

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. VI

NOVEMBRE 1899

N° 4

TRAVAIL ORIGINAL

RÉFLEXIONS

PAR

LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY

Nous vivons dans un temps de bouleversements et de tempêtes. Tout est fait pour nous surprendre et nous ébahir. Rien n'est plus dans l'ordre ordinaire. Ainsi les marins anglais — réputés si calmes, si rigides — semblent dédaigner la route habituelle et ne plus aspirer qu'à escalader les tranquilles rochers.

Les politiciens, même dans notre beau Canada, ne parlent que guerres, incendies et massacres ! Les avocats, habitués au calme d'un cabinet peu achalandé ; les notaires d'habitude endormis au fond de leur paisible étude se sentent soudain envahis d'une ardeur guerrière inconnue jusqu'alors et brûlent de s'illustrer en aidant le plus fort et le plus riche à opprimer le plus faible !! Et combien de doux praticiens, habitués jusqu'alors à consoler les familles en prescrivant le séné, n'ont plus qu'un désir : rencontrer le misérable appendice qu'ils puissent, avec ou sans raison, traiter comme l'Angleterre rêve de traiter l'Oom Paul.

Cependant que doué d'un tempéramment pacifique, je suis là, bien tranquille, dans mon modeste cabinet de travail, à relire des notes qui, pour n'avoir rien de séditieux, m'intéressent cependant beaucoup.

Telle par exemple, l'observation de ce malade, âgé de 52 ans, qui me vint consulter au mois de janvier de la présente année pour "trois petites bosses sur le front."

Ces "petites bosses" apparues depuis un mois à peine, n'avaient pas été sans s'accompagner de quelques douleurs de tête et d'un certain abattement, mais c'était tout. Le malade — malade pour la première fois de sa vie — était pourtant très ennuyé de ces "bosses" qui, sans rime ni raison, étaient apparues un bon matin, défigurant un large front dont il était très fier.

Puis elles avaient grossi, assez vite. Et voilà que l'une d'elles, la supérieure, s'était mise à rougir et à faire plus mal que les autres, obligeant même son propriétaire à rejeter son chapeau en arrière, faute de le pouvoir endurer sur le front.

Les choses en étaient là.

Interrogé sur sa jeunesse, ses fredaines, le nombre de ses conquêtes, etc., etc., le malade ne confessa qu'une vulgaire mais très féroce blennorrhagie survenue il y a 20 ans au plus.

Quand à la syphilis, pas de trace. Je n'avais aucune raison de suspecter sa bonne foi et je suis encore convaincu que le malade n'avait jamais rien constaté et ne s'était jamais traité.

L'examen du squelette ne révélait rien. Les tibias étaient bien un peu suspects, mais j'ai souvent rencontré ces tibias sans l'ombre d'une syphilis.

Cependant, des trois "bosses" deux, plus petites, étaient très dures, immobiles sur l'os et douloureuses à la pression. La troisième, très sensible au toucher était sûrement moins dure à son sommet et la peau qui la recouvrait était rouge avec un centre plus sombre.

Les trois excroissances siégeaient sur la moitié droite du frontal. Les douleurs de tête dont se plaignait le malade étaient également localisées dans la région antérieure et à droite, et l'abattement, depuis deux ou trois jours, était assez prononcé. Le malade l'expliquait par l'ennui qu'il ressentait de cette difformité qui le gênait extrêmement dans ses affaires, étant voyageur de commerce.

Je n'hésitai donc pas à me prononcer pour le diagnostic de gomme syphilitique dont je fis part à l'intéressé qui n'en voulut rien croire et se répandit en dénégations énergiques.

Cependant il consentit à prendre un gramme d'iodeure de potassium français, trois fois par jour et deux pilules de Ricord. Il ne fallait pas songer aux injections de calomel qu'il répudiait absolument, ne voulant pas endurer de douleurs "pour rien", puisqu'il n'avait pas la syphilis.

Huit jours après il me revint.

Les douleurs de tête avaient presque disparu mais la faiblesse avait augmenté, disait-il, et les remèdes "le tuaient" !

Il repartit, cependant, encore une fois, décidé à suivre le traitement ioduré, parce que celle des gommés qui était douloureuse, l'était un peu moins.

J'en profitai pour porter la dose d'iodeure à six grammes par jour et ajouter $\frac{1}{2}$ milligramme de sulfate de strychnine pour chaque gramme d'iodeure.

Mais quand il revint, la semaine écoulée, il m'annonça sa décision péremptoire de ne pas continuer un traitement qui ne "manquerait pas de l'épuiser" lui disaient ses amis.

Pourtant il n'avait plus de céphalées, il pouvait porter son chapeau sur le front, la gomme n'étant presque plus sensible et la rougeur était en grande partie disparue. Après une demie-heure, employée à le convaincre, il partit avec une nouvelle ordonnance, semblable à la dernière, mais hochant la tête.

Je ne le revis plus, de longtemps.

Un ami commun m'apprit qu'il avait, sur les conseils d'amis empressés, consulté un confrère. "Syphilis ? avait dit ce dernier, quel est l'imbécile qui vous a dit ça ? Ce sont des petits kystes sébacés qu'il n'y a qu'à ouvrir et que j'ouvrirai quand il fera plus beau. Allez, mon ami, vous n'avez besoin que de toniques pour vous renforcer, mais vous en avez grandement besoin car votre traitement vous a terriblement épuisé" !

Il me semble voir rire quelque lecteur.

Je fus, moi, très attristé de la chose. Car le malade était un très honnête homme, un mari dévoué et un excellent père de famille, travailleur et sobre mais sans fortune ni fortes assurances sur la vie à laisser à ses enfants, en cas de mort, si non probable, du moins possible. J'avoue que j'étais fort embarrassé sur la conduite à tenir. En effet, si l'étiquette professionnelle me défendait de chercher à voir mon ex-client, l'intérêt que j'avais de prime abord ressenti pour lui et qui n'avait fait qu'augmenter, depuis surtout que je le croyais en danger, me faisait considérer l'abstention complète comme un crime.

Je pris un moyen terme et adjurai notre ami de revoir le malheureux malade et d'employer tous moyens pour le décider à voir un troisième confrère.

Au mois de juillet, j'eus le plaisir de rencontrer le malade qui vint à moi avec un front aussi exempt de "bosses" que radieux.

Il n'avait pas vu d'autre confrère mais il avait pris pendant deux autres semaines l'iodure à dose de six grammes par jour que je lui avais prescrit. Les gommages étant alors complètement ré-sorbées, disparues, il avait interrompu le traitement définitivement.

Comme il me demandait mon avis, j'insistai de nouveau afin qu'il reprit de l'iodure, ce qu'il me promit. Il n'en a rien fait encore mais j'ai la promesse qu'il va recommencer bientôt.

Cette histoire clinique me paraît bien intéressante. Non pas, certes, au point de vue du diagnostic et de la divergence d'opinion en elle-même. Cela est bien négligeable. Les kystes sébacés du front ne sont pas très fréquents, à l'encontre de ceux du cuir chevelu. Et, que diable, il y a bien quelques petits caractères propres capables de les faire reconnaître, quand ce ne ne serait que le point noir indiquant le canal obstrué de la glande et l'extrême minceur de la peau qui recouvre le kyste auquel elle adhère, sans parler de la mobilité de la tumeur sur les parties profondes et leur consistance beaucoup moins dure que celle d'une gomme.

Il n'est pas très fréquent, non plus, que je sache, que ces kystes se développent par trois à la fois et atteignent en un mois ou cinq semaines la grosseur d'une noisette ou d'une aveline. Il faut bien, n'est-ce pas, donner à la glande le temps de se remplir.

Et je n'ai jamais vu que ces camédons s'accompagnassent de céphalées, localisées ou non, ni de dépression nerveuse.

Bref ce diagnostic fantaisiste et insoutenable n'aurait vraiment aucune importance par lui-même, non plus que les remarques dont il s'accompagnait, s'il n'était venu exposer un malade à un danger aussi certain que terrible.

J'ai parlé de la mort. Sans doute elle n'est pas la terminaison nécessaire des gommages des os du crâne. Je sais également que les gommages extérieures ne sont pas les plus redoutables. Mais il faut savoir que le plus souvent la lame externe n'est pas la seule prise et que les gommages qui se multiplient si rapidement de proche en proche, gagnent très vite la table interne du crâne où elles causent alors des désordres de la plus haute gravité.

Il faut donc toujours redouter l'apparition de ces dernières surtout lorsqu'un malade, comme dans le cas présent, se plaint de céphalées persistantes et localisées. Il

faut avoir vu de ces cas terribles que toutes les ressources du traitement arrivent à peine et même, quelquefois, n'arrivent pas à arrêter dans leur marche rapidement envahissante, pour ressentir la sainte frayeur en présence d'une gomme du crâne.

Mais supposons même le cas bénin. Est-il donc indifférent de laisser sans traitement une lésion spécifique dont le terme d'évolution normale est l'ulcération de la peau, la destruction d'une surface osseuse plus ou moins étendue et, finalement, des cicatrices aussi compromettantes qu'indélébiles. Pas n'est besoin, je crois, de répondre.

Mais de tout cela, il importe de tirer un enseignement. Il existe malheureusement dans notre métier, une grande tendance à la discorde et à la contradiction. C'est ainsi que, trop souvent hélas, il suffit qu'un diagnostic ait été posé pour qu'un confrère ait envie de le renverser ; qu'un traitement ait été établi pour qu'il songe à le changer avant même d'avoir fait un examen sérieux du malade et de s'être demandé s'il y a lieu d'en agir ainsi.

Je ne parle pas de cette maxime " qu'il faut faire aux autres ce qu'on voudrait qu'il fut fait pour soi-même," combien y songent, avant de critiquer les actes de leur frère en médecine ? Or il importe que cette tendance disparaisse dans le corps médical.

A cela, il existe un remède.

J'en ai déjà parlé, j'ai nommé les réunions du comité d'étude. Réunions amicales autant que scientifiques.

Autrefois, en France, les châtelains vivaient isolés dans leurs tours, entourés de leurs vassaux et de leurs murs. Ils étaient toujours en guerre les uns contre les autres et ne voyaient jamais sans envie le domaine du voisin prospérer. Ils songaient moins à édifier qu'à détruire.

Plus tard, à la cour, ces fiers et jaloux guerriers se rencontrèrent. Ils apprirent à se connaître et à vivre en paix les uns près des autres autour d'un seul chef, et formèrent bientôt cette puissante noblesse qui sut, aux autres peuples, imposer le respect et la crainte des armes françaises.

Il n'y a pas bien longtemps encore que les médecins de notre pays vivaient tout à fait isolés les uns des autres, entourés de leurs amis et clients et ne voyant jamais d'un bon œil le confrère voisin travailler et prospérer.

Les consultations entre confrères, étaient alors de véritables combats en champ clos où chaque combattant s'efforçait bien plus de détruire l'opinion de l'adversaire que d'édifier la sienne propre sur des bases solides.

Ces temps sont passés.

Mais qu'il reste de chemin à parcourir avant que le sentiment de la confraternité soit vraiment entré dans l'esprit du corps médical.

Pour y arriver, voilà que des réunions sont organisées auxquelles tous les médecins sont cordialement invités. Dans ces réunions nous apprendrons à nous connaître et à nous estimer. Nous verrons tomber, petit à petit, les préventions que nous pourrions avoir les uns contre les autres, et nous nous sentirons bientôt vraiment unis par notre amour pour la science médicale.

Dans ces réunions, nous apprendrons aussi autre chose. Nous apprendrons non seulement à nous sentir, mais encore à nous montrer français, à montrer aux Anglais que nous existons et qu'il faut compter avec nous comme médecins et comme Français.

Venons donc en foule à ces réunions du jeudi dans les salles de notre université française ; venons parler français, de la science française, des maîtres français qui, encore à notre époque, ont fait les plus belles et les plus importantes découvertes en médecine.

Par ces temps difficiles que nous traversons, et en face des orangistes d'Ontario qui ne parlent rien moins que de nous priver de nos droits et de nos privilèges, il importe que nous nous affirmions Français et prêts encore, comme en 37, à défendre nos droits et nos privilèges.

REPRODUCTION

LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

PAR

M. PAUL LOZÉ

Le traitement de l'obésité est essentiellement un traitement hygiénique, accessoirement un traitement médicamenteux. Enfin ce n'est que d'une façon très exceptionnelle, comme nous le verrons, que la chirurgie interviendra chez l'obèse pour le débarrasser d'une partie de sa graisse.

I

Tous les principes alimentaires peuvent servir à la formation de la graisse, Kaufmann a mis récemment le fait hors de doute. Chez un animal nourri avec des aliments hydrocarburés (lait, sucre), la graisse s'accumule dans l'organisme ; une certaine quantité de sucre se transforme directement en graisse, mais la plus grande partie de cette dernière provient des albuminoïdes qui ne subissent plus qu'une oxydation incomplète. De plus, la graisse déjà formée et emmagasinée est préservée de l'oxydation. Si un carnassier est nourri avec de grandes quantités de viandes maigres, une partie de l'albumine se transforme encore en graisse, dont une quantité minime seulement est oxydée de suite.

Enfin, si l'alimentation est grasse, une grande partie de la graisse absorbée s'accumule dans les tissus (expér. de Lebedeff et d'Hoffmann) ; la totalité même s'y dépose si l'organisme était riche en glycogène.

Voit a soutenu, dans une théorie célèbre, que la graisse et les hydrates de carbone épargnaient l'albumine, c'est-à-dire que leur adjonction à l'alimentation empêchait la destruction, l'oxydation d'une partie des matières albuminoïdes. En réalité, il s'agit seulement d'une substitution de fonctions, la graisse et les hydrates de carbone pouvant fournir, par exemple, des calories que, sans cela, l'organisme demande à l'albumine.

