

Le Montréal-Médical

Paraissant le 25 de chaque mois

ABONNEMENT - - - \$1.00 PAR AN

Hygiène.—Médecine et Chirurgie.
Pratique.—Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

Le phimosis, par M. le Professeur Kirmission	689	Les coups de Soleil. Coup de soleil ordinaire—Coup de chaleur—"Coup de soleil à l'ombre"—Coup de soleil électrique—Leur traitement	703
Les principes de la Cardiothérapie. (Suite)	692	Les infections pyogènes à la suite des bains dans la fièvre typhoïde, par M. le Professeur Chauffard	706
Congrès internationale d'Hygiène scolaire	694	Oculo-réaction à la Tuberculine chez les enfants, par J. Comby, Médecin de l'Hôpital des enfants malades	707
Accusés de réception	695	Le pronostic de l'intervention chirurgicale dans le spina bifida, par P. Legene	709
Vient de paraître: Introduction à la Pathologie générale, par M. le Professeur Le Dantec	697	Les nouvelles idées sur l'hystérie	714
Précis d'Electricité Médicale, par M. le Professeur Castex	698	Etude critique sur le lever précoce de après l'accouchement physiologique, par L. Bouchacourt, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris	717
Eléments de physiologie, par M. le Professeur Arthus	699	Âvis	725
Précis de diagnostic médical, par M. les Professeurs P. et L. Spillman et Haushalter	699	Nos Annonceurs	725
Précis de Pharmacologie, par M. le Professeur Chasseval	699		
L'anémie scolaire et la chlorosé du nourrisson	700		

Tout ce qui concerne la rédaction ou l'administration doit être adressé à

" LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltée "

M. SIMEON MONDOLU, Gerant

55, ST-FRANCOIS-XAVIER

MONTREAL MEDICAL

VOL. VII

MONTRÉAL, 25 SEPTEMBRE 1907

No 7

LE PHIMOSIS

PAR M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

C'est d'ordinaire un accident bien bénin que le phimosis ; seulement il peut devenir l'occasion de grosses complications. On sait qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un rétrécissement de l'orifice préputial qui empêche de découvrir le gland. On ne confondra pas le phimosis avec l'exubérance du prépuce. Chez la plupart des enfants et jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, cette exubérance du prépuce existe ; mais elle n'empêche pas de ramener le prépuce en arrière, ce qui indique qu'il n'y a pas de phimosis vrai. D'ailleurs des phimosis très serrés peuvent se produire sans la moindre exubérance du prépuce. Au contraire, il y a étroitesse et atrophie du prépuce.

Le phimosis est complet ou incomplet, suivant qu'il ne permet pas ou permet de découvrir une partie du gland. L'orifice préputial et urétral peuvent se correspondre, souvent il n'en est point ainsi : ces orifices ne se correspondent pas ; il en résulte une gêne dans l'émission des urines, une distension en poche du prépuce, une stagnation d'urine avec accidents inflammatoires (balano-posthite) consécutifs, et production possible de calculs phosphatiques.

A la naissance, l'orifice préputial peut avoir ses bords agglutinés ; il suffit de l'introduction d'une sonde cannelée pour en écarter les bords. Des adhérences peuvent se produire entre le gland et le prépuce ; elles sont totales, plus souvent partielles, emprisonnent la sécrétion sébacée locale (magma préputial). L'orifice parfois est dur, fibreux, étouffé par le tissu du phimosis qui a lui-même revêtu ces caractères. Toutes ces petites particularités locales doivent être connues.

Le paraphimosis est l'opposé du phimosis. Dans le phimosis, le gland n'est pas découvert ; dans le paraphimosis, il ne peut plus être recouvert par le prépuce qui est refoulé en arrière et agit à la façon d'une bande constrictive sur la racine du gland. Le paraphimosis, dans les premières heures, est aisément réduit : la verge est immobilisée par une main, les doigts de l'autre exercent des tractions sur le gland, une compresse enduite de vaseline protégeant l'anneau constricteur. Si la lésion est ancienne, on peut sectionner la bride constrictive d'un coup de ciseau. L'essentiel est de rassurer les familles. Le gonflement énorme qui est produit n'offre aucun danger ; ce n'est pas le corps comprimé, le gland qui se sphacèle, c'est l'agent constricteur. On se contenterait de bains et de soins de propreté que l'affection se terminerait spontanément par la guérison, après sphacèle du lien préputial.

Des hernies coïncident fréquemment avec le phimosis ; l'enfant fait des efforts au moment de la miction. Si ses anneaux herniaires sont faibles, une hernie peut se produire. On a voulu également établir une relation de cause à effet entre le phimosis et l'hydrocèle. La chose est beaucoup plus douteuse ; ce n'est guère la compression du cordon par l'effort d'uriner et l'exsudation consécutive dans la tunique vaginale qui peuvent être invoquées. S'il y a hydrocèle dans le phimosis, c'est qu'il s'agit de deux affections simplement juxtaposées.

On a attribué toutes sortes de complications au phimosis : strabisme, contractures, épilepsie, paralysies infantiles. Toutes ces relations sont d'imagination pure. On a rattaché la pseudo-coxalgie également au phimosis.

Il y a douze ans, M. Kirmisson crut tout d'abord avoir affaire à un fait de cet ordre : un garçon de 3 ans, atteint d'une claudication du membre inférieur droit. L'articulation était libre dans ses mouvements ; mais il existait une pléiade ganglionnaire dans la région inguinale droite et un phimosis compliqué de balano-posthite. Le phimosis fut opéré ; la pseudo-coxalgie ne s'en trouva nullement améliorée. Elle présentait les premiers signes, signes encore très atténués, d'une coxalgie vraie qui évolua par la suite.

Il semble en être autrement de l'incontinence d'urine. Souvent cette infirmité cesse quand un phimosis est opéré. Le phimosis plaçant le sujet dans les conditions des voies uri-

naires s'opèrent au-dessus de ce rétrécissement. Des infections font suite à ces dilatations : des accidents de pyélo-néphrite peuvent surgir.

