:00:—



UNIVERSITE LAVAL

COURS POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'HYGIENISTE EXPERT

Un cours pour l'obtention du diplôme d'HYGIENISTE EXPERT commencera à la Faculté de Médecine de l'Université Laval le 1er février 1921. Ce cours est ouvert à tous les docteurs en Médecine ou ingénieurs qui désirent s'y inscrire. Le cours se terminera en juin.

Le prix à verser est de \$100.00. On est prié de s'inscrire immédiatement. Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.



STENOSE DU PYLORE CHEZ L'ENFANT

Docteur Albert Jobin

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Université Laval.

—

Tout d'abord, je dois vous dire que ce n'est pas une étude complète de la question que je vous apporte. Par exemple, il ne sera pas ici question de l'obstruction pylorique, soit par atésie congénitale, soit par un corps étranger,—comme une pièce de monnaie.—Je ne parlerai pas non plus des rétrécissements causés par une cicatrice à la suite de l'ingestion de liquides corrosifs, ou encore au cours d'un ulcère ou d'un cancer, (chose rare chez les enfants). De même aussi je passerai sous silence l'obstruction du pylore, résultant d'une compression par une tumeur ou une couture du duodenum.

Je bornerai mon travail à l'étude des sténoses du pylore chez les nourrissons, sténoses dont l'origine serait soit fonctionnelle, soit organique.

SYMPTOMATOLOGIE.

Voici maintenant en peu de mots comment on reconnaît cette maladie. C'est généralement l'histoire d'un bébé qui a plus ou moins bien profité pendant les 2 ou 4 premières semaines de son existence, et qui tout à coup s'est mis à vomir, soit immédiatement après chaque repas, soit après 2 ou 3 repas, et à remettre à peu près tout ce qu'il a pris; et cela, d'une manière désespérante. Les vomissements, quasi incoercibles, ont cela de particulier que les matières vomies sont projetées à une certaine distance: elles sortent de la bouche comme en un jet. Le lait rejeté est plus ou

1. Travail lu au VI^e Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

moins digéré, et ne contient jamais de bile, précisément à cause de l'obstruction pylorique.

Cela va sans dire, la constipation est de règle. Aussi, par le fait que le lait, en presque totalité ne passe pas dans l'intestin, les urines sont rares, et l'amaigrissement est rapide. L'abdomen est généralement déprimé au début, mou, presque flasque, par suite de la vacuité de l'intestin. Plus tard, quand l'estomac est dilaté, la région épigastrique bombe. C'est alors qu'on observe les mouvements péristaltiques de l'estomac.

Chez les sujets amaigris surtout à parois abdominales minces, on constate facilement ces *contractions péristaltiques*, contractions qui se caractérisent par des *ondulations* de l'estomac, assez fortes pour soulever la paroi musculaire du ventre, et que l'on voit apparaître sous les côtes pour se prolonger jusque dans la région du pylore.

Quand l'estomac est dilaté, le caractère des vomissements change. Ils s'espacent, ne surviennent qu'à 2 ou 3 reprises dans les 24 heures; ils sont abondants, d'odeur butyrique et souvent putride...

Quelquefois, dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie, on sent une tumeur arrondie, grosse comme une noisette, constituée par le pylore hypertrophiée.

J'oubliais de vous dire que ces enfants *pleurent* beaucoup; et je crois bien que c'est et de douleurs et de faim.

A mesure que l'insuffisance de l'alimentation s'accroît, l'état général s'altère, le sujet maigrit et se cachectise. La température reste quelque temps normale; puis survient de l'hypothermie.

Quant à l'*évolution*, elle est tantôt rapide, comme dans les sténoses hypertrophiques. En quelques semaines, les vomissements, par leur répétition, entraînent la cachexie et la mort. Dans d'autres cas, l'évolution est plus lente; il y a des alternatives de rémission et d'aggravation. La durée est de 2 à 6 mois. On pense alors à des phénomènes d'ordre spasmodique.

En résumé, le syndrome du pylore consiste en vomissements opiniâtres, douleurs, constipation, mouvements péristaltiques, tumeur, et amaigrissement.

PATHOGÉNIE.

Comme je vous l'ai déjà dit, la sténose du pylore chez les nourrissons est d'origine organique ou fonctionnelle. Comme toujours du reste, les opinions sont partagées. C'est le cas de le dire "*Scinduntur doctores*". — Les uns, comme les Drs Holt, Hirschsprung, Finkelstein, Grau, croient à une lésion anatomique primitive, consistant dans l'hypertrophie des *fibres circulaires* du pylore,—plus fréquente, dit-on, chez les garçons que chez les filles (Dr Sauer, sur 12 observations, n'a relevé que 3 filles seulement).

Pour d'autres,—les Drs Hutchinson, Haas, Plaunder (1898)—c'est une maladie d'ordre nerveux tout simplement. Ça ne serait qu'un spasme du pylore. Cet état spasmodique serait attribuable, soit à une irritabilité spéciale de l'appareil sensitivo-moteur du nourrisson, soit à un état dyspeptique antérieur. Dans ce dernier cas, ce serait un spasme réflexe provoqué par l'irritation de la muqueuse stomacale.

Ces deux opinions contraires sont certainement trop absolues. En médecine, vous le savez, il n'y a rien d'absolu. D'après les autopsies, on observe des faits qui relèvent de l'un ou de l'autre mécanisme.

Cependant, il faut le dire, la majorité des auteurs concluent que la sténose spasmodique, — incontestablement la plus fréquente—semble conquérir tout le terrain que perd de plus en plus la sténose par hypertrophie musculaire. Et s'il m'était permis d'exprimer mon opinion, je dirais que, quand je suis en face d'un cas semblable, je pense tout d'abord à une sténose fonctionnelle.