Ces principes une fois posés, voyons dans quelles circonstan-

ces se produit l'obésité. Il est certain qu'elle est souvent héréditaire. Tantôt l'hérédité est directe (dans la moitié des cas environ), tantôt il y a simplement des relations avec la goutte, le diabète, la gravelle, la lithiase biliaire, c'est-à-dire avec les affections que Bouchard range parmi les maladies par ralentissement de la nutrition, mais ce ralentissement de la nutrition, mesuré par la quantité d'urée éliminée, n'existerait, par l'aveu de Bouchard lui-même, que dans la moitié des cas. Enfin, Landouzy, Bouchard, Mathieu ont insisté sur ce point : l'obésité, comme l'arthritisme, se développerait sur un terrain entaché de nervosisme constitutionnel, aurait une origine névropathique. Mathieu invoque, en faveur de cette conception, l'existence fréquente, dans les antécédents personnels ou héréditaires des obèses, de névroses de divers ordres et d'anomalies mentales, les obésités partielles consécutives à des troubles névropathiques localisés, les relations de l'œdème névropathique ou arthritique avec le pseudo-lipome et le lipome. Certaines hystériques sont extrêmement obèses. Des conséquences thérapeutiques importantes découlent naturellement de ces considérations.

La prédisposition constitutionnelle étant donnée, elle peut suffire à elle seule pour entraîner le développement de l'obésité. Sur 100 obèses étudiés par Bouchard, le régime alimentaire était normal 50 fois, insuffisant 10 fois ; 40 fois seulement il était supérieur à la normale. Et, en effet, on voit souvent des gens sobres et faisant un exercice suffisant devenir obèses. Naturellement, si à la prédisposition s'ajoutent l'alimentation en excès, l'abus des boissons alcooliques (directement, en s'oxydant à la place d'autres aliments, indirectement, en diminuant la vitalité cellulaire, l'alcool est un agent d'épargne), la vie sédentaire, etc., l'obésité se produit avec la plus grande facilité.

Les fonctions génitales ont des relations étroites avec le dépôt de la graisse dans l'organisme. La femme devient souvent obèse après le mariage ; parfois seulement après une ou plusieurs grossesses ; plus fréquemment encore c'est à la ménopause que se montre l'obésité. Chacun sait que les ennuques sont souvent fort gras.

Les changements brusques d'habitudes organiques (commerçant se retirant des affaires, militaire prenant sa retraite) sont souvent suivis de l'accumulation de la graisse dans le corps. Souvent, du reste, des influences complexes, sédentarité relative, nourriture très abondante pour la nouvelle vie, interviennent dans ces cas. Cependant l'obésité s'observe encore parfois à la

suite de maladies graves : fièvre, typhoïde, pneumonie, tuberculose. Dans certains de ces cas on peut invoquer, pour expliquer l'accumulation de la graisse, la diminution du nombre et de la valeur des globules, d'où moindre apport d'oxygène dans les tissus et oxydations incomplètes. Il en est ainsi dans l'obésité des anémiques, des chlorotiques.

Étant donnée la pathogénie très variable de l'obésité, on comprendra facilement que la physionomie clinique de la maladie soit loin d'être toujours la même, d'autant plus qu'elle peut se compliquer d'altérations viscérales plus ou moins graves.

C'est ainsi que certains obèses sont forts, vigoureux, presque des athlètes ; à ceux-là on peut appliquer un traitement actif, un régime strict, sans trop craindre les perturbations organiques qui se produisent à la suite d'une cure sévère de réduction. D'autres fois c'est une anémie évidente qui accompagne l'obésité ; il en est ainsi fréquemment chez les adolescents, les femmes. D'autres fois encore la maladie se complique ou s'accompagne de diabète, de goutte, d'albuminurie, enfin et surtout d'insuffisance cardiaque. Cette insuffisance cardiaque tient au dépôt de la graisse à la surface et dans l'interstice des fibres musculaires du cœur et, dans les cas les plus graves, à la dégénérescence graisseuse de ces fibres. L'obèse devient alors un cardiaque que l'on doit traiter comme tel.

II

Le traitement hygiénique de l'obésité comprend une diététique spéciale (diminution de l'apport) et la prescription d'exercices gradués (augmentation des dépenses).

Le premier régime établi sur des bases rationnelles est celui de Dancel (1864) ; il est basé sur la réduction des boissons, l'interdiction des corps gras et des fécules.

Nous avons à citer ensuite la méthode dite de Banting qui a d'abord été appliquée par Léon en France, puis par Chambers à Londres ; Harvay soigna par elle un négociant qui lui donna son nom. En août 1862, cet homme pesait 91 k. 500 ; en mai 1863, son poids n'était plus que de 71 k. 750. Dans le régime de Banting il y a une grande diminution de la quantité des aliments. En moyenne, il accorde 170 grammes d'albumine, 10 gr. de graisse, 80 gr. d'hydrate de carbone, 1200 à 1300 gr. de liquides (bière ou café, vin rouge coupé, grog). Le porc, le saumon, le hareng, l'anguille, les pommes de terre, les panades, les betteraves et la carotte, le sucre, le lait, la mie de pain étaient défendus

ainsi que le champagne, le Porto et la bière. Le déjeuner à 9 heures se composait de 186 gr. de nourriture solide, le dîner à 2 heures du soir de 310 à 372 gr., le thé de 62 à 124 gr., le souper de 124 gr. ; les liquides étaient à peu près également répartis entre les repas. Ce régime fournirait à peu près 1112 calories.

Ebstein reproche à la méthode de Banting d'entraîner des dyspepsies opiniâtres. Il a vu l'aversion pour la viande devenir extrême et conduire à l'inanition véritable. L'albumine fixée dans l'organisme diminue, d'où extrême faiblesse, cachexie.

En Allemagne, il y a encore des partisans de cette méthode. J. Meyer la regarde comme utile quand un amaigrissement rapide est nécessaire. Unna n'y a recours que quand le traitement d'Ebstein n'a pas fait disparaître la graisse alimentaire.

Au delà du Rhin ce sont les traitements d'œrtel et d'Ebstein qui sont le plus souvent prescrits.

La caractéristique du régime d'Ebstein est qu'il y entre d'assez grandes quantités de graisses, qui auraient l'avantage de diminuer la faim et la soif, d'où réduction facile des liquides. Le médecin allemand donne du beurre, des soupes à la moelle de bœuf, s'attachant autant que possible à ne prescrire comme aliments gras que ceux dans lesquels les cellules adipeuses ne sont pas emprisonnées dans un tissu conjonctif trop solide. Les viandes grasses avec les sauces grasses sont aussi autorisées. Sont défendus, les féculents et les légumes contenant du sucre.

Avec le régime d'Ebstein, le malade prend, en moyenne, 100 gr. d'albuminoïdes, 85 gr. de graisse, 50 gr. d'hydrates de carbone (= 1401 calories) ; comme liquides, il absorbe 750 gr. de thé, sans lait ni sucre, et deux ou trois verres de vin blanc léger. Ebstein affirme avoir vu des dyspepsies opiniâtres disparaître dans le cours du traitement.

Unna a constaté qu'avec le régime d'Ebstein, la graisse du cœur disparaissait la première, puis celle de la peau, mais que celle de l'abdomen ne cédait qu'au Banting modifié.

Pour J. Meyer, on ne peut imposer le régime d'Ebstein pendant longtemps sans y apporter des changements, et le traitement conviendrait surtout aux cas où la musculature est forte, en même temps que la panipule adipeuse est considérable. Les recherches de Kaufmann, que nous avons rapportées au début de cette revue, montrent qu'une partie de la graisse alimentaire doit se fixer dans les tissus et, du reste, Voit avait déjà reproché à Ebstein d'admettre, sans preuves suffisantes, que l'organisme n'emmagasinait pas la graisse des aliments. Enfin ce traitement sera

toujours toujours difficile à faire suivre à des dyspeptiques. Ajoutons que, pour Rosenfeld, il pourrait provoquer l'albuminurie.

On ne peut vraiment accorder que ce régime satisfasse aux trois conditions qu'Ebstein lui-même (Congrès de Wiesbaden de 1885) reconnaît devoir être exigible d'un bon traitement de l'obésité : 1. disparition de la graisse seule ; 2. simplicité du régime et facilité à l'adapter aux diverses éventualités ; 3. possibilité de continuer la diététique pendant toute la vie. Le traitement peut cependant réussir, le fait est incontestable, mais, disons-le de suite, c'est en faisant perdre l'appétit aux malades, en le réduisant à l'inanition.

Cœrtel divise les obèses en deux catégories ; ceux dont l'appareil circulatoire est sain ou la compensation suffisante ; ceux dont l'appareil circulatoire est lésé, cœur gras et ses variétés.

Dans le second cas, il faut diminuer à tout prix la quantité des liquides afin de soulager le cœur en compensant la tension anormale des systèmes artériel et veineux ; en même temps on doit agir sur la respiration et sur la circulation par les bains chauds, les exercices, etc. Les exercices gradués, allant de la marche sur terrain plat, aux ascensions sur des pentes rapides, sont un des points essentiels de la méthode. Comme liquides voici ce qu'œrtel accorde aux obèses cardiaques : le matin 150 gr. de thé ou café avec un peu de lait ; à midi pas de boisson du tout, mais 100 à 200 gr. de fruits ; ce n'est que si ces derniers font défaut qu'il autorise 17 à 25 centilitres de vin léger ; dans l'après-midi 150 gr. de thé ou de café avec tout au plus 17 centilitres d'eau ; au souper, 17 à 25 centilitres de vin coupé avec un huitième d'eau.

La quantité des liquides peut être un peu plus considérable s'il n'y a pas de troubles morbides du côté de la circulation.

Voici l'évaluation, en substances alimentaires primordiales, des quantités d'aliments solides permises :

Maximum quotidien : albumine 179 grammes, graisses 43 gr., hydrocarbures 114 gr.

Minimum quotidien : albumine 156 grammes, graisses 22 gr., hydrocarbures 71 gr.

Soit 1180 à 1068 calories.

Pour œrtel, l'amaigrissement est dû à l'accélération du cours du sang, au rétrécissement et même à la disparition de certains réseaux vasculaires, ce qui empêche la nutrition du tissu adipeux. Il conseille de continuer à ne donner que peu de liqui-

des tant que les urates ne se déposent que longtemps après l'évacuation de l'urine.

Schwenninger a beaucoup préconisé la méthode d'œrtel mais on permettant, aux repas, encore moins de boissons que lui. Il autorisait le malade à boire assez fréquemment quelques heures après.

Si l'on adopte le régime d'œrtel la diminution des liquides ne doit pas être trop brusque, sinon la température monte à 40° et il se produit une sorte de fièvre d'inanition (Turgensen).

F. Meyer a fait remarquer que le critérium indiqué par œrtel pour reconnaître le moment où il faut cesser la réduction des boissons n'est pas très sûr. En effet, l'acide urique peut être retenu dans le corps à l'endroit où il se forme et, par conséquent, continuer à n'apparaître que tardivement dans l'urine, bien que le moment soit venu de permettre de plus grandes quantités de liquides. F. Meyer a vu la réduction des liquides entraîner des affections gastriques et il rejette la méthode d'œrtel quand le cœur est indemne.

Il faut encore citer le régime de Demuth qui réduit au minimum les hydrocarbures, ne diminue pas les matières azotées et permet 50 gr. au minimum de graisse par jour.

A l'inverse de tous les auteurs que nous venons de citer, M. le prof. G. Sée autorisait les boissons, surtout aromatiques, thé et café. Il permettait 60 à 70 gr. de corps gras, réduisait les hydrocarbures au minimum et augmentait les boissons " pour faciliter la digestion stomacale et activer la nutrition générale." Il supprimait les liquides alcooliques, la bière, les eaux de table. Quelle est donc l'influence des boissons sur la nutrition ? C'est là une question encore controversée qui a donné lieu à des recherches que nous allons résumer rapidement.

D'après les expériences de Genth, l'eau introduite en quantité notable dans l'estomac augmente la quantité d'urée et des sels de l'urine. Pour A. Robin, cet excès d'urée dépend, non pas d'une augmentation de la désintégration organique, mais des combustions élémentaires, une partie provenant encore d'un lavage plus parfait des tissus. Les expériences de Forster, de Voit, ont mis ces faits hors de doute.

L. Mayer, Rabuteau, J. Hoffmann, Bischoff ne croient pas que l'eau augmente la désintégration des albuminoïdes, mais dans leurs expériences, le régime alimentaire est mal précisé. A. Robin a divisé les obèses en obèses par excès d'assimilation, mangeant beaucoup, et en obèses mangeant peu, ou obèses par

désassimilation. Les boissons seraient défendues aux premiers, permises aux seconds. Mais comment distinguer les obèses par excès des obèses par défaut ?

On doit, pour cela (A. Robin), rechercher si l'urée est augmentée, diminuée ou stationnaire. Dans le premiers cas, il y a excès d'assimilation ; dans le second, insuffisance d'oxydation. Dans le cas où l'urée ne varie pas, il faut rechercher le coefficient d'oxydation, c'est-à-dire le rapport de l'urée aux matériaux solides, envisagés en bloc ; s'il est élevé, c'est l'obésité par excès, s'il est abaissé, l'obésité par défaut. A. Robin a publié trois observations d'obèses, deux avec coefficient d'oxydation diminué, un avec coefficient augmenté. Les boissons à volonté dans les deux premiers cas, le rationnement dans le troisième, donnèrent les meilleurs résultats.

Debove a discuté ces observations et, d'après lui, si les malades ont maigri, c'est qu'il y avait insuffisance de la ration alimentaire, un des sujets, par exemple, ne prenant que 100 grammes de pain, 300 grammes de viande, 70 grammes de légumes verts.

