

MEMOIRES

KYSTES DU REIN. — NEPHRECTOMIES — GUÉRISONS

Par E. SAINT-JACQUES,

Agrégé-Professeur d'Anatomie Pathologique.

Les kystes du rein ne sont pas si communs qu'un tel cas ne puisse fournir occasion à des observations pathologiques d'intérêt.

Ces tumeurs peuvent se présenter sous des variétés différentes :

Kyste séreux simple ;

Kyste polykystique ;

Kyste hydatique ;

Kyste paranéphrétique.

Des deux dernières espèces il ne sera pas question ici.

Quant au kyste unique et à la dégénérescence kystique, ce sont là les formes les plus fréquemment rencontrées.

Le gros rein polykystique n'est pas absolument rare. L'organe dans ces cas est fortement augmenté de volume et criblé de kystes, qui varient de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. Le parenchyme de l'organe disparaît graduellement avec le développement de ces pochettes, qui peuvent se fondre plusieurs en une seule. Lejars, dans un très remarquable travail, a fort bien étudié cette affection. Elle est regardée comme d'origine congénitale et affectant les deux reins, généralement l'un plus que l'autre.

Les pathologistes ne sont pas d'accord sur la nature de ces kystes : les uns voient dans la paroi du kyste la paroi propre d'un canalicule urinifère (Neumann), d'autres croient à une néoformation de tubes urinifères, un adénocystôme (Luigi Sirleo) ; enfin Depage, qui a bien étudié la question, en ferait une dégénérescence scléro-kystique, dans laquelle la sclérose est d'origine vasculaire.

Il est deux autres organes qui subissent une telle dégénérescence kystique : le sein et le testicule, faits que Lejars a si bien présentés dans le travail en question.

Que l'affection évolue lentement et la maladie soit compatible avec une assez longue vie, cela ressort clairement des faits

cliniques et des observations publiées. Ainsi Niemark rapporte (in *Centrall. f. Chirurg.*, du 5 juillet 1902) l'observation d'une malade, encore vivante, et chez qui cependant il avait fait, 12 ans auparavant, le diagnostic de dégénérescence kystique des deux reins.

Josserand présentait dernièrement à la Société Médicale de Lyon, les deux reins polykystiques d'une "femme" morte à "68 ans" d'urémie. Chaque rein pesait un kilo.

En juillet dernier, Halbron rapportait, à la Société d'Anatomie de Paris, la mort d'un homme qui avait succombé d'urémie à l'âge de "51 ans." Chaque rein pesait 900 grammes et présentait de très nombreux kystes de toutes dimensions. Pas de formation kystique dans aucun autre organe.

Quant aux kystes séreux simples, nous les rencontrons sous deux aspects: les grands et petits kystes.

Superficiels, dans la substance corticale, presque exclusivement, tantôt ils ont l'air de petits grains vésiculeux; tantôt, plus gros, il peut atteindre le volume du poing d'une tête de fœtus ou plus. Ceux qui sont quelque peu développés se présentent de préférence à l'un des pôles du rein.

J'ai dans mes notes les dessins de deux beaux spécimens, vus dans le musée de Trendelenburg, à Leipsick et au musée de pathologie à Vienne. Les collections du musée Dupuytren en offrent de beaux exemples. Notre musée de pathologie, à Laval, en possède un intéressant spécimen: le kyste, de la grosseur d'un œuf de pigeon, est situé dans le pôle inférieur de l'organe et dans une logette dont il a été possible de l'énucléer, ce qui n'est pas généralement la règle.

Ullmann, de Vienne, a tout dernièrement rapporté l'intéressante observation d'un tel cas dans les archives Intern. de Chir. vol 1. Il s'agissait d'une jeune femme de 31 ans, tertipare, qui souffrait depuis quelques mois de douleurs, sourdes d'abord, puis paroxystiques dans l'hypocondre droit. Un médecin fait le diagnostic de cholécystite. Graduellement une tumeur se développe. Durant 2 jours, anurie marquée, mais non totale, suivie durant une quinzaine d'urines troubles qui vers la fin deviennent teintées de sang. — Cette hématurie concomit-

tante du kyste rénal est un des points que Luzatt a signalé 40 fois sur 250 cas. Lejars, de son côté, a fortement insisté sur ces crises douloureuses paroxystiques qui feraient penser à un calcul du rein. — Pour en revenir au cas d'Ullmann, comme la tumeur suivait les mouvements respiratoires du foie, qu'elle se continuait en haut avec cet organe, que l'urine était normale, le diagnostic de rétension ou Écchynococque de la vésicule biliaire fut porté. La laparotomie permit d'enlever une tumeur rénale de la grosseur d'une tête de fœtus à contenu gélatineux et chocolat. Aux deux pôles de la tumeur on trouve du parenchyme rénal qui est de consistance et apparence normales. L'examen histologique montre des canalicules dilatés, un épithélium aplati et des traces de néphrite interstitielle, toutes lésions plus marquées au voisinage de la poche kystique. Les suites opératoires furent régulières et sans incident : le rein unique fit fonctions parfaites.

Que devient, dans ces cas de kyste uniloculaire, le parenchyme de l'organe? Généralement il n'est pas affecté directement par cette tumeur. Cependant, la compression fait souffrir les épithéliums, tel que dans le cas d'Ullmann; parfois même elle pourra détruire la substance rénale et ne laisser qu'une coque, un sac, ainsi qu'en atteste l'observation personnelle relatée plus loin.

Quant à leur pathogénie, rien de certain.

Reconnaîtraient-ils pour origine une sclérose péricanaliculaire avec étranglement puis sécrétion de l'épithélium du tube isolé; ou serait-ce une distension de la capsule de Bowmann; voilà qui reste à préciser.

Ces kystes séreux uniques sont moins dangereux d'habitude que la dégénérescence kystique de l'organe — que le gros rein polykystique — parce qu'ils sont généralement unilatéraux.

L'observation suivante est intéressante à plus d'un point de vue.

OBSERVATION. — Mlle L. C., 19 ans, vient me consulter pour pesanteur dans le bas ventre et augmentation de la taille.

Ant. héréd.: Mère morte de tumeur dans le ventre (?); père vivant et de bonne santé.

Ant. Person. : Toujours en bonne santé. Pas de maladies à noter. La jeune personne est de belle taille et de chairs bien nourries, bon teint. Souffre depuis 2 ans de douleurs aux reins et dans le ventre, mais peu marquées. En aucun temps n'a dû prendre le lit.

Examen. — Abdomen plus développé à droite, où il est tombé. La masse est matte partout, et rénitente, sans fluctuation cependant.

La matité emplit toute la fosse iliaque droite, dépasse à gauche l'ombilic et s'étend en haut jusqu'au foie.

L'examen vaginal fait sentir un cul de sac droit bombant, où l'on perçoit cette masse rénitente.

Urines : normales ; densité 1026.

Température et pouls : normaux.

L'absence de résonnance en avant ou en dehors, (colon) me fait éloigner l'idée de tumeur rénale, et je pose le diagnostic de kyste ovarien.

Opération : laparatomie médiane.

La tumeur est adhérente au péritoine pariétal, si bien qu'en incisant celui-ci, la tumeur est percée. Il s'en échappe avec force un liquide transparent, clair, salé et pas du tout gélatineux.

Je localise l'utérus et c'est alors que je trouve en leur place normale, l'ovaire droit, puis le gauche.

Je pense à un kyste rénal : la main introduite dans la poche pénètre *très loin, jusque sous le foie.*

Adhérenté du côté médian, la poche est avec grande difficulté séparée des intestins, du colon ascendant. Une ligature en partie double sur le pédicule, — vaisseaux et urètre, — un surjet au catgut sur le péritoine postérieur, — lavage au sérum et enfin fermeture de l'abdomen sans drain.

La pièce pathologique montre un sac ressemblant à la poche d'un kyste ovarien. A l'intérieur, des esquisses de travées du bassinnet, en aucun endroit d'îlot de tissu rénal.

Convalescence régulière et sans incident. Le 19^e jour, l'ex-malade retournait chez elle. Revue plusieurs fois, depuis, elle

se continue deux ans et demie après l'opération, en parfaite santé.

Ce cas nous fournit occasion de noter quelques particularités.

D'abord chez une femme. C'est de fait que ces dégénérescence kystiques du rein sont moins fréquentes chez l'homme : pour qu'elle cause ? Voilà qui nous échappe. Dans le cas de Niemak rapporté plus haut, il s'agit d'une femme encore, avec ses deux reins diagnostiqués en dégénérescence kystique depuis plus de 12 ans. Il nous rapporte un autre cas de néphrectomie pour un rein kystique "suppuré", chez une femme encore.

Si le malade de Halbron était un homme, par contre ceux de Josserand et d'Ullmann étaient des femmes.

Magrassi, (in la Gaz. Med. italiana, 1903), nous cite également le cas d'une femme de 28 ans, portant depuis 9 ans un rein gauche kystique.

Il fait la néphrectomie transpéritonéale et trouve un kyste à contenu "épais, grasseux et brun, hémateïque."

Non seulement de préférence chez des femmes, mais aussi avant la trentaine généralement : tel était le cas de ma jeune malade, âgée de 19 ans, de celle d'Ullmann et Magrassi.

Comme particularité de diagnostic, il est des cas où certains signes classiques font défaut. Ainsi ces tumeurs du rein sont d'habitude mobiles et si elles prennent un développement marqué, elle repoussent en avant ou en dehors le colon qui devrait donner la résonnance à la percussion : c'est même là un des signes caractéristiques de ces tumeurs. Or ce symptôme faisait tout à fait défaut chez ma jeune malade : fixité de la tumeur, matité en dehors et en avant, urines normales comme quantité et qualité, cul de sac vaginal droit bombant, utérus dévié à gauche, il y avait toutes les raisons de croire à un kyste ovarien, pour qui n'avait pu suivre le développement graduel de la tumeur venant de l'hypogastre.

Que ce rein fut de peu d'utilité est d'évidence, par le fait qu'il ne restait rien du parenchyme. D'ailleurs si nous exami-

nous le rendement urinaire dans les jours suivant l'opération, nous voyons le rein unique faisant bon ouvrage :

Premières	24 heures.....	500 grammes
Deuxièmes	do do	800 do
Troisièmes	do do	1000 do
Quatrièmes	do do	1200 do
Cinquièmes	do do	1000 do
Sixièmes	do do	1200 do
		1400 et 1500 do

Si nous ne perdons pas de vue que durant les premières 24 heures nous privons les malades de boire afin d'éviter les vomissements post-chloroformiques, nous trouvons une bonne moyenne.

Pour nous résumer, disons que :

1° Le *kyste rénal unique* se montre plutôt avant l'âge adulte, et surtout chez la femme; qu'il trahit son développement par des crises plus ou moins aiguës et parfois des hématuries; que l'organe congénère est généralement indemne.

2° Que la *dégénérescence polykystique du rein* est chose plus fréquente; qu'elle affecte généralement les deux organes; qu'elle n'est pas incompatible avec une longue vie, tel qu'en attestent grand nombre d'observations.

3° Que si le kyste du rein veut intervention: néphrotomie ou néphrectomie; les reins polykystiques pour le chirurgien sont des *noli me tangere*.

L'OREILLETTE GAUCHE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL (1)

Par le Docteur H. VAQUEZ,
Agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, Paris.

L'histoire clinique et anatomo-pathologique du rétrécissement mitral se trouve tout entière dans l'oreillette gauche. Ce sont les modifications de cet organe qui donnent les symptômes de la maladie, qui en commandent l'évolution; ce sont ses lésions qui sont la cause des complications les plus redoutables.

A mesure que la sténose se développe, en vertu des conditions mécaniques qui exigent d'elle un surcroît de travail, l'oreillette s'hypertrophie, et si la sténose est modérée, l'augmentation d'énergie qui en résulte compense d'une façon suffisante le déficit organique dépendant de la lésion. Grâce à cette adaptation du cœur, la sténose marque le pas, c'est-à-dire ne se traduit par aucun trouble circulatoire extérieur. Cet état de compensation peut même persister au point qu'il n'est pas rare, chez certains individus de cinquante à soixante ans n'ayant exigé de leur cœur qu'un minimum d'effort, de découvrir à l'auscultation un rétrécissement mitral ayant passé totalement inaperçu.

Plus souvent, il est vrai, cet état d'équilibre, si prolongé soit-il, est passager ou instable. Que la lésion se prononce davantage, ou bien que survienne pour le cœur une fatigue excessive, une grossesse par exemple, les troubles circulatoires apparaissent. C'est que l'oreillette gauche, à cause de sa structure délicate, est incapable de subvenir à des besoins imprévus ou prolongés, que ses efforts en sont comptés. A la phase d'hypertrophie ou de compensation, succède la période de dilatation et d'accidents asystoliques.

D'ailleurs, au sein des parois auriculaires, des lésions importantes peuvent se produire, qui permettent une explication rationnelle des attaques d'asystolie brusques et imprévue, des thromboses et embolies, et même de la mort subite.

De plus, on sait que l'oreillette règle les signes d'auscultation

(1) Nous reproduisons cette leçon *in extenso* à cause de l'importance du sujet et, surtout, à cause de l'exposé succinct des théories de notre maître le professeur Potain dont M. Vaquez fut un des élèves préférés.—(N. D. L. D.)

tion, et que, dans les modifications des bruits normaux du cœur, elle joue le principal rôle, quelle que soit, à ce sujet, l'opinion des physiologistes, que nous discuterons plus loin.

En résumé, des éléments de diagnostic et de pronostic sont fournis par l'appréciation de l'état de l'oreillette gauche. Mais avant d'étudier en détail ces éléments, il importe de préciser les lésions que nous venons d'entrevoir et dont ils sont la conséquence, d'étudier l'anatomie pathologique de l'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral.

* * *

A l'état normal, l'oreillette gauche est d'un volumé moins considérable que la droite. Sa cavité mesure environ 35 à 40 centimètres cubes, ses parois offrant comme épaisseur 2 à 3 millimètres. En rapport direct avec les organes du médiastin postérieur, œsophage et bords postérieurs des poumons, elle est ainsi à une assez grande distance de la paroi thoracique postérieure, et sa limite extérieure est difficilement perceptible.

A l'état pathologique, on sait que le volume énorme de l'oreillette s'opposant à celui du ventricule gauche demeuré normal, ou même légèrement atrophié, suffit à lui seul, avant même l'ouverture du cœur, à faire diagnostiquer la sténose. Il atteint, en effet, des dimensions considérables, doubles ou triples des dimensions normales, une capacité de 75, 100, 150 centimètres cubes. Dans un cas relaté par Bigard, l'oreillette était comparable à une tête de fœtus, mesurant 14 centimètres de largeur, 10 centimètres de hauteur et 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur. On comprend qu'ainsi l'organe proémine fortement dans le médiastin postérieur, arrive en contact avec la paroi, et puisse être délimité par la percussion.