Un petit malade âgé de deux ans, tombe brusquement malade le 14 avril ; il pleure, on le purge. La mère s'aperçoit avec terreur d'un gonflement rose et lisse qui a envahi la verge, le scrotum, les tissus nous avoisinants. On dirait d'une infiltration d'urine. L'enfant en effet n'urine pas. A l'entrée à l'hôpital, il y a de la fièvre (38°), le prépuce est très étroit. L'enfant n'a pas uriné depuis la veille. On applique tout d'abord des compresses humides autour de la verge et l'enfant est sondé le soir. Une grande quantité d'urine claire est évacuée ; à ce moment on perçoit une masse très dure dans le prépuce. Il s'agit d'un calcul phosphatique extrait par la pression. L'enfant va mieux, quitte le service, mais rentre quelques jours plus tard avec les mêmes accidents locaux, douleurs, gonflement énorme, impossibilité d'uriner, fièvre et en plus congestion pulmonaire. L'opération est faite le lendemain : une fente dirigée à la face dorsale et médiane du prépuce. On trouve l'orifice de l'utéthre très petit et en arrière, appendue au canal une poche urineuse se prolongeant dans l'intérieur du scrotum. Cette poche contient de l'urine et du pus fétide, à odeur ammoniacale. Incision large et drainage. L'enfant va mieux ; mais encore aujourd'hui la congestion pulmonaire persiste et l'état reste grave.

Dans le cas actuel il s'agit d'une poche urineuse ; l'infiltration du scrotum tenait à un état lymphangitique des tissus avec infiltration urineuse ; il peut y avoir infiltration urineuse, chez les sujets atteints de rétrécissement ; ils font effort pour uriner, l'urine ne sort pas, mais un gonflement subit envahit les tissus voisins. Il y a encore des abcès urinaires qui sont des collections purulentes limitées par des poches. L'enfant avait dans le cas présent à la fois une poche urineuse et un abcès.

Le phimosis ne doit pas être négligé. S'il est serré, ce n'est rien que de débrider par une incision médiane ; des lambeaux quadrangulaires pendent ensuite de chaque côté. Il est aisé d'en pratiquer l'excision.

On peut encore pratiquer la circoncision. Le prépuce est attiré en avant, fixé par une pince fenêtrée qui limite la quantité à exciser. Un coup de bistouri coupe la partie débordante.

Seulement il faut se souvenir que si le feuillet cutané se laisse attirer, il n'en est pas de même de la muqueuse ; celle-ci reste à vif quand la peau est coupée, il faut sectionner la muqueuse à son tour par une incision médiane, dégager le gland. Une série de sutures réuniront ensuite la muqueuse à la peau.

LES PRINCIPES DE LA CARDIOTHÉRAPIE

(Suite)

Paris, 1er août, 1907.

Quelque soit la lésion cardiaque, valvulaire ou musculaire, les premiers organes à souffrir après le cœur, sont les poumons, le foie et les reins ; leur état de méiopragie aura un retentissement sur la physiologie de tous les autres organes. La dyspnée qui apparaît a une origine tant toxique que mécanique et ce n'est pas seulement en activant le jeu d'une pompe malade que l'on pourra guérir la dyspnée et les autres troubles fonctionnels. Que vous soyez en présence d'une cardiopathie très dyspnéisante comme le rétrécissement mitral artério-scléreux ou très peu dyspnéisante comme dans le rétrécissement pulmonaire rhumatismal les grands principes du traitement sont les mêmes et pour opposer une thérapeutique logique aux accidents à combattre il faut s'adresser **EN MEME TEMPS** au cœur moral, artériel, veineux et périphérique.

L'ondulation régulière de l'influx nerveux ne doit pas être troublée par des émotions violentes qui sont toujours suivies de dépression difficile à remonter, les phénomènes de nutrition étant profondément modifiés. La confiance en son médecin est un des meilleurs remèdes du cœur moral. Les règles de l'hygiène générale doivent être soigneusement appliquées. Le climat qui convient le mieux à ces personnes est une atmosphère tiède, limpide, lumineuse et calme. Les grands froids, la chaleur excessive, le brusque passage du chaud au froid ou à l'humidité doit être évité. Il faut aussi attacher la plus haute importance à ce que l'air, ce pain des poumons et du sang, soit le plus pur possible. Lorsque la dyspnée existe depuis longtemps il y a indication de conseiller des inhalations d'ozone ou d'administrer l'oxygène ; 1 litre (1 pinte) matin et soir, afin d'activer les combustions de l'arbre respiratoire, de faciliter les échanges chimiques de

l'organisme et de donner du sang l'excitant normal qu'ont besoin les cellules ganglionnaires motrices du cœur.

Pour traiter le cœur veineux il faut faire disparaître l'hypertension profonde et invisible des veinules, des artérioles et des lymphatiques. Les purgatifs légers élimineront les ptomaines tout en facilitant la circulation générale. Les menus raisonnés et proportionnés aux dépenses physiologiques pourront très fréquemment faire disparaître la dyspnée et l'insomnie sa trop fidèle compagne.

Ces malades doivent peu boire et éviter tous les excès et les erreurs d'alimentation qui versent dans l'organisme une pluie de substances toxiques que le foie ne peut détruire et le filtre rénal ne peut éliminer assez rapidement. La nutrition générale est ainsi troublée, il se produit une vaso-contriction, une hypertension artérielle qui donne un surcroît de travail à un myocarde mal nourri. Pour un homme de 5 pieds et 4 pouces pesant 135 livres la somme de calories qui lui est nécessaire varie entre 2,000 à 3,000 calories. Ainsi la ration doit être choisie parmi les aliments suivants dont le nombre de calories est indiqué.

1000 grammes de lait (1 pinte) dégagent environ- - - - -	700	calories
60 grammes (2 onces) de farine d'avoine ou de gruau dégagent environ- - - - -	200	—
60 grammes (2 onces) de sucre dégagent environ- - - - -	200	—
1 œuf (soit 60 grammes (2 onces) dégagent environ- - - - -	144	—
100 grammes (3 onces) de pain dégagent environ- - - - -	400	—
100 grammes (3 onces) de pomme de terre dégagent environ- - - - -	423	—
100 grammes (3 onces) de riz dégagent environ- - - - -	480	—
10 grammes (116 grains) de beurre dégagent environ- - - - -	72	—
50 grammes (2 onces) de rôti de bœuf dégagent environ- - - - -	206	—

Ces aliments seront donnés sans sel si le malade a une tendance à l'hydratation de ses tissus. Ce régime modifié selon les indications particulières pour maintenir, durant de

nombreuses années, l'organisme du cardiaque en équilibre stable.