Et sous l'empire de cette idée directrice, je traite mon malade en conséquence.

Comme confirmation, j'ajouterai le témoignage des Drs Weil et Pehn, qui l'ont décrite sous la dénomination de *pyloraspasme* essentiel de l'enfance, et la considèrent, comme indépendante de toute cause et de toute lésion appréciable.

N. B.—Il ne faut pas oublier que chez les enfants, à hérédité nerveuse ou arthritique, les spasmes et les contractures sont des manifestations assez banales. Tout le monde sait, comme les spasmes du pylore, les spasmes de l'intestin grêle et du gros intestin sont fréquents chez les enfants.

*
* *

Il ne serait peut-être pas sans à propos de dire un mot ici des rétrécissements de l'intestin chez l'enfant, maladie qui se rapproche beaucoup des sténoses du pylore.

Le spasme par lui-même est une affection banale, observée dans toutes les inflammations et irritation du gros intestin. Aussi chez les nourrissons, les spasmes intestinaux sont loin d'être rares; surtout quand ils sont de souche nerveuse ou arthritique, ils peuvent entraîner la mort. Le lait est rejeté après les tétées d'une façon désespérante. L'estomac se dilate tandis que l'intestin se rétrécit. Les selles sont rares. L'enfant souffre au moment du spasme; sa figure se crispe; et cependant il a faim, mais dès qu'il reprend, il rejette, et finit par maigrir et s'atrophier. A l'autopsie on trouve le pylore normal, et toute la masse de l'intestin est rétractée.

Traitement.—Ce qui m'a engagé à présenter ce travail sur une maladie—rare en somme mais qui faisait autrefois le désespoir des médecins—, c'est qu'aujourd'hui nous avons à notre disposition trois bons moyens pour la traiter.

D'abord 1^o Moyen médicamenteux.

Ensuite 2^o Moyen des bouillies épaisses.

Enfin dernière ressource 3^o Moyen chirurgical.

Moyen médicamenteux.—Que l'enfant soit nourri au sein, ou au biberon, on ne change rien au régime. Seulement on emploie l'atropine. C'est un anti-spasmodique efficace dont le bon effet ne tarde pas à se faire sentir dans un grand nombre de cas.

Voici comment on l'emploie. On se sert d'une solution de sulfate d'atropine au millième.

Trois conditions sont nécessaires pour la bonne efficacité de ce remède.

1^o Une préparation bien faite.

2^o La renouveler souvent parce qu'elle se détériore très vite.

3^o Une dose suffisante.

Chaque dose doit être donnée immédiatement avant chaque repas. L'enfant doit faire 6 à 7 repas par jour.

La 1^{re} journée: 1 goutte à chaque repas.

La 2^{me} journée: 2 gouttes à chaque repas.

La 3^{me} journée: 3 gouttes à chaque repas.

S'il y a une amélioration, on continue avec cette dose de 3 gouttes, plusieurs jours, même des semaines, quelquefois des mois. Seulement il est bon de temps en temps de diminuer la dose, et même de cesser complètement, histoire de tâter le terrain.

Il ne faut pas avoir peur d'augmenter la dose jusqu'à 5 et 6 gouttes. Le Dr Haas a pu donner jusqu'à 42 gouttes par jour, (soit 1/24 de grain d'atropine), sans danger chez un enfant de 2 semaines.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas être sur ses gardes dans l'administration de cet alcaloïde. Au contraire, il faut tâter la susceptibilité du sujet. Il y en a qui ont de l'idiosyncrasie à l'endroit de ce médicament. De plus, quelques-uns ont des symptô-

mes d'intoxication. On les reconnaîtra aux signes suivants, donnés dans leur ordre de fréquence. D'abord :

1° *Rougeur* prononcée du visage et du corps, depuis le rose au rouge foncé, comme dans la scarlatine.

2° *Mydriase*.—Dilatation de la pupille—celle-ci ne réagit pas à la lumière.

3° *Fièvre*.—Température plus élevée que la normale de 1 à 2 degrés F.

4° *Sécheresse* de la bouche et des lèvres : mobilité à sécréter des larmes.

5° *Irritabilité* et sursauts.

6° *Pâleur* et quelquefois *transpiration* de la peau. La face et les paupières sont légèrement *bouffies*.

Aucun de ces symptômes d'intoxication n'offre de danger. Il suffit de discontinuer le remède, pendant quelque temps seulement, pour que tout rentre dans l'ordre.

Entr'autres observations personnelles, je vous rapporterai celle d'un enfant, A. G. un garçon né à terme, de parents sains. Il pesait à sa naissance 7 livres et 6 onces. Lorsque je le vis pour la première fois, le 12 mai 1919, il avait alors 3 semaines, et son poids n'était plus que de 6 livres et 12 onces. Il était nourri au biberon. Depuis sa naissance, aux dires de sa mère, l'enfant pleurait, dormait peu, vomissait souvent, et dépérissait. Pendant plus d'un mois, j'essayai tous les régimes, mais sans succès :—A l'âge de 2 mois, l'enfant vomissait toujours d'une manière désespérante, pleurait presque sans cesse, et ne pesait plus que 5 livres et 5 onces. Je prescrivis l'atropine avec le mode d'emploi donné plus haut... Dès le lendemain, il y avait de l'amélioration. L'enfant ne pleurait plus, vomissait moins. Le 3^{me} jour, les vomissements avaient cessé complètement, et l'enfant dormait bien. Au bout d'une semaine, il s'était appesanti de 8 onces.