En ouvrant l'oreillette gauche, on la trouve remplie de caillots, les uns agoniques, fibrinocruoriques, les autres adhérents, véritables polypes du cœur, siégeant de préférence sur la paroi postérieure, ou dans la cavité de l'auricule, ou même faisant hernie dans le ventricule gauche, et apparaissant, chez quelques malades, sectionnés avec netteté au niveau de l'orifice, après avoir donné naissance à des embolies.

Quant aux parois de l'organe, on ne leur décrivait comme lésions, jusque dans ces dernières années, que celles résultant de leur hypertrophie. Nous avons repris cette étude avec M. Millet (1), et nous avons pu décrire un ensemble de modifications, les unes banales, les autres caractéristiques et importantes.

Les premières sont des lésions de *cyanose cardiaque*. Les capillaires sont distendus, gorgés de sang, deviennent variqueux et repoussent les fibres musculaires. A ce premier stade succède l'*infiltration graisseuse* sans dégénérescence, les cellules adipeuses occupant la périphérie de la fibre sans la pénétrer. Mais les éléments nobles n'en subissent pas moins un début d'atrophie, et le tissu conjonctif une tendance à se substituer au tissu musculaire.

Les secondes lésions, qui découlent des précédentes, consistent en foyers d'apoplexie myocarditiques. Sous l'influence de la dilatation active des capillaires, du faible soutènement que leur offrent les fibres cardiaques, se produisent des ruptures vasculaires, avec infiltration sanguine tantôt au travers des fibres musculaires refoulées, tantôt, mais plus rarement, dans des régions superficielles, sous-endocardiques. Ces hémorragies, quel qu'en soit le siège, peuvent d'ailleurs être accompagnées ou suivies d'infiltration embryonnaire et de sclérose. On comprend qu'une telle évolution, surtout pour un foyer unique, ne soit pas le point de départ d'accidents graves, non seulement il en résulte un affaiblissement considérable de la paroi, mais leur production ne va pas sans phénomènes réflexes, quelquefois mortels.

* * *

Voyons, maintenant, comment de telles lésions vont retentir sur l'histoire clinique de la sténose, dans les deux périodes que nous avons déjà entrevues, l'une de tolérance et d'*adaptation*, l'autre entrecoupée d'accidents d'origine cardiaque, période des *cardiarchies* de Potain.

(1) *Prose médicale*, 1898.

I° PÉRIODE D'ADAPTATION. — Il était naturel de chercher tout d'abord à déceler par la *percussion* cette hypertrophie énorme que nous venons de signaler, et, grâce à des données topographiques précises et à une observation ingénieuse, il semble qu'on y soit parvenu.

Les recherches de Giacomini, reprises par Testut et Poirier, à l'aide de coupes sur des sujets congelés, ont permis d'établir les propositions suivantes qu'il est nécessaire de connaître :

Les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, depuis la quatrième jusqu'à la huitième, correspondent aux limites de projection du cœur, d'où leur nom de *vertèbres cardiaques*.

Le plan de section de la cinquième, coupant l'infundibulum pulmonaire, et les sigmoïdes aortiques; elle est dite *vertèbre infundibulaire* ou *aortique*.

Le plan de section passant par l'apophyse épineuse de la quatrième dorsale, intéresse seulement les gros vaisseaux, d'où son nom de *vertèbre supra-cardiaque*.

Enfin, les quatre cavités du cœur et, par suite, les oreillettes, étant traversées par le plan de section mené par la sixième dorsale, celle-ci est dite *vertèbre basale*: ce serait, en réalité, la *vraie vertèbre auriculaire*.

Ces données anatomiques ont reçu, dans ces derniers temps, une consécration pratique. Déjà en 1863, Piorry parle comme d'une chose possible de la percussion de l'oreillette gauche, faisant vraisemblablement allusion aux recherches que Germe (d'Arras) avait entreprises dès cette époque à l'hôpital de la Charité. Mais avec la conscience d'un auteur qui n'a d'autre souci que la découverte de la vérité, Germe ne publia qu'en 1896 ses travaux, qui donnaient de la question un aperçu détaillé et suffisamment exact. Ils furent repris et mis au point dans la thèse de Machado, écrite sous l'inspiration du professeur Potain, et dans un article de Barié, publiés tous deux en 1897.

Ils établissaient qu'à l'état normal, dans une région voisine de la sixième dorsale, limitée latéralement par le rachis et le bord spinal de l'omoplate, et en hauteur par deux horizontales passant, la supérieure par l'épine de l'omoplate, l'inférieure par

son angle inférieur, on constate une matité ovalaire, dont le grand diamètre vertical mesure 75 à 78 millimètres, le transversal ne dépassant pas $2\frac{1}{2}$ à 3 centimètres. Pour la rechercher, il convient d'éviter de pratiquer une percussion parallèle aux côtes, mais le sujet étant assis ou debout, le médecin en arrière de lui et à droite placera le doigt chargé de recueillir les sensations sonores parallèlement à la ligne des apophyses épineuses. Malgré ces précautions, les résultats obtenus en dehors de toute lésion de sténose, assez nets chez les sujets maigres, sont plus vagues chez les individus fortement musclés, notamment en ce qui concerne la limite supérieure de la matité très difficilement perceptible.

A l'état *pathologique*, cette matité augmente, atteignant quelquefois 60 à 65 millimètres dans son diamètre transversal, 114 à 120 millimètres dans son diamètre vertical. En même temps elle se précise et sa surface, tout en ayant souvent des dimensions inférieures aux dimensions extrêmes que nous rapportons, n'en a pas moins des limites très nettes.

Ces données sont souvent fort utiles pour le diagnostic. Vous savez combien, d'après certains auteurs, serait fréquente l'association du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique. Or, d'après Flint, et j'ai pu le vérifier à maintes reprises, le rythme mitral constaté dans cette circonstance n'impliquè nullement une lésion orificielle; et le roulement, faussement interprété, serait dû à la rencontre dans le ventricule de deux ondes sanguines, l'une provenant de l'oreillette, l'autre due au reflux de la colonne aortique au travers d'un orifice insuffisant. La meilleure preuve qu'on puisse donner de l'absence d'une double affection, emportant quoi qu'on en dise, un pronostic toujours plus grave qu'une lésion unique, est précisément fournie par la percussion de l'oreillette gauche, négative dans l'insuffisance aortique. On comprend donc que Potain ait fait de la matité postérieure franche un signe excellent de rétrécissement mitral.

* * *

A côté de lui, prend naturellement place un autre symptôme sur lequel j'attirerai l'attention, car, à ma connaissance, il n'a

pas encore été signalé. Je veux parler des *douleurs auriculaires* qu'accusent les malades atteints de rétrécissement mitral. Je les ai constatées assez fréquemment pour pouvoir les étudier avec quelques détails, et si je leur donne cette épithète, c'est que, correspondant à la matité précédemment décrite, elles paraissent sous la dépendance des lésions de l'oreillette. Les malades souffrent d'une façon vague dans le dos, mais leur demande-t-on de préciser leur douleur, ils indiquent nettement, sans qu'on les ait suggestionnés, une région située entre le rachis et le bord spinal gauche. Très rarement assez violente pour retentir péniblement sur la respiration, elle consiste en sensations pongitives, localisées, tantôt survenant spontanément, au repos, tantôt provoquées par un effort, une marche, une fatigue, tantôt réveillées par une percussion un peu forte.

L'apparition de cette douleur est variable. Elle peut être précoce, c'est-à-dire le signe qui oblige le malade à consulter son médecin, et à pratiquer l'auscultation; elle peut manquer, même chez des sténoses fortement accusées; ou, au contraire, constituer une véritable névralgie: *point de côté auriculaire*. Enfin, il n'est pas rare de la voir évoluer avec la maladie elle-même, subir au moment de la période asystolique, par exemple, des modifications importantes, caractérisées par une sorte de généralisation des phénomènes, la sensation d'une "barre transversale". Cette douleur correspondrait alors à la région des deux oreillettes et surviendrait au moment où la distension se manifeste sur toutes les cavités cardiaques.

* * *

D'autres phénomènes sont également liés à l'hypertrophie de l'oreillette, mais de façon plus indirecte. Je veux parler des modifications des bruits du cœur, et parmi elles du *roulement présystolique*. Sa cause principale est bien la sténose orificielle, vibrations d'une paroi rétrécie et rigide sous l'influence d'une colonne liquide animée d'une faible vitesse; mais tant que l'oreillette n'intervient pas activement pour imprimer à cette colonne sanguine une impulsion plus énergique, le bruit produit reste faible, à tonalité basse, et ne s'entend qu'à la fin de

la diastole. La lésion compensatrice vient-elle, au contraire, à se produire, que se manifesteront des modifications dans la longueur du bruit, son intensité et sa tonalité. Quand le roulement gagne dans la diastole, que son timbre se rapproche du souffle qu'il se termine immédiatement avant la systole par un renforcement, on peut dire qu'il s'agit probablement d'une sténose serrée, en tout cas d'une oreillette fortement hypertrophiée. D'ailleurs, ce qui indique le rôle prédominant de cette hypertrophie, c'est qu'au moment de l'asystolie, alors que la lésion orificielle persiste avec tous ses caractères, le bruit perd de son intensité à mesure que les parois de l'oreillette dilatée perdent de leur énergie.

Cette influence de l'oreillette sur le roulement est donc très nette, et n'est pas discutée. Il n'en est pas de même de son rôle dans la production d'un symptôme sur lequel Teissier (de Lyon) a récemment attiré l'attention : *le retard du pouls sur le choc de la pointe*. Ce phénomène, facile à constater, soit en recueillant simultanément les sensations précordiales d'une main, alors que les doigts de l'autre perçoivent les pulsations de l'artère, soit d'une façon plus précise à l'aide de tracés, ne correspond pas à un retard réel du pouls sur la systole elle-même, dont le seul témoin irrécusable est la chute des sigmoïdes. Tout le monde est d'accord sur ce point. Donc, si la concordance n'existe pas entre le pouls radial et le choc de la pointe, il faut en chercher la raison non pas dans le retard de celui-ci, mais dans une précession du choc sur la systole.

On comprend alors que les auteurs donneront du phénomène une explication différente, en rapport avec leurs divergences d'interprétation du choc de la pointe du cœur. La discussion physiologique qui s'est engagée à ce sujet entre Potain et Chauveau domine donc le débat.

Pour Chauveau, dont l'opinion a été produite de nouveau par son fils, le choc de la pointe est entièrement constitué par la systole ventriculaire. Celle-ci, brusque, intense, fournit ordinairement un seul bruit perceptible. Mais elle n'en est pas moins précédée par certains phénomènes, dont le plus important, appelé par Chauveau *l'intersystole*, est dû à la mise en

tension des piliers valvulaires ; il est latent, ou du moins ne s'entend pas au cours des circonstances physiologiques normales.

Que celles-ci viennent à cesser, l'intersystole devient nette et son influence active produit des bruits anormaux en rapport avec des états pathologiques différents : soit le bruit de galop, quand il s'agit de néphrite interstitielle, soit dans le rétrécissement mitral, l'élévation précoce du tracé cardiographique et le retard apparent du pouls. Il en résulte que l'oreillette ne jouerait aucun rôle dans la production de ce dernier symptôme.

Telle n'est pas l'opinion du professeur Potain, qui reconnaît au choc précordial deux causes : d'une part la mise en tension des parois ventriculaires, résultant de leur distension exagérée par l'ondée auriculaire, et se traduisant par un certain degré de propulsion ; d'autre part, la contraction brusque du ventricule, violente, terminant, couronnant pour ainsi dire cette phase présystolique plus ou moins allongée. A l'état normal, le premier de ces phénomènes est peu manifeste ; le tracé de la pointe et le pouls demeurant sensiblement synchrones. Mais à l'état pathologique, et notamment lorsque l'oreillette gauche hypertrophiée imprime à l'ondée sanguine une vitesse inaccoutumée, la propulsion devient prédominante et constituera à elle seule la plus grande partie du choc qui sera franchement présystolique. Tel est le cas du rétrécissement mitral. Il sera même possible que la systole trouvant un ventricule dont la forte distension a déjà causé un choc très sensible, ne se traduise sur le tracé cardiographique que par un plateau ou même par une légère descente, constituant ainsi la *systole négative de Marey*.

Cette discussion, qui intéresse autant la physiologie que la pathologie, a occupé, comme vous le savez, les derniers jours de notre regretté maître. Vous en trouverez tous les éléments dans le *Journal de Physiologie* de 1900. En plus des arguments qu'il opposait à son redoutable contradicteur, le professeur Chauveau se plaisait à opposer l'enseignement fourni par la physiologie, science exacte, à celui, plus variable, plus insaisissable, de la clinique. A cela, M. Potain répliquait que la médecine, science d'observation des phénomènes morbides, avait

bien le droit de dire son mot pour l'interprétation des faits pathologiques, ou en tout cas anormaux, et qu'en réalité, la physiologie, dans ses observations habituelles, ne provoquait le plus souvent l'apparition des phénomènes qu'elle voulait observer que dans des conditions artificiellement créées, se rapprochant singulièrement de la pathologie expérimentale. La physiologie, aimait-il à répéter, n'a pas à dédaigner l'observation anatomo-clinique qui lui est venue si souvent en aide.

* * *

2° PÉRIODE DES CARDIARCHIES. — Si la sauvegarde du malade atteint de rétrécissement mitral résulte pour le présent de l'adaptation de l'oreillette gauche, le danger est lié dans l'avenir à l'insuffisance progressive ou subite du même organe. La longue tolérance que nous avons signalée, sous la dépendance du repos qu'on sait ou qu'on peut ménager au cœur malade, fait place à des accidents nombreux, dès que survient le surmenage.

Si la dilatation est lente, on voit se dérouler l'histoire classique et connue de l'*asystolie pulmonaire* caractérisée, non pas par les embolies et les infarctus, mais par la congestion œdémateuse lente et progressive débutant aux deux bases, accompagnée de dyspnée et se traduisant par des râles fins, sous-crépitants. L'anévrisme auriculaire passif a succédé à l'anévrisme actif. Ces accidents précèdent de bien peu, d'ailleurs, ceux provenant de la dilatation du cœur droit, de la stase générale, qui lui fait suite, et de phénomènes apoplectiques pulmonaires qui en sont la conséquence.

Mais dans l'oreillette gauche elle-même, arrivée à cette période, les *thromboses* ne sont pas rares.