Les lotions fraîches et les frictions dilateront le cœur périphérique en excitant l'innervation vaso-motrice, en activant la circulation, en diminuant la tension artérielle, d'où un effet dérivatif au profit du myocarde.

La respiration cutanée se fera plus complète et la transpiration aidera plus facilement le travail des reins.

(A suivre).

Dr D.-E. LECAVELLIER,
Paris.

CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE

(Londres, 5 août 1907)

LE FICHIER SANITAIRE A L'ECOLE.—Drs. S. Berheim et L. Dieupart de Paris”

—Les auteurs ont ouvert un referendum sur cette question et reproduisent dans leur travail la réponse d'un grand nombre de médecins inspecteurs d'écoles. Ils déclarent avec la plupart de leurs confrères qu'une inspection même bien faite même sévère ne suffit pas pour protéger le jeune élève, ses camarades et ses maîtres. Il est indispensable que chaque individu, enfant ou adulte, qui fréquente l'école, le cours ou le lycée, ait son fichier sanitaire. Ce casier sera tout à fait confidentiel et ne sera porté qu'à la connaissance du médecin inspecteur ou des parents de l'intéressé. Dans le cas où l'enfant vient à changer d'école, son livret sanitaire sera transmis par la famille ou par le médecin directement à l'autre médecin inspecteur. Ce fichier sanitaire aura une grande importance pour l'enfant dont on connaîtra exactement la santé et la puissance de travail. De cette façon on n'exigera pas de lui, comme cela arrive trop souvent, des efforts incompatibles avec sa santé ; on le dirigera aussi vers telle carrière adéquate à sa constitution et à ses aptitudes. En cas de menace de tuberculose on éloignera pendant un certain temps le jeune être de l'école afin de le guérir et surtout de ne pas contaminer ses jeunes camarades. Plus tard ce fichier sanitaire sera également utile à l'adulte qui pourra le présenter au moment du service militaire et s'éviter ainsi de gros ennuis. Ce casier sera pour lui une pièce officielle et d'authenticité sanitaire.

MM. Bernheim et Dieupart ont observé dans le personnel enseignant un grand nombre de tuberculeux qui sont une menace constante pour les jeunes êtres au milieu desquels ils vivent. Pour eux aussi, le fichier sanitaire est indispensable.

Ces auteurs pensent enfin que l'inspection sanitaire des écoles sera plus efficace, parce que les médecins inspecteurs seront obligés ainsi d'établir une véritable comptabilité qui devra être toujours tenue à jour. Par ce fait, le casier individuel entraînera donc une amélioration immédiate et profonde de toute l'inspection sanitaire de l'école.

ACCUSES DE RECEPTION

Roxton, Pond, 2 Août.

Monsieur S. Mondou,
Montréal,

Cher monsieur,

J'accuse réception, avec remerciements, du joli chronomètre qui m'est arrivé en parfait état.

Bien à vous,

A. Constantineau, M.D.

Montréal, 1er Août

Siméon Mondou, Ecr.,
55 St-François Xavier

Cher monsieur,

J'ai reçu une montre de la "Publicité Cosmos"—Merci.

Bien à vous,

J.-D. MIGNAULT,

Ste-Thècle, 3 août, 1907

La "Publicité Générale Cosmos Ltée.,

Reçu de : "Le Montréal Médical" la prime telle que promise,

Mes plus sincères remerciements,

Dr. B. BORDELEAU.

Ste-Martine, le 12 août

Monsieur S. Mondou, Gérant,

Monsieur,

Merci de votre joli cadeau.

Votre très obligé,

Dr. A. DUQUETTE.

St-Boniface de Shawinigan, 6 août, 1907.
La Publicité Générale Cosmos Ltée., le "Montréal Médical",
à M. Siméon Mondou, Directeur, Gérant,

Cher monsieur,

J'ai reçu le magnifique chronomètre suisse que vous m'avez envoyé, je vous en remercie infiniment.

Je n'ai pas encore reçu le numéro de juin No 4, vol. 7 ;
veuillez-donc me l'envoyer de suite, et aussi les numéros déjà demandés, merci d'avance pour l'envoi.

Bien à vous,

Dr J.-C. GELINAS.

Drummondville, 30 juil., 1907.

M. Siméon Mondou,

Mon cher monsieur,

Grand merci pour le joli cadeau que je viens de recevoir,
et je vous assure que si j'avais le temps de voir le "Mont-
réal-Médical" que j'ai beaucoup aimé, j'aurais continué avec
plaisir de le recevoir.

Agréez les remerciements de votre dévoué,

Dr. P.-A. BERARD.

14 août 1907

Monsieur Mondou,

"Publicité Générale Cosmos, Ltée" Montréal.

Cher monsieur,

J'ai reçu avec plaisir le chronomètre suisse que vous avez
eu la bonté de m'envoyer par la poste, je le trouve tout à
fait commode pour un médecin et je vous fait tous mes com-
pliments pour l'idée que vous avez eue de faire plaisir aux
disciples d'Esculape.

Bien à vous,

Dr. A.-K. MALOUF
124 Lagauchetière E

St. Tite, 31 juillet 1907.

M. S. Mondou,

Mes mille remerciements, pour votre jolie chronomètre que
vous m'avez envoyé.

En retour je conseillerai votre journal à mes confrères.

Votre dévoué,

Dr. J.-H. TRÉMFLAY.

St-Hyacinthe, 30 juil., 1907.

M. Siméon Mondou, Directeur-Gérant de la

Cher monsieur,

J'accuse réception de la jolie montre que votre compagnie distribue à sa clientèle,

Avec mes remerciements, je demeure,

Votre obligé,

E. OSTIGUY.

St-Isidore, 30 juil., 1907.

A M. Siméon Mondou, Directeur-Gérant de la

"Publicité Générale Cosmos Ltée." Montréal,

Monsieur,

J'accuse réception de votre magnifique chronomètre suisse dont je vous remercie beaucoup. Si je savais d'avoir une aussi belle prime chaque fois que je retarderais de payer un compte, j'en prendrais l'habitude, car vraiment ça vaut la peine.