Debove et Flamant ont étudié soigneusement l'influence de l'eau sur la nutrition. Flamant, pendant trente-huit jours, se soumit à un régime composé de 200 gr. de viande crue dégraissée, 250 gr. de pain frais et 1250 grammes d'eau. En vingt-sept jours, il perdit 19 livres. Le régime fut alors modifié en ce sens que la quantité de viande fut portée à 300 gr. Le poids ayant cessé de varier, on fit monter la ration d'eau à 3250 gr. Le poids resta invariable. Deux autres expériences donnèrent des résultats analogues ; aussi Debove et Flamant admettent-ils que l'eau ne fait ni engraisser ni maigrir.

Pour A. Robin les résultats obtenus par Debove et Flamant tiennent à ce que les sujets en expérience avaient été mis en état d'équilibre nutritif.

Von Noorden a constaté que l'urée augmente lorsque la quantité d'eau absorbé est d'abord relativement faible ; elle n'augmente pas si l'on passe brusquement de 2 à 3 et 4 litres. Gregorianz (de Saint-Pétersbourg) a aussi vu la désintégration augmenter quand la quantité des boissons atteignait de 1400 à 2400 gr., Kisch conseille de grandes quantités d'eau aux obèses, surtout s'ils sont pléthoriques.

Løvy, Bidder et Schmidt n'ont pas constaté d'augmentation de l'oxygène utilisé ou de l'acide carbonique expiré sous l'influence d'une augmentation de la quantité d'eau. Briquet (Ar-

mentières), en étudiant l'hygiène des pareurs (ouvriers encollant les fils qui servent à la fabrication de la toile) a montré que ces ouvriers sont très souvent obèses, bien qu'ils travaillent beaucoup et transpirent abondamment. Cela tient, d'après lui, à ce qu'ils absorbent de grandes quantités de boissons, 5 litres par jour, plus de l'alcool. La quantité aurait, dans ce cas, plus d'influence que la qualité des boissons. Briquet admet, avec Debove, que l'homme sain, si on augmente brusquement, pendant deux ou trois mois, la quantité d'eau absorbé, il n'y a pas tendance à l'engraissement ; avec Robin, que chez l'homme affecté d'obésité, l'eau est inutile dans certains cas et nuisible dans d'autres ; mais que, un homme travaillant pendant plusieurs années dans une atmosphère chaude et humide et obligé, par suite, de boire de grandes quantités de boissons, a une tendance marquée à l'engraissement. Briquet prescrivait surtout les liquides aux obèses qui se livrent ou viennent de se livrer aux exercices physiques ; la boisson absorbée dans ces conditions annihile probablement en partie le bénéfice qu'au point de vue de son affection le malade doit retirer de sa dépense de force.

De tout cela on peut conclure qu'il est probable que, par lavage, l'eau favorise l'élimination de l'urée (Mathieu), d'où indication de n'en pas trop réduire la quantité. Il faudrait cependant diminuer les boissons, la satiété arrivant beaucoup plus vite lorsque l'on ne boit que peu en mangeant et les rapports constatés entre l'œdème, le pseudo-lipome et le lipome montrant qu'un certain degré de déshydratation des tissus est avantageux (Mathieu).

Dujardin-Baumetz réduisait les liquides et permettait une quantité minima de féculents. De plus il ne donnait guère que 55 à 60 gr. d'albuminoïdes, ce qui est absolument insuffisant.

Nous ne ferons qu'indiquer la pratique de Leven. Pour cet auteur l'obésité est provoquée par des troubles fonctionnels du système nerveux, car alors, dit-il, tous les aliments font de la graisse. Il a rapporté trois observations d'obèses auxquels il permit de faire usage, à volonté, de lait, d'œufs, de féculents, de soupes et restreignit seulement les substances azotées. Les sujets maigrissent rapidement de 30, 45 et 52 livres. C'est, dit Leven, que les œufs, la graisse, les féculents n'irritent pas le plexus solaire, tandis qu'il n'en est pas de même de la viande. Le traitement est complété par le repos.

Dujardin-Baumetz a beaucoup insisté sur ce point : la plupart des régimes prescrits aux obèses sont des régimes d'inani-

tion. Nous avons donné, chemin faisant, des chiffres indiquant ce que chacun des principaux d'entre eux (Banting, Ørtel, Ebstein, Dujardin-Baumetz) représente en albumine, graisse et hydrates de carbone.

Or, en premier lieu, si on compare ces chiffres à ceux de la ration normale telle que l'ont établie Munk et Uffelmann, soit : albumine, 100 gr., graisse 56 gr., hydrates de carbone, 400 à 450 gr. = 2000 calories et plus, on voit que Dujardin-Baumetz donne un régime entièrement insuffisant, que Banting et Ørtel ordonnent une quantité d'albumine supérieure à la normale, Ebstein une quantité égale. Le dernier de ces auteurs prescrit un excès de graisse ; dans les autres régimes, surtout dans celui de Banting, ce corps est en déficit ; dans tous il y a beaucoup moins d'hydrates de carbone que dans la ration normale. D'autre part, l'excès de graisse d'Ebstein a surtout pour effet de réduire l'appétit, de dégoûter le malade ; la défense de boire pendant le repas, édictée par Schwenninger, aboutit au même résultat, de même que la pratique de Dancel qui repoussait les sauces, les condiments. Réduire la quantité des aliments, tel est en somme le premier but de tous les régimes, but évidemment rationnel.

Cependant il faut veiller avec le plus grand soin à ce que la nutrition des muscles s'exerce convenablement ; une altération des muscles et spécialement du muscle cardiaque, aurait les plus désastreuses conséquences. Aussi Ewald a-t-il conseillé d'augmenter la quantité d'albumine de la ration à mesure que graisse disparaît, puisque cette dernière a pour effet de diminuer la destruction des albuminoïdes.

Von Noorden a pu maintenir des malades dans un équilibre azoté parfait alors qu'ils perdaient 185 gr. par jour ; dans un cas où la perte était de 310 gr. par jour, 87 % de cette perte se faisait aux dépens de la graisse.

Dupper a expérimenté sur lui-même différents régimes afin de voir quel était celui qui assurait une forte déperdition de graisse sans disparition d'albuminoïdes. Il a obtenu les résultats les meilleurs avec le régime suivant : viande, 500 gr. ; œufs, 84 gr. ; caviar, 100 gr. ; gâteaux, 45 gr. ; graisse, 30 gr. ; salade, 200 gr. ; bière, 400 gr. ; café, 300 gr. ; eau, 100 gr. La perte de poids fut de 4 k. 300 gr. Les abuminoïdes restent en augmentation. Si l'on diminuait la quantité des matières azotées en augmentant celle des graisses et des hydrates de carbone, il y avait perte d'albumine. D'où cette indication de ne pas abaisser la quantité des viandes au-dessous de la normale.

Mathieu propose le régime suivant : pain, 150 à 300 gr. ; viande maigre, 300 à 350 gr. ; légumes verts ou salade, 200 à 300 grammes ; eau, 1200 (hiver) à 1500 gr. (été).

En chiffres ronds ce régime correspondrait à :

82 à 110 gr. de substances albuminoïdes ;

40 à 55 gr. de graisse ;

125 à 180 gr. de carbures d'hydrogène.

Aux repas nous conseillerons, avec Mathieu, de ne donner qu'environ 250 grammes de liquide, le reste pouvant être bu dans leurs intervalles. Si le malade accepte de boire de l'eau pure, c'est la boisson de choix ; dans le cas contraire, on la coupera avec un peu de vin. La restriction de l'alcool doit aller, si possible, jusqu'à la prohibition. La bière est interdite. Les boissons théiques et caféiques additionnées d'un peu de lait seront données au déjeuner du matin ou dans la journée, à la place d'eau, s'il y a indication de recourir à leur action excitante. On doit remplacer 100 gr de viande par deux œufs, ce qui n'offre pas d'inconvénient ; pour Mathieu, on peut aussi leur substituer 40 ou 50 gr. de beurre, ce qui nous semble moins indiqué. Nous recommanderons de faire usage surtout de croûte de pain, de pain grillé ou encore de biscottes de légumine. Les soupes doivent être rejetées, car elles renferment trop de liquide.

Chez les individus vigoureux, Bouchard conseille de commencer la cure par le régime lacté. Il donne, par jour, pendant vingt jours, 1250 gr. de lait et cinq œufs répartis en cinq repas. Ce régime, très pénible, entraîne de plus une constipation opiniâtre. Le malade perd, en moyenne, 300 à 350 gr. par jour.

Le Menant des Chesnaies a donné le lait en aussi petite quantité que possible ; l'amaigrissement est rapide mais, en fait, c'est une cure par la faim.

Dans le cas d'obésité excessive, Savill et Haid conseillent le traitement suivant : régime azoté pur composé de poisson et de viande maigre bouillie ; absorber une pinte d'eau chaude (0 lit. 578) en deux heures de temps. L'ingestion des quantités d'eau chaude considérables aurait pour effet d'empêcher les troubles du côté du rein qu'entraîne souvent l'alimentation azotée exclusive. Savill et Haid conseillent de continuer l'eau chaude en boisson une fois le régime normal repris et défendent, pendant toute la vie, les pommes de terre et la bière. Ce traitement a été employé chez un homme de soixante-huit ans, atteint d'un ulcère de jambe et pesant 133 kilogr. ; en quatre mois le poids avait diminué de 25 kilogrammes.

L'exercice est très utile aux obèses. C'est là un fait sur lequel tout le monde est d'accord, mais, ce que le monde sait aussi, c'est que l'obèse supporte très mal la fatigue. C'est qu'en effet il a à traîner un poids mort (Lagrange) considérable, que, dans la marche, il porte 50 à 60 kilogr. de plus que l'homme de corpulence moyenne. En même temps, les muscles sont infiltrés de graisse, y compris le muscle cardiaque, et l'effort qui serait possible, si les tissus étaient normaux, devient très pénibles pour des masses musculaires trop souvent atteintes dans leur nutrition intime. Enfin, et Lagrange a encore attiré l'attention sur ce point, l'obèse s'échauffe très vite, l'épais panicule sous-cutané empêchant la chaleur produite par le mouvement de rayonner à l'extérieur. L'obèse s'essouffle facilement à cause de l'état de son cœur, parce que le poumon fonctionne mal étant gêné par la surcharge graisseuse de la cage thoracique et de l'abdomen et cet essoufflement est encore une des causes qui le font reculer devant la nécessité de l'exercice.

Lorsque l'on prescrit le travail physique aux obèses, il importe donc, en premier lieu, de le doser avec le plus grand soin. Cependant il ne faut pas que la dose soit trop modérée, car alors on irait à l'encontre du but que l'on se propose.

Voici une observation absolument démonstrative de ce fait : une femme de 35 ans, très obèse, très dyspeptique, évitant tout exercice, ne s'habillant même pas seule, se décide à vaquer à ses occupations d'intérieur et à sortir à pied tous les jours. Les digestions s'effectuent bientôt normalement et un état général de mieux être se fait sentir. Espérant avoir maigri, la malade se pèse : elle avait augmenté de cinq livres. C'est que les digestions étaient devenues plus faciles, que l'appétit avait augmenté sans que l'exercice ait été suffisant pour accroître la désassimilation (Lagrange). Il faut, pour tirer un bénéfice de l'exercice, que l'obèse se fatigue.

D'autre part, un exercice qui commence par fatiguer et faire maigrir, ne peut plus combattre l'obésité une fois que l'organisme s'y est habitué et l'accomplit facilement. C'est encore à Lagrange que nous emprunterons l'observation suivante : un jeune homme, quoique obèse, est déclaré bon pour le service et versé dans le train des équipages. L'état militaire le fatigue beaucoup et rapidement son poids s'abaisse de 215 livres à 150. Au bout de quelque temps il arrive à faire son service facilement, et immédiatement il engraisse de nouveau.

Il faut donc, chez un obèse, veiller à ce que l'exercice fatigue, à ce qu'il ne devienne pas automatique.

Cœrtel a réglé l'exercice chez l'obèse d'une manière qui semble répondre à tous les desiderata. Il commence par prescrire la marche sur terrain plat, puis sur des pentes de plus en plus raides pourvues de bancs de distance en distance. Chaque jour on indique au malade l'effort qu'il peut fournir en [se guidant sur les résultats précédemment obtenus et on arrive à lui faire gravir des sentiers escarpés.

Cœrtel recommande surtout sa *cure de terrain* aux malades dont le système circulatoire est atteint, à ceux qui ont le cœur gras. Cependant il est des cas où l'obèse étant devenu un véritable cardiaque, le traitement est inapplicable. D'autre part si l'obésité est très considérable, si la circulation est très gênée, que le cœur soit cependant gravement atteint, on fera bien de débiter par les exercices passifs, par le massage même. Après les mouvements communiqués, le malade exécutera des mouvements actifs locaux sans résistances d'abord, puis avec résistances. On doit recommander les mouvements de flexion, rotation et circumduction du tronc, etc. Beaumetz a insisté sur les avantages des exercices dits *du mur* chez les sujets dont l'obésité est surtout abdominale, cette gymnastique combattant la paresse des muscles abdominaux.

Ce n'est qu'après accoutumance aux exercices sur place que l'on commencera les cures de terrain chez les obèses graves. La plupart des auteurs recommandent de s'arrêter dès que la dyspnée se produit ; on ne saurait trop redouter, en effet, l'apparition des accidents du cœur forcé. Cependant G. Sée conseillait d'aller jusqu'à la dyspnée et rappelait, à l'appui de sa prescription, les expériences d'Oppenheim, qui a vu la soif d'air résultant des efforts prolongés et répétés, entraîner une augmentation considérable des déchets.

Ce qu'il y a de certain c'est que, par l'exercice, la capacité respiratoire augmente rapidement et qu'il en résulte l'introduction, dans l'organisme, de quantités plus grandes d'oxygène, d'où accroissement des combustions.

L'escrime est un exercice excellent : elle force à un travail cérébral qui concourt, pour sa part, à accroître la désassimilation.