Les unes se produisent subitement à la faveur de légères poussées endocardiques, faciles à déceler lorsqu'elles siègent sur les valvules, difficiles à reconnaître, lorsqu'elles se produisent, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, en plein endocarde, de préférence sur l'oreillette gauche. Rarement mortelles, elles peuvent donner lieu à des embolies viscérales latentes, quand elles sont peu importantes et siègent sur un organe pro-

fond de l'abdomen, manifestes quand elles oblitérent une artère périphérique, et surtout une artère cérébrale. Il est inutile de rappeler que la conséquence habituelle est l'hémiplégie droite avec aphasie, mais il est bon de dire quelle influence relativement heureuse cet accident exerce sur la marche de la maladie, par suite du repos forcé auquel il oblige le malade. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades atteints de rétrécissement mitral traîner une vie misérable et survivre à leur infirmité dix, quinze, vingt ans après la production de leurs accidents emboliques.

D'autres embolies, dites *terminales*, sont liées à la production de caillots à peine adhérents, formés et lancés d'une manière incessante dans la circulation. Il est possible d'en prévoir la formation et d'en annoncer les redoutables conséquences. Les battements du cœur s'accélèrent, en effet, rapidement, deviennent irréguliers et tumultueux, la gêne respiratoire s'accroît, et la palpation réveille souvent alors une assez forte douleur précordiale. Cet ensemble s'apaise dès que l'embolie est produite. Telle fut du moins la succession des phénomènes chez une malade de mon service, qui eut successivement, en l'espace de quelques jours, une embolie de la fémorale gauche, plusieurs embolies cérébrales rapidement mortelles, et chez qui, grâce à cet ensemble symptomatique, je pus porter un pronostic exact.

Enfin, au cours d'efforts violents, en particulier au moment de l'accouchement, des accidents de même gravité, mais encore plus rapides, peuvent se produire. Pendant le travail, la malade peut être prise de *dyspnée intense*, avec ou sans phénomène d'œdème pulmonaire suraigu, et si une amélioration sensible survient, il n'est pas rare de la voir interrompue trois ou quatre jours après l'accouchement, par la réapparition d'accidents plus intenses, ou même la *mort subite*. Avec M. Millet, nous avons attribué cette complication à la production des hémorragies auriculaires intra-pariétales, dont nous avons expliqué la production facile. Il y a là, surtout lorsque les foyers apoplectiques siègent sous l'endocarde, une atteinte profonde et brusque des riches plexus nerveux de l'oreillette, et possibilité de phénomènes réflexes syncopaux.

* * *

En résumé, ce que nous avançons au début de cette leçon se trouve confirmé. Qui dit rétrécissement mitral, dit avant tout lésion et étude de l'oreillette gauche. Directement ou indirectement, son hypertrophie en règle les principaux symptômes et commande l'évolution en protégeant le malade. Mais, de sa dilatation, de son insuffisance et de l'altération profonde de ses parois dépendent les complications les plus graves.

HERNIES PROPÉRITONÉALES ET RÉDUCTIONS EN BLOC

Par le Professeur H. FOLET,
De la Faculté de Lille.

Vous connaissez les hasards des séries cliniques qui parfois en quelques jours vous mettent sous les yeux plusieurs exemplaires d'un même fait rare.

Je vous ai parlé, il y a trois semaines, d'une réduction en bloc de hernie. Voici un cas, non identique mais analogue, dont notre interne M. Debeyre, va vous lire l'observation :

Obs. — Le mercredi 3 juin 1903, au matin, D. . . , âgé de 62 ans, entrain d'urgence dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital St-Sauveur.

Cet homme nous raconte que le lundi 1er juin, vers 5 heures du soir, après avoir travaillé toute la journée, il regardait tranquillement des joueurs de balle, quand tout à coup, il se sentit mal à l'aise et éprouva dans l'abdomen des tiraillements. Comme sa demeure était très proche, il s'en retourna chez lui et dut s'aliter. Il eut alors de violentes coliques, fit des efforts pour aller à la selle, mais en vain; il ne put même émettre aucun gaz. Ses douleurs étaient tellement fortes, dit-il que, " pendant deux heures, il crut être sur le point de mourir." Ayant pris un peu de café, il le vomit.

Un médecin fut mandé en toute hâte. Connaissant les antécédents du malade, il conclut aussitôt à une occlusion intestinale, et eut la sagesse de n'administrer aucun purgatif au patient et de l'envoyer à l'hôpital, sans plus tarder.

Depuis l'âge de cinquante ans, D. . . , était porteur d'une hernie inguinale droite; la hernie qui rentrait très facilement était maintenue par un bon bandage. Chaque soir, à son coucher, D. . . enlevait son bandage. Il y a 3 mois, comme notre homme s'était levé pour uriner, la hernie sortit tout d'un coup, dans un effort de toux; elle était plus grosse que d'habitude, grosse dit le malade, très intelligent, " comme les deux poings, sans aucune exagération." Il essaya de faire rentrer cette volumineuse hernie, mais ne put d'abord y arriver. Redoublant de patience et de taxis mal fait, il parvint, au bout

d'une heure et demie, à la réduction complète. Depuis ce jour, tout allait bien, sauf quelques coliques passagères de temps en temps, quand survint l'accident du 1er juin. Un détail à retenir : la hernie ne sortait plus depuis l'autotaxis.

Le lendemain, 2 juin, le ventre commença à se ballonner ; le malade eut plusieurs vomissements alimentaires d'odeur fécaloïde ; pas d'émission de gaz ; pouls à 90°.

Le 3 juin, au matin, le facies est grippé ; les traits tirés, les lèvres et l'extrémité du nez cyanosées. La température est de 37°2 ; le pouls est à 100, petit.

Il y a une légère dyspnée.

Le ventre est ballonné, sonore à la percussion. Dans la région hypogastrique, un peu à droite de la ligne blanche, on sent un empâtement limité ; la palpation est douloureuse ; les muscles droits se contractent énergiquement. Le canal inguinal est libre ; le testicule droit est en place.

M. le professeur Folet pratique la laparotomie médiane. Aussitôt après l'incision de l'aponévrose abdominale profonde, en avant du péritoine, se présente un sac, gros comme une orange, comme une petite noix de coco, renfermant deux anses intestinales, accolées en canon de fusil ; on l'ouvre, on élargit le collet et après avoir lavé les anses intestinales, on les rentre dans l'abdomen. Le canal inguinal est libre et ne contient aucun prolongement herniaire. On peut l'explorer par le ventre. Le testicule est en place, la vaginale fermée. Nous n'avons pas affaire à une hernie congénitale.

Suites opératoires : les accidents cessent aussitôt ; plus de vomissements.

La température est normale ce jour-là et le suivant ; mais le surlendemain, le pouls devient fréquent, la température s'élève à 38°6 le soir, quoique le malade ait eu des gaz, et même deux selles grâce à une petite dose d'huile de ricin. Après avoir enlevé quelques griffes, nous voyons sourdre du liquide louche mêlé de sang (hématone infecté). Nous plaçons un drain ; et deux jours après la température revient à la normale.

Aujourd'hui 15 juin, le malade est en pleine voie de guérison.

En résumé: hernie existant depuis 12 ans; à un moment violents efforts de taxis; depuis, hernie disparue; trois mois plus tard, accidents spontanés d'étranglement; tumeur iliaque droite. Diagnostic: occlusion intestinale, peut-être par réduction ancienne d'un sac herniaire dans lequel la hernie s'est ultérieurement reproduite et étranglée.

L'opération nous montre la hernie réduite placée en avant du péritoine; c'est une hernie *propéritonéale* dans le sens étymologique et descriptif du mot. Mais ce n'est pas là ce qu'on entend d'habitude, dans les traités classiques actuels, par la dénomination de hernie propéritonéale.

* * *

Pour les auteurs de ces traités, en effet, — lisez l'article de Berger dans le livre de Duplay-Reclus, l'article de Jaboulay dans le traité LeDentu-Deibet, la hernie propéritonéale se compose de deux parties, l'une superficielle l'autre profonde: La partie superficielle occupe le trajet inguinal interne, au lieu de s'ouvrir directement dans le péritoine, le sac superficiel ainsi disposé communique avec un sac profond interposé entre le fascia transversalis et le péritoine soulevé par la saillie que ce sac profond, *propéritonéal*, détermine. C'est ce sac profond qui s'ouvre dans la cavité péritonéale par un orifice arrondi ou elliptique, placé plus ou moins près de l'orifice qui fait communiquer le sac superficiel avec le sac profond. Les hernies propéritonéales sont des hernies bilobées et l'origine de ces hernies est, dans la très grande majorité des cas, trop manifestement congénitale pour qu'on puisse leur attribuer comme mécanisme de formation le refoulement partiel de la partie supérieure du sac herniaire dans le ventre. Les hernies propéritonéales sont dues à la persistance du canal péritonéo-vaginal avec ou sans ectopie testiculaire. Suivant les recherches de Ramonède, le canal péritonéal, lorsqu'il persiste chez l'adulte, présente la disposition suivante: il commence au niveau d'un repli péritonéal valvulaire placé dans la fosse iliaque même, en arrière de l'arcade crurale, notablement au-dessous du niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Dans

les hernies en question la dilatation interstitielle du conduit péritonéo-vaginal persistant forme le renflement intra-inguinal de la hernie. L'ampliation plus ou moins considérable, parfois énorme, de l'infundibulum péritonéal qui s'étend de la valvule originelle de ce canal jusqu'à l'anneau inguinal interne constitue le renflement propéritonéal de la hernie (1).

Telle est la conception de ces hernies. Telle était d'ailleurs celle que s'en faisait à peu près, un peu vaguement, le premier descripteur, Parise. Car cette question est d'origine lilloise. C'est Parise, mon maître et mon prédécesseur dans cette chaire de clinique, qui a, le premier, donné, au milieu d'observations empruntées à divers auteurs, une longue observation personnelle très détaillée et la description d'autopsie très concluante d'une de ces hernies.

Quoique Parise ne prononce pas le mot de hernie congénitale et n'invente pas l'épithète de *propéritonéale*, son cas est bien une hernie bilobée à sac supérieur propéritonéal, tel qu'on l'entend aujourd'hui et que nous l'avons défini plus haut. Il est aisé de s'en convaincre en se reportant à l'observation originale de Parise insérée il y a un peu plus d'un demi-siècle dans les *Mémoires de la Société de Chirurgie*, novembre 1850, t. II, 4e fascicule, p. 401. Et Parise, pour expliquer le mécanisme de formation, discute et rejette explicitement l'hypothèse du refoulement partiel du sac avec l'intestin, de la réduction en masse plus ou moins complète.

* * *

Cependant Gosselin, dans le rapport qu'il consacre à ce même travail de Parise, examinant les modes possibles de formation de ces sacs herniaires intra-abdominaux, s'exprime ainsi :

“ Ces faits pourraient se rapporter à un titre unique : hernies avec sac inférieur. Ils sont de deux ordres. Dans l'un, la *hernie intérieure est unique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de sac comitant*. Dans l'autre le sac intérieur existe en même temps qu'un sac extérieur, soit inguinal, soit crural. *Quand le sac*

(1) BERGER, in *Traité de chirurgie* DUPEAY-RECLUS, t. VI, p. 698-708.

“ *intérieur est unique*, et qu’il y a des symptômes d’étranglement, tantôt le sac est rentré depuis peu de temps ; c’est la réduction en masse, connue de tout le monde. ‘ Tantôt on observe les symptômes d’étranglement sur un malade qui a eu autrefois une hernie. . . Il est vraisemblable que cette hernie avait été réduite en masse, que l’intestin avait à cette époque cessé d’y être étranglé par le collet, mais que, plus tard, l’intestin ayant continué à se porter dans la poche intérieure a fini par s’y étrangler de nouveau.’ ” (1).

On dirait que les lignes soulignées ont été écrites en vue de notre observation actuelle, dans laquelle on peut très rationnellement concevoir comme suit la succession des phénomènes :

Vieille hernie inguinale, hernie ordinaire, non congénitale. — Autotaxis énergique, presque violent ; et obstiné, acharné, mal fait. — Le sac est décollé des adhérences cellulaires ambiantes et le collet de ses adhérences à l’anneau.—S’allongeant comme un gros cylindre sous l’effort des manœuvres de réduction, le paquet herniaire franchit, suivant une marche rétrograde de dehors en dedans, le canal inguinal dilaté et rentre en totalité (sac et viscères y contenus), dans le ventre, où il reprend sa forme sphéroïdale, s’insinuant et se creusant une loge dans le tissu cellulaire qui sépare le fascia transversalis du péritoine pariétal. La hernie est rentrée tout entière, sans laisser le moindre prolongement, dans le canal inguinal.

Elle mériterait bien le nom de *pro-péritonéale* (2), cette hernie ainsi logée derrière la paroi abdominale, derrière le fascia transversalis, *en avant* du péritoine. Mais, cette dénomination de *propéritonéale* étant, je viens de le dire, couramment appliquée à une autre disposition anatomo-pathologique, pour ne pas créer de confusion de nomenclature, je l’appellerai *hernie antépéritonéale*. Cette hernie antépéritonéale peut rester, comme dans notre cas, médiane, située dans la région sus-pubienne, sus-vésicale ; d’autres fois elle s’inclinera vers la fosse iliaque et sera tout à fait latérale.

Dans cette hernie antépéritonéale, ou bien les viscères en-

(1) Mémoires de la Société de Chirurgie, novembre 1850, t. II, quatrième fascicule, pp. 433, 434, 441

(2) Au point de vue du purisme étymologique, c’est *pré* et non *pro* qu’il faudrait dire.

fermés dans le sac ne sont pas trop étroitement serrés par le collet et y séjourneront sans qu'il y ait étranglement vrai; à la façon de mainte hernie externe chroniquement irréductible où les viscères demeurent fixés, la circulation des matières stercorales et des gaz s'y faisant tant bien que mal, plutôt mal que bien, ainsi que l'indiquent les borborygmes et les coliques fréquentes dont souffrent ces vieux hernieux. Je croirais volontiers que c'est ce qui a eu lieu chez notre malade, sujet depuis la réduction à des coliques passagères. — Ou bien l'intestin contenu dans le sac antépéritonéal s'est dégagé du collet et est retombé, libéré, dans la grande cavité du péritoine. Alors le sac antépéritonéal vidé est resté là, aplati, mais offrant à un futur engagement des viscères l'amorce de son collet béant.

En effet, un beau jour, à propos d'un effort inconscient, les viscères s'y précipitent, comme ils peuvent se précipiter dans un orifice herniaire interne, dans la boutonnière rétro-sigmoïde, par exemple. Si le sac est resté plein, un supplément d'intestin, un morceau d'épiploon s'insinuent dans le collet et le surdistendent. De l'une ou l'autre façon, l'étranglement est constitué et les accidents vont se dérouler *usque ad mortem* si la chirurgie n'intervient pas.