Veillez donc recevoir mes plus sincères remerciements pour votre magnifique cadeau et croyez-moi,

Votre bien dévoué,

D. CHOUINARD, M.D.

VIENT DE PARAÎTRE

Introduction à la Pathologie générale

PAR M. LE PROFESSEUR LE DANTEC

Ouvrage des mieux pensés et des mieux écrits sur l'hérédité, la maladie, la vie, ses conditions chimiques, physiques, et dynamiques ; l'état colloïde des cellules, l'action des sérums, et l'action biologique des radiations.

La deuxième partie traite de l'infection, de la phagocytose des réactions de l'organisme, de l'opothérapie, de l'application de la méthode pathologique à la biologie normale ; de l'évolution individuelle et de l'hérédité des caractères acquis. Ces nouvelles données ouvrent des horizons nouveaux à tous esprits qui aiment à entendre et comprendre les vérités médicales.

Envoyé franco en adressant un mandat poste de \$3.00 à M. Félix Alcan, 108 Boulevard St-Germain, Paris.

Précis d'Electricité Médicale

PAR M. LE PROFESSEUR CASTEX

La deuxième édition de ce Précis, augmentée de 310 pages et 33 figures, contient tous les progrès accomplis dans ces dernières années par l'électricité médicale. La "technique" donne les notions théoriques et pratiques sur l'appareillage, avec ses plus récentes acquisitions. En "électrophysiologie" sont exposées les actions des diverses formes de courants, avec les derniers travaux sur les lois d'excitabilité des nerfs, les effets de la haute fréquence, les applications des ions, l'électrostérilisation de l'eau par l'ozone, etc. "L'électrothérapie proprement dite", qui tient près de 200 pages, contient les indications du traitement électrique dans les diverses affections.

La "radiologie" mettra le lecteur complètement au courant de l'état actuel de cette branche.

Un exposé des notions essentielles de "radiumthérapie" et de "photothérapie" termine l'ouvrage. Prix \$2.40, F. R. de Rudeval, Paris.

Elements de physiologie

PAR M. LE PROFESSEUR ARTHUS

C'est un résumé fidèle de l'enseignement physiologique donné pendant 4 années à l'Université de Fribourg en Suisse. Il contient tout ce qu'un médecin et un étudiant doit connaître pour comprendre la pathologie. Deuxième édition revue et corrigée, envoyé franco sur réception d'un mandat de poste de \$1.80, Masson et Cie., 120 Boulevard St Germain, Paris.

Precis de diagnostie medical

PAR M. LES PROFESSEURS P. ET L. SPILLMAN ET HAUSHALTER

C'est le guide de l'étudiant à l'hôpital et du praticien dans son cabinet. On y trouve une description parfaite des principaux moyens d'investigation et d'exploration usités en clinique, méthode générale et spéciale d'arriver aux diagnostic des maladies et un supplément touchant l'alimentation et la désassimilation. Prix \$1.40, envoyé franco en adressant un mandat de poste à M. Masson & Cie, 120 Boulevard St-Germain, Paris.

Précis de Pharmacologie

PAR M. LE PROFESSEUR CHASSEVANT

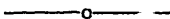
Pour faire œuvre de thérapeute, le médecin doit connaître avec précision et en détail les origines, les propriétés physiques, chimiques, organoleptiques, les actions physiologiques dynamogéniques et toxiques des agents employés en médecine.

Ce précis est divisé en deux parties.

La première est consacrée à "l'art de formuler". L'auteur décrit en détail la façon de rédiger correctement une ordonnance ; il insiste particulièrement sur les associations médicamenteuses, les incompatibilités, l'antagonisme, sur la posologie des principes actifs, les doses, l'accoutumance, l'intolérance, l'accumulation, sur l'absorption et l'élimination des médicaments.

La seconde partie traite de la matière médicale et de la pharmacologie, elle est consacrée à l'étude particulière des principaux médicaments et comporte leur description, l'exposé de leurs propriétés chimiques, physique, organoleptique ; de leur action physiologique, de leur posologie, de leurs principales indications thérapeutiques.

De nombreuses formules citées comme exemples peuvent servir de types pour la rédaction de formules magistrales, elles indiquent pour chaque médicament les formes pharmaceutiques les plus fréquemment utilisées. Prix, \$2.00, M. de Rudeval, Paris.



L'homme qui a une grande force morale, qui est maître de ses passions et suit sa vie avec un certain entrain est bien moins exposé que tout autre à prendre les maladies contagieuses.

Les passions tristes portent à l'abattement, nourrissent la phthisie et la font prospérer.



Il vaut mieux avoir la tête bien faite que bien pleine, et pour moi, j'aime mieux foiger mon âme que de la meubler.

LANEMIE SCOLAIRE ET LA CHLOROSE DU NOURRISSON

Un confrère allemand assez connu, M. Unruh (de Dresde) vient de publier un petit travail dans lequel il déclare que, lorsqu'un enfant, mis à l'école, commence au bout de quelque temps, à se sentir fatigué et abattu, à avoir des maux de tête et de la constipation, à manger sans appétit et à perdre ses couleurs, il ne faut pas, sans plus de procès, le déclarer atteint d'anémie, de chlorose "scolaire". Avant de porter ce diagnostic, il importe d'examiner ses urines pour s'assurer qu'il n'a pas d'albuminurie cyclique, d'examiner son cœur pour voir s'il n'y a pas de myocardite, suite d'une fièvre éruptive ou de quelque autre maladie infectieuse particulière à l'enfance. Si cet examen montre l'intégrité parfaite du cœur et des reins, c'est alors, et à cette condition seulement, qu'on est autorisé à faire le diagnostic d'anémie ou de chlorose "scolaire".

Ce que M. Unruh nous dit au sujet de la chlorose "scolaire", M. Leenhardt nous le déclare au sujet de l'anémie à type chlorotique du nourrisson. La chlorose, avec sa formule hématologique propre, passe pour une affection intimement liée, sinon particulière à la puberté. D'un autre côté, quand un nourrisson se présente avec les allures d'un anémique, son anémie est généralement symptomatique d'une affection facile à déceler : tuberculose, syphilis, rachitisme, gastro-entérite, athripsie, etc. Or, dans un travail qu'il vient de faire paraître, M. Leenhardt a réuni seize observations, pour la plupart personnelles, d'anémie chez les nourrissons.