Pendant l'exercice il se produit de grandes pertes d'eau par la peau et les poumons et l'on a vu qu'œrtel réduisait les liquides en même temps qu'il ordonnait la cure de terrain. Ces pertes d'eau sont une des causes de la diminution de poids et, dans la théorie d'œrtel, du soulagement du cœur.

L'exercice sera fait à jeun (Bouchard) ; c'est à ce moment que son effet sera plus utile.

Le médecin doit bien connaître le tempéramment des malades qu'il a à traiter afin de ne pas dépasser la mesure, afin d'éviter le surentraînement (Lagrange). Chez les obèses héréditaires il doit rester une certaine quantité de graisse dans l'organisme ; chez eux le poids normal est supérieur au poids moyen d'un individu de leur taille, et une cure trop complète de l'obésité mettre le sujet en état d'imminence morbide, le rendrait une proie destinée d'avance pour les infections, en particulier pour la tuberculose.

Enfin il faut que l'obèse soit bien persuadé que les résultats obtenus ne se maintiendront que si l'exercice est continué d'une façon régulière pendant toute la vie, au moins lorsqu'il s'agit d'une obésité constitutionnelle. Le malade devra rester entraîné.

On a abusé de la sudation dans le traitement de l'obésité (Bouchard). Les bains chauds, les bains de vapeur agissent surtout en élevant la température du corps, ce qui augmentent la rapidité des réactions chimiques. La température du malade dans le bain ne doit pas dépasser 38° à 39° ; il est facile d'obtenir ce chiffre en trente-cinq à quarante minutes avec un bain à 37° qu'on élève graduellement jusqu'à 39°.

On a aussi recours au bain d'air comprimé, à la douche d'air comprimé (MM. Dupont, Campardon). Les douleurs produisent d'assez bons effets, mais exposent aux refroidissements et aux bronchites.

Les douches froides suivies de massages sont plus faciles à employer. Saint-Germain a beaucoup vanté, à la suite de résultats obtenus sur lui-même, les bains de Hammam où intervient à la fois la chaleur, l'eau froide, le massage, les frictions. Les bains de mer ordinaires, les bains de mer chauds permettront de varier le traitement hydrothérapique. Les bains de boue ferrugineuse ont été recommandés chez les jeunes femmes obèses, atteintes d'aménorrhée et de stérilité.

Naturellement une grande réserve s'imposera dans l'emploi de toutes ces pratiques lorsqu'il y aura des lésions du cœur et des vaisseaux.

Ajoutons, en terminant cet exposé du traitement hygiénique, que le travail cérébral ou du moins une occupation intellectuelle sont nécessaires à l'obèse et qu'il ne doit jamais s'attarder au lit ; on n'accordera au sommeil que le temps strictement suffisant.

IV

Un certain nombre de médicaments ont été employés dans l'obésité. La plupart des auteurs ont vanté les purgatifs, surtout les purgatifs salins, les eaux minérales purgatives.

Les eaux bicarbonatées, sulfatées, chlorurées ont une action très complexe ; leurs effets sont parfois excellents quoique pouvant être un peu tardifs. Pour Bouchard, il y a stimulation de l'activité du foie, accroissement de la quantité de la bile qui rejette une certaine proportion de graisse au dehors. Pour Mathieu, il faut réserver les eaux alcalines aux obèses florides, arthritiques, hyperazoturiques alimentaires, les eaux purgatives convenant surtout en cas de gros foie avec pléthore abdominale ; quant aux alcalins ce serait surtout aux obèses arthritiques, gouteux, diabétiques qu'il faudrait les prescrire, L'eau de chaux a paru quelquefois donner d'assez bons effets (Bouchard). Kisch conseille surtout les eaux froides sulfatées sodiques ; leur action est moins irritante que celle des eaux chaudes pour le système vasculaire et elles excitent fortement la diurèse. Chez les obèses anémiques on donnera, en même temps, des eaux ferrugineuses.

Nous ne parlerons pas de la médication d'acide justement abandonnée des médecins, tout en étant restée, malheureusement, encore en faveur auprès du vulgaire. Les acides pris à haute dose font maigrir, cela est vrai, mais c'est " en détruisant tout le corps (Bouchard.)"

Les iodures font-ils maigrir ? Le fait est discuté. Pour Wallace et Moïsowitz, si l'administration d'iodure de potassium a été parfois suivie d'amaigrissement, c'est que le médicament n'était pas pur, que l'on a donné de l'iodure ioduré ou de la teinture d'iode ; l'iode libre provoquerait alors des troubles digestifs, de la perte de l'appétit, d'où nourriture insuffisante. Deux malades de de Molènes, atteints de psoriasis et soumis à des doses croissantes d'iodure de potassium, avaient notablement maigri au bout de quelques semaines, sans avoir présenté le moindre phénomène d'intolérance. Chez les animaux, Trasbot a vu l'amaigrissement se produire. Cependant Rabuteau, Milanési ont constaté que la quantité d'urée diminuait beaucoup sous l'influence de l'iodure de potassium. Pour Manquat, l'amaigrissement est inconstant, mais il peut cependant se produire, surtout lorsque la dose dépasse 2 gr. par jour. Le prof. G. Sée considérait l'iode comme une arme à deux tranchants : il faut maigrir, disait-il,

mais l'iodisme apparaît rapidement. Mathieu conseille l'iode et les iodures, surtout quand il y a artério-sclérose.

Il nous faut maintenant dire quelque mots du traitement de l'obésité par l'emploi interne des préparations de corps thyroïde. Le 7 juillet 1894 Dawies publiait dans le *British medical Journal* le résumé de six cas d'obésité traités par le régime et les tablettes de corps thyroïde ; la perte de poids avait été, chez tous les malades, bien plus considérable qu'avec le régime seul. Il faut citer ensuite une observation de Mackenzie, deux de René Buquin, une de Charrin.

Lichtenstern et Wendelstadt ont obtenu une diminution de l'embonpoint chez 22 obèses sur 25 (hôpital Augusta de Cologne). Ils ont donné le corps thyroïde en tablettes ou en nature. Les auteurs attribuent le résultat obtenu à une combustion plus active de la graisse et non pas seulement à la diurèse abondante que l'on observe habituellement au début de l'administration de la thyroïdine. La diminution de poids se produisait surtout au début du traitement. Ils l'ont vue atteindre 1 à 5 kilogr. dans le cours de la première semaine, 1 kil. 050 à 9 kil. 050 après quelques semaines de traitement.

Guttman a employé avec succès l'extrait sec ; il conseille de ne pas commencer par des doses massives, afin d'éviter les effets fâcheux sur le cœur.

Jevykowski a eu à se louer du traitement de l'obésité par la glande thyroïde dans dix cas. En général, il employait la thyroïdine sèche, 60 centigr. représentant une glande thyroïde de veau. La dose prescrite était de 30 à 50 centigr. ; jamais il n'y eut de phénomènes secondaires. Dans un cas seulement où il y avait surcharge énorme du cœur, l'administration de 300 tablettes de glande thyroïde amena d'abord une perte de 12 k. 500, mais il se produisit une dilatation du ventricule droit et de l'affaiblissement de l'activité cardiaque ; les troubles avaient disparu au bout de quinze jours. Une des malades de Jevykowsky perdit 20 kilogr. en deux mois, une autre 15 kilogr. en trois mois. Il faut noter que la diététique était sévère. Noorden a, du reste, vu les tablettes échouer chez les obèses faisant bonne chère ; pour lui la glande agirait en augmentant les combustions physiologiques. Cependant Hennig a obtenu des diminutions de poids de 1 à 5 kilogr. à la suite de l'emploi de la thyroïdine, même sans ordonner de régime spécial ; il n'observa pas de complications. Grawitz a aussi vu ses malades maigrir sans changer le régime alimentaire normal.

Les idiots obèses diminuent aussi de poids sous l'influence de la thyroïde, mais l'accoutumance se produit au bout de quelque temps et le poids ne s'abaisse plus ; il tend même à se relever dès que le traitement est interrompu (Bourneville).

Pour Ewald, avec trois à cinq tablettes de corps thyroïde par jour on peut, en six semaines, obtenir une diminution de poids de 4 à 5 kilogr. en moyenne. La thyroïdine aurait les mêmes effets, dans l'obésité, que la glande elle-même. Ewald a cité l'exemple d'un homme de trente-quatre ans qui perdit 2 kilogr. en dix jours, sans modifier son régime, par l'ingestion de 1 gr. 20 de thyroïdine.

M. le prof. Schlesinger vante la médication, mais recommande de tenir compte des contre-indications : albuminurie, glycosurie, irrégularités notables du cœur, cachexie.

C'est qu'en effet l'emploi du corps thyroïde expose à certains accidents dont le plus grave est l'affaiblissement cardiaque, si à redouter chez l'obèse gravement atteint. D'autres fois il se produit une glycosurie passagère (Von Noorden) ou encore de l'albuminurie ; l'on sait, du reste, les phénomènes secondaires auxquels donne lieu la médication thyroïdienne dans le goître exophthalmique.

Chez un malade qui se traînait lui-même par les tablettes thyroïdiennes, Stabel a vu survenir un œdème aigu du cerveau qui entraîna la mort rapide.

D'autre part, certains obèses ne retirent aucun bénéfice de la médication et Ewald a fait remarquer que les deux catégories ne correspondent pas à la division naturelle des lipomatoses : lipomatose par alimentation vicieuse, lipomatose persistant malgré un régime sévère.

En somme, lorsque l'obésité résistera au traitement habituel, on pourra essayer de la médication thyroïdienne, mais en surveillant attentivement le malade et à condition qu'il n'y ait aucune des contre-indications énumérées plus haut. Souvent, malheureusement, l'effet ne sera que passager, même si l'on continue un régime sévère après l'institution du traitement médicamenteux.

Imbert de la Touche a insisté sur les effets favorables de l'électricité dans la cure de l'obésité d'origine nerveuse, fréquente dans la neurasthénie. Il conseille l'emploi du bain électro-statique qui améliore rapidement l'état des malades et fait disparaître les phénomènes nerveux en même temps que l'excès de graisse.

Cette méthode permettrait de se passer de tout traitement pharmaceutique.

Chez les obèses anémiques Weir Mitchell conseillait le séjour continu au lit, un régime lacté et massage ; il gavait ensuite progressivement ses malades. Le plus souvent, chez les obèses de cette catégorie, l'emploi des toniques, de la viande crue, d'un exercice modéré, suffira à donner de bons résultats.

Ce qu'il faut bien savoir c'est que, de même que certaines personnes ne peuvent jamais engraisser, d'autres ne peuvent jamais maigrir, ont une obésité *irréductible* ; tout traitement est, chez elles, voué à un échec certain. On ne devra pas s'acharner, dans ces cas rebelles, à poursuivre, au grand détriment du malade, un résultat impossible, et le médecin se bornera à rendre la vie tolérable au patient par des sages prescriptions hygiéniques.

V

Chez certains malades l'accumulation de la graisse sous-cutanée arrive à produire des déformations considérables. Les seins prennent un développement extraordinaire, le ventre descent sur les cuisses jusqu'aux genoux, le pubis devient un énorme coussin graisseux, de plus, des bourrelets déforment affreusement les membres. Les irritations cutanées, les déformations font de tout mouvement une cause de douleur sans compter que les forces musculaires des malades sont incapables de subvenir à l'effort nécessaire. Dans ces cas, on est autorisé à intervenir chirurgicalement, comme semblent, du reste, déjà l'avoir fait les anciens, et à enlever les masses de graisse presque pédiculées (R. Gauthier) qui sont la cause de la plus grande gêne.

D'une façon générale, quels que soient le siège et la forme des incisions, il faut enlever une ellipse de peau avec une pyramide de tissu cellulo-adipeux. L'hémostase est souvent difficile d'autant plus que les malades sont souvent des artério-scléreux ; il faut avoir soin de lier chaque vaisseau pincé pendant le cours de l'opération. S'il y a des hernies, on pourra les opérer en même temps (Delaunay, Bockey) ; on devra aussi refaire la ligne blanche en cas d'éventration. R. Gauthier a publié une observation personnelle recueillie à l'hôpital international dans laquelle on enleva à un malade porteur d'un vrai tablier graisseux, 3 kil. 700 de peau et de tissu adipeux ; simultanément on fit la cure radicale d'une hernie ombilicale épiploïque. La plaie guérit lentement après hémorragie secondaire et suppuration. Chez un malade opéré par Bockey et qui avait aussi une hernie

ombilicale, et on fit l'ablation de 19 kil. de peau et de tissu cellulaire. On ne doit pas intervenir chez les obèses diabétiques ou présentant de graves complications cardiaques ; si le malade est éthylique, il est utile de diminuer peu à peu les doses d'alcool pendant les semaines précédant l'opération, de façon à arriver quelques jours avant cette dernière à la suppression complète.

Le traitement de la coqueluche non compliquée

PAR

A. F. PLICQUE

“ Il est très difficile, disait ironiquement Franck, de guérir la coqueluche avant son terme naturel. Il est beaucoup plus fréquent de tuer le malade avant la fin de l'affection.”

Cet aphorisme, un peu trop pessimiste, comporte un réel enseignement. Le traitement d'une coqueluche simple doit être assez sobre et assez réservé. Il doit s'adresser à l'hygiène plutôt qu'aux médicaments trop toxiques.

I

A elle seule, d'ailleurs, l'hygiène peut déjà beaucoup contre le nombre et contre la violence des quintes. La tendance, autrefois, était de sortir beaucoup à l'air les coquelucheux. La tendance actuelle est de les confiner à la chambre et même, dans les formes sévères, au lit. Cette pratique diminue beaucoup l'intensité et même la durée de l'affection. Mais ce bénéfice est acheté au détriment de la santé générale. On tiendra compte, pour être plus ou moins sévère, de la saison, de l'âge de l'enfant, de l'ancienneté de la coqueluche. On tiendra surtout compte des conditions dans lesquelles se fait la sortie à l'air. Quand celle-ci exige un long déplacement, à Paris par exemple, pour trouver un endroit favorable, mieux vaut l'éviter.