Un mois après, vers le 15 juillet, voilà que l'enfant recom-

mence à pleurer et à vomir. Je soupçonnai alors que la solution d'atropine avait perdu de sa valeur thérapeutique. Je prescrivis une solution fraîchement préparée. Je poussai la dose jusqu'à 5 gouttes à chaque repas. Tout est rentré dans le calme. L'enfant a pris cette médecine pendant près de 3 mois. Aujourd'hui l'enfant est âgé de 15 mois; il est florissant de santé; il pèse 22 livres et quelques onces.

Je pourrais rapporter d'autres cas semblables. Je pourrais aussi relater d'autres cas où j'ai complètement manqué mon coup. J'ai eu alors recours au régime des bouillies épaisses.

I.—*Régime des bouillies.*

Ce n'est pas précisément une méthode nouvelle de traitement. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil. *Nil novi sub soli*. On l'employait autrefois avec succès dans les vomissements d'origine nerveuse. Seulement on l'emploie aujourd'hui, d'une manière systématique, dans les cas de spasme du pylore.

Voici comment il faut procéder dans ce cas.

La préparation et l'administration de cette bouillie sont d'une grande importance. Elle doit être parfaitement cuite, et suffisamment épaisse pour rester adhérente à une assiette, même renversée. Une bonne formule serait la suivante :

Lait écrémé.	9 onces
Eau	12 onces
Farine	6 cuillerées à soupe
Sucre	3 cuillerées à soupe

On peut y ajouter un peu de sel à table. On laisse bouillir le tout au moins pendant une heure, dans une marmite couverte, et à double fond. La bouillie devient alors de consistance voulue.

Une précaution importante est d'administrer la bouillie aussi

chaude que possible. Pour cela il est bon de placer la soucoupe contenant la bouillie dans un autre vaisseau d'eau chaude.

Ne pas oublier non plus que c'est une œuvre de patience, surtout pour la première semaine. Le jeune enfant retient quelquefois la cuillerée de bouillie, longtemps dans sa bouche avant de l'avaler. Une heure, et quelquefois plus, est souvent nécessaire pour lui faire prendre un repas. La garde-malade est souvent obligé de porter jusque dans le pharynx, au moyen d'un abaisselangue, la cuillerée de bouillie.

Ces détails sont quelque peu fastidieux. Mais c'est de leur accomplissement que dépend le succès.

La *quantité* de bouillie, pour chaque repas, sera de 2 à 8 cuillerées à soupe. Cela dépend de l'âge et de la capacité digestive du sujet. En général on donne de 6 à 7 repas par jour.

Une fois le repas terminé, on couche l'enfant sur le côté droit, pendant quelque temps.

Une bonne précaution à prendre dans les premiers temps du traitement c'est de remuer l'enfant le moins possible. Ce repos a pour but de diminuer les contractions des muscles de la paroi abdominale.

Une autre bonne précaution est de faire le lavage de l'estomac au citrate de soude à 1%, ou à l'eau de Vichy, avant de commencer le traitement par le régime des bouillies épaisses.

Par quelle influence l'administration d'une bouillie épaisse fait-elle céder le spasme du pylore. Je ne saurais le dire. Mais c'est un fait indéniable que la bouillie produit ce résultat. On en pourrait citer de nombreuses observations. Le Dr Sauer, de Chicago, a publié dans les " Archives of Pediatrics " (juillet 1918), 12 cas authentiques, avec onze succès. En effet, dans tous les cas, moins un, les vomissements ont cessé très vite, bien que dans la plupart des cas les mouvements péristaltiques aient continué des semaines et des mois, après la cessation des vomissements. Onze de ces

douze cas sont maintenant en parfaite santé. Un seul est mort de broncho-pneumonie.

Le Dr Langley Porter, de San Francisco, dans les mêmes archives de Pédiatrie (Juillet 1919) a rapporté 10 cas, ainsi traités par les bouillies épaisses. Les dix enfants guérirent parfaitement. Suivant l'expression du Dr Porter, les vomissements cessèrent comme par "*miracle*", et avec la cessation des vomissements, une amélioration rapide de la santé s'en suivit. Le résultat fut si encourageant, que le Dr Porter institue et recommande ce régime des farineux ainsi préparés dans tous les cas de mauvaise nutrition.

Il peut arriver que l'administration des farineux s'accompagne de diarrhée. Dans ce cas il est bon alors de se servir de fleur de riz dans la préparation de la bouillie.

Si j'en avais le temps, je pourrais rapporter 5 cas authentiques et personnels, guéris par le régime des bouillies épaisses, et cela depuis un an. Je ne rapporterai qu'une seule observation.

C'est celle de J. F. . . , âgé de 2 mois en juillet 1919, poids à la naissance $7\frac{1}{2}$ livres. Il ne pesait alors que $5\frac{1}{4}$ livres. D'après son histoire symptomatique, c'était un type classique d'un rétrécissement pylorique: douleurs, vomissements rebelles, constipation, tumeur dans l'hypochondre droit et amaigrissement. L'état général était mauvais. Son état de maigreur permettait de voir facilement des ondulations dans la région de l'épigastre.

Après 15 jours d'un essai infructueux d'un traitement à l'atropine, j'instituai le régime des bouillies épaisses, tel que décrit plus haut.

J'assistai à une véritable résurrection. Dès le lendemain, les vomissements diminuaient de préférence, si bien qu'au bout d'une semaine, mon petit sujet gardait tout ce qu'il prenait, ne pleurait plus, dormait mieux et commençait à profiter. Après un mois de ce régime, l'enfant avait gagné son poids primitif; $7\frac{1}{2}$ livres.

Depuis ce temps il profite comme un charme. Je l'ai revu à l'âge de un an, il pesait 19 livres.

Il est bon de savoir que ce n'est pas toujours aussi beau. Le succès se fait quelquefois attendre, et même longtemps. C'est pourquoi il faut savoir patienter. Car c'est au moment où tout semble aller pour le pire que ça tourne pour le mieux.