L'anémie à type chlorotique, autrement dit la chlorose du nourrisson se présente avec des caractères très nets qui permettent d'en faire aisément le diagnostic une fois que l'attention est éveillée sur ce point.

Elle débute parfois dans les premiers mois après la naissance et se manifeste par la pâleur des téguments. Mais, au début, les parents ne s'en préoccupent pas, étant donné que l'enfant conserve un aspect satisfaisant. Aussi n'est-ce guère avant l'âge de douze ou de dix-huit mois, quand cette pâleur devient de plus en plus accentuée, que le médecin est consulté.

A ce moment, ce qui frappe surtout chez le petit malade, c'est sa pâleur. Les tissus sont complètement décolorés, la peau du corps paraît blanche, sans aucune marbrure. On

dirait que le système capillaire est vide de sang. Les muqueuses, les lèvres, les gencives, les conjonctives sont également et complètement décolorées et les oreilles paraissent exsangues. Et ce qui donne à cette pâleur extrême un caractère spécial, c'est l'aspect général relativement satisfaisant de l'enfant. Dans les anémies symptomatiques de la tuberculose, de la syphilis, du rachitisme, l'enfant est non seulement pâle, mais encore très amaigri, plus ou moins atrophie. Tout au contraire, dans l'anémie à type chlorotique, le nourrisson garde un embonpoint normal, son développement paraît être celui d'un enfant de son âge et son poids reste normal ou à peine au-dessous de la normale. Le contraste entre la pâleur extrême des téguments et l'aspect extérieur plutôt satisfaisant est à tel point frappant que, d'après M. Leenhardt, à lui seul, il doit déjà faire penser à la possibilité d'une chlorose vraie.

Si l'on pousse plus loin l'examen de l'enfant, on trouve d'autres signes qui militent en faveur du diagnostic de chlorose.

En auscultant le cœur, il n'est pas rare de trouver des souffles anorganiques qui ont tous les caractères des souffles extra-pulmonaires: souffles doux systoliques ou mésosystoliques, modifiés par les cris ou les mouvements de l'enfant, apparaissant et disparaissant avec la plus grande facilité, intenses à certains moments, presque nuls à d'autres. Si on place un stéthoscope sur les gros vaisseaux du cou, on entend parfois un souffle veineux très net.

Du côté du tube digestif, les troubles consistent principalement en modifications de l'appétit, qui devient capricieux. Généralement, ces petits chlorotiques sont constipés, avec des alternatives de diarrhée; parfois ils ont des vomissements survenant d'une façon régulière. En tout cas, ces symptômes restent légers et ne paraissent pas liés à un état gastrique particulier. Légers encore sont les symptômes du côté du système nerveux. Au lieu d'être bruyants et remuants, ce qui est de leur âge, les petits chlorotiques se tiennent généralement tranquilles, restent apathiques, immobiles dans un coin, paraissent réfléchir sérieusement, graves, trop graves au dire de leurs parents. Le sommeil est agité, irrégulier, interrompu par des réveils fréquents.

Nous avons déjà dit que ce qui doit faire écarter chez ces nourrissons l'idée d'une anémie symptomatique, c'est qu'ils

conservent leur embonpoint et qu'on ne trouve chez eux ni syphilis, ni tuberculose, ni rachitisme, ni gastro-entérite. Au reste, l'examen du sang lève tous les doutes en montrant une formule hématologique identique à celle de la chlorose de la puberté : nombre normal des globules rouges, abaissement notable du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, nombre et pourcentage normaux des globules blancs, légère augmentation ou nombre normal des hémato-plastes.

Il importe de faire chez le nourrisson ce diagnostic de chlorose pour la bonne raison que le traitement s'en ressent. Si, dans l'idée d'une anémie symptomatique, on établit un traitement diététique ou médicamenteux en rapport avec le diagnostic inexact, la chlorose persiste. Elle est, au contraire très rapidement et très heureusement modifiée par le traitement ferrugineux, et c'est là une nouvelle preuve de l'identité parfaite entre la chlorose du nourrisson et la chlorose de la puberté.

En effet, sous l'influence du traitement ferrugineux, le nourrisson se transforme à vue d'œil. De triste, renfermé, apathique qu'il était, il devient gai, exubérant, plein de vie et d'entrain. En quelques jours, la pâleur s'atténue et les téguments ainsi que les muqueuses reprennent une coloration normale. En même temps les troubles digestifs disparaissent et, en quelques semaines, l'enfant est guéri. Une ou deux semaines de traitement ferrugineux suffisent pour donner ce résultat.

—^u—

L'induction et la déduction sont inséparables dans les sciences physiques et naturelles.

La méthode naturelle serait toute la science, et chaque pas qu'on lui fait faire approche la science de son but.

L'hypothèse est le facteur essentiel des sciences. Toute vérité est sous sa forme première, une hypothèse qui n'a de valeur que lorsqu'elle est vérifiée, et qui, lorsqu'elle est vérifiée, devient soit un théorème, soit une loi, soit enfin la détermination d'une classe, d'une cause ou d'un but.

LES COUPS DE SOLEIL

COUP DE SOLEIL ORDINAIRE.—COUP DE CHALEUR.—“COUP DE SOLEIL A L'OMBRE”.—COUP DE SOLEIL ELECTRIQUE.— LEUR TRAITEMENT.

Dans sa forme la plus commune et la plus atténuée, le coup de soleil est constitué par une rougeur accompagnée d'une sensation de cuisson irritante qui se manifeste sur les parties du corps exposées quelque temps au soleil. La face, la nuque, le dos des mains, les bras, les jambes, sont les endroits habituellement atteints. Le lendemain, l'épiderme se ride, devient sec, puis s'effrite en lamelles blanchâtres : “il pèle”, comme on dit ordinairement. Au bout de quelques jours, la peau a repris son aspect normal, mais elle garde longtemps une coloration foncée, une sorte de “hâle” caractéristique.

Si les parties découvertes ont subi assez longtemps l'action d'un soleil ardent, surtout si la personne atteinte était immobile, la cuisson, plus accentuée, devient une véritable douleur. La peau est rouge et tuméfiée au point de simuler un érysipèle. Plus tard, des phlyctènes, sortes de bulles remplies d'un liquide clair, peuvent apparaître sur les endroits lésés ; il y a même un peu de fièvre. Deux ou trois jours après, la fièvre tombe, les phlyctènes se transforment en croûtes jaunâtres et l'épiderme s'exfolie.