La chambre où sera placé le coquelucheux sera aussi grande, aussi aérée, aussi ensoleillée que possible. Il est excellent, pour faciliter l'aération, d'avoir deux chambres différentes, une pour le jour, l'autre pour la nuit.

L'alimentation sera très soigneusement surveillée. Le régime

lacté est un des meilleurs calmants. Mais c'est un régime un peu rigoureux ; on s'attachera tout au moins à faire faire cinq ou six repas légers et peu copieux. On choisira des aliments d'assimilation très rapide : bouillon, œufs à peine cuits, lait, crèmes, cervelles, surtout en cas de vomissements. A partir de quatre heures du soir, il est sage de ne donner que du lait. Cette pratique atténuée beaucoup l'exacerbation nocturne des quintes. Parmi les remèdes populaires, il en est un, le café noir donné en petite quantité (un à deux verres à liqueur, suivant l'âge, au repas du midi) qui n'est pas sans valeur.

Au moment de la quinte, l'essentiel est de faire asseoir l'enfant, de lui soutenir la tête. Les secousses de toux sont ainsi moins pénibles. Il est rare qu'on ait besoin d'extraire soit avec un pinceau, soit même avec le doigt entouré d'un linge, les mucosités accumulées dans la bouche. Cela peut cependant être utile chez les tout jeunes enfants. Laënnec, pour abrégé la quinte, conseillait de faire boire quelques gouttes d'eau froide. Cette pratique, dont l'action est analogue à celle qu'elle a dans le hoquet, n'est possible que chez les enfants un peu âgés. En cas de suffocation, d'asphyxie, Roger a indiqué un moyen très simple et très efficace ; il suffit de projeter de l'eau froide à la figure. On peut aussi flageller sans trop de violence le visage avec un mouchoir mouillé. On se défera des inhalations de chloroforme ; celles d'éther seraient, au besoin, préférées. En cas de mort apparente et de syncope, la traction rythmée de la langue par la méthode de Laborde constituera le moyen de choix. Mais à vrai dire, tous ces accidents sont heureusement rares dans la coqueluche même sévère.

II

Le nombre des médicaments préconisés contre la coqueluche est presque infini. C'est une preuve qu'aucun d'eux n'a d'efficacité bien réelle. A la période convulsive, les moins infidèles sont la belladone et le bromoforme. Mais leur effet toxique doit être soigneusement surveillé. L'ipéca, dont on a si fort abusé, peut être utile à intervalles très espacés pour désencombrer les bronches et évacuer les mucosités. La période de déclin, si souvent traînante, offre enfin quelques indications spéciales.

L'emploi de la belladone à doses massives est toujours dangereux. On doit craindre, en effet, les susceptibilités individuelles, parfois absolument extraordinaires et tout à fait imprévues.

L'emploi de l'atropine n'a sur celui de la belladone aucun

avantage. Il est encore plus périlleux. Un des meilleurs moyens de donner la belladone est la vieille formule de Roger :

Teinture de valériane.....	8 grammes.
Teinture de belladone.....	6 —
Teinture de digitale.....	4 —
Eau de laurier-cerise	2 —

Deux gouttes matin et soir chez un enfant de deux ans, trois, quatre, cinq gouttes chez des enfants de trois, quatre à cinq ans. Si les quintes ne s'atténuent pas, on répétera la dose non plus deux fois, mais trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. On diminuera s'il survient de l'injection des conjonctives, de la rougeur des pommettes, de la dilatation pupillaire, de la sécheresse pharyngée, un érythème scarlatiniforme. Roger donnait également par jour trois ou quatre cuillerées à café du sirop suivant, où la dose de belladone est encore plus forte :

Sirop de belladone.....	50 grammes
Sirop de valérianate.....	} aa 25 —
Sirop de digitale.....	

Les règles de l'emploi du broœoforme ont été bien précisées par Marfan. Pour éviter une action un peu irritante, le mieux est l'émulsion suivante :

Bromoforme rectifié.....	XLVIII gouttes
Huile amandes douces.....	20 grammes
Gomme adragante.....	2 —
Gomme arabique.....	4 —
Eau de laurier-cerise.....	4 —
Eau, Q. S. pour 120 centimètres cubes.	

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme. La dose est pour débiter de IV gouttes par jour en trois fois chez un enfant d'un an, VIII gouttes à deux ans, XII à trois ans, XV à cinq ans, etc. Les tout jeunes enfants supportent bien le bromoforme, et Marfan l'a vu réussir chez un nourrisson de sept mois. Pendant les deux ou trois premiers jours, la coqueluche semble plutôt s'aggraver. Puis les quintes diminuent de nombre et de violence, les vomissements cessent, l'appétit revient. La dose initiale est graduellement augmentée. Le bromoforme peut être continué fort longtemps. Une certaine somnolence, une torpeur spéciale avertissent quand la dose limitée est dépassée.

L'un ou l'autre de ces deux moyens suffira en général. En cas d'échec et par ordre d'efficacité, on essaiera l'antipyrine,

l'aconit, les bromures, les badigeonnages du pharynx avec la solution de cocaïne au vingtième.

A la période de déclin, si souvent interminable, deux agents, le soufre et le benzoate de soude, réussissent tout spécialement. Le soufre peut être donné sous forme d'Eaux-Bonnes (une à trois cuillerées à bouche le matin dans du lait chaud sucré avec du sirop de polygola). Le benzoate de soude se donne suivant l'âge à dose de 1 à 4 grammes par jour. Le changement d'air, enfin, donne des résultats merveilleux. Ce changement doit, bien entendu, se faire toujours vers un air plus pur que celui du milieu primitif. Dans la mauvaise saison, il est nécessaire que le petit malade puisse être envoyé dans un climat plus chaud que celui qu'il quitte. Ce climat ne doit pas être, d'autre part, trop excitant : Arcachon, Pau, Cambo, Grasse sont plus spécialement indiqués.

Diagnostic du travail de l'accouchement

PAR

CH. MAYGRIER

Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôpital de la Charité.

(Suite.)

2. Un cloisonnement transversal du vagin, sorte de diaphragme percé d'un orifice plus ou moins grand, peut en imposer pour le col en voie de dilatation. Mais on évitera l'erreur en remarquant que la membrane qui sépare le doigt de la partie fœtale est située peu profondément dans le vagin, que les culs-de-sac sont complètement absents, enfin que le doigt, après avoir franchi l'orifice du cloisonnement, arrive sur le col ;

3. Un repli circulaire du vagin résultant du plissement ou de l'œdème des parois vaginales par suite de l'engagement profond de la tête peut être pris pour le contour de l'orifice utérin dilaté. On ne s'y trompera pas si l'on franchit ce repli ; on arrivera alors derrière lui sur le véritable orifice utérin. J'ai observé un cas de ce genre à la Charité, cas dans lequel plusieurs élèves ont commis une erreur de diagnostic.

OBSERVATION.—Il s'agissait d'une femme de quarante ans, primipare, à terme. Ayant perdu les eaux le 14 novembre 1898, à 10 heures du soir, elle entra à l'hôpital dans la nuit du 15. La tête était engagée en O I G A, et, par le toucher ; on trouvait, au fond du vagin un large orifice circulaire à bords saillants, que quelques personnes prirent pour le col largement dilaté. Mais le doigt porté au delà arrivait facilement sur le col qui était complètement effacé et présentait une dilatation lenticulaire. Les choses restèrent ainsi jusqu'au 17, jour où le travail se déclara franchement. Au fur et à mesure que la dilatation augmentait, le repli circulaire du vagin s'effaçait et disparaissait. L'accouchement se termina spontanément par la naissance d'un garçon en état d'asphyxie qui fut facilement ranimé.

4. L'agglutination du col, son oblitération rendent souvent difficile, parfois même impossible sa découverte. En explorant très minutieusement le segment inférieur, il est rare qu'on n'éprouve pas la sensation d'un petit pertuis ou au contraire d'un petit tubercule cicatriciel ; c'est là qu'est l'orifice du col. En cas de simple agglutination, il suffit de faire à ce niveau avec le bout du doigt des mouvements de vrille pour créer un orifice qui se dilate rapidement ; quand l'oblitération est complète, on peut être obligé d'inciser le tissu utérin au point où on suppose que devait être le col, pour livrer passage au fœtus.

C'est aussi dans ces anomalies du col qu'on a pu croire à la dilatation complète, le segment inférieur étant aminci à tel point qu'on sentait les sutures et les fontanelles comme si elles étaient à nu sous le doigt. Cette fausse interprétation a donné lieu parfois à des interventions désastreuses dont je vais vous reparler à propos des déviations du col.

5. Une des causes les plus fréquentes d'erreur de diagnostic consiste en effet dans une situation anormale, ou déviation du col. Le col peut être reporté au fond d'un des culs-de-sac. Ces déviations du col en arrière, en avant ou latéralement s'observent quand l'utérus est fortement en antéverson ou en latéroverson.

On les rencontre encore dans les cas de développement inégal du segment inférieur. C'est ainsi que le col peut être remonté très haut au fond du cul-de-sac postérieur, en cas de distension exagérée de la partie antérieure du segment inférieur ; de même il peut être situé tout au fond du cul-de-sac antérieur en cas de dilatation sacciforme de la partie postérieure du segment inférieur. La recherche du col devient alors très ardue, les culs-de-sac au fond desquels il est repoussé étant trop profonds pour que le doigt

puisse les atteindre. Des erreurs fort graves par leurs conséquences peuvent en résulter. C'est ainsi qu'on peut croire à une dilatation complète, à cause de la minceur du segment inférieur, erreur que je vous ai signalée à propos de l'agglutination et de l'oblitération du col. On a été même jusqu'à appliquer le forceps sur la tête coiffée de l'utérus. Le professeur Budin raconte dans ses cliniques le fait suivant. Appelé par un médecin auprès d'une femme dont l'accouchement ne se terminait pas, il constata une déviation du col avec amincissement extrême du segment inférieur ; la femme n'était même pas en travail. Il fit alors cette réflexion que c'était dans des cas analogues qu'on avait appliqué le forceps croyant le col complètement dilaté et qu'on avait arraché l'utérus. Le médecin lui avoua alors qu'il avait, en effet, tenté une application de forceps ; mais la femme avait crié si fort qu'il avait fort heureusement retiré son instrument sans insister.

Inversement, on pourrait méconnaître la déviation du col et croire à son oblitération. Tel est le fait rapporté par Depaul. Ayant diagnostiqué une oblitération, il fit sur le segment inférieur une incision par laquelle il pratiqua l'extraction du fœtus ; mais la femme succomba à une hémorrhagie, et à l'autopsie, on trouva le col si profondément dévié au fond du cul-de-sac antérieur que le doigt n'avait pu arriver jusqu'à lui.

Toutes ces erreurs qui peuvent avoir de si fâcheuses conséquences seront facilement évitées si l'on pratique le toucher avec soin. On doit, je le répète, rechercher le col avec méthode, en explorant avec le doigt tout le fond du vagin jusqu'à ses dernières limites. Si l'on ne rencontre pas le col, avant de conclure à une dilatation complète ou à une oblitération, on devra s'assurer qu'on est bien arrivé jusqu'au fond des culs-de-sac. Si l'un d'eux est trop profond pour qu'on puisse y atteindre, on pratiquera le toucher avec deux doigts ; on fera même le toucher manuel sous le chloroforme si cela est nécessaire ; ce dernier mode d'investigation lèvera tous les doutes.

60. Pour en finir avec toutes les méprises qu'on peut commettre dans la recherche du col, il me reste à vous signaler quelques cas particuliers : l'œdème de la lèvre antérieure du col, une tumeur du col, un cotylédon placentaire engagé dans l'orifice externe peuvent masquer l'orifice utérin et rendre incertain le diagnostic du travail. Le toucher pratiqué longuement et soigneusement aura raison de toutes ces difficultés. J'ajouterai enfin que, dans quelques cas, on peut avoir affaire à un utérus double. L'un

des utérus est seul gravide, et au moment du travail, si l'on pratique le toucher dans le vagin correspondant à l'utérus vide, on peut trouver le col fermé, alors que du côté de l'utérus gravide, le col est plus ou moins dilaté. Ainsi s'expliquent les avis opposés émis par deux observateurs touchant chacun par un vagin différent, comme Kussmant en a rapporté une observation

B. *Difficultés et causes d'erreurs dans l'appréciation de l'état du col utérin.*—Dans cette seconde catégorie de faits, il ne s'agit plus de la recherche du col mais de l'interprétation de l'état du col en vue du diagnostic du travail. Or, la question de savoir si le col est dilaté ou en voie de dilatation est souvent fort délicate.

1o. C'est particulièrement chez les multipares qu'on se trouve aux prises avec des difficultés de ce genre.

Ainsi le col peut être long et perméable dans toute son étendue, et on le croit cependant effacé, dilaté même, tant il est mou, tassé sur lui-même, tant il permet facilement l'introduction du doigt jusque sur les membranes. Pour éviter de se tromper, il faut, suivant le précepte du professeur Pinard, faire pénétrer le doigt dans le col jusqu'à l'œuf. On le retire ensuite lentement, en appuyant légèrement sur le col, et on constate qu'il est encore long car on le déplisse de haut en bas.

D'autres fois, le col, sans être tout à fait effacé, est déhiscent, c'est-à-dire entr'ouvert plus ou moins largement. Il n'y a cependant pas de travail, et les choses peuvent durer ainsi pendant plusieurs jours.