Car aujourd'hui ces lésions peuvent être diagnostiquées par la laparotomie exploratrice et guéries opératoirement. Jadis elles aboutissaient fatalement à la mort et les observations qu'on en possédait étaient des constatations d'autopsie. Tenez, en voici une, citée par Gosselin dans son rapport, que je vais vous lire, en son texte quelque peu archaïque et avec ses imprécisions d'anatomie parce que, sauf le dénouement, elle semble absolument calquée sur notre observation actuelle; ou, si vous l'aimez mieux, notre observation paraît calquée sur elle:

OBSERVATION ARNAUD (1). — Un homme de cinquante ans était incommodé depuis plusieurs années d'une hernie inguinale. Il y a environ six mois qu'il trouva pour la première fois beaucoup de peine à la réduire. Il fit appeler un chirurgien qui la fit rentrer; il contraignit le malade à porter un bandage.

(1) ARNAUD, d'après VACHER, *Traité des Hernies*, t. II, p. 56

Depuis ce temps-là la hernie ne reparut plus, mais le malade devint sujet à des coliques qui se passaient au moyen de quelques toniques chauds. Au mois de février dernier le malade fut attaqué d'une passion iliaque des plus violentes sans que la hernie, qui ne paraissait point, semblât y avoir donné occasion. On mit en usage sans succès tous les remèdes que la médecine pût suggérer, le malade mourut le huitième jour.

Nous observons par l'ouverture du cadavre que l'intestin n'était point étranglé par l'anneau. Nous fûmes tout surpris de trouver un sac formé par le péritoine, de la grosseur d'une belle pomme, dans lequel étaient engagés et fortement étranglés environ trois bons pouces de l'intestin iléum tout gangréné. Cette poche ou sac était placée derrière l'anneau de l'oblique externe; son fond s'inclinait du côté de la vessie et sa partie supérieure était adhérente à l'anneau.

En somme, Messieurs, notre observation d'aujourd'hui, comme la vieille observation d'Arnaud, est un fait de réduction en bloc d'une hernie inguinale ordinaire devenant, après la rentrée dans le ventre, une hernie antépéritonéale sans diverticule inguinal. Mais cette hernie réduite en masse, au lieu d'amener, — comme cela se passe dans la majorité des cas, comme cela s'est passé chez le malade dont je vous ai raconté l'histoire il y a trois semaines (1), — au lieu, dis-je, d'amener de graves accidents d'étranglement immédiats, reste silencieuse durant plusieurs mois et ne produit que tardivement les symptômes de l'occlusion par l'un des deux processus que j'ai esquissés plus haut. C'est encore un méfait du taxis; un méfait à longue échéance. (1)

(1) Voir *l'Echo Médical* du 31 mai 1903.

(2) M. le Dr Montpetit, de Rigaud, a rapporté une observation identique à la Société Médicale de Montréal, et publiée dans *l'UNION MÉDICALE* de 1902, p. 286.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

Nous ne parlerons que de la pleurésie *séro-fibrineuse*, considérée aujourd'hui comme tuberculeuse. Toute pleurésie qui n'a pas fait sa preuve, c'est-à-dire, qui n'est pas secondaire à une affection du cœur (pleurésie par infarctus), à un cancer du poumon, ou qui ne survient pas au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse comme la fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme, la pneumonie, etc., peut être considérée a priori, comme étant de nature tuberculeuse (Landouzy).

Le pleurétique qui sollicite nos soins ne doit plus être purgé à outrance, ni soumis à des drogues diurétiques et sudorifiques violentes pour agir plus rapidement sur l'épanchement. Non, comme nous venons de le voir, l'enseignement moderne nous prouve que ce pleurétique est très souvent un tuberculeux, il ne faut donc pas l'affaiblir par une médication brutale. Traitons-le plutôt comme un tuberculeux, c'est-à-dire, donnons-lui les soins que l'expérience nous a enseignés dans le traitement de la tuberculose en général.

Le malade doit être mis dans un bon lit chaud et nourri convenablement dès le début de la maladie.

Contre le point de côté, lorsqu'il est intense, il est bon de faire une piqûre de morphine ou d'appliquer les ventouses scarifiées.

Contre irritation: Lorsque l'épanchement augmente, on peut se servir de teinture d'iode en application locale, ou si on le veut, se servir de liniment thérébentiné. L'alcool camphré ou l'essence de thérébentine fait également une bonne révulsion locale, lorsqu'on arrose légèrement, avec l'un ou l'autre, de l'ouate appliquée sur le thorax. Le vésicatoire n'est plus employé.

Quels sont les médicaments à donner à un pleurétique?

Les mercuriaux, la scille, la digitale, le salicylate de soude, l'antipyrine, etc., ont été, et sont encore employés par certains auteurs. Le salicylate de soude préconisé par Aufrecht, en 1883, et vanté par Talamon, aurait un réel mérite; il contribuerait pour beaucoup dans la résorption de l'épanchement

s'il est administré dès le début. Voici la formule la plus com-
mode, (Lyon):

℞ Solycilate de soude	12	grammes
Rhum vieux	60	do
Sirop diacode	50	do
Eau distillée	100	do

Prendre 4 à 6 cuillérées à soupe par jour.

Les solutions sont préférables aux cachets.

Il faut donner 4 à 6 grammes de ce médicament par jour; les doses faibles seraient sans effet. G. Lyon ne croit pas à l'efficacité du salycilate de soude. Il l'a employé aux doses voulues et dans plusieurs cas sans en tirer grand avantage.

Contre la toux: Les opiacés sont nécessaires pour calmer la toux sèche et si souvent fatigante pour le malade.

Contre la fièvre: Lorsque la fièvre s'accompagne de congestion du poumon on peut donner de la quinine associée à la poudre de Dower et à la poudre de scille:

℞ Poudre de Dower	} 3	à à grammes
Poudre de Scille		
Sulfate de quinine		

Pour trente cachets. Prendre 4 à 5 par jour.

Il faut se garder de donner des antipyrétiques à un malade qui fait de la température sans symptômes alarmants du côté des poumons. En un mot, il ne faut pas chercher à combattre le syndrome fièvre uniquement.

Que de drogues l'on prescrit, souvent par routine, qui n'ont d'autre effet que d'affaiblir le malade.

Il convient de ne pas passer sous silence *les badigeonnages de gaiacol* qui auraient l'avantage de combattre à la fois la fièvre, la douleur et l'épanchement. Miron Sigalea badigeonne deux fois par jour le côté avec:

℞ Gaiacol	} 3	grammes
Glycérine		
Teinture d'Iode		

G. Lyon conseille de ne pas employer une solution de gaïacol aussi forte; il croit qu'il vaut mieux la réduire de moitié.

Pour faire patienter le malade on peut prescrire un *placebo* en le variant au besoin. Les malades sont sous la fausse impression qu'il faut prendre médicaments sur médicaments pour guérir. C'est à ceux-là qu'il faut prescrire quelques drogues inoffensives plutôt que de passer pour un imbécile ou un ignorant.

Bien entendu, que le médecin doit surveiller son malade tous les jours, pratiquer chaque fois l'auscultation du cœur et se rendre compte qu'il n'y a pas trop de liquide dans la plèvre.

Il faut absolument voir son malade une fois par jour pour s'éviter des surprises désagréables. Au besoin, il faudra soutenir le cœur au moyen de la *digitale* ou de la caféine.

Alimentation: Tant que la fièvre est intense, on ne peut alimenter les malades qu'au moyen de lait, de bouillon, de limonade vineuse; mais dès que le mouvement fébrile s'atténue, il faut en venir à une alimentation plus substantielle, faire prendre des œufs, de la gelée de viande, de la viande crue pulvée, des potages épais, des purées de légumes, des crèmes, en un mot, fournir au malade les moyens de lutter contre l'infection tuberculeuse (G. Lyon). Plus souvent qu'autrement, ce seul traitement suffira pour remettre le malade sur pied.

En résumé, la ligne de conduite à suivre dans les cas ordinaires est la suivante:

1° Pendant la période fébrile tenir le malade tranquille dans un lit chaud, et le nourrir avec les aliments qu'il pourra supporter et digérer facilement;

2° Soulager la douleur par les moyens sus-indiqués;

3° Donner au malade quelques médicaments fébrifuges ou diurétiques au besoin; actionner les fonctions régulières de l'intestin;

4° Soutenir les forces du patient par une bonne alimentation, et au besoin donner de la digitale ou de la caféine;

5° Faire des applications chaudes ou révulsives sur le côté malade. Lorsque la fièvre est tombée, le malade peut se lever

mais il ne doit sortir de sa chambre ni aller au dehors avant que ses forces soient revenues complètement.

La thoracentèse est assez souvent employée pour hâter la résorption du liquide, de l'épanchement. Il est défendu d'enlever tout l'exsudat à cause des dangers que l'opération ferait courir aux malades. Le liquide enlevé peut d'ailleurs se reproduire aussi abondant dans deux ou trois jours. La thoracentèse n'est donc pas une méthode radicale de traitement; mais elle nous rend de grands services lorsqu'il y a menace d'asphyxie ou de syncope chez un malade avec épanchement considérable.

Indications de la thoracentèse. — L'indication d'opérer a dit Potain, doit se tirer de quatre ordres de considérations distinctes:

1° Les troubles fonctionnels; 2° L'abondance de l'épanchement; 3° L'âge de l'épanchement; 4° La nature de l'épanchement.

Troubles fonctionnels: La dyspnée peut survenir aussi bien lorsque l'épanchement est peu considérable que lorsqu'il mesure 2 à 3 litres. La dyspnée n'est pas proportionnelle à la quantité du liquide dans la plèvre. Plus l'exsudation a été rapide plus il y aura de dyspnée; plus le poumon sera congestionné plus le malade aura de difficulté à respirer. Comme on le voit, la dyspnée seule n'est pas un signe certain qu'il faille intervenir par la thoracentèse.

La tendance syncopale est au contraire un signe qui doit commander l'urgence de la thoracentèse; temporiser chez un malade qui vient d'avoir une syncope, serait l'exposer aux dangers de l'embolie ou de la thrombose pulmonaire, à la mort subite. (. Lyon).

Lyon considère également que l'insomnie persistante est un signe qu'il faut prendre en considération; elle coïncide habituellement avec un épanchement abondant.

L'abondance de l'épanchement: C'est surtout d'après l'abondance de l'exsudat qu'il faut agir. Lorsque le liquide occupe toute la cavité pleurale, qu'il y a matité partout, et que les organes sont déplacés, il faut intervenir quand bien même il n'y aurait pas de troubles fonctionnels appréciables. L'opportunité de la thoracentèse est plus difficile à apprécier lorsque

la cavité pleurale n'est pas totalement remplie. M. Dieulafoy évacue tous les épanchements qui atteignent 1800 à 2000 grammes. Pour mesurer la quantité de l'exsudat, il faut s'appuyer sur l'étendue de la matité, sur la disparition des vibrations thoraciques et sur le déplacement des organes. Prenons, par exemple, dit Dieulafoy, un épanchement gauche : lorsque la matité et l'absence de vibrations remontent en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate, lorsque la submatité remplace en avant, à la région sous-claviculaire, la tonalité normale ou la tonalité élevée du son skodique ; lorsque, enfin, le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum ou entre le sternum et le sein droit, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne soit pas remplie au maximum, de tels signes chez un adulte dénotent que l'épanchement atteint ou avoisine deux litres. Dès lors la thoracentèse est urgente, elle s'impose.

“ Quand la pleurésie siège à droite, on reconnaîtra également la quantité de liquide épanché en s'appuyant sur les caractères de la matité, sur l'abolition des vibrations thoraciques et sur le déplacement du foie. Cet organe ne commence à déborder les fausses côtes que si l'épanchement atteint au moins 1800 grammes. La thoracentèse sera donc de toute nécessité quand on constatera cet abaissement de la glande hépatique. ”

Dans l'évaluation de la quantité de l'épanchement il faut tenir grand compte de l'état du poumon sous-jacent.

Les signes qui peuvent indiquer que le poumon est congestionné et par conséquent plongeant dans le liquide au lieu d'être rétracté en moignon et accolé le long de la colonne vertébrale consistent dans la propagation au-dessous de la ligne de matité, du bruit de souffle, du retentissement vocal et des vibrations toraciques. (Potain).

Lorsqu'un épanchement qui n'a pas nécessité la thoracentèse n'a pas de tendance à se résorber après le 20^e jour, il faut pratiquer la ponction. L'épanchement abandonné à lui-même finit par se résorber sans doute, mais s'il est ancien, il donne lieu à la formation d'adhérences plus ou moins étendues. Certains auteurs, Le Damany, Mollord, enseignent

qu'il faut respecter cet épanchement qui joue le rôle de " providentiel " lorsque la pleurésie est d'origine tuberculeuse. Il est reconnu en effet que la tuberculose se développe moins facilement dans un poumon atélectasié que dans un poumon normal.

Pour G. Lyon, la thoracentèse faite en temps opportun est le traitement de choix; mais il faut savoir attendre ce moment opportun.

Manuel opératoire. — Nous insisterons d'abord sur les soins d'antisepsie qui doivent être des plus rigoureux, concernant l'instrument, l'opérateur et le malade. Au moyen d'une *ponction exploratrice*, on se renseigne sur la présence réelle du liquide à l'endroit choisie pour la thoracentèse faite au moyen de l'opérateur Potain ou Dieulafoy.

Le malade doit être à demi assis dans son lit, soutenu par des oreillers et tourné du côté opposé à celui qui est malade. La ponction se fait généralement dans le sixième ou septième espace intercostal, dans l'axe d'une ligne verticale abaissée du sommet du creux axillaire.

L'aspiration doit être faite lentement afin que le déplissement du poumon puisse s'accomplir sans brusquerie. Pour M. Dieulafoy, il ne faut pas enlever plus qu'un litre à chaque ponction.

Accidents de la thoracentèse. — Ces accidents sont souvent dûs à l'ignorance de l'opérateur.

Cependant, la mort subite, par thrombose cardiaque ou embolie pulmonaire, l'œdème pulmonaire, les hémorragies pleurales, les hémoptysies et le pneumothorax peuvent survenir sans que l'opérateur soit en faute.

La transformation purulente du liquide épanché n'est pas imputable à la thoracentèse elle-même, mais bien aux fautes opératoires.

Tout pleurétique guéri doit être soumis à un régime généreux et à la vie au grand air. Il convient même de le prévenir des soins qu'il doit prendre de sa santé s'il veut être certain d'échapper à une tuberculose pulmonaire qui, souvent, ne se fait pas attendre longtemps.

J.-É. DUBÉ.

CHRONIQUE MEDICALE

FAITS DIVERS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

INFLUENCE DU MORAL SUR LE PHYSIQUE. — Il y a plusieurs mois (1) j'analysais l'œuvre admirable du professeur Pawlow, un savant russe, où il était démontré, par des expériences excessivement ingénieuses, que le moral exerce une influence très grande et souvent décisive sur le physique.

Or, dernièrement, le docteur Corvisart, en expérimentant sur des chiens, a recherché si l'*ennui* exerçait quelque action sur l'animal.