Mais il y a une limite pour attendre. Il ne faut pas laisser trop dépérir son sujet. Autrement il perdrait son pouvoir de résistance, si nécessaire quand il s'agit d'intervenir chirurgicalement.

III.—*L'opération.*

Car quelquefois il est nécessaire d'opérer pour sauver son sujet. La pyloroplastie—l'opération de Fradet—rend en effet de grands services. Elle est simple. Elle consiste dans l'incision longitudinale des muscles du pylore, avec suture transversale. Elle ne s'accompagne d'aucun choc opératoire. Ce qui n'est pas indifférent pour un sujet aussi jeune et généralement affaibli, et la dilatation du pylore qui en est la conséquence obligée, rend la digestion facile, et le développement normal.

Le Dr Porter, de San Francisco, a fait 26 opérations de ce genre, avec 2 insuccès seulement. C'est beaucoup mieux que l'opération d'autrefois,—la gastro-entérostomie avec son martyrologe de 50 à 60 pour cent.

Les sujets du Dr Porter pouvaient prendre de l'eau sucrée 4 heures après l'opération. Et 24 heures après, ces enfants pouvaient prendre et garder leur repas en entier. Dans la suite, tout allait bien; et ces enfants revenaient à vue d'œil à la santé.

En terminant, je me permettrai une réflexion, un peu en marge du sujet. C'est que: contrairement à ce qu'on pensait autrefois, on ne doit pas craindre l'usage de farineux dans l'alimentation des tout jeunes enfants. C'est une pratique, dont je me trouve

bien en général, mais à la condition que ces bouillies soient bien cuites.

CONCLUSIONS

Je crois qu'on est justifiable, dans le cas de sténose du pylore, d'employer d'abord l'atropine. C'est en tout cas un traitement rationnel.

En cas d'insuccès, on aura recours au régime des bouillies épaisses. Elles ont au moins le mérite d'être inoffensives.

Si, enfin, on manque son coup, on passera le sujet au chirurgien, qui le ramènera à la santé, à moins que le petit malade ne tienne obstinément à faire un ange.

— :o : —

BIBLIOGRAPHIE

CONSEILS AUX SOURDS PAR UN SOURD.—Manuel de rééducation auditive par la parole et les sons musicaux.— Par M. Lauer, avec préface du Dr Edmond Perrier, membre de l'Institut, Paris—Maloine, éditeur, 27 rue de l'École de Médecine. Prix : 5 francs.

Ce livre *vécu* est un guide précieux pour le sourd, en puissance de rééducation auditive, qui veut compléter à domicile les soins qu'il reçoit chez le médecin spécialiste. Cette *auto-rééducation* est indispensable au maintien des améliorations obtenues par le *massage sonore*. On sait que ce dernier est déterminé par le contact méthodique et réglé des sons produits par les vocalises dans le tube artistique, par des instruments de musique et surtout par des appareils spécialement construits à cet effet (*rééducation passive*).

Inspiré par une longue expérience personnelle, l'auteur donne des conseils très précieux sur *l'utilisation du piano*, comme moyen de rénovation auditive.

De nombreux exemples illustrent cet exposé et en facilitent l'exacte compréhension ainsi que la bonne application.

C'est la première fois qu'un travail de ce genre est publié. Tout sourd, conservant quelques vestiges d'audition et connaissant de façon suffisante le maniement du piano, retirera grand profit de la lecture de cet ouvrage et de sa mise en pratique.

D'autre part, la *rééducation par la voix* est décrite avec netteté dans la seconde partie de l'ouvrage; on y trouvera des plans d'exercice, avec des listes de mots toutes préparées. Le sujet pourra ainsi travailler la *différenciation* des phonèmes et s'accoutumer aux efforts d'*adaptation à la distance*, tout en développant ses fonctions d'*orientation* sonore.

Cette *rééducation active* exige de l'énergie, de la ténacité et de la méthode.

Le sourd est le propre artisan de ses progrès.

Dans cette marche à l'audition meilleure, le livre de M. Lauer lui servira de guide et lui permettra de surmonter beaucoup de difficultés. A ce titre, il a bien mérité l'éloge du Dr Perrier, président honoraire de l'Académie des Sciences, qui a écrit dans sa préface: "Ce livre est une bonne action."

—:000:—

DES RAVAGES DE LA GASTRO-ENTERITE DANS LES MUNICIPALITES RURALES

Docteur J.-Léon Houde

Inspecteur régional

La mortalité infantile est une des questions qui de nos jours occupent le plus l'attention des hygiénistes. Convaincus du fait que la puissance, l'influence d'une nation est en raison directe de sa force numérique, ils en font à bon droit une question de première importance. Nous nous plaisons à vanter nos nombreuses progénitures, la fécondité de notre race; mais nous regrettons de ne pouvoir en dire autant au sujet de notre coefficient de mortalité infantile, et ne pouvons regarder sans soucis, sans inquiétude, cette terrible hécatombe de petits êtres enlevés à la fleur de l'âge, cette procession de petits cercueils blancs qui, pendant la belle saison, se dirige vers le cimetière.

Un coup d'œil sur la statistique nous montrera que pendant une période de dix années, 1907 à 1917, la province de Québec, avec une natalité moyenne de 37.1 et une mortalité moyenne de 16.5 par mille de population, a fourni, chez les enfants de 0 à 1 an, une mortalité de 163 sur 1000 naissances (près de 1 sur 6). En y regardant de plus près nous constatons que pendant cet espace de temps la diarrhée et la gastro-entérite y ont causé 61661 décès sur les 353387 décès totaux, soit plus du sixième, 17.5% de la mortalité générale. Heureusement l'année 1917, avec ses 80381 naissances et ses 35502 décès, a vu la mortalité infantile (0 à 1 an) descendre à 138 par 1000 naissances (moins de 1 sur 7), et la diarrhée et la gastro-entérite ne former que 13% de la mortalité totale.