En voici deux observations :

OBSERVATION I.—Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, tertipare, qui entre à la Maternité de la Charité le 14 Novembre 1898, à 6 heures 39 du soir. Les membranes sont rompues depuis le 13 Novembre à 3 heures du soir. Elle est à terme. Le sommet est engagé en O I G A. Il existe quelques petites douleurs. Le col est perméable, déhiscent, presque effacé. On place la femme dans la salle de travail. Les contractions semblent s'accroître un peu ; mais l'état du col reste le même. Puis, les contractions cessent tout à fait. La femme est remontée au dortoir des femmes enceintes. Elle reste ainsi jusqu'au 16 Novembre, 10 heures du soir, moment où le col commence seulement à se dilater. Le travail se fait alors rapidement et l'accouchement a lieu le 17 Novembre à 9½ du matin.

OBSERVATION II.—Dans le deuxième cas, une femme de vingt-trois ans, secondipare, entre à la Charité le 11 Novembre 1898, à 10

heures du soir. Elle éprouve quelques légères et rares douleurs. Le col est un peu épais, presque effacé, déhiscents, large comme une pièce de 2 francs. La femme reste ainsi jusqu'au 14 Novembre, le col étant toujours dans le même état. Ce jour-là seulement, les douleurs se déclarent et le travail se fait normalement. L'accouchement a lieu le 15 Novembre à 3 heures du matin.

Voilà donc deux cas dans lesquels, chez des multipares, la constatation d'un col à peu près effacé, déhiscents, permettant d'atteindre facilement l'œuf, pouvait faire croire au travail, d'autant plus qu'il existait quelques légères douleurs. Cependant, en réalité, le travail n'était pas déclaré, et ces femmes sont restées quatre jours dans le même état. Il y a eu là des *fausses alertes* analogues à celles dont je vous ai parlé à propos des contractions utérines.

20. Mais, fait plus singulier, cette déhiscence du col peut s'observer chez des primipares. En général, vous le savez, l'orifice externe reste fermé chez elles, jusqu'au moment du travail. Mais il y a à cette règle des exceptions. Le col, effacé ou non, est plus ou moins largement ouvert, et le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine, et cela sans qu'il y ait aucune cause appréciable pouvant expliquer cette déhiscence : ni début antérieur de travail, ni douleurs, ni distension exagérée de l'utérus par de l'hydramnios, ni touchers répétés, etc. . .

Comme bien d'autres accoucheurs, j'ai observé un certain nombre de faits de ce genre. En voici un rapporté dans la thèse de M. Guillermin :

OBSERVATION.—Une femme âgée de vingt-trois ans, *primipare*, enceinte de huit mois, est admise dans le service d'accouchements de Lariboisière, le 14 Février 1896. Par le palper, on constate une tête mobile au détroit supérieur, par d'hydramnios. Par le toucher, on sent le col de l'utérus entr'ouvert, mais ayant presque toute sa longueur. Le doigt, après avoir traversé sans résistance le canal cervical, arrive jusque sur les membranes. La femme n'avait aucune douleur, et n'avait pas encore été touchée auparavant. Elle resta dans le même état jusqu'au 29 février, le col étant toujours long et ouvert. Puis, la tête s'engagea. La femme entra en travail le 12 Mars, et elle accoucha le même jour. Elle était donc restée à l'hôpital pendant *un mois* avec un col perméable.

30. Une cause d'erreur plus rare peut résulter d'une anomalie spéciale, consistant dans l'*effacement de la seule lèvres antérieure du col*. Cet effacement se voit surtout chez les primipares et tient

à l'engagement de la présentation dans la partie antérieure du segment inférieur. On croit alors à un effacement total et à l'existence du travail. Telle est l'observation, recueillie encore à Lari-boisière, dans mon service, par M. Guillermin ; elle est d'autant plus intéressante qu'elle donna lieu à plusieurs erreurs de diagnostic :

Une femme multipare, entrée dans le service le 13 Février 1896, à peu près à terme. Depuis deux jours, elle ressentait de petites douleurs, revenant environ toutes les deux heures. Le col était largement ouvert, permettant d'arriver sur les membranes. En avant, il n'y avait plus de lèvres du tout, mais simplement un bord épais d'un demi-centimètre environ. Mais par le toucher intracervical on pouvait se convaincre que la lèvre postérieure avait toute sa longueur.

La femme resta dans le même état, sans presque souffrir, du 13 au 17 Février ; et le 18 seulement, elle accoucha après une heure à peine de période de dilatation, et un quart d'heure de période d'expulsion.

En somme, c'est dans tous ces cas de col perméable, déhiscent, qu'on a vu souvent des sages-femmes ou des médecins s'installer auprès des femmes et attendre des heures entières la terminaison d'un accouchement qui n'était même pas commencé. L'erreur est cependant facile à éviter, puisqu'il n'y a pas de contractions utérines douloureuses, revenant par intervalles de plus en plus rapprochés, et puisque le col ne se modifie en rien, restant entr'ouvert sans se dilater davantage.

C. *Difficultés et causes d'erreurs dans l'interprétation des résultats obtenus par l'exploration du col utérin.*—Il ne s'agit plus ici de faits où la recherche du col et l'état dans lequel on le trouve peuvent prêter à des appréciations erronées, mais au contraire de cas où l'exploration du col ne donne lieu par elle-même à aucune difficulté ni à aucune erreur. Et cependant, l'interprétation tirée de l'examen du col cesse d'être exacte en ce qui concerne le diagnostic de la marche du travail, par suite d'une anomalie dans les contractions utérines. Je vous ai déjà parlé de ces faits, qu'on désigne sous le nom d'arrêt du travail, de rétrocession du travail. Je n'y reviens pas. Je veux toutefois vous faire remarquer, en ce qui concerne la rétrocession du travail, qu'il faut bien se garder de la confondre avec les cas où le col revient sur lui-même après la rupture des membranes, mais reste dilatable ; lorsqu'il y a, par exemple, une mauvaise présentation, un rétrécissement du bassin, lorsqu'enfin la partie foetale n'est pas engagée et ne sollicite pas le col à continuer à se dilater.

Un mot encore à propos d'une erreur possible dans les cas de grossesse extra-utérine.

Il peut se faire que cette grossesse arrive près du terme ou à terme, et que des phénomènes analogues à ceux du travail se produisent : contractions utérines douloureuses, début de dilatation, écoulement de sang. C'est là un faux travail, qu'on reconnaîtra facilement par la constatation de tous les signes de la grossesse ectopique.

Je me suis efforcé de vous démontrer que le diagnostic du travail de l'accouchement est, comme je vous le disais en commençant, souvent difficile à établir. Les erreurs sont, en pareil cas, très fâcheuses. Elles peuvent être préjudiciables à la femme. Elles le sont en tout cas à l'accoucheur.

Rappelez-vous donc que deux faits essentiels constituent le travail et peuvent seuls vous le faire affirmer : les contractions utérines douloureuses et la dilatation progressive du col. Les erreurs proviennent, le plus souvent, d'un examen superficiel incomplet, d'une fausse interprétation de faits mal observés. Appliquez-vous surtout à bien faire le toucher. En tous cas, dans l'incertitude, la prudence la plus élémentaire commande de ne rien affirmer, d'attendre, et surtout de se garder de toute intervention intempestive.

Le catarrhe naso-pharyngien chez les enfants

PAR

J. COMBY

Le catarrhe naso-pharyngien est très commun chez les enfants après le sevrage, entre 2 et 4 ou 6 ans. Mais il peut s'observer avant cet âge, chez les nourrissons de 1 an à 18 mois.

Chez une fillette de cet âge, le catarrhe était tellement abondant que le larynx en était obstrué, et qu'on avait cru à du croup.

Ce pseudo-croup céda très rapidement aux irrigations de la gorge et au nettoyage des fosses nasales.

Les manifestations du catarrhe naso-pharyngien sont plus fréquentes et plus pénibles en hiver qu'en été; les refroidisse-

ments, les rhumes vulgaires si fréquents pendant la mauvaise saison, aboutissent souvent au catarrhe naso-pharyngien. Le coryza aigu ou à réputation précède souvent la pharyngite. Un nez mal fait, une cloison déviée, une hypertrophie de la muqueuse pituitaire, etc., sont des causes prédisposantes souvent constatées. Parfois la syphilis héréditaire semble jouer un rôle.

Les polypes naso-pharyngiens, les végétations adénoïdes, toutes les tumeurs des fosses nasales ou du pharynx entraînent presque fatalement le catarrhe de la muqueuse.

Enfin, il faut accorder au tempérament lymphatique un rôle important. Certains enfants de souche arthritique, tuberculeuse ou scrofuleuse, présentent un développement insolite de leur système lymphatique : leurs ganglions sous-cutanés sont gros, leurs chairs sont molles et comme gorgées de lymphe, leurs organes lymphatiques (amygdales, follicules clos) sont hypertrophiés. La muqueuse qui revêt et entoure ces amas de tissu adénoïde est elle-même épaissie, molle et se laisse aisément enflammer. Le catarrhe naso-pharyngien est donc l'attribut des enfants lymphatiques ; mais toutes les causes héréditaires ou acquises d'irritations locales du nez et de la gorge suffisent à le produire.

II

Les symptômes du catarrhe naso-pharyngien sont de deux ordres ou du moins affectent deux organes différents, quoique solidaires l'un de l'autre, à savoir le nez et la gorge. Du côté du nez, nous trouvons les symptômes d'un coryza plus ou moins net : signe d'obstruction incomplète, enchifrènement, éternuements, difficulté de respirer et de dormir la bouche fermée, ronflement, etc. Tantôt il y a un écoulement latent, se faisant en arrière (coryza postérieur). Pour saisir la présence de ce coryza postérieur, il suffit de faire ouvrir la bouche et d'abaisser la langue : on voit alors le pharynx tapissé de mucosités purulentes qui descendent de l'arrière cavité des fosses nasales qui viennent irriter l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, etc.

On comprend alors les symptômes pharyngés, la *toux pharyngée* du Dr Millon, la *toux nocturne ématissante* du Dr Gastou. Les enfants atteints de catarrhe naso-pharyngien, en effet, toussent beaucoup ; ils toussent d'autant plus que leur pharynx est plus encombré de mucosités, et c'est pourquoi les paroxysmes sont notés pendant la nuit, le matin au réveil, c'est-à-dire quand l'en-

fant a gardé la position horizontale qui lui a permis d'accumuler dans son pharynx supérieur tous les produits de son catarrhe.

Cette provision se vide quand il y a trop plein ou que l'enfant prend la position assise et debout. C'est alors qu'on assiste à ces accès de toux coqueluchoïde, nauséuse, émétisante.

Si l'on ausculte la poitrine, à aucun moment on ne saisit la présence de râle, de souffle, de la modification quelconque de la respiration. Les bronches et les poumons sont indemnes : ce caractère négatif est à retenir, il permet de faire le diagnostic.

L'évolution du catarrhe naso-pharyngien tient plus des maladies chroniques que des maladies aiguës. Les enfants toussent pendant des semaines et des mois. Si on les soigne, comme il convient, par un traitement local naso-pharyngé, on obtient une atténuation, une catégorie temporaire ; mais les récidives sont fréquentes. Car il y a un point d'appel, des granulations de la gorge, des végétations adénoïdes, du coryza postérieur, etc. Le moindre refroidissement ramène le catarrhe sur ce terrain tout préparé.

Le pronostic, à tout prendre, n'est pas grave ; même négligé et méconnu, le catarrhe naso-pharyngien ouvre peu la porte aux complications, aux infections secondaires. Ce qu'on peut craindre, c'est l'otite moyenne par propagation à la trompe d'Eustache ; la laryngite striduleuse, la bronchite, la broncho-pneumonie, peut-être. Mais comme les enfants sont déjà grands, ils sont peu exposés à la redoutable complication broncho-pneumonique. Quant à la tuberculose, elle n'est pas en cause dans l'immense majorité des cas.

En somme le catarrhe naso-pharyngien est une maladie tenace, mais benigne.

III

Comme j'ai eu l'occasion de le dire plus haut, le diagnostic repose sur l'examen direct. Un enfant tousse d'une façon habituelle ou intermittente ; la première idée qui se présente à l'esprit est celle de bronchite. On ausculte donc le petit malade et on ne trouve rien.

Alors il faut penser au nez et à la gorge. L'examen directe des narines, les commémoratifs, au besoin la rhinoscopie, diront si la muqueuse pituitaire a été atteinte et si elle est en souffrance. Souvent le simple examen direct de la gorge bien éclairée et bien ouverte, suffira pour donner une opinion conforme à la réalité des choses.

Quand nous aurons vu des amygdales plus ou moins grosses et fongueuses, des granulations pharyngées, une muqueuse tomenteuse, et surtout des écoulements muco-purulents dans l'arrière-gorge, notre religion sera éclairée.

J'ai bien souvent montré à mes élèves de l'hôpital Trousseau des exemples frappants de cette affection ; à chaque consultation nous étions appelés à voir des enfants dont la toux inquiétait leurs parents ; après les avoir auscultés en vain, j'affirmais que la toux était d'origine pharyngée et l'examen sommaire avec l'abaisse-langue mettait le fait hors de doute.

IV

Le traitement ne présente pas plus de difficultés que le diagnostic ; il doit être général et surtout local.

Le traitement général s'impose chez des enfants pour la plupart maigres, pâles, lymphatiques ; on leur donnera de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, une bonne alimentation, la cure d'air et de soleil quand cela sera possible.

Mais on peut utiliser les vaporisations, les pulvérisations naso-buccales avec l'eau borriquée, l'eau sulfureuse d'Enghien, Eaux-Bonnes, La Bassère, Challes, etc. Les pulvérisations faites avec un petit appareil à vapeur, seront répétées matin et soir. Elles sont bien tolérées et n'ont pas d'inconvénients.

On peut aussi, comme le veut M. Gastou, introduire dans les fosses nasales de la vaseline borriquée avec ou sans antipyrine.

