

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Revue des Journaux**

---

## **ETUDES SUR LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN HUMAIN**

---

Par le DR ARTHUR HERTZ Médecin assistant à Guy's Hospital, Londres.

Depuis que Röntgen a découvert, en 1895, les rayons X, on a fait avec leur aide beaucoup de recherches sur les mouvements du tube digestif chez les animaux et chez les hommes malades. Mais jusqu'à présent peu d'ouvrages ont été publiés, dans lesquels on a étudié les mouvements normaux de l'estomac et surtout de l'intestin de l'homme. Cependant pour mieux comprendre les faits pathologiques, il faut connaître plus exactement les faits normaux avec lesquels on pourrait les comparer.

L'année passée, j'ai fait avec la collaboration de mes élèves, MM. Cook, Neville-Cox, Gardiner, Schlesinger et Todd, beaucoup d'observations au moyen des rayons X, et parfois à l'aide d'autres méthodes, sur les mouvements du tube digestif chez quelques jeunes hommes normaux. Les rayons X furent toujours employés sous la surveillance habile de M. le docteur C.-J. Morton. Je décrirai ici seulement nos résultats au sujet des mouvements de l'intestin. Quant à ceux que nous avons obtenus au sujet de la déglutition, je les citerai à une autre occasion. Jusqu'à présent nous n'avons fait que confirmer les découvertes au sujet des mouvements gastriques, qui ont été déjà publiées par plusieurs auteurs, spécialement Roux et Balthazard en France, Reider en Allemagne et Holzknicht en Autriche.

Avant ces dernières années, on a toujours pensé qu'une dose de quatre grammes de sels de bismuth était la plus forte qu'on pût donner sans danger d'empoisonnement. Cette opinion a son origine dans les effets toxiques de l'arsenic, qui autrefois se trouva souvent dans les sels de bismuth. Mais en 1897, Roux et Balthazard donnèrent environ vingt grammes de sous-nitrate de bismuth, et enfin Rieder a trouvé qu'on peut absorber sans danger des doses encore beaucoup plus fortes si les sels sont purs. Dans nos recherches, nous avons donné du lait et du pain auxquels nous avons mélangé intimement entre trente et soixante grammes de carbonate de bismuth sans jamais observer des effets désagréables, ni la moindre constipation, ni d'autres dérangements du canal digestif. Ainsi nous nous permettons d'accepter comme normaux tous les faits que nous avons constatés à l'aide des repas contenant du carbonate de bismuth. La plupart des auteurs se servent encore du sous-nitrate de bismuth. Mais je me suis servi seulement du carbonate, parce que Worder, Sailer et Pancoast (1) ont observé six cas, dans lesquels une dose de soixante ou quatre-vingt-dix grammes de sous-nitrate de bismuth parfaitement pur produisirent des symptômes forts alarmants, qui déterminèrent presque la mort. Les symptômes furent ceux d'un empoisonnement par les nitrites; ils se produisirent probablement par la libération de l'acide nitrique par l'acide chlorhydrique du suc gastrique et sa réduction partielle en nitrite par la flore microbienne intestinale. (2)

---

(1) *Univ. of Penna. Med. Bul.* XIX, 131 et 137, 1906.

(2) Böhm vient de publier deux cas d'intoxication mortelle chez des nourrissons après l'introduction de quelques grammes de sous-nitrate de bismuth pour l'exploration radioscopique. Les symptômes étaient ceux d'un empoisonnement par l'acide avec la méthémoglobinémie. (*Arch. f. experim. Pathol. & Pharmakols.*, LVII, 441, 1907.)

*Les mouvements de l'intestin grêle.* — On a dit que la segmentation de l'intestin grêle, que Cannon observa chez les chats n'est jamais visible chez l'homme à cause de la forte dilution du bismuth pour les suc digestifs et de la dispersion du sel dans un tube si long. Mais nous l'avons distinguée six fois très nettement sur l'écran fluorescent, lorsque par hasard, dans quelques centimètres de l'intestin grêle, on trouva plus de bismuth qu'à l'ordinaire, en sorte que nous pûmes suivre les changements dans leur ombre pendant environ une demi-heure. D'abord d'une largeur uniforme, l'ombre se contracta au centre jusqu'à ce qu'elle se divisât en deux parties plus ou moins complètement séparées. Alors chaque moitié se divisa de la même façon, et les deux segments centraux produits par cette deuxième division se réunirent. Cette segmentation, se continua environ dix fois par minute.

Nous avons ainsi démontré l'existence chez l'homme de la segmentation qui mélange le chyme intimement avec le suc pancréatique, la bile et le suc intestinal et rapproche fréquemment chaque portion à la muqueuse absorbante, sans influencer le mouvement en avant qui se produit seulement par les contractions péristaltiques.

Nous fîmes souvent des observations radioscopiques à de brefs intervalles sur des sujets normaux qui avaient pris trente ou soixante grammes de carbonate de bismuth au premier déjeuner, pour déterminer à quel moment la première trace du bismuth arrive au cæcum. Nous trouvâmes que l'ombre du cæcum apparut sur l'écran entre trois heures et demie et cinq heures en moyenne quatre heures et demie (1) après le déjeuner, c'est-à-dire généralement avant la disparition de l'ombre gastrique. Le

---

(1) 6 heures pour quelques auteurs.

contenu de l'estomac se met à le quitter dans la première demi-heure après le commencement d'un repas : ainsi le contenu de l'intestin grêle se meut en moyenne à une vitesse de près de six mètres en quatre heures vingt-cinq minutes, ou deux centimètres par minute.

Nous observâmes aussi par l'auscultation l'arrivée du contenu de l'intestin grêle au cæcum. Lorsqu'on ausculte la région du cæcum le matin à jeun, on n'entend jamais aucun bruit. Le silence se maintient pendant quatre heures ou quatre heures et demie après le déjeuner ; au bout de ce temps on entend quelques bruits, tout à fait distincts de tous ceux qu'on perçoit simultanément dans les autres parties de l'abdomen. Ces bruits deviennent peu à peu plus forts et plus fréquents pendant la durée d'une heure à deux heures et demie après, leur commencement, pour atteindre ainsi leur plus haut degré d'intensité. Il ne sert de rien d'ausculter ultérieurement, parce dès lors les bruits produits par le deuxième repas se mélangent avec ceux du premier.

Quatre fois nous donnâmes à nos sujets du bismuth au premier déjeuner, pour comparer les résultats obtenus par ces deux méthodes. L'ombre du cæcum apparut sur l'écran toujours à l'instant même où l'on entendit les premiers bruits dans la fosse iliaque droite. Ainsi l'auscultation nous donne une méthode aussi exacte et souvent plus convenable que la radioscopie pour déterminer le moment où les restes d'un repas arrivent au cæcum.

Les bruits du cæcum, dont l'intensité varie beaucoup chez les différents sujets, se produisent probablement par l'entrée du contenu liquide de l'intestin grêle dans le cæcum rempli de gaz. Ainsi après deux ou trois heures, lorsque l'air du cæcum est remplacé par de la matière fécale qui devient de plus en plus

sèche, les bruits disparaissent. Lorsque l'individu est debout, ils sont toujours plus forts que lorsqu'il est dans la position horizontale, bien que pendant les quinze ou trente premières secondes après qu'il s'est couché on entende de grands bruits presque continus, qui se produisent par les mouvements du contenu liquide occasionnés par la pesanteur.

*Les mouvements du côlon.*—Nous observâmes seize individus normaux par intervalles après un déjeuner qui contenait du carbonate de bismuth, pour déterminer la vitesse avec laquelle la matière fécale traverse le côlon. Nous trouvâmes que l'ombre du sillon hépatique apparaît sur l'écran entre cinq et huit heures après le repas, et celle du sillon splénique entre sept et dix heures après le repas. En moyenne, le bismuth arrive au cæcum, comme je l'ai déjà dit, après quatre heures et demie, au sillon hépatique après six heures et demie, et au sillon splénique après neuf heures. La matière fécale traverse le côlon descendant un peu plus lentement que le côlon transverse ; mais quelquefois, même sans aucune diarrhée, l'ombre de tout le côlon jusqu'à la fosse iliaque gauche est déjà visible sur l'écran huit ou neuf heures après le repas. Quand le bismuth est arrivé à un certain point, qui dépend de la quantité des fèces se trouvant déjà dans l'S iliaque et le rectum, son progrès est très lent jusqu'au moment de la défécation.

Les mouvements du côlon sont beaucoup moins actifs la nuit que le jour. Ainsi un sujet prit à dix heures et demie le soir du carbonate de bismuth, qui ne se trouva à dix heures et demie le lendemain matin qu'au sillon hépatique, tandis que la même dose de ce sel prise au premier déjeuner arriva au bout du côlon descendant en huit heures.

Lorsque l'ombre du cæcum apparaît, quatre heures et demie après un déjeuner accompagné de bismuth, celle de l'es-

tomac se trouve encore presque toujours sur l'écran. Le reste du repas encore dans l'estomac n'arrivera probablement au cæcum qu'environ quatre heures et demie plus tard. Ainsi la dernière trace des produits de la digestion ne traversera la valvule iléo-cæcale qu'au moins neuf heures après le repas. La partie du bismuth la plus avancée arrive généralement au sillon splénique à la neuvième heure. Ainsi s'explique le fait que les ombres du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse se trouvent encore sur l'écran quand l'ombre est au sillon splénique. Lorsque le côlon descendant se remplit, l'ombre des autres parties du côlon est généralement encore assez intense; mais dans d'autres cas elle est déjà devenue moins forte. Quand le bismuth arrive à l'S iliaque, on ne peut plus voir aucune ombre du côlon ascendant ni de la première moitié du côlon transverse, bien qu'une ombre faible du cæcum se trouve encore sur l'écran; bientôt celle-ci disparaît aussi, lorsque le bismuth arrive au bout de l'S iliaque.

*La défécation.*—Beaucoup d'ouvrages ont été publiés sur l'influence du système nerveux sur la défécation des animaux; mais on connaît encore très peu la fonction normale, surtout chez les hommes. La seule observation qu'on a faite dans les conditions physiologiques paraît être celle de Cannon (1), qui a observé la défécation par les rayons X chez un chat ayant mangé de la viande contenant du sous-nitrate de bismuth.

Quand on donne à un homme du carbonate de bismuth à chaque repas pendant une journée, on peut voir généralement le jour suivant par les rayons X l'ombre de tout le gros intestin. Nous avons observé les changements de cette ombre qui surviennent pendant la défécation chez un jeune homme en bonne

---

(1) *American Journal of Physiology*, II, 269, 1902.

santé, qui avait été préparé de la façon indiquée plus haut. Nous avons fait des calques de l'ombre immédiatement avant et après la défécation chez six autres personnes, pour découvrir combien le colon prend une part active à la fonction.