Cette maladie fait généralement plus de ravages dans les villes

que dans les campagnes. Pendant une période de 12 années (1895-1908), elle a causé 19.3% des décès dans les villes, et 10.8% de ceux dans les campagnes; en 1917 le pourcentage dans les villes est descendu à 15.6, tandis que dans les campagnes il montait à 11.7. De cette statistique une conclusion s'impose, c'est que notre mortalité infantile, notamment par la gastro-entérite, est de beaucoup trop élevée, et qu'il y a beaucoup à faire pour faire descendre ce chiffre à la normale. Attendu que le plus sûr moyen d'avoir raison d'une maladie c'est de s'attaquer à ses causes, cherchons donc les causes de la gastro-entérite.

L'influence saisonnière est indéniable; les diarrhées de première enfance sont surtout fréquentes pendant la saison d'été. Cependant l'élévation de la température n'agit pas directement sur l'organisme pour produire cette diarrhée et ces troubles gastriques. Bien qu'elle déprime un peu l'enfant, elle agit plutôt indirectement en favorisant l'altération du lait, la multiplication des microbes. C'est vous dire que la chaleur affecte peu l'enfant nourri au sein, tandis qu'elle fait courir de grands dangers à celui qui est soumis à une alimentation artificielle. D'après Monod la gastro-entérite tuerait 47% des enfants allaités artificiellement et 28% de ceux allaités au sein.

Chez le peuple on attache une grande importance à la dentition dans l'apparition des diarrhées pendant la saison chaude. D'après Comby, cette dernière cause, si redoutée en certains milieux, ne mériterait guère d'entrer en lice. D'action réflexe, cette diarrhée est surtout passagère, coïncidant avec la sortie d'une ou de plusieurs dents, et est rarement fatale.

L'insalubrité des habitations, leur mauvais hygiène, joue un certain rôle dans l'apparition de cette maladie. L'enfant, cet être si fragile, a besoin pour s'accroître et voir augmenter ses forces, de respirer de l'air pur en abondance. Que penser de ces chambres de nourrissons où, sous le prétexte d'éviter les courants d'air, les châssis sont toujours hermétiquement fermés et où, sous le pré-

texte non moins futile de ne pas attirer les mouches parfois indiscretes, les persiennes et les rideaux épais sont habilement disposés de manière à empêcher la lumière et le soleil d'y exercer leur action vivifiante! Aussi les familles pauvres, souvent surpeuplées, paient-elles une grande contribution à cette maladie. D'un autre côté, l'insalubrité, le mauvais hygiène de l'habitation, expose le lait à la contamination, danger auquel n'est pas soumis l'enfant nourri par sa mère ou par une nourrice.

L'influence de la chaleur, la dentition, l'insalubrité du logement, ne sont que des causes prédisposantes; reste maintenant à considérer certaines causes que je serais presque tenté d'appeler causes efficientes de cette maladie: l'ignorance des règles de l'hygiène alimentaire du nouveau né, et l'abandon de l'allaitement maternel.

Une alimentation au sein mal dirigée, des tétées mal réglées, trop fréquentes, trop copieuses, peuvent causer d'abord des indigestions qui vont parfois finir par de la gastro-entérite. Le sevrage, quand il est précoce et brutal, réclame à son actif un grand nombre de gastrites et de diarrhées infantiles. Pour que l'enfant ne subisse aucun contretemps, le sevrage devra être tardif, n'avoir jamais lieu pendant la saison chaude, et surtout devra être réglé de manière à ce que la transition du sein maternel à une alimentation différente ne soit pas trop brutale. A ces diverses causes qui relèvent de l'ignorance des mères, il faut encore ajouter la négligence de recourir au médecin qui n'est souvent appelé que lorsque la gamme des remèdes des commères est épuisée, le mépris de certaines mères de leur responsabilités et de leurs devoirs, les préjugés, l'usage des sirops calmants qui n'ont que l'effet de masquer les symptômes d'une maladie.etc.....

Mais l'abandon de l'allaitement maternel reste tout de même la principale cause de la gastro-entérite. De nos jours trop de femmes, sans raison valable, privent leur enfant de cet aliment si nécessaire à sa croissance, à son existence. A moins de contre-in-

dications, chose que seul le médecin peut apprécier, chaque mère doit nourrir son enfant; car aucun aliment, fût-il le plus soigneusement préparé, ne saurait remplacer le lait de la mère. Il est de plus établi que chaque femelle secrète un lait dont la composition est adaptée aux besoins de son petit. C'est vous dire que le médecin doit insister sur la nécessité, l'importance et pour la mère et pour l'enfant de l'alimentation au sein et ne conseiller l'alimentation mixte ou artificielle qu'en dernier ressort. Dans ces deux derniers modes d'alimentation le lait de vache est généralement employé. D'après les analyses chimiques de Holt, ce dernier par sa trop grande teneur en matières protéiques, par sa pauvreté en sucre, par la composition chimique de ses matières grasses et de ses sels, diffère de beaucoup de celui de la femme. Chez cette dernière les matières protéiques, bien qu'elles renferment un peu de caséine, consistent surtout en lactalbumine, substance soluble qui ne se coagule pas; les matières grasses contiennent plus de lécithine, substance phosphorée qui contribue pour beaucoup à la formation du cerveau de l'enfant; les sels y sont plutôt en combinaison organique, ce qui aide beaucoup à leur assimilation; le lait de femme renferme en outre certains ferments solubles (enzymes) spéciaux, propres à l'enfant.