Ainsi, deux chiens étaient attachés à la chaîne, deux autres étaient libres et, à la même heure, on donnait aux quatre la soupe quotidienne. Trois heures après, au moyen d'une fistule stomacale on recherchait comment s'effectuait la digestion. Le résultat fut que les chiens en liberté avaient tous fini de digérer au moment de l'examen, tandis que les chiens attachés ne terminaient qu'une heure plus tard.

Mais voici un exemple plus curieux encore.

Un jeune chien, *blanc avec taches noires* sortant un jour avec son maître fit la rencontre d'un gros chien aux abois formidables. Ce dernier ne le toucha pas; mais le petit animal fut si effrayé qu'il tomba en une violente crise épileptiforme avec bave, yeux renversés, agitation des membres, etc. Cette crise ne se calma qu'au bout d'une heure. Ceci se passait le matin. Le soir du même jour le petit animal était méconnaissable: il avait changé de couleur, il était moucheté comme un petit danois et depuis les taches ont persisté. " Si on ne l'avait pas vu avant l'accident, écrit un témoin, jamais on aurait dit qu'il se fut agi du même chien." Effet de la peur.

Nous avons des exemples authentiques d'hommes qui ont vu leurs cheveux blanchir du jour au lendemain à la suite d'émotions violentes. L'organisme en subit l'influence. Mais il n'y a pas que l'homme qui puisse réagir de cette façon, l'animal se comporte de façon identique: l'exemple précédent le démontre.

(1) Voir UNION MÉDICALE, novembre 1902, p. 711 : *Psychologie et digestion*, et mois d'avril 1903, p. 198 : la *philosophie de la digestion*.

* * *

L'HYGIÈNE AU JAPON. — M. le docteur Matignon, dans un volume récent (1) nous instruit fort agréablement sur la façon dont on pratique l'hygiène au Japon. D'après cet auteur, il n'y a qu'un peuple propre, réellement, c'est le peuple japonais.

Il semble que ce besoin de propreté soit inné chez les Japonais: et les circonstances les plus graves ne les empêchent pas de prendre les soins de propreté habituels. " Des combats sanglants furent livrés autour le Tien-tsin, en 1900, dit l'auteur, dans lesquels les Japonais eurent à supporter le principal effort des troupes chinoises. Et tous les jours, quand les petits soldats allaient au feu, leurs habits blancs étaient immaculés: cette propreté vraiment extraordinaire fut une des principales causes d'admiration des officiers étrangers pour l'excellente armée japonaise."

Mais c'est dans les villages éloignés des centres qu'il faut étudier les habitudes de propreté parfaite des habitants. Les nattes qui cachent les parquets sont d'une propreté irréprochable et les habitants circulent dessus pieds-nus ou chaussés de bas de toile blanche. L'européen qui veut pénétrer dans ces maisonnettes doit laisser ses chaussures à la porte ou bien les recouvrir de larges chaussures en toile bleue que lui présente son hôte.

Chaque maison a sa baignoire qui est une cuve en bois de 250 à 300 litres de capacité et trois pieds de hauteur (1 mètre). Elle est chauffée par un récipient en tôle communiquant avec la cuve par la partie inférieure. Le même bain sert à tous les membres de la famille qui s'y baignent nus comme des vers. Il est vrai que la nudité en Orient n'éveille pas comme en Occident les idées lubriques que nous savons. Elle fait naître plutôt un sentiment de curiosité enfantine et non malsaine. A ce propos l'auteur raconte l'anecdote suivante dont il fut le héros avec quelques-uns de ses compagnons de voyage.

" Je me souviendrai longtemps, dit-il, de mon arrivée à Shimabarra avec le capitaine Vidal. Nous descendons dans une

(1) *L'Orient lointain.*

auberge indigène, et aussitôt nous demandons un bain. On nous montre la classique baignoire, dans un coin de la cour, bien en évidence. Sans doute, pour ne pas offusquer notre pudibonderie occidentale, la susdite baignoire fut dissimulée derrière une tenture faite de quelques drapeaux japonais. L'un de nous se déshabille et se met au bain. Mais à peine avait-il pénétré dans la baignoire qu'une foule de Japonaises, gaies, rieuses, espiègles, envahissent la cour, écartent les drapeaux pour voir de près le voyageur. Il n'y avait plus qu'à être galant. Nous engageâmes la conversation. Le petit vocabulaire anglo-japonais que nous portions avec nous nous permit de tourner quelques compliments. Nos charmantes visiteuses, de plus en plus intéressées, il faut croire, ne paraissaient pas vouloir partir et assistèrent à nos deux bains, déshabillages et rhabillages compris."

Le massage qui est à la mode ici depuis quelques années seulement est pratiqué en Orient depuis les temps les plus reculés, surtout au Japon où l'on a recours au massage manuel. Il est à la fois médical et esthétique, on se fait masser par goût pour se bien porter et par nécessité lorsqu'on est malade.

Jadis, le Grec, qui se faisait frotter d'huile pour conserver à son torse sa beauté plastique et sa pureté de lignes demandait sans s'en douter, au massage ces effets qu'il n'attribuait qu'aux vertus d'une bienfaisante huile aromatique. La japonaise s'adresse au masseur pour conserver à son petit corps toute sa souplesse et sa grâce de chatte (loc. cit.)

Comme on le voit, l'hygiène est l'amie des Orientaux qui lui doivent la santé et une certaine élégance que l'on aime à vanter de retour en Occident, lequel ne semble avoir rien inventé sous ce rapport.

* * *

SATURNISME INFANTILE — ÉTIOLOGIE (1). — Le saturnisme, bien connu chez l'adulte, est souvent méconnu chez l'enfant à cause de sa rareté, due à une moins grande susceptibilité dans le jeune âge. On explique ce fait par l'intégrité des organes

(1) Dr Dufour-Labastide — thèse de Paris 1902.

d'élimination et l'activité plus grande de la sécrétion urinaire à cet âge.

Dans un livre récent ⁽¹⁾, le professeur Gautier, de Paris, évalue à un demi-milligramme la dose de poison absorbée en 24 hrs. Il affirme que des adultes ont pu absorber 100 à 300 milligrammes d'acétate de plomb cristallisé par 24 hrs, sans signes d'empoisonnement. Mais le professeur Gautier estime que cet état ne peut durer et que l'absorption journalière continue de 8 à 10 milligrammes de plomb ne peut être longtemps continuée sans compromettre la santé.

Voici les sources d'intoxication invoquées par l'auteur.

1° Le *lait* des nourrices qui font usage de fards, cosmétiques à la litharge, teintures pour les cheveux, ou le lait intoxiqué par des préparations de plomb appliquées sur les mamelons de la nourrice dans les cas de crevasse, etc. ;

2° Les *biberons* avec bouts en plomb ou en caoutchouc vulcanisé plombifère ;

3° L'*eau* qui a séjourné dans des réservoirs de plomb au contact de l'air, ou dans des poteries vernies au plomb, " soit que ce soit de l'eau de pluie recueillie sur des toits zingués ou plombés, ou ayant coulé simplement dans des tuyaux en plomb ; soit qu'elle ait été obtenue dans des appareils distillateurs étamés à l'étain pauvre " ;

4° Les *vins et liqueurs* peuvent contenir du plomb, car certains fabricants se servent du litharge pour frelater ou adoucir certains de ces liquides ;

5° Les *aliments solides* peuvent aussi s'imprégner de plomb ou contact des récipients, soudés en plomb, émaillés ou étamés ;

6° Le *sucre* coulé dans des formes peintes intérieurement à la céruse, le beurre adouci à la céruse, etc. ;

7° Les *bonbons* causent souvent des troubles à cause du *chromate de plomb* qui sert à les colorer ainsi que les gâteaux. On se sert de cromate de plomb pour les bonbons jaunes, verts et bleus, et de minium pour les bonbons rouges. Les papiers qui les enveloppent sont généralement colorés avec du carbonate de plomb et du jaune de Naples ;

(1) *Le cuivre et le plomb devant l'hygiène.*

8° Les *appartements* fraîchement peints à la céruse, les chaussures à cuir intérieur blanchi au plomb, les jouets colorés, les boîtes de couleur, les cartes de visite glacées au moyen d'une préparation contenant de la céruse et que les enfants mâchent et avalent, sont autant de sources d'intoxication ;

La *céruse* avec laquelle on saupoudre les excoriations aux cuisses, l'*acétate de plomb* en solution pour les coupures ou la conjonctivite granuleuse, l'*eau de Goulard* sont des agents habituels d'empoisonnement inexplicés.

Telle est la classification adoptée par l'auteur, et qu'il est bon de se rappeler.

Dans le dernier numéro de l'*UNION MÉDICALE*, le docteur Nadeau fait l'historique d'une épidémie de saturnisme dont la cause résidait dans une eau d'érable intoxiquée par le plomb des chaudières.

C'est la première fois que l'on invoque une semblable cause pour expliquer ces phénomènes particuliers qui doivent être plus fréquents qu'on le croit généralement.

* * *

LA SÉCRÉTION SUDORALE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1). — L'auteur de ce travail insiste sur la valeur diagnostique des sueurs qu'on peut appeler *prétuberculeuses*, car elles arrivent longtemps avant l'apparition des signes du début. Les malades se plaignent de maigrir et de transpirer, la nuit, de façon anormale. On pense à la tuberculose ; on ausculte avec précaution : rien. Ces sueurs sont nocturnes ; mais elles arrivent aussi le matin. Elles sont très rares durant le jour, elle apparaissent surtout pendant le sommeil.

Il y a un rapport entre la miction et l'heure à laquelle apparaît la sudation. Suivant que la première est avancée ou retardée, cette dernière avance, retarde ou même n'apparaît pas du tout.

D'autre part, les tuberculeux ont de véritables crises sudorales, le jour, pendant le travail. Il est à remarquer que ces sueurs sont partielles et occupent la partie supérieure du corps :

(1) Dr Bonic — thèse de Paris.

au-devant de la poitrine et à la région dorso-lombaire, quelquefois au front, aux tempes, autour du cou.

Les sueurs ne deviennent générales que lorsque la maladie a fait des progrès.

“Aussi, écrit l'auteur, lorsqu'on constatera une transpiration exagérée, persistante, soit le jour, soit la nuit, et qu'on ne pourra en trouver la cause il faut penser à la tuberculose.” On ne saurait l'affirmer, par ce seul signe, car les sueurs ne sont pas un moyen infailible, et le diagnostic sérieux n'est possible que si on constate plusieurs fois au même endroit les modifications respiratoires appelées *respirations anormales* décrites par Grancher.

Quant à la conduite à tenir ici, il faut se rappeler que ces sueurs sont un moyen d'élimination de certaines toxines, par conséquent il faut les respecter et agir contre les causes qui les provoquent par la suralimentation, le repos, l'aération, les laxatifs. Ces purgatifs et les diurétiques qui favorisent l'épuration de l'organisme. Mais il faut agir prudemment et tenir compte de l'état du malade.

* * *

DES ACCIDENTS PLEURO-PULMONAIRES PENDANT LES SUITES DE COUCHES PRÉCURSEURS DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS. — Souvent il arrive que des femmes qui ont accouché normalement et qui ont bien relevé soient prises vers la 12e ou la 14e journée d'une crise de dyspnée accompagnée d'une douleur sise en un point fixe avec expectoration sanguinolente et fièvre. Peu de temps après survient une phlegmatia alba dolens qu'on n'avait pas soupçonnée.

C'est Vaquez, le premier qui a établi la relation qui existe entre la phlébite et les accidents pulmonaires. Il est fréquent de voir ces derniers être suivis à brève échéance d'oblitération de la veine crurale; et c'est sur ce point important que le docteur Teillet (1) attire l'attention des médecins.

Vers le 14e jour, écrit-il, à la suite d'un accouchement plus ou moins grave, la malade accuse une sensation de malaise, avec

(1) Thèse de Paris, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 septembre 1908.

température, diminution de la sécrétion lactée, et après 12 à 24 heures apparaissent les symptômes dramatiques de l'embolie pulmonaire. Elle arrive quelquefois brusquement, sans prodromes. A l'occasion d'un mouvement insignifiant pour se lever sur son oreiller, la malade est prise subitement d'un point de côté excessivement intense, en arrière, sous l'omoplate. La douleur fait croire à la malade qu'elle va mourir; et elle s'accompagne d'une dyspnée qui rend la respiration pénible: la malade suffoque. Il y a de l'angoisse précordiale, du refroidissement des extrémités. Les crachats manquent quelquefois, ailleurs, ils sont sanguinolents et persistent durant les jours suivants.

La percussion ne donne rien. L'auscultation donne peu de chose, quelques râles sous-crépitants ne se modifiant pas par la toux, mais pas toujours.

C'est à ce moment que la phlegmatia, qui jusque-là était restée latente, apparaît. Ce sont des embolies de petite dimension.

“ En résumé, écrit l'auteur, tout accident pulmonaire se présentant avec les caractères indiqués ci-dessus, toute autre cause écartée par l'examen rigoureux de la malade, doit immédiatement faire songer à l'évolution possible d'une *phlegmatia alba dolens*.

Il faut alors prendre les mêmes précautions que si on était en présence d'une phlegmatia confirmée, surveiller plus étroitement que jamais la température et veiller à l'apparition possible des signes locaux.”

* * *

INTOLÉRANCE D'UN ENFANT VIS-A-VIS DU LAIT DE SA MÈRE.— Il est assez rare que l'enfant soit absolument réfractaire au lait maternel. Dernièrement, M. Bar, de Paris, en rapportait quelques exemples. M. Bouchacourt (1), en rapporte un exemple assez curieux. Il s'agit d'un enfant né à terme, bien portant, qui fut pris de vomissements verdâtres très fréquents quoique le lait maternel fut le seul aliment. Au 6e jour les

(1) Obstétrique

vomissements devinrent plus fréquents: l'enfant avait perdu 400 grammes.

La diète hydrique, le bromure, la pepsine et 20 grammes seulement de lait maternel n'apportèrent aucun soulagement. Cependant le lait de la mère était parfaitement supporté par un autre enfant. Du 12^e au 15 jour on prend une autre nourrice; les vomissements cessent. Le 14^e jour, mise au sein de la mère, reprise des vomissements. On met le nourrisson au régime mixte: lait de la mère et lait de la nourrice. L'enfant ne vomit plus. Le 25^e jour la mère quitte la clinique, mais elle revient huit jours après, les vomissements ont repris. Il fallut se décider à donner définitivement une autre nourrice.

Cette femme avait perdu, déjà, 5 enfants à 3 et 7 mois, de troubles gastro-intestinaux.

Il y avait donc chez cette femme incompatibilité entre sa sécrétion lactée et le système digestif de ses enfants. L'analyse du lait donnait 40 grammes de beurre par litre, les autres éléments étaient normaux comme proportion (1).