La défécation commence normalement par une forte contraction volontaire des muscles de la paroi abdominale et du diaphragme. Nous avons vu avec les rayons X le diaphragme descendre jusqu'à une position aussi basse que possible, où il est resté avec des variations légères pendant toute la durée de la partie volontaire de la défécation. Le bord inférieur du cæcum descendit environ de un centimètre et demi ; mais le sillon hépatique s'abaissa au même degré que le diaphragme et atteignit presque au niveau ombilical, en sorte que le côlon ascendant fut compressé à une forme presque globulaire. Le côlon transverse descendit de trois centimètres au-dessus de l'ombilic où il se trouvait jusqu'à trois centimètres au-dessous. Le sillon splénique s'abaissa également avec le sillon hépatique. Mais la jonction du côlon descendant avec le côlon iliaque étant plus mobile que le cæcum, elle put encore s'abaisser plus profondément, ce qui empêcha le côlon descendant de s'élargir autant que le côlon ascendant. Après l'effort volontaire, le côlon ascendant et le côlon descendant retournèrent rapidement à leur position normale, mais le côlon transverse s'éleva très lentement et ne revint parfois à son niveau originel qu'après une heure.

On a dit que chez les individus normaux le rectum est toujours vide, excepté à l'instant qui précède la défécation, et que la pression des fèces dans cette partie de l'intestin produit immédiatement un malaise et le besoin de la défécation. Mais en réalité on peut presque toujours sentir plus ou moins de fèces dans le rectum par le toucher rectal, quel que soit l'inter-



valle depuis la défécation dernière. Probablement on sent le besoin de la défécation seulement quand le rectum est un peu distendu par les fèces.

La glotte étant fermée pendant la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale, la pression intra-abdominale s'en augmente beaucoup, et alors les fèces dans la partie plus inférieure du côlon se meuvent dans la direction qui leur offre le moins de résistance, c'est-à-dire vers l'anus. Puis le rectum se distend, et des fèces sont forcées dans le canal anal, qui est normalement tout à fait vide, et alors la distension du rectum et l'excitation de la muqueuse du canal anal par les fèces irritent les filets nerveux périphériques et provoquent le réflexe qui complète le phénomène de la défécation.

On a dit que le fait réflexe de la défécation consiste en des contractions péristaltiques du côlon descendant, de l'S iliaque et du rectum, et le relâchement des deux sphincters ani. Mais nos observations nous ont montré que le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse ont aussi une certaine activité pendant la défécation. En observant le phénomène de la défécation, nous vîmes des contractions péristaltiques du cæcum et du côlon ascendant. Mais nous obtînmes des résultats encore plus décisifs par la comparaison des calques faits immédiatement avant la défécation avec ceux qui furent faits immédiatement après la défécation. Les ombres et du cæcum, du côlon ascendant et d'une petite partie du côlon transverse devinrent généralement plus minces et beaucoup plus faibles après la défécation, grâce aux contractions péristaltiques de leurs parois.

Chez un autre individu, l'activité du côlon ascendant se montra d'une autre façon. A neuf heures le matin, le jeune homme sentit le besoin de la défécation comme à l'ordinaire;

mais ayant pris le soir précédent cinquante grammes de carbonate de bismuth à son dîner, il voulut nous donner l'occasion d'examiner son côlon le soir avant et après la défécation. Il réprima donc le désir impérieux d'aller à la selle, qui disparut bientôt après. A dix heures nous ne pûmes voir aucune ombre du côlon, excepté de l'S iliaque, qui se trouva fort distendu. Cette observation indique que toute la partie supérieure du côlon s'était vidée dans la partie inférieure à cause des contractions péristaltiques produites pendant la durée du désir impérieux de déféquer. A midi l'individu prit encore seize grammes de carbonate de bismuth, qui se trouvèrent à huit heures du soir dans le cæcum et dans le côlon ascendant jusqu'au sillon hépatique. Après la défécation qui eut lieu quelques minutes plus tard, l'S iliaque distendu s'était exonéré de l'excès de son contenu. Le cæcum et le côlon ascendant s'étaient vidés partiellement dans le côlon transverse, dont la première partie fut alors visible. On put aussi voir le côlon descendant, qui était invisible auparavant; son contenu se dérida probablement du côlon transverse, où il avait été trop diffus pour jeter une ombre distincte.

L'ombre de tout le gros intestin au-dessous du sillon splénique disparaît généralement pendant la défécation, ce qui prouve que cette partie se vide complètement. Mais nous observons que le côlon descendant et une partie de l'S iliaque sont encore visibles, parce que seulement quelques petits scybales s'évacuèrent, malgré les fortes contractions péristaltiques qui libérèrent le cæcum et le côlon ascendant presque entièrement. Ceci s'explique probablement par le fait que l'individu remit le moment de la défécation douze heures après qu'il en avait senti le besoin. En conséquence, une partie de l'eau des fécès qui se trouvèrent dans le rectum fut absorbée par la mu-

queuse, et le réflexe produit par la contraction volontaire du diaphragme et de la paroi abdominale, à un moment où l'individu ne sentit plus le besoin de déféquer, ne fut pas assez actif pour que le rectum se vidât de tout contenu dur et sec.

Lorsqu'on a pris du bismuth au premier déjeuner, une partie du sel se trouve souvent dans les fèces qui se voient le matin suivant; rarement tout le bismuth se trouve dans cette selle. Généralement la plupart du bismuth se trouve dans les fèces le deuxième matin; mais souvent l'ombre de l'extrémité gauche du côlon transverse et quelquefois celle de l'S iliaque sont encore visibles sur l'écran le troisième matin et quelquefois même le quatrième matin très faiblement.

(*Les Archives*, mars 1908).



## DE LA DIMINUTION DU MURMURE VÉSICULAIRE AUX SOMMETS ET EN PARTICULIER AU SOM- MET DROIT. SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE.

Par M. FERNAND BEZANÇON,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Si tous les médecins s'entendent aujourd'hui pour reconnaître, avec Grancher, l'intérêt qu'il y a à ne pas attendre, pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, l'apparition du souffle et des râles humides, l'accord est moins complet sur la valeur qu'il faut attribuer aux *inspirations anormales* des sommets, pour le dépistage de la tuberculose.

On sait que, pour Grancher, l'apparition des tubercules aux sommets du poumon entraîne des modifications du murmure vésiculaire perceptibles à l'inspiration. Dans ses premières communications, Grancher insistait surtout sur la rudesse de l'inspiration (inspiration rude et grave); depuis, il a semblé attacher encore plus d'importance à la diminution du murmure vésiculaire.

Ayant eu l'occasion, pendant les six années que nous avons passées à la consultation de médecine de l'hôpital Boucicaut, de relever un grand nombre de cas de diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, nous croyons utile de consigner ici ces observations et de présenter quelques considérations sur la valeur séméiologique du symptôme.

Nous avons pu relever, sur nos fiches d'observations, 173 cas de diminution du M. V. localisée au sommet, sans râles et sans modification notable à la percussion (1).

Tantôt il s'agissait de diminution absolue du murmure vésiculaire sous la clavicule et, dans la fosse sus-épineuse, de silence complet, sans qu'on pût analyser les qualités de la respiration; tantôt il s'agissait de diminution plus ou moins notable du M. V., il y avait, comme l'a indiqué Grancher, rudesse manifeste de l'inspiration.

Dans un assez grand nombre de cas où il y avait seulement diminution notable de la respiration à l'un des sommets, on trouvait, du côté opposé, une respiration puérile avec un certain degré de rudesse, de sorte que, manquant de terme de comparaison, on se demandait de quel côté siégeait l'anomalie respiratoire.

---

(1) Dans ces cas, nous faisons rentrer ceux où il y avait une légère élévation de tonalité; celle-ci nous a semblé, en effet, accompagner très souvent la diminution du murmure vésiculaire.

Le siège de cette diminution du murmure vésiculaire était tantôt à gauche, tantôt à droite, mais avec une beaucoup plus grande fréquence au sommet droit, puisque nous avons relevé (1) :

Diminution du M. V. : S. D.	127 cas.
— — S. G.	46 cas.

La proportion est très différente chez l'homme et chez la femme :

	Chez l'homme.	Chez la femme.
Diminution du M. V. : S. D.	58 cas.	69 cas.
— S. G.	28 cas.	18 cas.

L'anomalie respiratoire peut enfin porter sur les deux sommets et il n'est pas rare d'observer de la diminution du M. V. au S. droit, avec respiration plus intense et légèrement rude au S. gauche.

Les faits que nous venons de rapporter sont à rapprocher de ceux qu'ont publiés à l'Académie de médecine Grancher et ses élèves, qui, soumettant à l'auscultation méthodique 4,226 enfants des écoles, en apparence bien portants, constatent, chez 15 p. 100 de ceux-ci, des respirations anormales, consistant en une inspiration affaiblie du sommet, *et en particulier du sommet droit*. Grancher note qu'au contraire, quand l'anomalie respiratoire est observée au sommet gauche, l'inspiration affaiblie fait place à une inspiration rude et grave.

(1) Dans cette recherche, il ne peut s'agir d'une auto-suggestion nous ayant conduit à admettre trop facilement de la diminution du murmure vésiculaire quand il s'agissait du sommet droit. En effet, nous avons été assez longtemps à nous rendre compte de la plus grande fréquence de la diminution du M. V. à droite qu'à gauche, et, cependant, les premières fiches prises, avant que nous ayons conscience nette de cette fréquence, accusent la même prépondérance pour le S. droit que celles qui ont été prises depuis.

Une observation analogue a été faite par le Dr Lemoine, du Val-de-Grâce, qui, sur 945 soldats, en a trouvé 64 ayant de la diminution de l'inspiration, fixe et persistante, sous la clavicule droite, à l'exclusion de tout autre signe, et 9 ayant de l'inspiration rude et basse sous la clavicule gauche.

Voyons, maintenant, chez quelle catégorie de malades la diminution du murmure vésiculaire a été observée.

Pour Grancher, les enfants des écoles qui présentaient cette diminution du murmure vésiculaire avaient souvent des adénites cervicales, et le plus souvent — surtout les garçons — ils avaient une petite taille, un périmètre thoracique faible, un teint pâle.

Lemoine a noté fréquemment, chez ses soldats, des antécédents tuberculeux, de la pleurésie, des bronchites.