De cette comparaison une conclusion s'impose, c'est que l'on aura beau faire subir au lait de vache certaines manipulations, certaines transformations dans sa composition chimique, l'on ne pourra jamais remplacer efficacement les enzymes contenus dans le lait maternel, et le lait de vache, quoique l'on fasse et l'on en dise, restera toujours un aliment de fortune, de beaucoup inférieur au lait de femme. De plus n'étant pas approprié à l'organisme digestif de l'enfant, il en résultera souvent de l'intolérance, des indigestions, avec toutes leurs conséquences.

Cependant de là il ne faut pas conclure que le nourrisson, soumis à une alimentation artificielle, est voué à une mort presque certaine. Si le lait employé est pur, frais ou bien conservé, l'en-

fant, bien que doué d'une vitalité moindre, se développera plus tardivement, aura moins de résistance pour supporter et vaincre les maladies inhérentes à son âge. Mais ce n'est pas là le principal danger.

A l'encontre du lait maternel, qui est pratiquement stérile, et qui pénètre directement dans la bouche de l'enfant, le lait de vache, n'étant pas aussi stérile, est, à cause des diverses manipulations qu'il lui faut subir, de beaucoup plus exposé à la contamination. La malpropreté des étables, le mauvais entretien des vaches, la malpropreté des trayeurs, le manque de réfrigération après la traite, la malpropreté des ustensiles, l'usage d'une bouteille ou d'une tétine non préalablement désinfectée sont les causes reconnues de l'altération du lait. Chapin cite le cas d'un laitier qui, en écurant son étable et en brossant ses vaches, a réussi à abaisser de 9827000 bactéries à 42650 par centimètre cube la quantité de microbes contenus dans le lait qu'il fournissait à sa clientèle. Inutile d'insister plus longuement sur l'importance de la propreté. Les ferments protéiques et les ferments lactiques sont les agents de cette altération du lait. Les premiers, en transformant les matières protéiques en acides gras, les seconds, en transformant le sucre en acide lactique, acidifient le lait et causent une irritation gastro-intestinale qui est le début ordinaire de la gastro-entérite.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène, dans le but d'assurer la bonne qualité du lait, a formulé certains règlements fort sages, dont l'application aurait un effet bienfaisant sur la mortalité infantile. Malheureusement, dans les campagnes, ces règlements et leurs avantages ne sont pas suffisamment connus du public, et l'on continue à n'y prendre aucune précaution pour assurer la bonne qualité du lait en général et de celui destiné au nourrisson en particulier. De là découle, dans ces dernières, cet hécatombe d'enfants qui, tout en jouissant d'un milieu plus hygiénique que ceux des villes, n'accusent pas dans leur morbidité et leur mortalité par la gastro-entérite une différence assez prononcée.

En chercherons-nous l'explication? C'est que, dans les municipalités rurales, le service du lait ne subit pour ainsi dire aucun contrôle, et surtout c'est que les connaissances de la mère et du public en général en matière d'hygiène sont très limitées.

Pour y abaisser le chiffre de la mortalité infantile, il faudra faire toute une campagne d'éducation. A Paris en 1886 la mortalité infantile était de 16%; en 1901 elle était de 12%; cette diminution de 4% était due à la diffusion des notions scientifiques de l'allaitement. Pourquoi n'atteindrions-nous pas un aussi beau résultat non seulement dans nos villes; mais encore dans nos municipalités rurales?

Dans nos campagnes, ou pour mieux dire dans les municipalités rurales, il est inutile de songer à l'établissement des gouttes de lait, des consultations de nourrissons, le travail d'éducation se fera surtout au moyen de conférences, de distribution de pamphlets, et surtout par l'éducation individuelle. Le Conseil Supérieur d'Hygiène distribue ou plutôt fait distribuer aux jeunes mères par l'entremise des ministres du culte une brochure, intitulée "Sauvons nos enfants", qui rend de grands services. Mais ce n'est pas là le travail le plus important. Ce qu'il nous faut pour arriver à un résultat tangible, ce sont des personnes dévouées qui répéteront et répéteront aux mères, surtout aux jeunes mères, les règles et l'hygiène élémentaire de l'allaitement. Les ministres du culte et les médecins de famille sont les agents tout désignés pour cette œuvre d'apostolat.

Dans leur conversation journalière, ils ne devront jamais manquer l'occasion de démontrer la supériorité de l'allaitement maternel, de diffuser les règles de l'allaitement maternel et artificiel, et, lorsque ce dernier mode d'allaitement est jugé nécessaire, de faire connaître les moyens de fournir aux nourrissons un lait de bonne qualité. Dans ce cas, à moins d'être absolument sûrs de la qualité de ce dernier, ils devront conseiller très-fortement la stérilisation ou la pasteurisation domestique.

LE CHARLATANISME OU LA PRATIQUE ILLEGALE DE LA MEDECINE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC EN 1920

Docteur Jos Gauvreau

Régistratre du Collège des Médecins et Chirurgiens
de la province de Québec

La pratique illégale de la médecine est un mal contre lequel les moyens les plus radicaux ne seront jamais complètement vainqueurs.

C'est une bête à sept têtes. Dès que les têtes sont abattues elles renaissent.

Il faut quand même s'obstiner à les abattre. A ce prix seul le mal restera plus ou moins stationnaire. C'est le meilleur résultat qu'on puisse obtenir.

Trois questions se posent en face de ce mal :

1. *Quelles sont les causes principales de sa survivance?*
2. *Le Collège des médecins fait-il tout ce qu'il peut pour l'enrayer?*
3. *Quels moyens pratiques, efficaces, devons-nous de préférence préconiser?*

1. *Les causes générales du Charlatanisme* sont les mêmes dans tous les pays et dans tous les temps. Elles se résument en cet aphorisme: l'amour du gain facile par l'exploitation de l'ignorance et de la confiance béate des foules.