Il faut décrire à part le “coup de chaleur”. Résultant à la fois, de la fatigue extrême et de la chaleur, il offre un caractère de gravité tout spécial. Il frappe surtout les fantasmes qui marchent en rangs serrés. Les cavaliers, plus éloignés des couches d'air voisines du sol, qui sont les plus chaudes, y échappent davantage. Le malade tombe parfois subitement sans connaissance. La pupille est contractée, le pouls petit ; puis quelques convulsions apparaissent, bientôt suivies de syncope cardiaque ou de coma mortel. Dans d'autres cas, il y a des maux de tête avec soif vive, des nausées et des vomissements. La peau est brûlante et sèche ; il se produit une tendance au sommeil qui doit être combattue à tout prix. Fort heureusement, au bout de quelques heures, des sueurs profuses abondantes surviennent le plus souvent ; elles constituent une crise salutaire annonçant que le patient entre dans une phase moins critique. Ce qu'il faut surtout surveiller : c'est le cœur. Le coup de cha-

leur agit en altérant la fibre musculaire cardiaque et la syncope est toujours à redouter.

La susceptibilité de la peau aux rayons solaires est extrêmement variable. Les peaux fines transparentes et blanches sont plus vulnérables que les peaux épaisses et pigmentées. Chez les nègres, le coup de soleil est une rareté. Le pigment qui les colore constitue, en effet, une défense dont l'efficacité est encore augmentée l'abondant enduit sébacé qui recouvre leur peau; cet enduit est d'ailleurs renforcé habituellement par des onctions d'huile de palme ou de graines diverses lorsque le noir doit cheminer longtemps au soleil.

On a cru longtemps que l'érythème solaire était une brûlure; il n'en est rien. On n'observe, en effet, aucun accident semblable chez les ouvriers exposés à des sources de chaleur obscure bien autrement intenses. Il est uniquement produit par la lumière solaire. Si cette lumière est réfléchiée par la neige, elle devient particulièrement dangereuse et plus d'un alpiniste en a fait la douloureuse expérience. Autre fait à retenir: en montagne, sur les glaciers ou sur des champs de neige récente, les touristes peuvent être atteints de coups de soleil graves, même avec un ciel nuageux et une atmosphère froide. C'est un véritable "coup de soleil à l'ombre" produit par les rayons chimiques de la lumière diffuse rayonnant à travers les nuées.

La lumière de l'arc électrique, riche en rayons chimiques et très pauvre en rayons calorifiques peut donner lieu à ces accidents du même genre. Il est également permis de rapprocher de l'érythème solaire les "radiodermites" ou inflammations de la peau causées par les rayons de Roentgen. Elles s'observent chez les personnes qui ont longtemps posé devant une ampoule de Crookes, ou chez celles qui, par profession, manipulent fréquemment des appareils de radiographie et de radioscopie. Ces dermites se développent lentement mais sont extrêmement tenaces et aboutissent à des ulcérations douloureuses très longues à guérir.

Le traitement du coup de soleil est peu compliqué: 1. Dans les cas ordinaires, placer le malade à l'ombre, le dévêtir en partie et faire des affusions d'eau froide sur le visage et la tête. Dès que ces premiers soins sont donnés, faire prendre quelques cuillerées de café froid pour relever le cœur.

Si la cuisson est vive, poudrer l'endroit douloureux avec un mélange de talc et d'amidon.

2. Dans les cas graves ainsi que dans le "coup de chaleur" les affusions d'eau fraîche sur tout le corps sont indiquées. Un moyen pratique consiste à entourer la tête et le tronc de serviettes humides fréquemment renouvelées.

Si le malade est sans connaissance, on fera une injection hypodermique de caféine, ou d'éther. S'il peut boire, donner par petites gorgées, des boissons fraîches et légèrement excitantes.

En cas d'asphyxie : respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, inhalations d'oxygène.

3. S'il s'agit d'un "coup de soleil électrique", d'une radio-dermite, il faut compter avec la ténacité de l'affection et les ravages produits dans la profondeur du derme. Le liniment oléo-calcaire réussit peu, les pommades sont insuffisantes: il faut, je crois, donner la préférence à l'huile d'olive pure et se contenter de préserver la peau du contact de l'air.

Un mot de prophylaxie en terminant. Je passe sur les précautions employées ordinairement pour éviter la morsure des rayons solaires : elles sont connues. Cependant on me permettra d'insister sur un point : il faut éviter de stationner en plein soleil et se déplacer aussi souvent que possible. Les pelouses des champs de courses, les arènes, les lieux de spectacle, en plein air où l'immobilité est souvent presque complète nous laissent, chaque été, de cuisants souvenirs. Un médecin allemand a constaté que la peau badigeonnée avec une solution de sulfate de quinine était réfractaire aux coups de soleil. Le procédé est simple et d'exécution facile; il suffit d'enduire de la solution le visage, la nuque et le dos des mains.

Les dames devront faire usage, pour les excursions surtout, de voiles épais et de couleur foncée ou orangée. Une légère couche de poudre de riz sur le visage ajoutera à l'efficacité des voiles. Les reliefs de la peau sont d'aspect si disgracieux à la suite d'un coup de soleil que rien ne doit être négligé pour éviter ses atteintes.

Dr CHADOUTAUD.

Dans leur premier degré, les passions demandent, au second elles exigent; au troisième elles contraignent.

LES INFECTIONS PYOGENES A LA SUITE DES BAINS DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE

PAR M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Les typhiques que l'on baigne finissent toujours par voir macérer leur épiderme. La peau se gerce, se crevasse à partir du quatre-vingtième ou quatre-vingt-dixième bain: d'où une porte ouverte aux infections cutanées. Pour éviter ces suppurations staphylococciques, il faut user d'une eau pure: eau de souce changée après chaque bain. C'est l'eau de source dans laquelle sont baignés les malades de l'hôpital. Seulement la pureté relative de l'eau et son changement fréquent ne suffisent pas pour éviter les accidents de suppurations cutanées. Il faut en plus ajouter des antiseptiques. M. Chauffard ordonne l'adjonction au bain de un gr. de naphthol en solution alcoolique. De plus il ordonne à ses malades de la levûre de bière, une cuillerée à café deux fois par jour. Recommandé par quelques auteurs dans la tièvre typhoïde à titre de traitement courant, le remède trouve souvent ses indications dans les cas d'infections, cutanées et de suppurations concomitantes.