Les individus présentant de la diminution du M. V. que nous avons observés pour notre part à la consultation de l'hôpital Boucicaut se divisent nettement en deux catégories :

1° Chez les  $\frac{2}{3}$  d'entre eux, il y a des antécédents personnels ou des symptômes concomitants assez nets pour qu'on puisse penser à bon droit qu'ils sont porteurs de tubercules ; ils ont eu de la pleurésie, des hémoptysies, des périodes d'amaigrissement, de fièvre et d'anorexie.

2° Chez un tiers, au contraire, il n'existe aucun stigmate de tuberculose, et ce sont des individus en apparence bien portants.

*Premier Groupe.*—Si nous analysons de plus près les cas où la diminution du murmure vésiculaire s'observe en même temps que d'autres symptômes de tuberculose, nous voyons qu'il est *exceptionnel (1 cas sur 10) que cette diminution du murmure vésiculaire puisse être considérée comme marquant le début évolutif de la tuberculose* ; le plus souvent, les symptômes généraux ou fonctionnels de tuberculose présentés par les malades n'étaient

pas contemporains de notre examen, mais existaient ou étaient apparus plusieurs années auparavant.

On ne peut donc pas dire, d'après nos observations, que la diminution du M. V. soit un signe habituel du « début de la tuberculose ». Quand il s'agit d'une maladie infectieuse aiguë, comme une fièvre éruptive ou une fièvre typhoïde, la période de début précède immédiatement la période d'état de la maladie ; pour une maladie chronique comme la tuberculose, il n'en est pas ainsi, et la période d'évolution des lésions peut être séparée par une longue suite d'années du moment où le bacille a pénétré dans l'organisme et où a débuté la maladie au sens anatomique du mot ; on tend de plus en plus à admettre que les accidents tuberculeux, dont nous voyons l'évolution clinique, ne sont souvent que la seconde phase d'une tuberculose plus ou moins latente jusque-là.

Il est juste, d'ailleurs, de rappeler que si, dans ses premières recherches (et, à ce moment, il parlait surtout d'inspiration rude et grave), Graucher disait que ces signes étaient des signes de début de la période de germination, il a, depuis, très heureusement précisé et peut-être corrigé sa pensée première. « La diminution du murmure vésiculaire peut, dit-il, persister pendant longtemps sans addition d'aucun autre signe physique, et constituer à elle seule, pendant des mois et des années, non le premier degré, mais la *première étape* de la tuberculose pulmonaire. Cette première étape peut durer pendant toute la période de la vie infantile, ou, chez l'adulte, pendant plusieurs années. »

Et, en effet, bien loin d'être un signe de début de la tuberculose, dans nos observations, la diminution du murmure vésiculaire nous apparaît comme symptomatique d'une tuberculose dont le début clinique remonte à plusieurs années. Il s'agit, en général, non pas d'un symptôme passager, transitoire, qui fera

place au souffle tubaire et aux râles humides, mais d'un symptôme permanent, peu sujet à des variations ; chez la plupart de nos malades, il n'y a pas d'évolution vers la phtisie, mais une évolution intermittente, avec des périodes d'amaigrissement ou de reprise de poids et des forces ; dans un très grand nombre de cas (plus de la moitié) on note des hémoptysies ; celles-ci sont à répétition, mais s'observent à étapes éloignées ; certains malades ont eu leur première hémoptysie dix ans, et même quinze ans auparavant, et en ont eu depuis cinq ou six ; ces hémoptysies se sont souvent montrées en pleine santé, sans fièvre, et ont été la seule manifestation apparente de la tuberculose.

Des faits de même ordre et une opinion voisine ont déjà été exposés par Bard dans son remarquable rapport sur les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. « Les signes dits du début, de Grancher, ne sont pas, en réalité, des signes de début, mais des signes d'une forme de tuberculose spéciale, la forme abortive ; quand on constate cette forme, elle est déjà ancienne, à sa période d'état ; elle est caractérisée. »

La diminution du M. V. est enfin en rapport, comme nous l'avons observé plusieurs fois, non avec un début de tuberculose, mais avec une guérison ou, tout au moins, une rétrocession des lésions tuberculeuses ; chez des malades sur lesquels nous avons constaté des râles humides au sommet en même temps que des symptômes généraux d'imprégnation tuberculeuse, on trouvait comme stigmate de la lésion ancienne la diminution du murmure plusieurs mois et plusieurs années après, alors que l'état général était redevenu satisfaisant.

En résumé, pour le premier groupe de nos malades, la diminution du murmure vésiculaire au sommet, symptomatique, quelquefois, d'un début de tuberculose ou d'une guérison de tuberculose, est, le plus souvent, révélatrice d'une tuberculose



souvent ancienne, sinon complètement latente, du moins évoluant à bas bruit, torpide, en un mot, d'une tuberculose atténuée.

*Deuxième Groupe.* — Le dernier tiers des cas de diminution du murmure vésiculaire que nous avons relevé fut observé chez des individus qui, dans le passé, n'ont présenté aucun antécédent tuberculeux, et qui sont, dans le présent, en apparence indemnes de toute tuberculose. Dans un certain nombre de cas, cette constatation est une pure trouvaille au cours d'un examen thoracique systématique ; dans d'autres, on note des signes de chlorose concomitante : enfin, elle se voit chez des individus porteurs de lésions rhinopharyngées qui déterminent de l'insuffisance de la respiration nasale (végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique, hypertrophie des amygdales.

La diminution, dans ce cas, peut n'être que temporaire, et nous avons suivi, pendant plus de deux ans, une jeune fille qui, à un premier examen, présentait de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit et de la rhinite ; le traitement de la rhinite et la gymnastique respiratoire firent disparaître cette insuffisance respiratoire du sommet : la guérison s'est maintenue depuis, Rosenthal a publié des observations analogues.

Ces cas où il existe de la diminution du murmure vésiculaire au sommet, chez des porteurs de végétations adénoïdes ou de grosses amygdales, sont souvent d'un diagnostic clinique très délicat ; les malades toussent, maigrissent, ont souvent de la fièvre et des sueurs nocturnes, des adénites cervicales ; ces symptômes ne sont pas, nécessairement, en rapport avec une tuberculose pulmonaire, mais bien avec des infections chroniques du rhino-pharynx. L'ablation des amygdales ou des végétations supprime, en effet, en général, tous ces symptômes comme par enchantement.

La signification exacte de la diminution du M. V. chez les

individus indemnes de toute tuberculose, en apparence du moins, est difficile à préciser ; un certain nombre de ces cas ressortissent, sans doute, à des cas de tuberculose latente du sommet, dont on sait la fréquence aux autopsies ; d'autres sont en rapport avec des adénopathies trachéo-bronchiques latentes, comme semble le montrer l'examen radioscopique.

En effet, Salles, examinant 286 recrues d'un bataillon de chasseurs, a trouvé à la radiographie trente fois des troubles de transparence des sommets et trente fois des ombres médiastines.

J. Roux et Ph. Jossierand, étudiant systématiquement les enfants des écoles de Cannes, Piéry et Jacques, observant des adultes bien portants, concluent à l'extrême fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique et de l'adénopathie pulmonaire (c'est-à-dire de la tuméfaction des ganglions accompagnant dans l'intérieur du poumon les ramifications bronchiques).

L'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique ou d'une tuberculose pulmonaire latente explique-t-elle tous les cas de diminution du murmure vésiculaire dont la cause apparente nous échappe ? C'est là un point sur lequel nous ne pouvons nous prononcer, manquant des documents nécessaires ; nous rappellerons seulement que Marfan n'a pas trouvé de tubercules au sommet à l'autopsie d'une malade atteinte d'ulcère de l'estomac, qui avait présenté de la respiration faible et rude au sommet, et que Variot rapporte une observation analogue.

Pour Rénon, cette diminution de murmure n'est pas nécessairement liée à l'existence de tubercules, elle peut être temporaire et se voir chez des névropathes ; c'est aussi l'opinion de Solliet.

\*  
\* \*

Une autre question se pose à nous : peut-on expliquer la

fréquence singulière de la localisation à droite du murmure vésiculaire?

Il faut d'abord se demander s'il n'y aurait pas là un fait physiologique.

L'entente est loin de régner dans les traités classiques sur les caractères du murmure vésiculaire au sommet.

En Allemagne, Stokes, Henedy, Eichhorst admettent volontiers que le murmure vésiculaire est plus intense à gauche. En France, avec Louis Barth et Roger, Hutinel, on admet que le bruit respiratoire est égal des deux côtés, mais que, chez certains, il est un peu plus intense à droite qu'à gauche. C'est aussi l'opinion de Marfan qui dit que, chez la femme, le son peut être plus rude: et celle de Variot, qui le trouve plus ample et plus fort au sommet droit.

Pour Grancher—et c'est également l'opinion de Faisans et la nôtre—il semble que chez les individus respirant normalement, amplement, il n'y a pas de différence appréciable entre les deux sommets, et qu'une anomalie du murmure vésiculaire a une signification pathologique.

Les données anatomo-pathologiques ne nous donnent pas d'explication satisfaisante sur la plus grande fréquence de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Dans les statistiques de Nœgeli, dans la thèse très documentée de Trouvé, élève de Letulle, la tuberculose semble aussi fréquente à gauche qu'à droite. Par contre, pour les adénopathies tuberculeuses latentes, Nœgeli trouve des ganglions bronchiques droits dix sept fois tuberculeux isolément, alors que les gauches l'étaient seulement six fois.

Les renseignements fournis par la radioscopie sont, à ce point de vue, très intéressants.

Piéry et Jacques disent que les adénopathies bronchiques

intra-pulmonaires prédominant d'un côté, et nettement du côté droit. Ainsi ils ont vu, sur 88 sujets :

Ombres égales, 15 ; ombres droites, 38 ; ombres gauches, 6.

Il serait intéressant de reprendre, à ce point de vue, l'étude anatomique des ganglions trachéo-bronchiques et de voir si, à l'état normal, les ganglions droits sont plus nombreux et plus volumineux que les gauches, ou s'ils n'ont pas, avec les organes du hile, des rapports plus intimes que du côté gauche.

En résumé, à notre avis, la diminution du murmure vésiculaire, localisée, permanente, constatée à un sommet, en particulier au sommet droit, est un symptôme de *probabilité de tuberculose*, mais non de *tuberculose au début*, mais plutôt de tuberculose latente, torpide, atténuée (1).