La suggestion est à la base de tout charlatanisme.

Le plus vulgaire rebouteur comme le plus ignare fabricant

d'onguent ou d'emplâtre a le talent indéniable de faire croire qu'il possède un pouvoir guérisseur que les autres n'ont pas.

Et combien de médecins, même parmi les plus avertis, ne sont-ils pas eux-mêmes convaincus que pour réussir à attirer et à garder la clientèle il faut être un peu charlatan?

Faites le dénombrement de ceux qui soignent sans suggestion ni mensonges. Faites aussi le dénombrement de ceux qui traitent uniquement selon les données de la science qu'ils possèdent.

De quel côté est le grand nombre?

Une autre vérité certaine, c'est que bien des malheureux qui souffrent ont été plus d'une fois déçus par les insuccès des diplômés. Condamnés à souffrir ou à mourir, désespérés, ils tentent l'impossible auprès de ceux qui les reçoivent si non avec meilleure bonhomie, du moins en leur donnant l'assurance qu'ils possèdent le secret de leur guérison.

Aucune profession plus que la nôtre n'a la faculté de faire croire à la possibilité des impossibilités. Aucune profession n'est plus journellement en contact avec les crédules de toutes les catégories. C'est pourquoi le charlatanisme, le grand comme le petit, celui des professionnels comme celui des imposteurs, a toujours fleuri et ne cessera de fleurir aux flancs de la profession médicale. Il est dans la nature des choses que l'ivraie se mêle au bon grain et que le bon grain se souille au contact de l'ivraie : en médecine plus qu'ailleurs.

Retournez bien la question du charlatanisme sous toutes ses faces pour en chercher les causes premières. Médecins, faites votre examen de conscience à ce point de vue. Et s'il est vrai que toute action, bonne ou mauvaise, honnête ou scandaleuse, hypocrite ou mensongère a, tôt ou tard, sa répercussion dans la foule des êtres où l'on évolue, demandez-vous jusqu'à quel point, les médecins d'hier, si non ceux d'aujourd'hui, sont responsables du charlatanisme de notre pays.

Mais nous ne saurions, en l'occurrence, que présupposer la parfaite honorabilité de tous les membres de notre profession, sans mettre aucunement en doute leur esprit de droiture, de justice et de vérité.

Attardons-nous plutôt à rechercher les causes immédiates du charlatanisme qui, pour l'heure, n'est pas autre chose que la pratique illégale de la médecine.

Et pour illustrer notre pensée, prenons un cas concret.

Un charlatan pratique dans le district de X, Y, Z.

Pourquoi pratique-t-il de préférence dans ce district ? Pour quatre raisons.

1° Parce que la population, docile à ses renseignements, recourt à lui.

2° Parce que les médecins ne s'en plaignent pas.

3° Parce qu'aucune contre-éducation de la masse n'étant faite la réputation du charlatan et la confiance populaire grandissent de jour en jour.

4° Parce que le Bureau n'intervient pas.

Considérons, si vous le voulez bien, dans une même étude, les quatre raisons pour lesquelles un charlatan pratique illégalement, en remontant de la quatrième raison à la première.

Le Bureau n'intervient pas parce qu'aucune plainte n'est faite.

Aucune plainte n'est faite au Bureau parce que les médecins du district désirent,—disons les choses telles qu'elles sont,—désirent ne pas être mêlés à l'affaire.

Les médecins désirent ne pas être mêlés à l'affaire parce qu'ils craignent l'influence du charlatan et qu'ils n'ont pas le courage d'entreprendre la contre-éducation des foules endoctrinées par le charlatan, dupes de ses manœuvres et de son imposture.

Mais je suppose qu'en dépit des circonstances le Bureau intervienne et fasse condamner le coupable, le charlatan va-t-il, pour cela, cesser ses opérations ?

Bien au contraire. L'amende payée devient pour lui l'occasion de poser en victime de la science diplômée jalouse de ses succès. Il dira à ses adeptes: " Par amour pour vous, je reste au milieu de vous ", et ses adeptes lui assureront l'impunité en se rendant responsables des amendes futures.

Et, à moins d'une réaction puissante dans le sens que j'indiquerai tantôt, le Bureau aura beau poursuivre et poursuivre encore le charlatan, la réputation de celui-ci ira grandissant et celle du médecin du district décroîtra proportionnellement.

Pourquoi? Parce que nous avons commencé par la fin.

Au lieu de lui être préjudiciable, les poursuites du Bureau lui ont été une réclame; et peu lui importe d'être à l'avenir le point de mire du Bureau, si aucun médecin n'a le courage de se dresser devant lui pour analyser ses moyens, faire comprendre la futilité de ses méthodes, l'ignorance de ses procédés.

Il n'y a qu'un moyen de faire triompher la science: c'est d'opposer la science à l'ignorance, c'est de fustiger celle-ci jusque dans ses plus basses prétentions. Les districts où les médecins n'ont pas ce courage sont des districts voués au charlatanisme, en dépit de la bonne volonté et des interventions multiples du Bureau.

Nous voudrions, ici, bien faire comprendre que la suppression de la pratique illégale de la médecine est avant tout la tâche du médecin qui pratique à proximité du charlatan.

Le Bureau n'est qu'un mécanisme prêt à seconder le médecin chaque fois que les circonstances le permettent, mais dont les résultats définitifs seront de nul effet, si cette intervention n'a pas été préparée et n'est pas soutenue, dans la suite, par l'affirmation de la science en face de l'ignorance par le redressement du médecin en face du charlatan.