* * *

LES TROUBLES INTELLECTUELS TRANSITOIRES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT (1). — "On sort toujours de la fièvre typhoïde diminué au point de vue intellectuel" disait Lasègue. Heureusement les troubles intellectuels qui se montrent sont presque toujours transitoires.

Chez l'enfant ils consistent surtout dans l'aphasie transitoire et la confusion mentale, et ils arrivent généralement au moment de la convalescence.

On rapporte cependant des exemples d'*hypermnésie*. Un enfant de 12 ans, en éléments latins, parle cette langue avec pureté au cours de sa maladie, à forme ataxique. Il succombe.

L'*amnésie* est fréquente et très variée dans ses formes. On rapporte l'histoire d'un garçon de 15 ans qui fut obligé de recommencer ses études, ayant tout oublié durant sa maladie.

L'*aphasie transitoire*, ou mutisme, a été observée dans 37 cas réunis par l'auteur.

(1) *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, août 1903.

(2) Diauzède, thèse de Paris (*idem*).

Cet état débute, généralement, à la période d'état de la fièvre typhoïde, même à la convalescence, et peut durer de trois semaines à trois mois. L'enfant comprend ce qui se passe autour de lui; il n'y a pas surdité verbale. Le retour à l'état normal s'opère soit subitement, au réveil, le matin, soit lentement, l'enfant retrouvant des monosyllabes, puis des mots simples; enfin les plus compliqués. Chez l'adulte, on observe le délire post-typhoïdique à forme de confusion mentale; on le compare au somnambulisme. Il y aurait annihilation plus complète de l'intelligence.

Cependant la guérison s'opère dans la très grande majorité des cas.

Le pronostic est plus réservé dans les cas à hérédité douteuse.

Contre ces troubles intellectuels, il faut mettre en usage les moyens habituels. Néanmoins, Comby a eu recours à l'*opium*; il a donné à une fillette de 12 ans une injection de morphine d'un demi centigramme. On conseille généralement d'avoir recours aux bromures, à la valériane, la jusquiame, la belladone et le chloral. Ainsi, à un enfant de dix ans on peut donner la potion suivante :

Hydrate de chloral.....	1 gramme
Bromure de potassium.....	2 do
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 50 centigr.
Sirop d'écor. d'oranges amères.....	30 grammes
Eau de tilleul.....	70 do

Par cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Pour un enfant de 5 ans, on peut donner la potion suivante :

Hydrate de chloral.....	0 gr. 50 centigr.
Teinture de musc.....	20 gouttes (XX)
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 grammes
Eau de tilleul.....	80 do

Par cuillerée à dessert, toutes les deux heures.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DU NOURRISSON (1). — L'eczéma est si fréquent et en même temps si tenace chez le nourrisson,

(1) *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, Bouvin, thèse de Paris.

qu'il faut être en état de le combattre par tous les moyens possibles" (2).

Les troubles intestinaux et la suralimentation sont les causes les plus fréquentes de cette maladie. Aussi, on conseille de laisser le nourrisson une journée ou moins à la diète hydrique.

C'est la ligne de conduite suivie par Marfan tous les quinze jours. On prescrit aussi quelques médicaments s'il n'y a pas de phénomènes aigus.

Bicarbonate de soude.	} à à	} Suivant l'âge.
Magnésie calcinée.		
Benzo-naphtol.....	} 15 à 30 centigr.	
Poudre de noix vomique.....	} ½ à 1 centigr.	

Deux à trois paquets par jour, pendant huit jours.

On suspend durant un temps égal afin d'empêcher que la noix vomique s'accumule.

On peut modifier cette formule en ajoutant un peu de rhubarbe, de pancréatine ou de pepsine.

COMBY donne 2 à 5 centigrammes de fer par jour et par année d'âge aux enfants pâles.

Comme traitement local, voici la pratique conseillée par l'auteur :

1° On fait bouillir des compresses de tarlatane ou de linge fin pendant dix minutes environ. On les exprime et on les plonge dans une solution d'acide borique à 40 p. 1000;

2° Les compresses ainsi imbibées, à peine humides, sont exprimées et étendues sur la partie malade;

3° On les recouvrira avec du taffetas gommé ou une toile imperméable pour empêcher l'évaporation, et on entourera le tout d'une épaisse couche de ouate hydrophile et le pansement sera maintenu avec une bande de toile ou de tarlatane;

4° On renouvellera quatre ou cinq fois par jour de manière à conserver une humidité constante. En outre, la partie malade devra être complètement et continuellement enveloppée. Le remplacement des compresses coïncidera avec le retour du prurit.

(2) Loc. cit

Toute la région malade devra être enveloppée mais le pansement couvrira le moins possible de parties saines" (1).

Quand il s'agit de l'eczéma de la face, on fabrique un masque de toile en laissant les ouvertures nécessaires pour le nez, les yeux, la bouche.

Il faut le changer chaque fois qu'il est souillé.

Dans les cas d'eczéma qui ~~surent~~ ^{surintend} beaucoup, Comby conseille les pansements humides qui donnent des résultats surprenants.

Voici sa formule dans ces cas.

Amidon.....	} à 20 grammes
Talc.....	
Lycopode.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	
Acide salicylique.....	1 gramme
Menthol.....	0 gr. 50 centigr.

Soupoudrer.

On calme ainsi les démangeaisons.

Dans les cas de prurit excessif, Comby conseille les enveloppements humides avec des compresses imbibées de liniment oléo-calcaire et d'huile de foie de morue.

Dans les périodes moins aiguës on peut utiliser avec avantage la formule suivante :

Oléate de zinc.....	1 partie
Axonge.....	1 ou 2 p.
Vaseline ou huile d'olives.....	1 p.

Unna conseille la formule suivante :

Craie préparée.....	} à 5 grammes
Oxyde de zinc.....	
Huile de lin.....	
Eau de chanx.....	

On prétend que rien n'est comparable à l'huile de foie de morue pour calmer le prurit.

Pour empêcher le grattage, on enveloppe les mains dans un morceau de toile fine qu'on attache au bord du maillot ou de la manche.

(1) Loc. cit., *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*

Si le prurit continue, on prescrira, suivant le conseil de Besnier, le brumure de potassium, le soir pendant 4 ou 5 jours suivis d'un repos égal. Chez les nouveau-nés on le donne en lavements. Il est sage de commencer par des doses faibles qu'on élève avec précaution en surveillant bien les effets.

* * *

PHLEGMON PROFOND DE LA PAROI ABDOMINALE DU A UN CORPS ÉTRANGER VENU DE L'INTESTIN (1). — Le rapporteur analyse avec détails les difficultés du diagnostic d'un cas particulier.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, vigoureux, n'ayant jamais été malade, auprès duquel il est appelé par le médecin de famille pour élucider un diagnostic difficile et opérer s'il y a lieu.

En voici l'histoire. Depuis trois semaines il s'était aperçu d'une pesanteur dans le côté gauche (flanc) accompagnée de petits élancements. Un premier médecin conclut à une simple névralgie. Parti en voyage, la douleur augmente: inquiétude du malade qui consulte un deuxième médecin. Ce dernier découvre une tumeur; il conseille au jeune homme de retourner à Paris pour s'y faire opérer.

Voici quels sont les signes locaux relevés par M. Savariaud: voussure à gauche, fosse iliaque, au niveau du muscle droit, au voisinage de l'ombilic. La peau à cet endroit est absolument normale. Pas de température. Surface de la tumeur lisse, avec pédicule paraissant se diriger vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Dureté ligneuse de la bosse. Mobilité très restreinte; disparition de la tumeur lorsque les muscles de la paroi se contractent. Insensibilité absolue.

On pensa à trois choses: inflammation, tumeur maligne, syphilis. On élimina l'inflammation, qui ne survient pas sans cause; il n'y avait eu, ici, ni phénomène intestinal, ni phénomène péritonéal.

La péritonite tuberculeuse n'est pas mise en cause. Elle évolue plus lentement et chez des sujets prédisposés.

(1) Savariaud, *Tribune Médicale*, 5 septembre 1908.

Affection néoplasique: sarcôme de la paroi, de l'épiploon ou d'un autre viscère? . . . Il n'y avait aucun symptôme d'une telle affection.

La syphilis? Pas d'apparence, le sujet niait toute histoire de ce genre et il n'y en avait aucune trace. " Mais, dit le rapporteur, lorsqu'on se trouve en présence de quelque chose qui ne ressemble à rien de connu, il est légitime de penser à de la syphilis! . . . Mais voilà, pas d'histoire. Pensons-y tout de même, et on pratique quinze injections d'un centigramme de biiodure de Hg. dans la fesse de l'infortuné jeune homme.

Résultat: affaiblissement, augmentation locale de la tumeur..

On revint à la néoplasie. Opérons tout de même.

On mit à jour un abcès chaud, gros comme un œuf de dinde, formé d'une poche contenant du pus bien lié avec fibrine concrète adhérent aux parois de la cavité. Le fond de la poche *était formé par l'intestin*, et, dans le pus gisait le corps du délit: *un fil de laiton ou d'acier* long de quatre centimètres.

" Il me paraît évident, dit Savariaud, que le corps étranger, étant en contact de l'intestin, s'était enfoncé dans la paroi après perforation de celui-ci."

L'orifice intestinal de l'abcès s'affirma, dans la suite, par une odeur fécaloïde assez prononcée ainsi que par un aspect sphacélique de la plaie.

Quelques lavages à l'eau oxygénée eurent raison de ces mauvais symptômes.

Quelque temps après le malade était parfaitement rétabli.

Moralité: Y avait-il moyen d'éviter cette erreur de diagnostic? Oui, écrit le rapporteur.

La rapidité d'évolution, et l'infiltration diffuse rappelant le plastron de certaines appendicites jointes à une légère élévation de température (que nous aurions certainement pu obtenir en la recherchant matin et soir durant les quinze jours d'observation) auraient changé nos présomptions en certitude, au point de vue inflammatoire. Premier moyen.

Second moyen: l'examen du sang, qui nous aurait certainement permis d'affirmer l'évidence d'une suppuration par l'existence d'une phagocytose exagérée.

DES ŒDÈMES PARTIELS : LEUR VALEUR DIAGNOSTIQUE AU DÉBUT DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE (1). — L'auteur de ce travail établit une analogie entre des œdèmes partiels observés en premier lieu, chez deux individus qui faisaient de l'auto-intoxication rénale d'origine alcoolique et alimentaire et plus tard chez des primipares jeunes en état de grossesse avancée.

1° La première malade, secondipare, fait une crise d'éclampsie au 7e mois de sa grossesse : le coma dure 19 heures ; l'analyse des urines révèle de l'albumine — 25 centigrammes par litre — et une hypoazoturie prononcée — 8 gr. 50 par litre.

Le foie est douloureux : il déborde les fausses côtes, il y a constipation opiniâtre et anorexie.

Le repos et le régime lacté permettent de faire l'accouchement à terme.

Dans l'intervalle il y a eu hypoazoturie constante et élimination d'urobiline accompagnée d'un œdème palpébral limité à *un seul œil, le droit, et à la face dorsale de la main gauche.*

Redevenue enceinte une deuxième fois, elle présente, au cinquième mois les mêmes accidents que précédemment. Au lieu de la main, c'est la vulve d'un côté qui est œdématiée. Elle est essoufflée et sans forces.

Il y a insuffisance hépato-rénale. Le foie est douloureux, augmenté de volume et il y a une légère teinte subictérique.

Régime lacté absolu, repos, purgatifs salins. Au bout de deux mois les symptômes s'amendent.

2° Deuxième malade qui est prise d'un œdème de la main droite au 5e mois de grossesse, et qui dure depuis deux mois. Les articulations sont intactes. *La joue gauche, le matin au réveil est souvent enflée.* Le teint est mat. Les urines renferment de l'albumine ; il y a diminution d'urée et élimination de pigments biliaires.

Régime lacté absolu, repos. Disparition des troubles au bout de huit jours. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

(1) Dr Lop., de Marseille, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 15 septembre 1908.

3° Troisième malade qui, au cinquième mois de sa grossesse, présente chaque jour un œdème partiel de la face avec infiltration de la paupière inférieure et du lobule de l'oreille. Elle est essoufflée en marchant.

Les urines contiennent de l'albumine, et des pigments biliaires; il y a hypoazoturie.

Même régime: même résultat. Néanmoins, chaque excès alimentaire, même végétal, est suivi d'une crise d'œdème.

Et l'auteur conclut que ce sont des troubles neuro-vasculaires par mise en circulation des toxines de l'infection puerpérale.

Dans cette insuffisance hépato-rénale, les toxines exaltent la virulence du *bacterium coli commune* très fréquent comme agent pathogène dans la grossesse et la puerpéralité.

Au point de vue clinique, ces œdèmes partiels indiquent une auto-intoxication gravidique invitant le médecin à imposer sans retard une diététique favorisant les fonctions hépatiques et rénales afin d'éloigner deux graves accidents de la grossesse: l'ictère et l'éclampsie.

* * *

TUBERCULOSE DU PLACENTA ET PRÉSENCE DU BACILLE DANS LES ORGANES DU FŒTUS (1). — Un médecin américain, le docteur Warthin, au dernier congrès de Washington, en mai, a rapporté le fait suivant qui a une grande importance.

Il a pratiqué l'examen histologique d'une femme atteinte de tuberculose miliaire aiguë, enceinte de sept mois, et qui accoucha un jour avant sa mort.

Le placenta était criblé de thrombus, contenant des bacilles de Koch en grand nombre et des cellules géantes à caractères bien définis.

Dans les vaisseaux sanguins du foie du fœtus on trouva un grand nombre de bacilles, mais aucun tubercule reconnaissable histologiquement.

L'inoculation au cobaye a prouvé que c'était bien de la tuberculose.

(1) *Tribune Médicale*, juillet 1903.

Voici un fait qui prouverait que l'hérédité de la graine, suivant l'expression de Landouzy, existe et que l'enfant peut hériter du germe comme du terrain.

* * *

Je termine cette revue par deux pensées que j'emprunte à un collègue étranger éminent, le docteur Chavannes qui vient de publier un livre récent de pensées et de sentences :

— L'association a cette vertu singulière d'engendrer une résultante d'ordre supérieur à celui des forces individuelles composantes. En même temps qu'elle fortifie, l'association moralise.

— La tolérance est le premier pas vers la justice.

J.-A. LESAGE.

NEUROLOGIE

LES ALBUMINES DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN AU COURS DE CERTAINS PROCESSUS MÉNINGÉS CHRONIQUES. — Dans une récente communication à la Société de Neurologie de Paris, MM. Widal, Sicard et Ravaut décrivent ainsi la technique qu'ils ont suivie dans cette recherche.