Etant donnée la grande fréquence de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire latente, pour en rester sur le terrain pratique, après avoir éliminé les cas où la diminution du murmure semble en rapport avec de l'insuffisance respiratoire nasale, on recherchera avec soin, chez tout malade présentant ce symptôme, les stigmates d'une imprégnation tuberculeuse : hémoptysie, signes antérieurs de poussée tuberculeuse ; et si on les constate on n'hésitera pas à considérer le malade comme un tuberculeux.

En l'absence de tout stigmate concomitant de tuberculose, de tout amaigrissement, de toute fièvre, de toute anorexie, on se bornera à tenir ces malades en observation, sans avoir le droit, dans l'état actuel de la science, de les considérer comme des tuberculeux avérés.

(1) Il faut se rappeler cependant—et nous en avons observé quelques exemples—que certains individus qui présentait de la diminution du murmure vésiculaire au sommet avec état général excellent, n'ayant d'autres symptômes que des hémoptysies répétées, sont morts, *plusieurs années après*, soit de phthisie commune, soit de phthisie galopante.

## QUELQUES TYPES CLINIQUES DUS AUX GAZ DIGESTIFS

Par PAUL CARNOT,  
Agrégré, médecin des hôpitaux.

Les gaz digestifs, dont nous avons, ici-même, montré l'origine (*Progrès médical*, 23 novembre 1907), réalisent certains types cliniques, que nous allons rapidement passer en revue chez les nerveux d'une part, chez les digestifs d'autre part.

\* \*\*

Chez les *nerveux*, les désordres provoqués par les gaz digestifs tiennent soit à leur rejet sous forme d'éruclations, soit à leur présence qui occasionne des flatulences ou du météorisme.

Commençons par les *éruclations* :

Un premier type, qui, de loin, sent la névrose, est caractérisé par des *crises paroxystiques d'éruclations* : il s'agit, généralement, de crises bruyantes, survenant chez de grands nerveux, au même titre que le hoquet paroxystique par exemple. Ces crises éclatent de la façon suivante. Le sujet se sent inquiet, anxieux : il étouffe, a une sensation de boule épigastrique, voisine de la boule hystérique ; son estomac lui paraît gonflé, et, pour se soulager, il avale une gorgée d'air qu'il rend aussitôt et qui déclenche une éruclation bruyante : il recommence plusieurs fois la même manœuvre. Bientôt la crise éclate, que rien ne peut plus arrêter : c'est une succession ininterrompue de rots sonores, éclatant en feux de salve ; le sujet s'isole, n'a plus qu'une préoccupation, celle d'érucler : il pâlit, les yeux hagards, et, pendant des minutes, parfois des heures, il éruclé à grand bruit, en se composant une figure pathétique ; puis les éruclations s'espacent, et la crise cesse, laissant le sujet anéanti, épuisé comme après une crise de nerfs. Ces crises sont de véritables équivalents nerveux, qui se répètent parfois toutes les semaines, parfois tous les jours. Tel était, notamment, le cocher livreur observé par

Soupeault, qui, lorsqu'il sentait venir sa crise, descendait de son siège, s'affalait sur le trottoir, et là, pendant une demi-heure, éructait bruyamment ; puis la crise se calmait : le sujet remontait sur son siège et allait livrer ses paquets.

Si, généralement, de pareilles crises durent peu, il en est parfois de plus longues, et J. Ch. Roux a vu un malade désespéré qui, depuis 24 heures, éructait sans boire ni manger. Telles sont, dans leurs cas extrêmes, les crises paroxystiques d'éruclation. Leur caractère névropathique est évident. Leur origine aérophagique est démontrée par l'abondance même des gaz éructés.

Dans un deuxième type, il s'agit de *tic éructant*, sans paroxysme : les éructations, bien que surtout fréquentes à certains moments (après le repas, en public, après une émotion, etc.), ne surviennent pas par crises. Ici encore, le sujet éprouve une angoisse croissante avec oppression, sensation de ballonnement, jusqu'à ce qu'enfin il éructe : il en éprouve un soulagement momentané puis ; il ressent à nouveau le besoin de déglutir de l'air, et de le restituer plus ou moins bruyamment. Ainsi se constitue un véritable tic éructant, avec les caractères généraux des tics nerveux : l'angoisse prémonitoire, l'irrésistibilité, soulagement momentané consécutif à l'acte. Chez certains tiqueurs, le nombre des éructations peut être extraordinaire (5 à 6000 éructations par exemple, en 24 heures, chez un malade de Mathieu). Ici encore, il s'agit simplement d'aérophagie les éructations ont, d'ailleurs, une origine plus souvent œsophagienne que gastrique.

A côté de ces deux types extrêmes, dont l'origine névropathique ne peut être douteuse, il est beaucoup d'autres sujets, à la fois névropathes et dyspeptiques, chez lesquels un état gastrique se trouve à l'origine des éructations, mais chez qui le terrain nerveux en permet seul le développement. Ces sujets souffrent de leur estomac ; ont une sensibilité exagérée à la distension : l'ingestion des aliments provoque, chez eux, une sensation de ballonnement : ils l'attribuent à des gaz, cherchent à en amorcer l'évacuation par la

déglutition d'un peu d'air : puis, le terrain névropathique aidant, l'aérophagie d'une part, l'éruclatation d'autre part, deviennent habituels, aboutissant parfois à des crises paroxystiques ou à un véritable tic éructant. Quoique d'origine digestive, ces éructations deviennent bientôt névropathiques. elles doivent, au point de vue thérapeutique, être considérées comme telles.

Le *tympanisme*, gastrique ou intestinal, généralement mixte, détermine, chez les nerveux, des tableaux très impressionnants, qu'il faut bien connaître, pour éviter certaines erreurs diagnostiques, fâcheuses parfois pour le malade et, plus souvent encore pour le médecin : telles sont les fausses péritonites gazeuses, les appendicites ou salpingites hystériques, les grossesses fantômes, etc.

C'est ainsi que nous avons soigné, à l'hôpital Broussais, une jeune fille qui, après une émotion violente (elle avait été renversée par une voiture), vit rapidement son ventre grossir et devenir douloureux, à tel point que le moindre palper lui arrachait des cris. Elle risqua d'être opérée pour péritonite. Pourtant l'état général restait bon : la douleur abdominale était uniquement superficielle, entremêlée de zone d'anesthésie ; le ventre était sonore ; il n'y avait ni plastrons péritonéaux, ni liquide d'ascite. Il s'agissait, d'ailleurs, d'une névropathe. Un simple traitement psychique fit rapidement dégonfler ce ventre. Tel est le tableau de ce que les Anglais nomment « purious péritonites ».

Dans d'autres cas, le tympanisme est, non plus généralisé, mais localisé à telle ou telle région. Une tumeur abdominale se manifeste dans la fosse iliaque droite : la paroi est tendue, contracturée, douloureuse ; on songe à une appendicite. Mais l'état général reste bon, et tout rentre dans l'ordre après évacuation des gaz. Tel fut le cas de Bristow, où l'on songea à une typhlite ; tel fut le cas de Rendu, où les phénomènes paraissaient si évidents qu'une opération est tentée par Routier : l'intestin, le cæcum, l'appendice étaient libres d'adhérences et distendus de gaz. Dans le cas de Berthier et Milian, le ballonnement, localisé à la fosse

droite, ne pouvait être dû à une appendicite ; car l'appendice avait été enlevé à une crise précédente.

Dans d'autres cas, le ballonnement, limité à la partie supérieure du ventre, fit songer, en raison de la sonorité, à un pyo-pneumothorax sous-phrénique.

Dans d'autres cas, le ballonnement était, au contraire, limité à la partie inférieure de l'abdomen : on songe à un fibrome, à un kyste de l'ovaire et on opère.

Tels sont surtout les cas, fort nombreux, de grossesse gazeuse, de grossesse fantôme. Il s'agit généralement de femmes, très préoccupées, par désir ou par crainte, de l'idée de grossesse : à un moment elles se croient enceintes : les règles se suppriment ; de petits signes apparaissent ; le ventre grossit. Si le médecin est appelé, on ne lui demande même pas son avis sur l'existence évidente de la grossesse, et, pour peu que la femme soit obèse ou de palper difficile, trop souvent le confrère inexpérimenté accepte, à la légère, pareil diagnostic.

Le ventre grossit : on prépare la layette, on retient la nourrice. Puis le terme passe, sans dénouement. Le 10e mois s'entame : toujours rien. Un confrère est appelé, qui, dans ces conditions, n'a pas de peine à dépister l'erreur : l'utérus est petit, le col dur, il n'y a jamais eu de fœtus. D'ailleurs, aussitôt le fait affirmé, les gaz s'échappent, le tonisme des muscles disparaît : le ventre se dégonfle, comme les illusions... Telle réputation de jeune médecin ne s'est jamais relevée de pareille erreur.

Dans ces différents cas, d'ailleurs, le tympanisme abdominal n'est pas seul en jeu : si, dans le cas de Brodu, la malade était tellement insufflée de gaz qu'elle surnageait dans un bain, dans d'autres cas, l'apparence de tumeur est due principalement à la contraction locale de la paroi, et disparaît sous chloroforme, ainsi que l'a montré Talma.

\*\*\*

Chez les *digestifs*, on observe parfois des tableaux cliniques à



peine différents de ceux que nous venons de voir, soit que le digestif devienne secondairement un nerveux, soit que l'affection gastro-intestinale évolue sur un terrain névropathique.

Souvent, un dyspeptique devient aérophage parce qu'il souffre de l'estomac et que l'ingestion de gaz calme ses douleurs. Souvent aussi, il devient aérophage parce qu'en augmentant, par des déglutitions d'air répétées, sa tension intragastrique, il facilite le passage pylorique des aliments et l'évacuation stomacale. En général, l'aérophagie est ignorée du malade et celui-ci est très étonné quand on lui dit qu'il avale de l'air et que les gaz qui le gonflent sont des gaz déglutis. Mais l'inconscience d'un acte n'en exclut pas l'utilitarisme.

Une fois les habitudes d'aérophagie prises, le sujet devient un tiqueur ; il est gonflé après les repas ; il a des flatulences ; il éructe. Les gaz gastriques deviennent, pour lui, une idée fixe, obsédante. C'est pour eux, et pour eux seuls qu'il vient consulter ; eux seuls le gênent et l'effrayent : il se croit une source permanente de gaz ; il songe à l'intensité des fermentations nécessaires pour les expliquer... En pareil cas, il est vraiment bien difficile et bien oisieux de dire si l'élément nerveux prédomine ou si c'est l'élément digestif.