Les langues sont de la psychologie pétrifiée.

La santé du corps se conserve par une vertu, la tempérance, et par une science, l'hygiène.

Il ne faut pas confondre l'indestructibilité avec l'immortalité. L'indestructibilité n'est que la permanence de la substance comme être; l'immortalité est la permanence de l'individu et de la personne. L'atôme est indestructible, l'âme est immortelle.

L'atôme aspire à la vie et l'engendre, et celle-ci attirée par l'idéal et transformée par le temps, donne naissance à la sensibilité et enfin à la pensée. Voilà en peu de mots, toute la genèse de l'univers et de l'homme. La biologie est une simple dépendance de la physique et la sociologie, une dépendance de la biologie.

L'homme sans but est par cela même sans énergie.

OCULO-REACTION A LA TUBERCULINE CHEZ LES ENFANTS

Par J. COMBY, Médecin de l'Hôpital des enfants malades

M. Calmette (de Lille) a présenté à l'Académie des sciences dix-sept Juin 1907) et publié dans "La Presse Médicale" (treize Juillet 1907) un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose basé sur la réaction de la muqueuse oculaire au contact d'une solution forte de tuberculine. En instillant une goutte de solution de tuberculine à 1 pour cent, on voit, dans les quelques heures qui suivent, si le sujet est tuberculeux, l'œil rougir surtout au niveau de l'angle interne. Cette congestion, variable d'intensité et d'étendue, persiste deux ou plusieurs jours et disparaît sans laisser de trace. La réaction locale ne s'accompagne d'aucune réaction générale. Si le sujet n'est pas tuberculeux, l'œil instillé reste sans aucun changement. Telle est l'"ophthalmo-réaction à la tuberculine."

Grâce à l'amabilité de M. Calmette et de M. Roux, qui ont bien voulu m'envoyer de la tuberculine en quantité suffisante, j'ai été appelé à juger ce procédé chez les enfants. déjà présenté, à la Société médicale des hôpitaux (séances des 12 et 19 Juillet), deux séries de 16 et 53 enfants soumis à l'instillation de tuberculine. Les résultats ont été absolument conformes à ceux qu'avait obtenus M. Calmette.

Chez 24 enfants, je me suis servi de la solution à 1 pour cent préconisée par M. Calmette, ayant préparé cette solution tantôt avec la tuberculine de l'Institut Pasteur de Lille, tantôt avec la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris. Ces deux tuberculines, je me hâte de le dire, m'ont paru d'égale valeur.

Pour cette première série de malades, la réaction, modérée le plus souvent, a été violente dans 2 cas : œil injecté dans sa totalité, épiphora, flocons fibrino-purulents, gonflement œdémateux des paupières, aspect d'ophtalmie purulente. Les phénomènes ont mis huit jours à se dissiper.

Voulant éviter une "oculo-réaction" aussi intense, j'ai pris le parti d'abaisser le titre de ma solution de tuberculine à 1 pour 200.

J'ai employé cette solution sur 108 malades, et je n'ai eu que des réactions modérés, au si probantes que les réactions violentes, et ayant sur ces dernières l'avantage de n'apporter aucune gêne, aucun ennui aux malades.

Quand la réaction est positive, on voit, dans les cinq à dix heures qui suivent (d'après mes observations), rarement plus tôt, l'œil présenter de la rougeur à l'angle interne, avec turgescence de la caroncule. Cette rougeur s'étend à la paupière inférieure, à la conjonctive oculaire, et peut se généraliser dans les vingt-quatre heures.

Dans beaucoup de cas cependant elle reste cantonnée à l'angle interne où il faut toujours la chercher.

En même temps que la rougeur, il peut y avoir de l'épiphora et une légère sécrétion séro ou fibrino-purulente, sans gravité. Au bout de deux ou trois jours, tout disparaît; cependant j'ai vu la réaction persister près ou plus de huit jours dans plusieurs cas.

On peut distinguer plusieurs degrés dans l'oculo-réaction.

1o. Réaction légère, qui pourrait passer inaperçue, si l'on ne regardait pas attentivement le coin de l'œil, en priant le malade de le tourner fortement en dehors, si l'on ne comparait le coloris et le gonflement de sa muqueuse au gonflement et au coloris de la muqueuse de l'œil sain;

2o. Réaction modérée, qui se voit à distance, la rougeur ayant dépassé la région caronculaire pour envahir le globe tout entier; il semble que le malade soit atteint d'une légère conjonctivite aiguë;

3o. Réaction violente: l'œil est vivement injecté, les paupières sont gonflées et œdémateuses, il y a de l'épiphora, de la gêne, de la sécrétion purulente; l'enfant ne peut ouvrir l'œil et présente l'aspect d'une ophtalmie purulente.

Il y a intérêt à éviter une semblable réaction qui n'est pas sans ennuyer le malade et le médecin. Avec la solution à 1 pour 200, la réaction n'a jamais dépassé le degré modéré.

Bien plus, chez deux malades qui, avec la solution à 1 p. 100, avaient eu une réaction violente, j'ai employé pour l'œil indemne la solution à 1 pour 200. Cette fois la réaction a encore été nettement positive, mais modérée.

On peut dire, d'après ces cas et plusieurs autres que j'ai observés, qu'une première oculo-réaction positive n'immunise pas l'enfant à l'égard d'une seconde réaction. De même la cuti-réaction n'immunise pas contre l'oculo-réaction. Enfin, quelques-uns de mes malades, qui avaient réagi récemment à la tuberculine en injection sous-cutanée, ont réagi positivement encore à l'instillation oculaire.

Pour avoir une oculo-réaction nette et sans danger, il est nécessaire d'opérer sur un œil sain. Toute lésion de l'œil, aiguë ou chronique (blépharite, conjonctivite, kératite, etc.), contre-indique l'ophtalmo-réaction. Je dirai même qu'il ne suffit pas qu'un œil soit sain : il faut que les deux yeux soient indemnes. S'il y a un œil malade, l'ophtalmo-réaction de son congénère, outre qu'on ne pourra pas facilement juger par comparaison la qualité de la réaction.