A suivre

REVUE DES JOURNAUX

Docteur Georges Audet

Médecin-interne en chirurgie à l'Hôtel-Dieu

L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE¹

On distingue une période de début et une période d'état. Le plus ordinairement la période de début est marquée par une phase de phénomènes infectieux qui apparaissent soit brusquement, soit progressivement, c'est-à-dire en quelques jours. Cette première période n'a rien de caractéristique mais elle est rapidement suivie de la période d'état qui, elle, est constituée par l'apparition d'une triade symptomatique : la fièvre, le sommeil, les paralysies oculaires.

La fièvre, le plus habituellement monte rapidement à 40° pour s'y maintenir en présentant de faibles oscillations et ne revient à la normale qu'après plusieurs semaines.

Le sommeil se montre dans 75% des cas. C'est un sommeil véritable, d'où une excitation plus ou moins forte, suivant le degré du sommeil, parvient toujours à faire sortir le sujet qui retrouve alors pour un temps plus ou moins long l'intégrité de ses fonctions psychiques. Ce sommeil, qui peut être entrecoupé de périodes sinon normales, du moins subnormales, peut durer soit plusieurs jours, soit plusieurs semaines.

Les phénomènes paralytiques portent sur les deux musculatures, interne et externe, qui sont atteintes simultanément ou iso-

1. *La Revue de Médecine*, No 6 1920, par M. Henri Durand.

lement. Le moteur oculaire commun est le nerf le plus souvent atteint. Le ptosis est l'un des signes les plus constants de la maladie.

On peut également constater du strabisme, de la diplopie, du nystagmus et un peu de défaut de synergie dans les mouvements d'élévation ou d'abaissement des yeux. Il y a généralement de la mydriase; le reflexe lumineux est conservé tandis que le reflexe à la distance est affaibli ou supprimé.

À cette triade symptomatique viennent s'adjoindre d'autres symptômes qui pour être moins constants n'en sont pas moins d'une fréquence notable.

Les nerfs trijumeau (nerf masticateur), facial, glossopharyngien et pneumogastrique sont fréquemment atteints.

On a aussi constaté du délire parfois léger, d'autres fois très violent, avec hallucination; du trismus, des grincements de dents et surtout de la chorée, spécialement chez l'enfant.

Plus rarement se rencontrent des phénomènes d'excitation d'un autre ordre, par exemple des crises d'épilepsie Jacksonniennes avec convulsions cloniques et toniques. Les reflexes qui peuvent être très affaiblis ne sont jamais supprimés.

Enfin il faut ajouter de l'incontinence urinaire et des matières, quelques signes méningés, des troubles gastro-intestinaux, sécrétoires et vaso-moteurs.

Cette maladie, si l'issue doit être fatale, évolue assez rapidement, elle tue parfois en quelques jours, sinon elle laisse des séquelles qui ont heureusement pour caractère d'être à peu près toujours transitoires.

Outre la forme commune qui répond le mieux aux symptômes ci-haut donnés, on distingue une forme myoclonique où les myoclonies figurent au premier plan, une forme sans sommeil, une forme sans paralysies oculaires et enfin des formes larvées, frustées et ambulatoires.

Au point de vue pronostic, les formes qui s'accompagnent de phénomènes d'excitation sont beaucoup plus graves. D'une manière générale, le chiffre moyen de la mortalité oscille entre 20 et 30 p. 100.

Les deux grands facteurs de diagnostic sont la ponction lombaire et surtout le caractère mobile, transitoire de beaucoup de symptômes.

La ponction lombaire éliminera la méningite tuberculeuse. Les tumeurs cérébrales qui s'accompagnent de torpeur, présentent toujours des signes de compression. Les méningites syphilitiques peuvent prêter à confusion, mais chez elles le signe d'Argyll Robertson est constant alors que dans l'encéphalite, il est inverse, c'est-à-dire qu'il y a conservation du reflexe lumineux et abolition du reflexe à la distance. Le Wasserman et quelques traces d'une syphilis en évolution peuvent également servir.

Enfin pour éliminer l'encéphalite grippale, il faudra se rappeler que chez celle-ci, les phénomènes viscéraux, toujours très importants ont été les premiers en date et qu'elle se présente toujours dans un entourage contaminé alors que l'encéphalite léthargique ne frappe qu'un sujet au milieu d'un groupement.



NOTES THERAPEUTIQUES.

Le tartrate borico-potassique et la médication borée dans le traitement de l'épilepsie.

MM. Pierre Marié, Crouzon et Bouttier qui, dans une communication récente à l'Académie de médecine avaient déjà signalé les bons résultats obtenus par l'emploi de la médication borée dans le traitement de l'épilepsie, donnent aujourd'hui de nouveaux détails sur les applications cliniques de cette médication.

Après avoir étudié l'action comparative de produits borés, c'est au tartrate double borico-potassique qu'ils donnent la préférence; ils le prescrivent en solution aqueuse de 20 gr. de tartrate pour 300 cmc d'eau distillée, dont le malade doit prendre 3 cuillerées à soupe. Cette dose peut être considérablement augmentée suivant la nécessité du traitement. Les inconvénients du tartrate sont à peu près nuls. Si quelques signes d'intolérance digestives se manifestent il suffit de suspendre l'emploi du médicament pendant quelques jours pour les voir disparaître. L'efficacité du tartrate borico-potassique se traduit par la diminution du nombre des crises, par la transformation des crises en simple vertige et par l'atténuation progressive de l'intensité des crises et des vertiges. A noter que les enfants supportent bien cette médication qui a un autre avantage: elle n'a aucune action dépressive sur l'état psychique des malades. Les Académiciens se sont demandés si l'association d'autres médicaments aux produits borés donneraient de meilleurs résultats.

D'une façon générale ces résultats ne leur ont pas paru très supérieurs à ceux de la médication borée exclusive. Ils estiment cependant qu'en cas d'échec relatif du traitement boré, il sera bon de lui associer d'autres médications, par le luminal et la dialacétine en particulier.