Mais il est d'autres cas plus nettement caractérisés. Si les gaz prédominent au niveau de l'estomac, il s'agit de ce qu'on a dénommé, assez arbitrairement, dyspepsie flatulente : il s'agit, assez souvent, de dyspeptiques anciens, souvent gros mangeurs, qui souffrent aussitôt après l'ingestion des aliments : ils ont une sensation pénible de plénitude ; la palpation épigastrique est douloureuse : toute la région épigastrique est distendue ; la cornemuse stomacale fait une bosse sous la paroi ; la base du thorax est élargie : il y a, à la percussion, un son tympanique d'éclat presque métallique, parfois un bruit de succussion. Les sujets sont ainsi ballonnés pendant toute la durée de la digestion : souvent, d'ailleurs, ils ont appris à s'exonérer par de copieuses éructations, qu'ils déclanchent au moyen de nouvelles déglutitions d'air.

D'autres fois, le tympanisme est plus électivement intestinal : il y a météorisme, avec nombreuses évacuations anales.

Tel est le cas des constipés, avec ventre ballonné et, souvent, douloureux, avec refoulement de la paroi et du diaphragme, avec dyspnée, parfois avec arythmie cardiaque. L'abdomen à la forme d'une outre, bombant à la partie médiane, contrairement au ventre de batracien des ascitiques ; si ce ballonnement passe souvent inaperçu chez les obèses, il est caractéristique chez les sujets amaigris : des évacuations anales, abondantes, répétées, à bruit sec, complètent le tableau ; ballonnement, évacuations gazeuses cessent d'ailleurs après administration d'un purgatif.

Dans un autre type, les gaz sont, à la fois, gastriques et intestinaux. C'est par exemple, ce qui se produit au cours de l'embaras gastrique : un malaise général s'installe, la langue devient pâteuse et blanche, l'haleine mauvaise ; l'estomac se ballonne, semble hyperexcitable ; du pyrosis, des brûlures surviennent ; il se produit des éructations et des renvois acides. En même temps, le ventre se ballonne, devient sensible ; des borborygmes sonores s'entendent à distance. Pareil état, lié généralement à une infection digestive, s'accompagne, suivant les cas, de diarrhée ou de constipation.

Il est, en effet, un autre type de tympanisme abdominal que l'on observe, spécialement, chez les hépatiques en imminence d'ascite. Chacun sait que, suivant une comparaison célèbre, les vents précèdent la pluie : le ventre est tendu, pointant en avant, sonore avec circulation collatérale, dissimulant parfois un certain temps la production d'ascite. Pareil tableau est habituel à la phase préascitique de la cirrhose de Laënnec.

Ces différents types cliniques de flatulence ou de météorisme d'origine digestive, ont évidemment, des mécanismes différents. Dans la plupart des cas de dyspepsie dite flatulente, il s'agit d'aérophagie. Par contre, dans les cas d'embaras gastrique ou de constipation, il s'agit plutôt de fermentation gazeuse, peut-être, chez certains dyspeptiques et chez les hypertendus portaux, s'agit-il mé-

me d'exhalation gazeuse. Généralement, il est impossible d'affirmer l'origine des gaz, et il serait purement théorique de vouloir classer les tympanismes suivant leur origine.

La signification des gaz gastro-intestinaux, chez les digestifs et les hépatiques, nous paraît, par contre, pouvoir être établie pour certains cas tout au moins.

Exclusion faite des cas dans lesquels un mécanisme purement psychique aboutit à l'aérophagie, il nous semble que la présence des gaz digestifs, consécutive à leur déglutition, peut être interprétée comme un phénomène actif ou réactionnel, utile à l'organisme, quoique généralement inconscient.

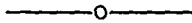
On peut se demander, en effet, si l'aérophagie, en évitant le contact direct des aliments avec une paroi sensible ou ulcérée, ne diminue pas les douleurs, alors même qu'une distension plus forte en provoquerait de nouvelles. Nous avons, en effet, maintes fois remarqué que l'insufflation modérée de l'estomac calmait considérablement les douleurs de certains dyspeptiques.

On peut se demander d'autre part, si dans les cas où le passage pylorique des gaz se fait mal ou tardivement, l'augmentation par les gaz déglutis, de la pression intra-gastrique n'aboutit pas à une plus rapide élimination stomacale. A cet égard, nous avons fait quelques expériences démonstratives. Si l'on fait absorber, à un chien muni d'une fistule duodénale, des liquides fortement hypertoniques ou riches en graisses, ces liquides passent lentement et tardivement à travers le pylore ; si l'on insuffle alors de l'air dans l'estomac, le passage pylorique se produit, beaucoup plus précoce et plus rapide. Il est donc possible, que l'aérophagie soit un acte inconscient de défense, ayant pour but de favoriser une élimination pylorique tardive et pénible. L'excès seul de ce processus amènerait, à son tour, des troubles morbides.

Enfin chez les hépatiques pré-cirrotiques, il est possible que l'hypertension intra-gastrique et intra-intestinale observée au stade de précirrhose, et qui se caractérise par le tympanisme abdominal,

ait pour but de faire équilibre à l'hypertension portale, et de rétablir, des deux côtés de la paroi, une égalité de pression nécessaire à l'absorption du contenu gastro-intestinal. De fait, la tension intra-intestinale est toujours voisine de la tension intra-portale, ainsi que nous avons pu le constater dans des expériences relatives à l'hypertension portale, réalisées avec M. Villaret au laboratoire de thérapeutique.

L'isolement de la muqueuse irritée par les gaz déglutis, le passage pylorique rendu plus facile par l'hypertension gastrique, l'absorption intestinale aidée par l'hypertension intra-vésicale en faisant équilibre à l'hypertension portale ; telles sont, notamment, les trois causes qui permettent de comprendre l'aérophagie comme un processus de défense vis-à-vis de certains états morbides.



## THERAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

### POURQUOI LA LITHOTRITIE EST-ELLE SUPÉRIEURE À LA TAILLE ?

Par le Dr F. CATHELIN

*Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie,  
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine*

Je viens de rencontrer une série clinique, curieuse, de 14 calculs vésicaux observés tant en ville qu'à l'hôpital dans l'espace de 24 jours, alors que j'étais resté plusieurs mois sans en découvrir. L'un d'eux a été opéré il y a dix jours, et je fus frappé à son départ des paroles de son fils, qui me demanda d'un

air méfiant pourquoi j'avais fait la lithotritie à son père et non la taille. La réponse était aisée; il s'agissait d'un gros paysan au ventre énorme, sanguin et pléthorique, qu'une taille eût certainement tué, pour les raisons que nous développerons plus loin, mais cet incident m'a donné l'idée de cet article qui, malgré les anciennes statistiques si probantes et si suggestives de Civiale, de Thompson, de Guyon et de Marc, reste encore éternellement jeune. J'entends d'ailleurs ici, et pour bien préciser mes idées, le mot de taille envisagé dans son sens le plus large, c'est-à-dire l'ouverture de la vessie faite par en haut ou par en bas, par l'hypogastre ou par le périnée, *avec ou sans prostatectomie.*

\* \* \*

1° Et d'abord la taille est inférieure, du fait même que c'est une *opération sanglante*, où la part d'aléa, comme telle est forcément plus grande, et on conçoit qu'elle est d'autant plus grave que nous travaillons presque toujours sur un organe infecté. J'estime que la comparaison ne serait pas déplacée de l'assimiler aux deux procédés d'extraction de l'enfant en obstétrique, par les voies naturelles ou par le Porro.

Dans la lithotritie, en effet, on ne coupe rien; c'est à peine si l'on peut « mordailler » le lobe médian de la prostate intravésicale; on travaille de l'extérieur, par les voies naturelles, dans une cavité close; on est maître de son action, et avec du doigté on manœuvre certainement avec la précision du mécanicien qui conduit sa machine.

—Un autre danger de la taille, c'est le *danger de la position déclive* qui est utilisée aujourd'hui par presque tous les chirurgiens pour opérer sur les organes du petit bassin. Je sais bien qu'on peut ouvrir une vessie sans cette position, et j'en ai souvent taillé dans le décubitus horizontal, *même à vessie vide,*

par ma technique spéciale, qui consiste d'abord à introduire mon conducteur courbe à robinet dont le bec dans la vessie me sert de point de repère, et ensuite à saisir la vessie de chaque côté des deux veines antérieures, avec deux petites pinces à dents de souris employées en chirurgie intestinale. Il n'y a aucune offense, on soulève la face antérieure de l'organe autant qu'on veut, et on incise tout à son aise le muscle au bistouri, et la muqueuse aux oiseaux dès qu'elle vient faire hernie ; la plaie n'est pas souillée : c'est donc un procédé simple et élégant. Il n'en reste pas moins vrai qu'il est habituel d'employer le plan incliné, et l'on sait tous les dangers que comporte cette position. Le lecteur se reportera avec fruit, à ce sujet, à l'article ancien de Jayle (1).

La durée de l'opération doit encore entrer en ligne de compte, car ce peut être un facteur important d'insuccès. Nos malades calculeux sont en général des vieux—presque tous blanchis sous le harnois—ils sont dans un état de déficience cellulaire générale, ils sont infectés de l'appareil urinaire et supportent tout le poids de leurs tares de jeunesse. Les poumons surtout, anthracosés et dont les plèvres peuvent adhérer, ont une circulation périphérique inapte aux échanges brusques comme le pouls le trahit. Ce sont donc des malades qui se refroidissent facilement, se réchauffent mal et se congestionnent souvent, la position y aidant, soit pendant l'opération, soit au lit pendant trois semaines ! Il est en effet certain que quand ces mêmes malades meurent après la taille, ce peut être d'infection ou d'embolie, mais c'est surtout le plus souvent de *congestion pulmonaire, a frigore* ou hypostatique, l'infection servant de cause adjuvante.

---

(1) La mort et les accidents provoqués par la position déclive en chirurgie. *Presse médicale*, 16 septembre 1903, n° 74, p. 658.

La lithotritie peut être aussi longue quelquefois, mais elle n'a pas contre elle le shock opératoire ni le plan incliné, ni la durée post-opératoire. Il lui est donc facile de triompher. D'ailleurs, il est courant de briser en un quart d'heure un calcul mou de trois centimètres. C'est le temps d'une bonne suture de vessie à deux plans musculo-muscleux et séro-séreux.