Le traitement local consiste dans la toilette des cavités nasales et pharyngiennes. Il faut nettoyer la muqueuse des mucosités purulentes qui l'encombrent et modifier sa surface par des antiseptiques. Je ne suis pas pour le siphon de Weber, qui me paraît avoir plus d'inconvénients que d'avantages et qui risque d'infecter l'oreille moyenne par le refoulement des produits septiques dans la trompe d'Eustache.

Mais ce qui me semble plus efficace, c'est l'instillation d'une ou deux gouttes d'huile mentholée à 1 pour 30 ou 40, dans chaque narine, la tête de l'enfant étant renversée en arrière :

Huiles d'amandes douces.....	10 gr.
Menthol	0,25

Introduire matin et soir une goutte de cette mixture dans chaque fosse nasale.

Quant au pharynx, on peut se borner aux pulvérisations

indiquées plus haut ou faire des irrigations, ou encore des attouchements avec la teinture d'iode pure ou mitigée. Mais le traitement nasal doit être préféré ou mis en première ligne.

Traitement de l'éclampsie puerpérale

M. le Dr Huguenin a exposé cette question dans le *Concours Médical*, et a insisté, avec raison, sur la nécessité absolue pour tout médecin, pour toute sage-femme, d'analyser ou de faire analyser l'urine de toute femme enceinte, au moins deux ou trois fois dans le cours de la grossesse.

Dès que l'existence de l'albumine est constatée, il faut instituer le traitement prophylactique de l'éclampsie, qui n'est autre que celui de l'albuminurie.

On prescrira : 1^o le régime lacté absolu ; 3 litres à 4 litres de lait en 24 heures, par doses de 300 grammes toutes les heures et demie environ ; 2^o une solution de lactate de strontium contenant un gramme par cuillerée à soupe, deux à trois cuillerées à soupe en 24 heures.

L'urine, analysée au bout de 8 jours, devra contenir moins d'albumine ; on continuera le traitement et si, au bout de 15 jours de régime strict, il n'y a pas de diminution de l'albumine, ce qui est exceptionnel, on relâchera un peu la rigueur du régime, en permettant le bouillon, les œufs, 50 grammes de viande, quelques légumes verts, du pain, des fruits cuits. M. Huguenin ne croit pas, en effet, qu'une albuminurie qui résiste 15 jours à un traitement rigoureux par le régime lacté, soit une albuminurie transitoire et curable.

L'exercice jouera aussi un rôle important. Il doit être modéré ; la marche au grand air est ce qu'il y a de mieux.

Les inhalations d'oxygène répondent au même but ; elles facilitent la destruction des déchets.

Quand l'éclampsie n'a pu être évitée, il faut empêcher la malade de tomber du lit ou de s'abîmer la langue, dans des mouvements désordonnés.

On doit maintenir la malade dans une chambre chauffée, bien enveloppée de flanelle, donner le chloral en potion ou en lavement à la dose de 4, 6, 8 et 10 grammes en 24 heures, administrer en même temps des purgatifs et instituer le régime lacté absolu.

La morphine employée à l'étranger, ne l'est pas en France.

Le chloroforme ou l'éther doit être donné en inhalations interrompues, seulement au moment de l'imminence des crises, de manière à maintenir la malade dans un état de demi-sensibilité suffisant pour conjurer les accès. Dès que le péril est écarté, on cesse l'administration du chloroforme pour la reprendre dès que de nouvelles contractions fibrillaires de la face feront craindre un nouvel accès.

Les injections de pilocarpine ont été préconisées, mais elles ont l'inconvénient d'occasionner une salivation abondante, qui peut asphyxier les malades pendant la période de coma.

A Vienne, on met les malades dans un bain à 38°, puis on élève progressivement la température jusqu'à 42 ou 44 degrés. La durée du bain est d'environ une demi-heure, puis, au sortir de la baignoire, la malade est enveloppée dans des draps chauffés et des couvertures. Ces bains sont renouvelés deux ou trois fois par jour.

L'avenir du traitement de l'éclampsie paraît être dans les injections de sérum artificiel, précédées dans certains cas des émissions sanguines.

Quant au traitement obstétrical, il est plus sage de ne pas provoquer l'accouchement dans l'éclampsie, puisque dans la plupart des cas le travail se déclare spontanément. Quand la dilatation sera suffisante, on devra délaarrasser immédiatement l'utérus de son contenu. L'accouchement forcé sera réservé pour extraire un enfant viable en danger de mort, si la mère est à l'agonie. Quant à l'opération césarienne, elle ne devra être pratiquée que *post mortem*.

Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale

PAR

LE DR SEBILLEAU

Chaque semaine se présentent à notre consultation plusieurs adolescents et plusieurs enfants atteints d'adénopathie tuberculeuse du cou. Adénopathie tuberculeuse : telle est au moins l'étiquette sous laquelle mes externes, qui les examinent avant moi,

me présentent chacun de ces malades. Et mes externes ont raison, puisqu'ils disent comme les livres d'aujourd'hui. Ils savent bien qu'il ne faut plus maintenant parler d'érouelles, que c'en est fini depuis longtemps de l'engorgement strumeux des anciens médecins et que partout la tuberculose a remplacé la scrofule. Ils ont raison. . . ; et pourtant vous ne m'avez souvent entendu protester que c'était un diagnostic un peu précipité que celui qu'ils portaient ainsi, que cela était noircir un peu trop le tableau, qu'il ne fallait pas si vite parler d'intervention chirurgicale et que, dans un grand nombre de cas, le traitement interne faisait justice de ces adénopathies chroniques que je n'entends pas, croyez-le bien décharger du soupçon de gravité qui pèse sur elles, mais qui sont, moins qu'au début de son exercice chirurgical, effrayantes pour celui qui les a déjà pratiquées depuis quelques années. Je me trouve ainsi conduit à vous donner mon avis sur les deux questions suivantes : 1. Quelle est la nature de ces adénopathies chroniques du cou, dénommées aujourd'hui adénopathies tuberculeuses ? 2. Dans quelle mesure sont-elles justifiables du traitement médical et, le jour où l'intervention du chirurgien devient nécessaire, quelle doit être cette intervention ?

I

Je ne veux point faire devant vous l'histoire de la tuberculose en général non plus que celle de la tuberculose ganglionnaire en particulier, pensant qu'il ne convient nullement de transformer en leçons de pathologie les causeries cliniques que nous faisons ici tout à fait "en famille". Je dois pourtant vous marquer, pour les besoins de ma démonstration, comment petit à petit la tuberculose a arraché à la scrofule le territoire lymphatique qu'autrefois celle-ci possédait seule.

Le microscope décèle d'abord dans certains ganglions strumeux la granulation grise caractéristique de la tuberculose : première conquête. Les engorgements ganglionnaires de la scrofule subissent alors une scission : les uns, ceux dans le parenchyme desquels on trouve le tubercule isolé, la granulation grise, passent à la tuberculose ; les autres, ceux où se rencontrent les masses caséuses, les "flots strumeux", la tuberculose massive, restent à la scrofule. Mais l'expérimentation démontre bientôt que l'inoculation à des animaux de ces ganglions caséux détermine très régulièrement chez les victimes l'éclosion de tuberculoses viscérales : deuxième conquête. Le bacille de Koch est découvert dans la presque totalité des ganglions scrofulo-tuberculeux

et donne des cultures fertiles, même là où la granulation grise n'apparaît pas : troisième conquête. Enfin, ceux-là aussi parmi les ganglions qui, à l'œil nu, ne paraissent frappés d'aucune dégénérescence et dans lesquels l'examen microscopique lui-même ne décèle ni la granulation grise ni le bacille de Koch, peuvent quelquefois encore, s'ils sont inoculés, engendrer des lésions évidemment tuberculeuses : quatrième conquête.

O'est vous dire, n'est-il pas vrai, que peu à peu tout l'échafaudage de la scrofuleuse s'est écroulé, qu'il n'en reste aujourd'hui plus rien et qu'à sa place se dresse maintenant celui de la tuberculose.

O'est vous dire aussi que le plus grande partie des malades qui se présentent à nous avec ces engorgements ganglionnaires du cou dont je vous parlais tout à l'heure, sont frappés de tuberculose ganglionnaire. Cela est entendu : je ne le nie pas.

Mais ne dépassons-nous pas la mesure en disant de tous ces malades sans exception qu'ils sont atteints d'adénopathie tuberculeuse ? A mon avis, si, nous la dépassons et voici pourquoi :

Quelques-uns d'entre vous, d'abord, ont été frappés, et non sans raison, de la rapidité ou, tout au moins, de la facilité relative avec laquelle ont guéri durant ces derniers mois plusieurs de nos clients d'hôpital. Ce n'est pas ainsi qu'en règle générale la tuberculose traite ses victimes surtout à qui la pauvreté défend le confortable du logement, l'abondance de la nourriture, l'usage des médicaments reconstituants, le repos de la campagne et les joies de la plage. Non certainement, cela n'est pas, cela ne peut pas être en tous cas de l'adénite tuberculeuse, même atténuée, qui offre une bénignité de pronostic et présente une si remarquable tendance à la résolution.

Autre preuve et bien meilleure. Vous savez, pour l'avoir déjà maintes fois constaté vous-mêmes, que les engorgements chroniques des ganglions frappent infiniment plus souvent les groupes de la région cervicale que ceux des autres régions. Donc, de deux choses l'une : ou bien toutes ces adénomégalies sont de nature tuberculeuse et il faut admettre que le bacille de Koch est un hôte ordinaire de la cavité bucco-pharyngée, cavité d'où il pénètre, un jour ou l'autre, à la faveur de quelque solution de continuité (carie dentaire, ulcérations gingivo-linguales, etc.) dans l'appareil lymphatique du cou ; ou bien, au contraire, s'il est vrai que le micro-organisme de la tuberculose n'habite pas en commensal habituel la bouche et le pharynx, le moment est venu de trancher enfin dans le vif de cette théorie trop

absolue des contemporains qui entendent, depuis quelques années, grouper sous l'étiquette "adénites tuberculeuses" toutes les adénomégalies chroniques. Que nous enseigne donc la bactériologie ? Elle nous enseigne, précisément, que le bacille de Koch ne s'est pas acclimaté dans la cavité bucco-piaryngée et qu'il n'a point son chapitre dans les descriptions de la flore de cette région qui est pourtant le réceptacle d'un grand nombre de bactéries pathogènes : le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le coli-bacille, etc. ; elle nous apprend aussi quoi qu'on l'y trouve dans certaines conditions, atténué peut-être, au reste, par le mucus qui en tapisse les parois, que le bacille de Koch est beaucoup moins répandu dans les fosses nasales que les différentes espèces dont je viens de parler. Ainsi donc, il n'y a pas de raison sérieuse pour que la chaîne ganglionnaire du cou soit, de préférence à une autre, frappée de tuberculose par inoculation directe, par effraction du bacille et pénétration de celui-ci dans les vaisseaux lymphatique du département cervical. Mais alors que deviennent donc ces engorgements chroniques des régions sous-maxillaire, carotidienne, jugulaire, ces écrouelles de nos anciens, et que signifie leur fréquence ? Je vais vous le dire.

Quelquefois il sont la marque d'une staphylococie à répétition de la peau. La plupart des malades qui nous viennent ici consulter sont des gens de petite condition qui n'ont ni le temps, ni les moyens, ni le goût du linge blanc sur une peau propre. Ne voyez-vous pas, à chaque instant, sur les adultes, l'ecthyma des misérables ; sur les pubères et les adolescents, le furoncle ; sur les enfants, l'impétigo, toutes modalités de l'infection cutanée staphylococcienne ; sur les uns et sur les autres, enfin, les poux de tête qui provoquent le grattage et ouvrent ainsi la porte à l'inoculation et préparent la lymphangite. Les lésions staphylococciennes chroniques ou à répétition de la peau, du cuir chevelu, de la face et du cou : voilà une première raison d'adénomégalie cervicale. Mais il y a mieux.

La cavité buccale se défend, à l'état physiologique, contre l'invasion des bactéries pathogènes par une série de moyens dont mon ami, le docteur Hugenschmidt, a fait récemment, dans son très remarquable travail inaugural, une étude excellente et des mieux conduites. L'action légèrement bactéricide de la salive et du mucus buccal, le rôle mécanique de celle-là, la desquamation du vernis épithélial et son renouvellement, la concurrence vitale des microbes et l'antagonisme des uns et des autres, mais surtout et avant tout les fonctions phagocytaires des leucocytes qui, atti-

rés par les propriétés chimiotactiques de la salive, abandonnent la nappe lymphatique sous-dermique pour faire irruption dans la bouche à la faveur des espaces intercellulaires épithéliaux et se mêler aux sécrétions : voilà la première ligne de défense que rencontrent les bactéries pathogènes quand elles pénètrent dans l'économie par la bouche.

Quand cette ligne est franchie, soit que la lutte antérieure l'ait affaiblie, soit que l'attaque, par son intensité et sa durée, ait dépassé la mesure de sa résistance, ce n'est plus dans l'intérieur de la bouche, c'est plus loin, sous la muqueuse, dans tout l'appareil lymphatique de la langue, de l'amygdale et du pharynx, que s'opère la phagocytose préservatrice.

Et le jour où enfin sont épuisés à leur tour ces défenseurs du second plan, les bactéries pathogènes rencontrent encore la barrière des ganglions lymphatiques du cou où se continuent les fonctions phagocytaires des leucocytes et des cellules endothéliales, et où souvent se termine la lutte.

Chez certains individus, et pour des raisons auxquelles nous ne connaissons encore rien (disposition spéciale du système lymphatique (?), moindre résistance à la lutte de ce système lymphatique produite par une mauvaise hérédité, par l'insuffisance d'aliments, d'oxygène et de lumière, la diminution des échanges organiques et de la respiration cellulaire qui en sont la conséquence, etc., etc.), chez tous les individus, en somme, qu'on appelait autrefois, et qu'on appelle quelquefois encore aujourd'hui — prenant peut-être l'effet pour la cause — des "lymphatiques," l'appareil ganglionnaire réagit à la longue, s'irrite, se gonfle et s'enflamme : ainsi se forment, dans le pharynx, les végétations adénoïdes ; ainsi, dans le cou, les engorgements ganglionnaires.