1° *Recherche de l'albumine totale.* — On prélève deux centimètres cubes environ du liquide céphalo-rachidien et l'on chauffe jusqu'à l'ébullition dans un tube à essai. Le chauffage doit être recommencé à plusieurs reprises et durant quelques secondes. On voit alors le liquide devenir plus ou moins opalescent et se troubler. Il se forme presque toujours des petits grumeaux ou des filaments. A l'état normal, la teinte opalescente est légère et les quelques grumeaux formés sont peu abondants. Dans les liquides pathologiques, au contraire, le trouble est plus accusé et les grumeaux se déposent souvent en assez grande quantité. Après quelques examens faits dans les mêmes conditions, on arrivera rapidement, par un simple coup d'œil, à distinguer et apprécier l'intensité des réactions de l'albumine dans ces différents tubes. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des pesées ni à des dosages chimiques rigoureux; dans la pratique, il suffira d'évaluer approximativement et de traduire par des termes ou des chiffres conventionnels, l'intensité de la réaction.

2° *Recherche de la sérine et de la globuline.* — Pour rechercher la globuline, on sature à froid le liquide de sulfate de magnésie jeté par pincées à différentes reprises dans le tube à essai; on agite jusqu'à ce qu'un léger culot de sel se déposant au fond du tube indique que le liquide est à saturation. On laisse reposer durant une heure ou deux et la globuline se précipite sous forme de nuages ou de grumeaux dont on apprécie l'intensité.

Pour rechercher la sérine, on filtre le liquide du tube précédent qui a été traité par le sulfate de magnésie, et dans le filtrat clair ainsi obtenu, on précipite la sérine par l'ébullition en y ajoutant quelques gouttes d'acide acétique. On peut ainsi juger de l'intensité plus ou moins grande de l'opalescence et de la quantité de filaments produits.

Cette technique leur a toujours permis de trouver la réaction

albumineuse globale dans tous les cas de tabès, de paralysie générale, de méningo-myélite ou d'hémiplégie syphilitique qu'ils ont examinés. Ils ont de même observé que la réaction lymphocytaire accompagnait, à quelques exceptions près, la réaction albumineuse. Cette réaction, cependant, ne peut suppléer à la méthode du cyto-diagnostic, vu les causes d'erreur, tel que la présence de globules rouges, qui peuvent se rencontrer.

M. Georges Guillain et Victor Parent ont examiné 36 malades, dont 16 paralytiques généraux, et 20 atteints de psychoses diverses. Leur liquide céphalo-rachidien n'a présenté de réaction albumineuse que chez les paralytiques généraux. Chez ceux-ci, il y avait également réaction lymphocytaire.

* * *

TRAITEMENT DES SCIATIQUES PAR LES INJECTIONS GAZEUSES.

— Pour calmer la douleur de la sciatique, M. Vigne (1) propose d'injecter des gaz dans le tissu cellulaire entourant le nerf sciatique suivant la méthode de Cordier.

Sa méthode s'adresse à toutes les formes de sciatique : névralgies ou névritiques.

Le manuel opératoire consiste à pousser de l'air dans le tissu cellulaire de la fesse au moyen d'un poire de thermocautère Paquelin, ajustée à une aiguille de seringue Pravaz. L'air injecté est purifié par son passage à travers une couche de coton aseptique disposée dans le tube en caoutchouc de l'appareil Paquelin. Le mode d'action des injections gazeuses paraît consister essentiellement dans l'élongation des extrémités nerveuses périphériques.

* * *

SCIATIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE. — Les conclusions de la thèse (1) de M. Villedieu sont les suivantes.

Le bacille tuberculeux ou ses toxines peuvent provoquer des lésions du nerf sciatique : c'est la sciatique tuberculeuse.

(1) Thèse de Lyon, 1902, *Revue Neur.*

(2) Thèse de Lyon, 1902, *Revue Neur.*

Cette névrite sciatique peut être sensitive, motive et trophique, et être intense.

Le plus souvent elle est insidieuse ; rarement elle a un début brusque.

Il importe de la distinguer des douleurs vagues si fréquentes chez les tuberculeux et surtout d'une sciatique survenant chez un tuberculeux, mais de nature non tuberculeuse.

Le pronostic n'est pas grave, bien que Babinski ait vu une névrite ascendante.

E.-P. CHAGNÓN.

CORRESPONDANCES ⁽¹⁾

L'APPENDICITE ET LE MÉDECIN DE CAMPAGNE

Par le Docteur S. H. MARTIN, de Waterloo.

Si je vous entretiens ce soir de l'appendicite, ce n'est pas sans une certaine timidité et une certaine crainte. J'ai l'impression que le sujet est trop considérable pour moi et j'ai peur d'être taxé de prétention. Aussi, je veux, en commençant, vous prévenir que je n'envisagerai l'appendicite que comme maladie que nous avons à traiter à la campagne.

J'ai été si souvent impressionné par les malades que j'ai eu à traiter et qui souffraient de cette affection, que je n'ai pas pu résister à la tentation de vous faire part de mes vues sur cette maladie.

Je n'ai pas la prétention de vous dire rien de nouveau sur le diagnostic ou le traitement de l'appendicite; je veux simplement faire ressortir les signes les plus importants de cette affection, sur lesquels nous nous appuyons pour formuler un diagnostic et un pronostic. Nous pourrons, alors, beaucoup plus facilement conclure que nous avons affaire à telle ou telle forme de la maladie et adopter le traitement qui lui convient le mieux.

Le médecin de campagne n'a pas les mêmes avantages que son confrère de la ville; car les malades qui souffrent d'appendicite lui causent beaucoup plus de trouble, et ils lui suscitent des ennuis que le médecin de la ville ne connaît même pas.

En effet ce dernier, lorsqu'il est appelé auprès d'un malade souffrant d'appendicite, s'empresse, au moindre doute sur le pronostic ou le traitement à suivre, d'appeler un chirurgien expérimenté qui partage sa responsabilité et diminue d'autant son anxiété. Avec l'aide du chirurgien, il adoptera le traitement médical ou chirurgical. Pour nous, placés comme nous le sommes à la campagne, la situation change. Nous sommes appelés auprès de ces malades à des distances plus ou moins grandes et nous les trouvons à une période plus ou moins avancée de la maladie. Nous avons si peu de temps à notre disposition que nous ne pouvons, souvent, faire avec avantage des examens répétés du sang pour étudier l'état de la

(1) Communication à la Société Médicale de Shefford, juillet 1908.

Il est compris que tout correspondant assume la responsabilité des opinions énoncées sous sa signature dans les pages de l'UNION MÉDICALE. Les divergences d'opinion sont utiles à tous, il faut les recueillir avec empressement.—N. D. L. R.

leucocytose, ni utiliser les moyens de diagnostic qui demandent des loisirs que nous n'avons pas. Nous sommes obligés de faire un diagnostic à première vue et de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour traiter et sauver notre malade. Voilà bien la situation telle qu'elle se présente chaque fois au médecin de campagne.

Je voudrais discuter avec vous les différentes raisons qui doivent nous forcer à adopter le traitement médical ou chirurgical.

Nous devons savoir différencier l'appendicite de la cholécystite, de la lithiase rénale, de la pyélonéphrite et de l'ovarite.

Je considérerai quatre formes d'appendicite: 1° Forme catharrale aiguë; 2° Forme inflammatoire aiguë, tendant à la suppuration; 3° Forme gangréneuse ou fulgurante; 4° Forme chronique ou récurrente.

1° *Forme catharrale aiguë.* — Cette forme s'accompagne d'habitude d'une forte fièvre, d'un pouls rapide et d'une très grande sensibilité dans la région appendiculaire. Il peut y avoir des vomissements plus ou moins douloureux. L'examen du ventre ne détermine pas de douleur ailleurs que dans la région de l'appendix.

Aussi longtemps que ces symptômes: fièvre, douleur submatité n'augmentent pas, il est permis de faire du traitement médical, c'est-à-dire: glace localement et opium à l'intérieur.

2° *Forme inflammatoire aiguë tendant à la suppuration.* — Les débuts de cette forme peuvent être insidieux ou ressembler à ceux de la forme catharrale aiguë. Mais les tissus de l'organe malade perdent leur pouvoir de résistance et se laissent envahir par la flore microbienne. C'est à ce moment que surviennent une forte défense musculaire avec matité et une sensibilité qui se propage au-delà de la région appendiculaire. C'est là l'ensemble des symptômes que nous devons rechercher lorsque le malade ne s'est pas amélioré après le quatrième jour. Même dans ces cas il nous est permis de faire du conservatisme pendant quelques jours, alors que l'organe malade est séparé de la cavité abdominale par la réaction inflammatoire du péritoine autour de l'organe malade. Nous devons cependant adresser nos malades au chirurgien dès qu'ils pourront supporter les fatigues du voyage.

3° *Forme gangréneuse ou fulgurante.* — C'est dans cette variété d'appendicite que nous rencontrons les symptômes les plus déconcertants. La température peut rester normale ou devenir très-élevée; le pouls est rapide et le malade accuse généralement un frisson, des douleurs, des crampes qui envahissent le ventre et même les extrémités. Le malade ressent ensuite de très fortes douleurs qui disparaissent assez souvent pour faire place à une amélioration apparente; et il peut se faire que le médecin ne le revoit que lorsqu'il y a empoisonnement de tout l'organisme. Il existe alors de la sensibilité dans tout le ventre, une rigidité marquée de ses muscles, du tympanisme, des nausées persistantes, une respiration et un pouls rapides avec malaise général et constipation opiniâtre. Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade qui présente ces symptômes avec plus ou moins d'intensité, il ne faut pas hésiter et lui accorder les bénéfices d'une intervention chirurgicale.

4° *Forme chronique ou récurrente.* — Inutile de vous entretenir longuement de cette variété de maladie. Tous les médecins sont d'accord maintenant pour conseiller une opération radicale aux malades qui font des attaques répétées d'appendicite, quelque mitigées qu'elles soient. Ces attaques sont en général assez faciles à soulager par des applications locales d'iode et belladone.

Bien que je ne conseille pas à mes confrères de faire de la chirurgie en même temps que de la médecine, je crois qu'il leur faut être capables d'intervenir dans leurs cas d'appendicite. Nous savons tous notre anatomie et nous pouvons nous familiariser avec la manière d'opérer dans ces cas en assistant aux opérations faites par des chirurgiens. Il nous sera alors plus facile de rendre service à nos malades et de leur sauver la vie à l'occasion. Rappelons-nous contamment les détails d'anatomie de la région appendiculaire, l'apparence d'un appendice sain ou malade, et surtout habituons-nous à une asepsie rigoureuse. Le médecin qui possède ces notions fondamentales d'anatomie normale, d'anatomie pathologique, d'asepsie et de manuel opératoire peut en tout lieu rendre des services incalculables à ses malades aux prises avec une affection trop souvent fatale.

LA LACTATION INSUFFISANTE

Les dernières données de la science, la découverte des ferments solubles spéciaux au lait de femme, ramènent forcément la question de l'allaitement maternel.

C'est un fait qui ne souffre aucune contradiction que le seul aliment, vraiment satisfaisant pour l'enfant, est celui que lui a préparé la nature elle-même et pour lequel ses organes digestifs ont été adoptés. Et ce n'est que comme un pis aller plus ou moins malheureux, suivant la débilité ou la force de l'enfant, que le médecin d'aujourd'hui se décide à avoir recours à l'alimentation artificielle chez les nourrissons. Aucun des substituts du lait maternel que la chimie a trouvés n'a rempli ses promesses; et, dans ces dernières années, même parmi les enfants élevés artificiellement, la mortalité n'a pas sensiblement diminué. Il y a donc une différence physiologique profonde entre les moyens artificiels et les moyens naturels; il y a quelque chose qui manque aux premiers et que les seconds possèdent. Nous sommes aujourd'hui renseignés sur ce point et nous savons que ce qui manque aux nourritures artificielles ce sont les ferments solubles, les enzymes du sang, enzymes qui sont les facteurs les plus importants dans l'assimilation des aliments chez tous les êtres et surtout chez l'enfant.

Eclairés par cette nouvelle conception, les médecins changent maintenant leur objectif et reportent sur la mère elle-même l'attention que jusqu'ici l'enfant avait monopolisée.

Et rien ne peut être plus rationnel. En remontant par l'observation dans le passé, on voit bien que l'agalactia complète est très rare et qu'elle est alors un phénomène héréditaire. Le vrai est que presque toutes les primipares ont du lait après leurs couches. Son apparition peut être retardée mais non indéfiniment et lorsque la quantité en est insuffisante la cause réside dans une perturbation de la santé. L'anémie réclame le plus grand nombre de ces cas de lactation retardée et insuffisante chez les primipares. D'un autre côté, le défaut de confiance en soi amène beaucoup de jeunes femmes à n'être plus par la suite que des nourrices sèches. Ici comme partout ailleurs, l'organe se crée et se développe par l'exercice. Une primipare qui s'imagine ne pouvoir nourrir son enfant et qui

effectivement ne le nourrit pas se rend impossible la lactation dans ses couches ultérieures. Il en est de même de l'habitude que prennent les femmes de sevrer les enfants trop jeunes. Cette inertie de la glande en amène l'atrophie.

Il est bien certain que les grandes perturbations économiques, les affections aiguës, les infections spécifiques, les avortements fréquents peuvent avoir un retentissement sur la lactation, et en amener la cessation, mais alors ces causes sont accidentelles et leur influence néfaste n'est pas irréparable en beaucoup de cas.

Nous ne voulons pas nous étendre longuement sur cette question, ce que nous en disons est simplement pour nous amener à examiner quelle doit être la conduite du médecin moderne.

En face d'une accouchée et surtout d'une primipare dont le lait est insuffisant, le médecin a une autre ligne de conduite à suivre que de chercher dans la longue liste des nourritures artificielles celle qui peut le mieux convenir au nourrisson. La question est jugée, nous savons qu'il n'y en a pas de bonnes à tous les points de vue. Il doit au contraire déterminer si l'insuffisance du lait est la conséquence d'une cause accidentelle: excès de travail, menstruation précoce, maladie intercurrente, constitution délicate ou fortement nerveuse ou bien d'une cause constitutionnelle. Si c'est cette dernière, rien ne peut être fait, mais si c'est une cause accidentelle, qui entrave l'allaitement, la sécrétion lactée peut être ramenée dans un très grand nombre de cas à son niveau physiologique.

" Dans la majorité des cas, il y a une défaillance générale dans les processus du métabolisme due à une apathie physique. Ces cas ne se réclament que d'une nourriture abondante et de la strychnine qui est particulièrement efficace." (C. Sumner Witherstine, analytical cyclopedia).