Enfin, le danger, des *fistules* post-opératoires reste encore l'apanage de la taille. J'en ai vu beaucoup, faites en dehors de Paris; elles s'expliquent par l'état d'infection des voies urinaires, ce qui n'est pas fait pour faciliter les réunions par première intention et la difficulté de les fermer n'a d'égale que le désespoir des spécialistes. Chez l'homme âgé il n'y a qu'une solution, c'est d'enlever la prostate par le périnée, par une technique semblable au procédé mixte de prostatectomie (1), que j'ai donné autrefois. Chez la femme le cas est beaucoup plus ingrat: le chirurgien est dans une impasse. Mais à tout prix, il ne faut pas songer à fermer ces fistules sus-pubiennes par de petits débridements latéraux superficiels ou profonds; ça ne donnerait rien que de fausses illusions ne durant pas même l'espace d'une semaine, J'ai observé ainsi un malade de la Colombie, taillé là-bas, un pasteur protestant taillé en province et un autre que Maunoury (de Chartres) avec raison ne voulut pas fermer. Il a été plus tard prostatectomisé.

La lithotritie évite tout cela, et tout le cortège de douleurs intolérables et cette attente humide de plusieurs.

2° On a pu croire un instant, au renouveau de la chirurgie prostatique en France, que l'ablation de la glande faite par le périnée allait libérer tous les vieux prostatiques calculeux et de leur pierre et de leur infection, et pour toujours. Je l'ai cru

---

(1) E. CATHELIN: Procédé combiné de prostatectomie totale (méthode périnéo-sus-pubienne). *Tribune médicale*, 23 septembre 1905.

comme les autres (1) et je l'ai défendu. Depuis que l'expérience m'a montré que cette opération toute jeune, datant de six ans, n'avait pas tenu sa promesse de ce côté tout au moins, de sorte qu'après avoir été un partisan convaincu de la prostatectomie dans l'hypertrophie compliquée de calculs, je veux être de même le premier à faire amende honorable pour éviter les insuccès à d'autres. J'ai fait ce que la logique commandait, mais la nature, là encore, est venue montrer qu'elle était plus habile que nous, en dépit du proverbe ancien : « *chirurgicus debet esse ingeniosus natu. aliter.* »

Non pas que l'opération comporte en elle-même une part de gravité plus grande puisque je n'ai perdu *aucun* de mes 20 malades prostatectomisés par le périnée, mais j'ai l'ennui des les voir revenir aujourd'hui avec de nouveaux calculs qui se sont formés malgré l'absence de la prostate et d'autant plus facilement que le canal taillé, ayant perdu sa souplesse et sa rectitude normales, offre des difficultés plus grandes, quelquefois insurmontables de cathétérisme.

Deux malades de ma statistique des huit malades du début sont de mes anciens prostatectomisés dont je rappellerai rapidement l'histoire clinique, car elle vaut d'être contée.

Mon premier est un malade âgé de 68 ans, lithotritié il y a trois ans par Desnos, et qui conservait des douleurs résultant de la présence de quatre petits calculs cachés derrière une prostate qui laissait persister un résidu d'une centaine de grammes, Les urines étaient louches, mais non odorantes et les mictions nocturnes fréquentes (4 à 5 fois).

Je fis à ce malade la prostatectomie périnéale par la mé-

---

(1) Le lecteur lira avec intérêt sur ce sujet l'excellente *Thèse* toute récente de CRAMER, Paris, février 1908 : Lithotritie ou Prostatectomie?



thode française, le 5 mai 1906, avec les Drs Differdange (de Vincennes) et Boulanger.

Il n'y eut aucun accident et je retirai 4 petits calculs anguleux.

La guérison a été très rapide, sans incident ; j'enlevai la sonde le 17<sup>ième</sup> jour et le malade urina facilement, sans incontinence et sans fistule.

Il est bien évident que ce malade devra continuer à soigner sa vessie s'il veut éviter de nouvelles formations calculeuses.

Mon deuxième malade, très intéressant, m'avait été adressé en avril 1907, par le Dr Chausserie-Laprée (de Melun) avec tous les symptômes de calculs vésicaux. Agé de 59 ans, je lui propose la prostatectomie et je lui enlève 32 calculs avec la tenette de Guyon. Il guérit sans incident ; mais je viens de nouveau de lui briser deux énormes cailloux de trois centimètres chacun, dont la rapidité de croissance reste, même pour nous, un signe d'étonnement !

3<sup>o</sup> Cette grosse question des *récidives* reste, on le conçoit, le point noir et le nœud de la question qui nous occupe. Il en est de *désespérantes* qui ne peuvent être dues qu'à une prédisposition spéciale de la vessie, où plusieurs facteurs entrent en cause (petit caillou tombant du rein, stase, infection, etc.), et qui déjouent la thérapeutique la plus rationnelle et la mieux conduite. Des chirurgiens généraux se servent de ces récidives possibles, mais non certaines—et il est de par le monde des milliers de calculeux lithotritiés non récidivés—comme d'une arme terrible contre leurs adversaires. Le malheur est que c'est une arme à deux tranchants qui peut se retourner contre eux et je tiens en réserve, pour la livrer à leurs médications, l'observation malheureuse suivante d'un malade de 65 ans, père d'un de nos confrères.

Il s'agit d'un prostatique retentionniste incomplet et calculeux, opéré une première fois par Bazy d'une lithotritie, le 22 avril 1902 ; taillé par l'hypogastre par moi-même, le 31 août 1903, pour un énorme calcul logé derrière et sous le lobe moyen ; lithotritié une deuxième fois par M. Guyon, en novembre 1904 ; relithotritié par moi, le 7 septembre 1905, et que enfin, récidiviste, je prostatectomise le 19 juin 1906.

Ce pauvre malade a donc été opéré 5 fois en 4 ans et j'eus occasion, au cours de la prostatectomie que je lui fis, en présence des chirurgiens brésiliens Gouvêa et Leme, de lui enlever un gros calcul vésical formé d'une partie dure, enchatonné, sous le lobe moyen de la prostate — que j'avais très bien senti au cours de ma première taille — et d'une partie friable située au-dessus.

Il s'agissait en outre d'un malade très infecté, aux urines troubles purulentes, filantes, ammoniacales, à odeur nauséabonde et avec un très mauvais état général et gastrique.

Cette opération montre péremptoirement qu'on peut récidiver aussi bien après la taille qu'après la lithotritie et que la chose arrive quand les conditions exigées par la nature se présentent ; la taille, avec tous ses dangers et tous ses ennuis, n'évitera jamais cela. Et d'ailleurs, si personnellement j'avais une de ces vessies maudites qui créent des cailloux comme les poules pondent des œufs, je préférerais infiniment me faire lithotritier tous les deux ans, — s'il le fallait, — que de me faire ouvrir périodiquement la vessie, et j'en sais beaucoup parmi mes collègues qui pensent tout bas ce qu'ils n'osent dirent comme moi, tout haut.

4. C'est qu'en effet, la lithotritie, avec la perfection de nos instruments, qui sont de vrais bijoux de l'arsenal chirurgical moderne, réalise à la fois un maximum de simplicité et d'élégance, avec un minimum de gravité et de danger.

Bien mieux, il y a le *contrôle*, ce que d'autres cherchent à tort avec des appareils encore insuffisamment perfectionnés. Nous autres, en chirurgie urinaire, nous l'avons depuis peu d'années, mais nous l'avons d'une façon certaine dans le cystoscope, admirable instrument qui permet, en une seconde, de voir s'il reste, après la lithotritie, le plus petit fragment calculeux. Je prends même l'habitude maintenant de cystoscooper le malade, à la fin de l'opération, alors que la vessie, très lavée par les 7 à 10 litres d'eau qu'on y a fait passer, présente un milieu très clair, indispensable à une bonne exploration.

Le malade n'a même pas besoin ainsi d'une vérification. Il est du même coup lithotritié, cystoscopé et nettoyé, car les proliférations muqueuses et les plaques de pus machonnées par le bec de l'instrument sont évacuées par les grands lavages ou par l'aspirateur. La vessie est plus « remise à neuf » qu'après une taille, si je puis employer cette expression vulgaire, et le malade qui est arrivé à la maison de santé, haletant, souffrant, en brancard, ne pouvant monter les escaliers, en proie aux plus vives douleurs et, le plus souvent, avec des idées de suicide, peut partir de 4 à 8 jours après, pissant sans douleur, marchant sur ses deux jambes, avec son caillou dans sa poche.

Il nous est donc bien permis de conclure que, dans le cas de calcul lithotriciable, la taille est un non-sens.

\*  
\* \*

En résumé, et pour conclure, il faut donc qu'en présence de ces preuves éclatantes de supériorité, les chirurgiens qui ne proposent pas la lithotritie à leurs malades, aient une raison majeure.

Ils en ont une, en effet—et une bonne,—c'est qu'ils ne savent pas la faire.

## NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

## Modes d'administration de la quinine.

*En lavement.*

Chlorhydrate neutre de quinine.....	o gr. 80
Eau bouillie.....	120
Euquinine (éther ethyl-carbonique).....	1 gr.
Eau.....	120

*Suppositoire :*

Chlorhydrate neutre de quinine.....	o gr. 50
Beurre de cacao.....	Q. S.

*Pommade pour onctions :*

Chlorhydro-sulfate de quinine.....	6 gr.
Axonge benzoïnée.....	30
Néoquinine (glycérophosphate).....	o gr. 25 à o gr 40

*Injections hypodermiques et intra musculaires :*

## Formules peu recommandables :

Chlorhydrate basique.....	3 gr.
Analgésine.....	2 —
Eau distillée bouillie.....	10 —
1 c c = .30 de sel.	

L'analgésine est inutile.

Chlorhydrate neutre.....	2 gr. 50
Eau stérilisée q. s. p.....	10 —

Celle-ci est douloureuse.

La plus recommandable c'est :

Quinoforme.....	o gr. 50 à 1 gr.
Eau stérilisée.....	10 gr.

*Traitement de la coxo-tuberculose.* — M. Lannelongue communique une étude sur le traitement de la phase initiale de la coxo-tuberculose. Quand cette phase est bien traitée, la curabilité est plus facile et les résultats sont plus satisfaisants. Il y a donc un grand intérêt à faire un diagnostic aussi précoce que possible. M. Lannelongue rappelle les principaux caractères de cette phase initiale, l'intermittence de la claudication, l'immobilisation de la hanche en mauvaise attitude, l'engorgement ganglionnaire, l'atrophie musculaire, la douleur.

A la formule de Gosselin : « Les coxalgiques meurent tous, » M. Lannelongue oppose la formule suivante : les coxo-tuberculeux guérissent à peu près tous. La méthode des injections successives intra et extra-articulaires qu'il a imaginée en 1902 a pour but d'abréger la durée de la maladie et de conserver la totalité ou une partie des mouvements. Voici la formule de M. Lannelongue :

Huile d'olive.....	90
Éther.....	40
Iodoforme.....	10
Créosote.....	2

M. Lannelongue a été surpris de voir M. Calot venir proclamer les beaux résultats de cette méthode, en oubliant de citer les noms de ceux qui l'avaient employée les premiers, Villemin, Mayet et d'autres.