Certes, ces végétations adénoïdes et ces engorgements ganglionnaires, qui ne sont, au total, que la marque de défaillance d'un appareil débordé par l'infection, et qui sont bien l'image de la vieille strume, sont tout préparés pour l'inoculation tuberculeuse ; certes, les chances sont grandes pour que les uns et les autres deviennent bientôt la proie du bacille de Koch ; mais je le répète, il existe une période, et quelquefois, sans doute, une période assez longue, durant laquelle il s'agit seulement pour eux d'hypertrophie et d'inflammation chronique non spécifique. S'il n'en était pas ainsi, vous ne verriez pas tant et de si faciles guérisons chez nos malades, gens de maigre condition, "hères et pauvres diables," qui ne peuvent prendre de leur santé que des soins très imparfaits.

Je conclus.

Les malades que vous me présentez comme frappés d'adénite tuberculeuse du cou doivent être partagés en deux catégories : les premiers sont, à coup sûr, atteints de tuberculose ganglionnaire : parmi eux, il en est qui ont une tuberculose sévère ; d'autres qui ont une tuberculose atténuée, physiologique même, peut-on dire en quelques cas (car la présence du bacille de Koch dans un ganglion indique simplement la lutte et non pas encore la défaite de l'organe) ; les seconds ne présentent rien autre chose qu'une adénopathie encore banale, adénopathie qui apparaît le jour où deviennent insuffisants les moyens de défense de la cavité buccale contre ses commensaux pathogènes, adénopathie dont toutes les lésions des téguments (impétigo, furoncles, carie dentaire, ulcérations linguales, etc.) favorisent l'éclosion, adénopathie qui survient peut-être plus facilement que chez d'autres sur des sujets prédisposés, nous ne savons par quelle raison, à cette réaction de l'appareil ganglionnaire, adénopathie qui est bien un terrain tout préparé pour la tuberculose, mais qui n'est pas tout d'abord fonction de tuberculose.

Cette causerie a pris en longueur et en " théorie " des proportions que je ne donne pas d'habitude à nos entretiens familiers. Mais je me sentirai plus à l'aise maintenant pour défendre devant vous la nécessité du traitement médical que l'on doit instituer contre les adénomégales dont je viens de vous parler et pour modérer l'ardeur opératoire de quelques-uns d'entre vous.

II

De même qu'il m'a convenu l'autre jour, en vous disant mon opinion sur la nature des adénomégales chroniques de la région cervicale, de vous parler seulement, pour ne pas embrouiller la question, des adénopathies dites " primitives," et de laisser tout à fait dans l'ombre, comme n'ayant rien à faire dans la discussion, les adénopathies dites " secondaires " (celles, par exemple, qui évoluent parallèlement à une ulcération tuberculeuse de la bouche ou du naso-pharynx, à un mal de Pott cervical, à une carie tuberculeuse du rocher), de même, aujourd'hui, dans cette causerie proprement thérapeutique, j'entends ne point m'occuper de ces dernières. Et quelles règles, en effet, pourrai-je, en ce qui concerne leur traitement, formuler devant vous ? Ne sont-elles pas liées, ces adénopathies secondaires, au processus plus ou moins atténué ? Il est donc bien entendu que c'est seulement des adéno-

pathies tuberculeuses ou pseudo-tuberculeuses dites primitives que nous allons parler.

Eh bien ! celles-ci, à envisager les indications que fournit à la direction du traitement le moment où on les observe, peuvent être divisées en trois catégories que voici : 1^o adénopathies ramollies, mais fermées ; 2^o adénopathies ramollies et ouvertes ; 3^o adénopathies non ramollies. Je n'ai pas besoin, je pense, de corriger ce que cette division a de trop absolu et de trop schématique en vous rappelant que ces trois formes d'adéno-mégalie peuvent concurremment se rencontrer sur la "même" région d'un "même" sujet ; cela importe peu ; il y a toujours, en réalité, une lésion dominante qui entraîne la thérapeutique ; et puis, n'est-il pas vrai que vous apprendrez peu à peu, par la fréquentation de l'hôpital et des malades, à adapter à tous les cas particuliers de votre futur exercice médical les conseils fatalement un peu compréhensifs et abstraits que vous tiendrez de vos livres et de vos maîtres ? Au reste, à une adénopathie "mixte," qui est dure, molle ou suppurée suivant les points où on la considère, convient, en toute évidence, une méthode de traitement mixte : c'est, du reste, ce que je vous expliquerai tout à l'heure.

1^o *Adénopathie ramollies, mais fermées.* — Dans cette catégorie rentrent deux variétés d'adénites tuberculeuses ; 1^o celles qui sont frappées de dégénérescence, de nécrobiose de la néoplasie tuberculeuse, mais qui n'ont pas été encore envahie par un des agents de la suppuration et n'ont pas encore contractées d'adhérences avec les téguments ; 2^o celles qui, ayant subi la transformation purulente, pointent vers la peau et la menacent. Aux unes et aux autres, vous me voyez couramment appliquer la même thérapeutique :

J'incise, je curette, je frotte de chlorure de zinc ou bien je teinture d'iode les parois du foyer, je draine et je suture partiellement. Suivant l'étendue des lésions, leur profondeur, le nombre des ganglions atteints, j'emploie l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale, presque toujours, cependant, cette dernière, et voici pourquoi : c'est, précisément, qu'à côté des glandes ramollies ou suppurées, l'opérateur rencontre souvent de gros ganglions durs plus ou moins masqués par elles, ganglions dont il convient — voilà une des formes de la méthode mixte — de pratiquer l'énucléation. J'oserais à peine vous faire remarquer, tant la chose est banale, que je donne à l'incision des téguments une longueur très variable, suivant la force, le siège et l'étendue du mal, si je ne tenais, pour les cas où vous opérerez des adénopathies simple-

ment ramollies et encore recouvertes d'une peau saine, à atténuer dans votre esprit la portée du conseil que je vous donne chaque jour, à propos de l'ouverture des cavités purulentes, et qui est celui-ci : "Incisez largement, très largement." C'est encore ce conseil, assurément, que vous devrez suivre dans le traitement des adénites tuberculeuses suppurées adhérentes à une peau amincie violacée, décollée ; mais au contraire, il sera sage, si les lésions se sont cantonnées dans une zone étroite et si les téguments n'ont encore subi aucune atteinte, vous rappelant combien laides et désagréables sont les cicatrices du cou, de pratiquer dans la mesure du possible ce que mon vieux maître Verneuil appelait : "l'économie de la peau humaine."

Ainsi donc, cela est bien entendu : à adénopathies ramollies, suppurées ou non, incision, curettage et drainage. Ne tentez pas autre chose : ne perdez pas votre temps en applications inutiles de topiques dits résolutifs — par antithèse sans doute. Vous ne gagnerez rien à différer l'intervention : un jour ou l'autre, il faut en venir à elle.

L'un de vous me demandait, tout récemment, pourquoi je ne conseillais pas l'usage des injections modificatrices pratiquées dans la caverne ganglionnaire (éther iodoformé, huile iodoformée, naphтол camphré, teinture d'iode, etc). Eh bien, tout simplement parce que je considère ce traitement comme très inférieur à l'action chirurgicale directe. J'en ai fait et vu faire beaucoup de ces injections interstitielles ; j'en ai appris le manuel opératoire chez mes maîtres Verneuil et Le Dentu ; au total, je ne crois pas avoir observé un seul cas où elles aient franchement amené la résolution de l'adénite, sans provoquer tôt ou tard — ordinairement assez tard — l'ouverture spontanée de l'abcès tuberculeux. Souvent, même, j'ai vu cet abcès, vidé à l'extérieur, ne pas encore guérir sans curettage. Alors, pourquoi perdre tout ce temps ? Pour assurer, dit-on, la désinfection du foyer tuberculeux avant l'action chirurgicale ! Il y aurait, je crois, beaucoup à discuter sur ce point ; en tous cas, mince bénéfice, croyez-moi, pour tant de jours perdus.

Les injections modificatrices trouvent cependant leur indication chez quelques malades ; quand les lésions sont très étendues et que plusieurs groupes ganglionnaires sont frappés d'adénopathies suppurées, quand l'état général du sujet est mauvais, quand la tuberculose a envahi d'autres organes, les viscères surtout, le poumon en particulier, alors, oui, l'intervention sanglante est inutile et dangereuse et je vous la déconseille fermement. Il n'est

pas rare, dans ces cas, de la voir suivie, à brève échéance, d'une poussée de tuberculose aiguë qui emporte le malade en quelques jours. Voilà donc où seront justifiées par la nécessité de ne pas laisser la porte béante à l'infection bacillaire en ouvrant des vaisseaux, et aussi par celle de ne pas diminuer par le traumatisme la résistance du sujet ; voilà, dis-je, où seront justifiées les injections modificatrices que je proseris en toute autre occurrence.

2. *Adénopathies ouvertes.*—C'est le même traitement, incision, curetage, frottage au chlorure de zinc, qui convient aux adénites ouvertes. Il faut largement agrandir l'orifice fistuleux, se donner du jour, suivre les prolongements, pénétrer dans les culs-de-sac, détruire partout la paroi sécrétante, désinfecter les foyers, les drainer, et souvent réséquer tout autour du point où s'est faite "l'abcission" un segment de peau en souffrance privée de vitalité et participant au processus tuberculeux.

Ici encore, quelques sujets échappent à l'action chirurgicale. Que faire, en effet, en matière d'opération, à ces malades misérables, pâles et émaciés, dont le cou est criblé d'orifices fistuleux, entouré de cicatrices anciennes, gonflé "d'écrouelles" et tout suintant "d'humeurs froides" ? Tout simplement des injections de teinture d'iode, de naphthol camphré ou d'huile iodoformée, et c'est tout.

3 *Adénopathies non ramollies.* — Aujourd'hui ma conviction est bien faite. Toutes les fois que je suis consulté pour un adénomégalie chronique du cou, que cette adénomégalie soit récente ou déjà vieille de quelques mois, qu'elle soit superficielle ou profonde, sous-maxillaire, jugulaire externe, carotidienne, sus-claviculaire ou sous-occipitale, qu'elle frappe un ou plusieurs ganglions, du moment qu'elle n'est ni ramollie, ni suppurée, je ne l'opère jamais sans avoir pendant plusieurs semaines au moins — en tenant le malade sous mon observation — soumis le sujet au traitement médical. Et j'ajoute qu'en dirigeant ma thérapeutique, j'évite, aux trois quarts des malades au moins, une intervention chirurgicale qui n'est pas sans avoir pour eux de sérieux inconvénients. Oui, cette ablation des ganglions du cou (car c'est l'opération qui convient aux odénites non ramollies) a de sérieux inconvénients : elle est, ou, tout au moins, peut-être inutile, difficile et nuisible. Je vais vous le prouver.

Je dis qu'elle est peut-être inutile. Qui de vous ne se souvient avoir vu, dans le cours de l'année passée, plus de dix malades, enfants ou adultes, presque tous pauvres, partant soumis à une hygiène défectueuse, guérir, sous l'influence du traitement

général que nous leur avons conseillé, de multiples adénites chroniques du cou ?

Elles n'étaient pas tuberculeuses, direz-vous ; peut-être en effet, et c'est précisément pour cela que je ne veux pas que vous opérerez les autres avant de tenir pour certain qu'elles le sont et qu'elles vont évoluer comme telles. Inutile donc, l'opération, parce que souvent la cure médicale suffit. Inutile encore, parce qu'elle ne prévient nullement la récurrence.

Retenez, sur ce point, l'histoire que voici de deux jeunes malades (16 et 20 ans) que j'observais récemment. Tous les deux portaient sur le cou, dans la région sous-maxillaire, l'un surtout qui avait été naguère aux prises avec un chirurgien sale, deux cicatrices plissées, gaufrées, violacées, adhérentes : on leur avait enlevé, à l'un et à l'autre, des ganglions tuberculeux ou pseudo-tuberculeux non suppurés. Sur ces cicatrices, de nouvelles adénopathies s'étaient développées, plus volumineuses que les anciennes. En quelques mois, sous l'influence du traitement général, tout cela disparut. Et c'est une nouvelle opération qu'on était venu solliciter de moi.

Je dis que l'expérience est difficile. Non, assurément, quand il s'agit d'adénites de la chaîne jugulaire externe ; oui, certes, quand il est question d'enlever les ganglions carotidiens. Ils tiennent souvent à la gaine du paquet vasculo-nerveux, ces ganglions carotidiens, n'en sont séparés quelquefois qu'avec difficulté, après d'innombrables précautions, non sans risques, et dans de telles conditions qu'il faut, en certains cas, abandonner la fin de la partie et laisser en place, sur la paroi vasculaire, la coque ganglionnaire qui lui adhère. Il n'est pas jusqu'à ces petits ganglions sous-maxillaires, qui roulent pourtant si facilement sous le doigt, semblent si superficiels et dont l'exérèse est si tentante, qui ne réservent aux tout jeunes opérateurs quelque émotion au moment de la section de l'artère et de la veine faciales, qu'on coupe presque toujours quand on libère profondément la petite tumeur.

Je dis enfin, que l'opération peut être nuisible. Car cela est une opération nuisible qui, n'étant pour le malade d'aucun bénéfice évident, l'expose aux dangers, infiniment petits, il est vrai, de la chloroformisation et de l'infection, mais d'une façon presque inévitable, aux ennuis d'une cicatrice que la poussée de la barbe peut dissimuler chez l'homme mais qui reste à tout jamais visible chez la femme. (*A suivre.*)