L'auteur cité plus haut nous met en garde contre une pratique assez répandue. *La bière, le porter et les autres liqueurs de malt, dit-il, sont plus dangereuses qu'utiles.* S'il arrive que l'on croit en retirer une amélioration, cela est simplement dû à la confiance que l'on a dans le breuvage. Parfois, la quantité de lait peut être augmentée, mais sa qualité est alors compro-

mise, surtout lorsque des bières communes sont consommées par les femmes. Ces boissons exagèrent la production de la graisse au détriment de la caséine et du sucre de lait. (C. Sumner Witherstine, loc. cit.)

Une autre erreur est la croyance que les thés de bœuf et les bouillons de poulet sont bons pour les mères qui nourrissent. (Angel Money, austral. med. gax.)

Ce qu'il faut à la mère c'est un apport abondant des matériaux qui constituent le lait. Or, le plus important de ces matériaux est la *caséine*. La glande mammaire prend cette caséine dans le sérum sanguin, elle n'en fabrique pas un atôme elle-même. La partie du sérum sanguin que la glande absorbe est la globuline. Plus forte est la teneur en globuline du sérum, plus abondante sera la production du lait.

C'est une notion peu répandue que la caséine n'est qu'une transformation de la globuline du sérum. Quelques auteurs allemands avaient cependant émis cette opinion. De son côté, Mathias Duval émet l'idée qu'il est possible que la caséine soit la matière albuminoïde du sang transformée, et ce qui le prouve, ajoute-t-il, c'est que le premier lait ou colostrum ne présente pas encore la caséine tout formée (Cours de physiologie, 1887.)

Fournir au sérum sanguin la teneur normale en globuline et même l'excès qu'il faut à la femme qui allaite, voilà le seul et unique problème. Problème des plus difficile à résoudre si l'on s'ingénie à faire absorber aux nourrices de grandes quantités d'aliments, alors justement que ce travail est rendu impossible par le défaut d'appétit et une digestion laborieuse. Mais le problème est des plus facile à résoudre avec la Lacto-globuline. Cette albumine du sérum dans son action sur la glande mammaire peut être considérée comme un spécifique. Elle procure un flot abondant de lait et rend l'allaitement une tâche aisée. De plus, sa haute teneur en phosphate en fait un tonique de premier ordre. Mais ce qui en recommande surtout l'usage dans l'allaitement, ce sont les enzymes naturels du lait qu'elle contient. Ces enzymes contribuent dans la plus large mesure à donner au lait maternel ses qualités physiologiques, sans lesquelles, le lait n'est plus qu'un corps mort, impropre à l'intestin de l'enfant.

Une cuillerée à thé, trois à quatre fois par jour, rendra au sérum sanguin, son coefficient de globuline que la glande mammaire se chargera de convertir en lait.

OBSERVATION I. — Madame D. M., âgée de 32 ans, déjà souffert de dyspepsie, 5 enfants dont 4 vivants. Premier enfant mort à l'âge de 4 mois. L'allaitement pour cet enfant a été très difficile et insuffisant. Pour les deux enfants qui suivirent, l'allaitement fut toujours très difficile et l'on dut recourir au lait humanisé pour compléter l'alimentation de l'enfant. Au quatrième enfant, madame D. M., commence à faire usage de Lacto-Globuline, un mois après ses couches, prenant une cuillerée à dessert trois fois par jour. La lactation est revenue et s'est maintenue abondante. L'enfant n'a rien pris en dehors du sein et s'est développé beaucoup mieux que les autres. C'est le seul enfant avec lequel la mère n'ait pas eu de trouble.

OBSERVATION II. — Madame L., âgée de 30 ans, 3 enfants, troubles de nutrition, maigreur. Le troisième enfant au sein depuis trois mois. A cette époque il commence à renvoyer le lait maternel et avoir de la diarrhée. L'état devint alarmant. Le médecin traitant, jugeant que ces symptômes étaient dus à la mauvaise qualité du lait de la mère, prescrivit à cette dernière la Lacto-Globuline. Il se fit une amélioration très rapide, l'enfant garda le lait de sa mère, la diarrhée cessa graduellement et la croissance s'accomplit sans accident ultérieur.

OBSERVATION III. — Madame A. L., âgée de 28 ans, santé relativement bonne. Pares III. Troisième enfant âgé de deux mois, ne se développait pas au sein, criait beaucoup, mère mise à la Lacto-Globuline, une cuillerée à thé 3 à 5 fois par jour. L'enfant a gagné rapidement en poids, a cessé de crier et s'est bien porté par la suite.

DR. J. HÉROUX.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 13 octobre 1903

Présidence de M. DUBÉ

La Société médicale de Montréal a tenu sa première séance régulière pour l'année 1903 et 1904, le mardi 13 octobre 1903 dans les salles de la société, à l'université Laval.

Les élections des officiers pour l'année ont donné le résultat suivant :

Président: Mr C. N. Valin.

Vice-Président: Mr O. F. Mercier.

Secrétaire: Mr J. P. Décarie, réélu.

Trésorier: Mr E. G. Asselin, réélu.

Mr Duhamel et Mr LeCavalier ont remercié, au nom des membres de la société, les officiers qui avaient su diriger avec tant de succès les opérations de la société médicale durant l'année écoulée.

Mr Dubé, avant de laisser le siège présidentiel, fait une revue complète des travaux de l'année et montre l'état de prospérité dans lequel se trouve la société, il espère que ce progrès continuera grâce au zèle des membres. Chacun doit avoir à coeur de faire réussir une société scientifique appelée à rendre de réels services à la profession médicale. Les remarques du président Mr Valin sont publiées plus loin.

La Société a décidé d'inviter les internes des hôpitaux à assister aux séances.

Mr LeSage secondé par Mr Boulet, propose d'ajouter à la liste des présidents honoraires les noms des présidents sortis de charge. Adopté.

Mr Valin, prend le fauteuil de la présidence, et adresse aux membres les remarques suivantes :

MESSIEURS, (1).

L'ordre du jour étant épuisé il ne me reste plus, avant de lever la séance, que de vous remercier du grand honneur que vous me faites en m'élevant, par un vote presque unanime,

(1) Ce discours a été rédigé à la demande de l'UNION MÉDICALE.

à la présidence de la Société Médicale de Montréal, société composée de l'élite des médecins français de notre ville.

Comme tout honneur conféré signifie récompense, j'attribuerai cette récompense plutôt à mon dévouement pour la Société qu'au mérite de mes travaux. Si je me suis dévoué dans la mesure de mes forces, à son succès, ça été, certes, moins par désir d'attirer sur moi l'honneur d'occuper les premières places que pour la satisfaction d'avoir contribué à la consolidation d'une institution éminemment propre à promouvoir le progrès intellectuel et social de notre profession. En effet, dans le domaine intellectuel comme dans le domaine matériel, il faut grouper et concentrer les forces pour leur faire produire un rendement vraiment efficace, utile et durable. Les activités individuelles éparses, sans cohésion, sans concentration, s'exerçant constamment dans le vide s'usent sans effet et finissent par se décourager, s'épuiser sans profit et tomber dans l'inertie.

La Société Médicale est un foyer de concentration des activités intellectuelles et de plus un foyer de sympathie et de force morale par l'exemple du travail auquel elle crée une occasion et un but qui est de susciter l'émulation et d'activer des énergies qui sans elle resteraient latentes et perdues.

Ces avantages ont été si bien compris dans ces dernières années qu'on a vu surgir de nombreuses sociétés médicales dont l'action heureuse sur le relèvement intellectuel et professionnel est déjà très marquée.

Si nous jetons un coup d'oeil sur l'oeuvre accomplie par la Société Médicale de Montréal nous sommes convaincus qu'elle a été pour nous un grand bienfait.

Avant elle, il y avait certes des travailleurs isolés, mais on peut dire qu'il régnait une indolence intellectuelle collective désespérante; au contraire, depuis sa fondation, il y a de l'activité dans l'air, le travail fait les délices d'un très grand nombre et un esprit scientifique anime nos discussions et nos travaux.

Si nous comparons la manière actuelle dont nous faisons nos discussions et présentons nos observations à celle qui présidait au début, nous constatons que le progrès est considérable.

On ne se contente plus de l'à-peu-près dans l'exposition des observations, de l'échevelé dans la discussion, mais l'esprit scientifique qui nous anime maintenant nous oblige à être plus sérieux et plus précis. Plusieurs travaux faits pour la Société Médicale ont été très instructifs et intéressants, quelques-uns même ont eu l'honneur d'être remarqués, analysés ou reproduits à l'étranger, en France notamment, par des revues très sérieuses.

Ces travaux ont contribué à relever la valeur de notre journalisme médical qui au lieu de continuer comme autrefois à faire simplement de la reproduction étrangère nous fournit aujourd'hui le produit du travail local et indigène. En stimulant et en favorisant ainsi le travail, la Société Médicale est devenue un facteur très important dans le succès de nos congrès médicaux.

Mais aussi, en même temps qu'elle développait l'esprit scientifique, faisait naître le goût du travail et favorisait le progrès intellectuel, notre Société a travaillé au progrès social de la profession médicale en suscitant l'étude de questions d'intérêts professionnels.

Nous avons droit, messieurs, d'être heureux et fiers d'être membres d'une institution qui a donné de si brillants et utiles résultats. Il s'agit maintenant de consolider l'œuvre si bien commencée. Pour cela, il faut l'union de toutes les bonnes volontés. L'union semble régner absolument parmi nous puisque les officiers à qui vous avez confié ce soir la direction de la Société viennent d'être élus par presque l'unanimité des votes. C'est un beau présage pour l'avenir.

Mais, messieurs, il ne faudrait pas nous faire l'illusion que seuls les officiers peuvent par leur activité et leur dévouement assurer le succès de cette institution; sans doute, leur part est très grande, mais il faut aussi votre concours loyal qui peut être donné de diverses façons: en faisant des travaux d'ordre scientifique, en étudiant des questions d'ordre professionnel; en répandant la saine contagion de l'exemple, en payant de votre personne dans l'organisation du banquet annuel.

Au sujet des travaux d'ordre scientifique, il ne faudrait pas croire que seuls les sujets extraordinaires, les raretés cli-

niques, sont dignes d'une communication; les sujets de pratique courante offrent autant sinon plus d'intérêt aux praticiens. Une clientèle ordinaire n'offre pas comme une clientèle hospitalière l'occasion aussi fréquente de recueillir des observations sortant de la banalité. Ceux qui n'ont pas les aptitudes propres à ce genre de travaux ou qui ne se trouvent pas dans les circonstances favorables spéciales qu'ils exigent peuvent trouver des sujets d'étude dans le domaine des intérêts professionnels.

Enfin, dans l'organisation du banquet de la profession, que la Société a pris sous ses auspices, tous peuvent y contribuer par des actes de dévouement personnel. La Société a à coeur de continuer ce banquet car il est susceptible de produire d'excellents résultats, entre autres: de créer l'occasion aux membres de la grande famille médicale de se réunir en grand nombre, d'éveiller la conscience collective sur les intérêts généraux de la profession, de secouer l'apathie qui a été dans le passé la cause de notre infériorité professionnelle et sociale, de nous affirmer comme corps et de consolider la solidarité qui doit exister entre les membres ayant les mêmes intérêts.

Le but de la Société Médicale étant de promouvoir le progrès intellectuel et social de notre profession, on pourrait se demander si, comparativement à la population médicale de notre ville, le nombre de nos membres ne devrait pas être beaucoup plus grand. Nos confrères anglais ont une société comptant près de 200 membres qui payent chacun dix dollars par an. Nous sommes à peine 125 payant un dollars.

Il me semble qu'il y a là matière à réflexion et que le résultat de cette réflexion doit être contre nous. Serait-ce que notre genre d'éducation n'est pas apte à développer chez nous, du moins chez un trop grand nombre des nôtres, le goût de l'étude, du travail et l'amour du progrès? Ou serait-ce que la Société telle qu'elle est ne rencontre pas l'approbation de tous?

Enfin, parce qu'elle a succédé à l'ancien Comité d'Etudes, dont elle n'est que le naturel épanouissement, croirait-on qu'elle est une Société fermée ou limitée? Eh bien, non, je ne

saurais le dire assez haut afin d'être entendu de tous les médecins de la ville. Non! la Société Médicale de Montréal, comme son nom l'indique d'ailleurs, n'est pas une société limitée, bien au contraire, elle ouvre ses portes à tous les médecins, elle n'impose pas de contribution, celle-ci étant facultative, et, depuis sa fondation, elle n'a cessé de faire des appels réitérés à toute la profession. J'aime à dire aussi que notre Société est libre de tout lien de caste ou de clan, que ses membres sans distinction la considèrent comme le cabinet de travail de la profession médicale et les intérêts de celle-ci comme les siens.

Je fais donc, comme président de la Société Médicale de Montréal, un appel chaleureux à tous les médecins de notre ville en leur répétant que la Société n'a d'autre motif d'existence que celui de promouvoir le progrès intellectuel et social de la profession médicale. Elle est une œuvre perfectible et nous serions heureux que ceux qui lui trouvent des défauts viennent nous éclairer de leurs lumières afin de la rendre encore plus efficace.

Malgré le succès qu'elle a obtenu jusqu'à présent, on peut regretter que son utilité ne soit pas mieux et plus universellement comprise. En effet, les professeurs en général nous privent de leur savoir et de leurs travaux; les cliniciens officiels surtout ne nous font point profiter des riches moissons d'observations intéressantes recueillies dans les cliniques hospitalières dont ils ont le monopole; les vieux praticiens s'obstinent à ne pas vouloir participer au progrès que nous voulons promouvoir; les jeunes, qui ont assurément des loisirs au début de la clientèle et qui ont aussi des lacunes à combler dans leur éducation médicale, ne montrent pas assez d'empressement à saisir l'occasion de compléter leurs études et, en montrant du zèle et du goût pour le travail intellectuel, de nous encourager à penser que la génération qui vient sera plus instruite que celle qui s'en va. Je puis leur affirmer pourtant qu'on ne vient jamais ici sans apprendre quelque chose.

Quant aux rares confrères qui s'abstiendraient sous prétexte qu'ils n'ont rien à apprendre en venant à nos séances, je les invite tout de même, non pas pour eux mais pour

nous tous qui serions heureux de profiter de leur science. D'ailleurs, en acceptant notre invitation, ils auront une compensation pour une petite perte de temps, dans la satisfaction de s'être rendus utiles à des confrères ; car en participant à nos travaux ils auront l'occasion d'asseoir leur réputation sur des fondements plus solides qu'une simple indifférence.

Aux travailleurs tout honneur.

Quant à moi, messieurs, j'espère que je ne tromperai pas votre attente. Je tâcherai de suppléer par mon dévouement et mon activité aux autres qualités qu'exige la présidence, et, avec le concours de mes collègues, je fais des vœux afin que la Société continue à marcher dans le chemin du succès!

Pour faire progresser une si louable institution faisons appel à toutes les bonnes volontés, unissons toutes les énergies et cimentons-les de notre sympathie commune.