Aux injections intra et extra-articulaires, il faut ajouter le repos horizontal et l'extension continue, bien préférable à l'appareil inamovible d'où il ne sort que des malades ankylosés. Pourquoi M. Calot propose-t-il deux traitements de la coxalgie : l'un, l'extension continue, pour les enfants riches, qui leur laissera la mobilité de la hanche ; l'autre, le plâtre, pour les enfants pauvres, qui leur laissera une ankylose définitive ? C'est ce que se demande M. Lannelongue en faisant observer avec raison que la mobilité serait encore plus utile aux pauvres qu'aux riches.

M. Lannelongue fait ensuite connaître, en détails, la méthode de injections intra-articulaires successives et il résume ainsi le traitement de la coxo-tuberculose :

1° Repos horizontal, avec extension continue sur le membre malade. L'immobilisation par les appareils plâtrés ou silicatés constitue une méthode défectueuse qui ne corrige pas, en général, les attitudes, qui compromet la récupération des mouvements perdus, et qui fait souvent perdre ceux qui existent encore.

2° En même temps que l'extension continue, on aura recours à la méthode des injections intra-articulaires successives, avec des substances dont la base doit être l'iodoforme, l'éther et la créosote incorporé dans une huile quelconque. Le choix de ces corps repose sur leurs actions directes et immédiates sur les altérations tuberculeuses. L'un, l'éther, répand le médicament sur toute l'étendue de la surface interne de la jointure : fongosités, ulcérations cartilagineuses et osseuses, etc. Le second, l'iodoforme, a paru être non pas le spécifique du bacille, mais la substance qui, expérimentalement, aussi bien que chez l'homme, entrave le plus des effets nocifs du bacille, tout en favorisant une évolution meilleure vers la guérison des lésions tuberculeuses déjà produites. Le troisième enfin, la créosote, apporte son action sclérosante.

M. Labbé a entendu la communication de M. Calot. Il n'a pas protesté, pensant bien que M. Lannelongue le ferait. Il est, dit-il, regrettable qu'un homme de la valeur de M. Calot, qui, par la nature même de ses travaux, doit mieux que personne connaître la question, donne comme choses nouvelles ce qui n'est que la reproduction des travaux de ses devanciers. Enfin M. Labbé s'étonne, avec M. Lannelongue, que M. Calot ait un traitement différent pour les pauvres et pour les riches et applique de préférence à ces derniers le traitement qui serait beaucoup plus utile aux premiers.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU  
DOCTEUR FORTIER

*Cachets de protoïdure de mercure :*

La forme d'administration pilulaire des médicaments perd chaque jour du terrain—les pilules se dissolvent mal ou pas.

C'est ce qui arrivait tout particulièrement pour les pilules de protoïdure de mercure.

Suivant l'exemple de nombreux praticiens, M. Renault préfère aux pilules, même préparées à la glycérine, l'administration en cachet. La glycérine n'empêche pas, quand elle est en quantité suffisante, le durcissement de se produire, et l'exacte répartition du mercure dans la masse pilulaire est presque irréalisable.

L'auteur recommande, en conséquence, pour l'administration du protoïdure de mercure, la formule suivante :

R Protoïdure de mercure.....	o gr, 05 cg.
Poudre d'opium brut.....	o gr, 01 cg.
Poudre de quinquina.....	o gr, 10 cg.

Pour un cachet.

*Le traitement du goître exophthalmique par le sulfate de quinine :*

Parmi les nombreux traitements proposés jusqu'ici pour combattre le goître exophthalmique, il a été peu ou pas question de la quinine.

Ce médicament a été employé, avec de bons résultats, depuis l'année 1898, par M. le Professeur Lancereaux de Paris et M. Paulesco, son assistant.

Le principal désordre observé dans cette affection, c'est certainement une vaso-dilatation active, primitive ou réflexe des vaisseaux du cou et de la tête. Les autres symptômes caractéristiques de l'affection en dépendent d'une façon plus ou moins immédiate.

Or, la thérapeutique possède dans le sulfate de quinine un mé-

dicament remarquable par son action vaso-constrictive sur les vaisseaux du cou et de la tête.

Sous l'influence du sulfate neutre de quinine, administré à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 cg chaque soir, au repas, en 2 ou 3 fois, à un quart d'heure d'intervalle et pendant 15 à 20 jours—chaque mois, MM. Lancereaux et Paulesco ont vu diminuer rapidement et cesser les phénomènes de vasodilatation des vaisseaux de la tête et du cou. Ils ont vu disparaître l'énervement, les cauchemars, la toux quinteuse, la tachycardie, la dilatation pupillaire. L'exophtalmie s'atténue un peu plus lentement ; quant au goût il diminue et cesse également si l'affection n'est pas trop ancienne. Dans certains cas, surtout lorsque l'affection date de plusieurs années, il vaut mieux associer à la quinine l'ergot de seigle, autre puissant vaso-constricteur, dont les malades prennent de 10 à 50 centigrammes par jour dans la matinée.

*Traitement de la bronchite aiguë à la première période congestive.*

Dans la « Presse Médicale » M. Alfred Martinet donne les indications thérapeutiques suivantes :

1° *Combattre la congestion* par l'application de cataplasmes sinapisés, les enveloppements humides du thorax, les bottes d'ouate aux jambes, les bains chauds (38°) suivant l'intensité de la congestion bronchique.

2° *Calmer la toux* (inutile à cette période) et *favoriser l'établissement de l'expectoration* (passage à la période de coction) par l'administration associée de *calmants* (aconit, eau de laurier—cerise, codéine, bromoforme) et d'*expectorants* (Kermès, polygala, oxyde blanc d'antimoine, benzoate de soude).

3° *Combattre* s'il y a lieu *l'infection générale et la fièvre par un purgatif salin et un antipyrétique.*

4° *Combattre la sécheresse irritante de l'air* en faisant bouillir près du lit du malade de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus et de teinture de benjoin.



*Traitement de l'artério-sclérose :*

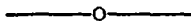
D'après M. le Professeur Huchard, le traitement doit être dirigé contre :

1° *L'intoxication*, qui est d'origine alimentaire et dont la dyspnée est le phénomène prépondérant. Au régime mixte ou carné on substituera le régime lacto-végétarien et mieux le régime lacté exclusif. Les accidents dyspnéiques disparaîtront aussitôt.

2° *L'insuffisance rénale* : si la maladie réside dans le système vasculaire, le danger est au rein et au foie. C'est pourquoi de bonne heure et pendant tout le cours de la maladie, il faut insister avant tout sur le traitement rénal et diurétique. Le plus fidèle, le plus constant et le plus inoffensif des médicaments est la « santhéose » dont on prescrit un cachet tous les matins :

3° *L'hypertension artérielle*, qui n'est qu'un résultat des deux premiers éléments et qui, par conséquent, sera combattue par l'emploi systématique du lait et de la *santhéose*.

Comme adjuvances thérapeutiques, on pourra recourir à l'emploi du massage méthodique et de la gymnastique, du massage abdominal, des bains hydro-électriques, enfin des courants de haute fréquence dont on a dit trop de bien et trop de mal.



## HOTEL-DIEU DU PRÉCIEUX SANG

## NOTES ET STATISTIQUES POUR 1907

Le conseil chargé de l'administration de l'Hôpital se compose, des Révérendes Mères Saint-Eugène, *supérieure*, Saint-Laurent, *assistante*, Saint-Augustin, *idre hospitalière* ; Sainte-Barbe, Saint-Dominique, Marie-du-Calvaire, Saint-Jean-de-Dieu.

On doit toujours s'adresser à laière hospitalière pour l'admission des malades.

*Chefs des services*

*En Chirurgie* : MM. les Drs M. Ahern, Albert Marois, Arthur Simard et Siméon Grondin.

*En Médecine* : MM. les Drs. Edwin Turcot, M. D. Brochu, Arthur Rousseau et Eugène Mathieu.

*Au département ophthalmique* : M. le Dr Nap.-Arthur Dussault.

*Au département des Enfants* : M. le Dr René Fortier.

*Aa département Electrothérapique* : M. le Dr Charles Verge.

*Assistants au service de Chirurgie*

MM. les Drs Calixte Dagneau et Albert Pâquet.

*Médecins internes*

*En Chirurgie* : M. le Dr Achille Paquet.

*En Médecine* : M. le Dr Jos Dobbin.

*Au service de l'Hôpital*

60 religieuses professes, 38 serviteurs et servantes.

21 religieuses ont reçu le diplôme d'infirmière l'année dernière ; 17 nouvelles se préparent à passer les examens. M. le Dr Ahern donne deux cours par semaine aux religieuses, depuis trois ans.

*Heures des visites*

Aux salles, de 2 à 3 heures p. m. les jours de semaine, et de 1 à 2 heures p. m. le dimanche. Dans les chambres, à 10 heures a. m. et de 7 à 8½ heures p. m. Les médecins exigent que ce règlement soit strictement observé.

*Malades admis à l'Hôpital en 1907*

1980 malades, 57,492 journées, 172,496 repas.

En 1904 : 1524 malades sont entrés à l'Hôpital.

" 1905 : 1537 malades sont entrés à l'Hôpital.

" 1906 : 1724 " " "

Soit une augmentation de 456 malades en 3 ans.

1047 malades ont été traités *absolument gratuitement* et par les religieuses et par les médecins, en 1907 ; 398 ont occupé des chambres ; les autres ont donné une faible contribution.

#### *Service de Chirurgie*

985 grandes opérations ; à la salle des pansements, il passe par jour une moyenne de 10 à 12 malades venant du dehors.

#### *Département ophthalmique*

326 opérations. Consultations durant l'année :

Internes pauvres	3409	.
" payants	404	3813
Externes pauvres	3483	
" payants	277	3700
		<hr/>
		7573

#### *Département électrothérapique*

Traitements, 3000.

#### *Dispensaires des pauvres*

Services des médecins : MM. les Drs Guérard, Edge, Leclerc.

*Pour les maladies de la peau* : M. le Dr Robert Mayrand.

*En chirurgie dentaire* : M. le Dr Langlois.

2705 consultations et prescriptions.

#### *Dépenses ordinaires*

A la Communauté	\$ 16,872.38
A l'Hôpital	21,320.64
	<hr/>
	38,193.02

*Détail*

Aliments à l'Hôpital	\$,406.63
Chauffage "	2,835.90
Eclairage "	685.20
Taxe d'eau "	900.00

*A remarquer*

Pour les boissons, une moyenne \$90 à \$100 par année pour traiter près de 2000 malades. Voilà un argument très fort contre ceux qui prétendent qu'on doit faire usage de boissons dans la maladie.

*Dépenses extraordinaires*

En 1907, \$20,819.34. En 1908, elles dépasseront \$15,000.

On peut constater par ces montants que nos bonnes Hospitalières n'épargnent rien pour répondre aux exigences de notre temps. Elles auront un hôpital parfaitement organisé. Les malades trouvent déjà tout le confort voulu. Il y a présentement 175 lits ; 5 nouvelles chambres ont été ouvertes dans le cours de l'année.

Dans les rapports annuels de tous les hôpitaux du Canada et des États-Unis, à part les secours apportés par le gouvernement et les municipalités, nous trouvons toujours une belle liste de souscriptions des particuliers. Ces aumônes libéralement données permettent de faire face aux dépenses toujours croissantes des hôpitaux. L'Hôtel-Dieu de Québec serait bien en peine d'exhiber une liste de donateurs. A part le don de M. le chevalier John Sharples, destiné au département des Enfants, l'Hôtel-Dieu ne peut enregistrer cette année que le don de \$1000, de M. Poulin, de Saint-Joseph de Beauce.

Le « General Hospital » de Montréal recevait en 1906 \$23,076.50 de souscriptions particulières (depuis 25 cts à \$100 et \$1000).

L'Hôpital Notre-Dame de Montréal recevait par le même moyen \$16,000 en 1905.

A part ces dons particuliers, ces deux hôpitaux de Montréal reçoivent du gouvernement local chacun \$5000. L'Hôtel-Dieu de Québec ne reçoit, lui, que \$448.00 du gouvernement de Québec

---

### COMMENT LES JAPONAIS ARRACHENT LES DENTS

---

Le dentiste japonais arrache les dents avec les doigts, sans le secours d'aucun instruments. Il saisit adroitement la tête de son patient à l'angle maxillaire, de manière que la bouche soit forcée de rester ouverte ; puis plongeant le pouce et l'index de l'autre main dans la bouche de son malade, il arrache, quand le cas se présente et dans l'espace d'une minute, cinq, six et sept dents au patient, sans que celui-ci puisse fermer la bouche, même une seule fois. Quelque incroyable que la chose puisse paraître, elle s'expliquera tout naturellement quand on saura de quelle manière les dentistes japonais sont préparés à l'exercice de leur art. Sur une planche de bois tendre, sont creusés des trous, et dans ces trous on enfonce des chevilles ; puis cette planche est placée par terre et l'apprenti dentiste doit alors avec le pouce et l'index de la main droite saisir et arracher les chevilles l'une après l'autre, sans que la planche soit ébranlée. Cet exercice recommence plusieurs fois avec des planches de sapin, des planches de chêne, et enfin d'un bois plus dur, et chaque fois les chevilles sont plus solidement enfoncées. Quand il triomphe de la dernière épreuve, il est mûr pour l'exercice de son art.

*(Journal de Médecine de Bordeaux)*

---

## LES LIMITES DE LA MALADIE

On commence à tenir compte aujourd'hui de certains états du sang, peu connus encore mais dont l'importance se dessine de plus en plus. Certains états mal définis sans pouvoir se confondre avec les anémies ont cependant une importance dans le début des infections. Les travaux de Wright sur les opsonines ont eu ce mérite de nous montrer qu'il y a dans le sang des éléments indépendants du nombre de globules rouges et de l'hémoglobine et qui ont une influence marquée sur la réceptivité de l'organisme pour les maladies.

Cette faiblesse sanguine est assez difficile à saisir mais se traduit généralement par une perte de force et de poids, une tendance à la fatigue et une diminution de l'appétit formant un syndrome complexe que l'on étiquette généralement «*débilité générale*».

Les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume et l'organisme est dans un tel état de dépression que la moindre blessure prend un temps considérable à se cicatrizer.

Ce sont des états qui sans être pathologiques sont bien près de l'être. Il y a donc tout avantage à corriger ces troubles cachés de façon à mettre l'organisme dans un état de défense naturel et normal contre les agents pathologiques qui l'assaillent.

Les points saillants du traitement sont bonne nourriture, hygiène, et vie à grand air.

Ajoutez un bon ferrugineux sous la forme de Pepto-Mangan (Gude) et vous aurez mis l'organisme en état de se refaire.

Le pepto-mangan fera disparaître les gonflements ganglionnaires, et permettra la cicatrisation rapide des plaies, il améliorera l'état général de défense de l'organisme et mettra à l'abri des infections.

## URÉTHRITE

Généralement le seul traitement requis pour guérir une uréthrite consiste à administrer du Sametto, quelque alcalin, un purgatif léger à l'occasion, et quelques injections d'une solution faible de chlorure de zinc.

## L'EXPERIENCE CLINIQUE

La meilleure épreuve d'un médicament, consiste dans les succès auprès du malade. A quoi servent toutes les théories chimiques possibles et les produits qui en découlent, si le malade n'est pas amélioré, et pourquoi discuter la valeur d'un médicament s'il donne les résultats cliniques et guérit les malades ? L'idéal c'est de guérir les malades. Ecrivez à l'Ord. Chem Co. 61 Rue Barrow, New-York, pour recevoir une fascicule.

« Résultats au laboratoire et au lit du malade ».

**ANALYTIQUE DE L'ESPRIT HUMAIN (Bio animisme)-**

du Dr J.A. MOLINÉ, ancien interne de l'hôpital International. — VIGOT Frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-12, avec 2 fig. schémas. Prix 2 francs.

Cet ouvrage, où se trouve fort heureusement condensé tout un effort de synthèse, part de l'antique formule socratique, pour élaborer sur le fond anatomo-physiologiquement connu de l'organisation et du fonctionnement des centres nerveux chez l'homme, une étude de haute psychologie schématiquement objectivée.

Une doctrine nouvelle de philosophie biologique et médicale s'y trouve exposée, la doctrine du bio-animisme, aux racines nettement scolastiques et thomistes.

Une préoccupation constante domine dans cet ouvrage, celle non point certes de séparer, mais d'unir en les distinguant les différents rapports individuels, sociaux, religieux de l'être humain.

Un grand respect pour les plus récents travaux du progrès scientifique s'allie dans cette étude au vif désir de conciliation entre la science moderne et le système scolastique issu de l'antique encyclopédie aristotélique et passé dans la Somme théologique.

A noter les chapitres sur le centre d'idéation, l'autodynamisme volontaire, le caractère, les bases théologiques et scientifiques du bio-animisme avec une tentative d'utilisation de l'Hæffelisme, les applications sociales du libre-arbitre par les droits de l'homme.

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	Chap. XI. <i>Des inclinations.</i>
Chap. I. <i>Recherche sur un ordre dépendant scientifique, spéculatif, métaphysique.</i>	Chap. XII. <i>Les Postulats.</i>
Chap. II. <i>Le matérialisme scientifique.</i>	Chap. XIII. <i>Du Caractère</i> (tournure d'esprit ; langage : physionomie sentimentale et hérédité).
Chap. III. <i>Rapports anatomo-psychologiques.</i>	Chap. XIV. <i>Des habitudes.</i>
Chap. VI. <i>De la Connaissance commune.</i>	Chap. XV. <i>Des sentiments et des passions.</i>
Chap. V. <i>Du centre d'idéation.</i>	Chap. XVI. <i>Bio-animisme</i> (de l'instinct à la Conscience) ; l'Hæffelisme, son utilisation ; les théories biologiques ( <i>animisme, vitalisme</i> ) ; un monisme néo-scolastique ; l'Union de deux Genèses ; et la dématérialisation vers la spiritualisation).
Chap. VI. <i>Comment la Liberté prend naissance. — De la volonté.</i>	Chap. XVII. <i>Des Droits de l'homme.</i>
Chap. VII. <i>Des diverses sortes de sensations.</i>	Conclusion.
Chap. VIII. <i>Des aptitudes formelles de la Connaissance commune.</i>	
Chap. IX. <i>Des concepts.</i>	
Chap. X. <i>Des notions premières.</i>	

— 0 —

## DEUXIÈME CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

(LILLE, 25-28 Juin 1908)

Le premier Congrès des Praticiens, tenu à Paris, en mai 1907, a été un très grand succès. Mais, pour faire aboutir les justes revendications des Praticiens, et pour réformer les études médicales en les rendant plus pratiques et plus profitables et pour le médecin et pour le malade, il faut une action constante et persévérante. Aussi le Comité de Vigilance nommé à la suite du premier Con-



grès a-t-il été unanimement d'avis de convoquer une nouvelle Assemblée des Praticiens en Juin 1908.

La ville de Lille a été choisie comme siège du second Congrès parce que c'est de là qu'était parti le mouvement de protestation dont est né le premier Congrès. Sa situation géographique lui permettra d'offrir aux Congressistes, dans des conditions très avantageuses, une visite à Bruxelles et à Londres, avec réception par le corps médical de ces deux capitales.

Les questions qui seront discutées au Congrès sont de première importance. Nous donnerons plus tard la liste des rapports et le nom, mais disons, dès aujourd'hui, que les deux questions principales soumises aux Congressistes seront ; *la Réforme des études médicales et le libre choix.*

Nous croyons qu'aucun des Médecins de France ne peut se désintéresser de ces importantes discussions et c'est pourquoi nous les engageons tous à envoyer leur adhésion au Congrès.

Nous publierons bientôt le règlement du Congrès, mais nous pouvons annoncer déjà que la cotisation des adhérents au Congrès est de *5 francs*, donnant droit à tous les avantages ordinaires : rapports, compte-rendus, voyage à demi-tarif, etc. etc. Les parents accompagnant les Congressistes et ayant versé une cotisation de cinq francs jouiront des avantages matériels accordés aux Congressistes.

Les groupements professionnels *qui voteront une subvention pour le Congrès* pourront se faire représenter par des *délégués* qui, eux, devront *avoir adhéré* au Congrès et payé la cotisation de 5 francs, mais qui auront droit, en cas de vote par bulletin, *à autant de voix* que le groupement qui les a *délégués* compte *de membres*.

Adresser les adhésions et toutes les demandes de renseignements, à M. le Docteur AUBERT, Secrétaire général, 5, rue Tréiers, à Lille, et les cotisations et subventions, à M. le Docteur DEROY, Trésorier, 222, rue Léon Gambetta, Lille.