Ajoutons qu'il n'y a pas d'autre contre-indication à l'épreuve de l'oculo-réaction.

J'ai, à l'heure actuelle, soumis 132 enfants à l'épreuve de l'ophtalmo-réaction. Sur ce nombre 62 ont réagi et 70 n'ont présenté aucune réaction.

Parmi les premiers, j'ai pu déjà faire 4 autopsies qui ont confirmé le diagnostic de tuberculose. Parmi les seconds, 6 ont été trouvés indemnes de toutes lésions tuberculeuses après la mort.

L'oculo-réaction me paraît donc un moyen sûr, inoffensif et pratique de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant; je n'hésite pas à la recommander aux médecins praticiens.

Avec l'ophtalmo-diagnostic on pourra faire la sélection des enfants tuberculeux dans les familles, dans les écoles, dans les hôpitaux, dans toutes les collectivités et prendre des mesures en conséquence pour le traitement et pour la préservation.

LE PRONOSTIC

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE SPINA BIFIDA

PAR P. LEGENE

Quels sont les résultats donnés par l'intervention chirurgicale dans les différentes formes du spina bifida ? Voici une question à laquelle nos livres classiques donnent une bien vague et bien imprécise réponse : quelques faits isolés, des statistiques faites de pièces et de morceaux, des pourcentages plus ou moins sujets à caution, voilà tout ce que le lecteur trouve dans les ouvrages les plus récents. Aussi devons-nous savoir le plus grand gré au professeur Garré, successeur de Mikulicz à la clinique de Breslau, et à son élève Boettcher, de nous avoir donné récemment, dans un article des "Beitrag zur klinischen Chirurgie" 1, des documents de

premier ordre qui vont pouvoir nous permettre de répondre d'une façon nette et précise à la question que nous venons de poser.

Au lieu de rassembler des faits épars, toujours plus ou moins difficiles à comparer, Boëtcher a réuni "tous les cas de spina bifida examinés et opérés à la clinique de Breslau depuis 1891 jusqu'en 1906", et il y a ajouté plusieurs observations personnelles du professeur Garré. Grâce à ce matériel clinique et anatomique considérable (il y a 64 observations originales dans le mémoire de Boëtcher), l'auteur peut nous donner une série de renseignements qui intéressera au plus haut point le chirurgien désireux de savoir ce qu'il peut attendre du traitement chirurgical du spina bifida.

Et tout d'abord, au point de vue opératoire, comme au point de vue anatomique, il n'y a pas un spina bifida : il y en a quatre grandes variétés qui ne sont absolument pas comparables entre elles chirurgicalement, car le pronostic est essentiellement différent.

Ces variétés sont:

1. La "méningocèle"; X.
2. La "myélocystocèle" et la "myélocystoméningocèle"; --
3. La "myéломéningocèle"; --
4. Le "spina bifida, occulta".

Avant d'entrer dans l'étude du pronostic opératoire de chacune de ces formes en particulier, voyons tout d'abord quels sont les "résultats bruts" de l'opération sanglante dans le spina bifida.

Sur 64 cas de spina bifida observés, 39 seulement ont été opérés, 13 sont morts immédiatement, de l'opération: c'est un chiffre encore considérable, mais il faut dire qu'à la clinique de Breslau les indications opératoires sont très largement posées et que l'on n'hésite pas à opérer même des spina bifida à poche ulcérée et infectée. La cause de la mort post-opératoire a été 6 fois la méningite aiguë et 4 fois l'hydrocéphalie post-opératoire; dans le 3 autres cas, il n'y a pas eu d'autopsie; le diagnostic exact de la cause de la mort n'a donc pas été fait, mais il est bien vraisemblable qu'il s'agissait là aussi d'infection méningée.

Sur les 26 malades qui ont survécu à l'opération, 12 sont morts quelque temps après : 10 de maladies intercurrentes (rougeole, otite moyenne, etc.), et 2 de lésions probablement en rapport avec le spina bifida opéré (convulsions?).



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

PH. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

Laporte, Martin & Cie,
MONTREAL.

DEPOSITAIRES

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles
POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.
Cette

"HUILE BI-IODUREE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Panas et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Dépositaires : **LYMAN, SONS & CO.,** MONTREAL



Votre demie page
d'annonce :- :-

Il ne reste donc que 14 malades qui ont été guéris définitivement de leur spina bifida; nous allons voir dans un instant que tous ces cas, à part un seul, ont trait à des "ménéngocèles pures."

Étudions maintenant le "pronostic opératoire dans chaque forme anatomique du spina bifida : "

1. "Ménéngocèles" (25 cas opérés). — Dans cette catégorie, une seconde subdivision s'impose : en effet, tantôt le sac de la ménéngocèle est complètement indépendant de la moelle et des troncs nerveux de la queue de cheval, tantôt ces différents organes adhèrent plus ou moins au sac. Le pronostic est très différent dans les deux cas.

"Lorsque la moelle est tout à fait indépendante du sac de la ménéngocèle, on peut dire que les résultats sont vraiment bons et qu'au fond c'est la seule forme de spina bifida opérable avec chances sérieuses de succès".

En effet, sur 13 cas opérés de cette variété de ménéngocèle sans adhérences à la moelle, il n'y a eu que 2 morts opératoires; l'un des petits malades mourut le septième jour après l'opération (peut-être d'infection, mais il n'y eut pas d'autopsie); dans l'autre cas, la mort survint par ménéngite (le sac était ulcéré)

Les 11 autres malades survécurent à l'opération; 4 guérirent opératoirement, malheureusement 2 d'entre eux, qui présentaient d'ailleurs avant l'opération des troubles d'incontinence vésicale et rectale, moururent d'hydrocéphalie trois mois et demi et cinq mois après l'opération. Il ne reste donc que 9 "malades qui furent réellement guéris": 3 succombèrent longtemps après (un an, quatre ans, un an), d'affections intercurrentes (otite, rougeole); "6 enfin furent définitivement guéris" et revus neuf ans, dix ans, neuf ans, dix ans, deux ans et demi, un an après l'opération en très bon état; un seul présentait de légers troubles "d'incontinence de l'urine et des matières fécales" et un autre avait une certaine "faiblesse du membre inférieur droit".

"Lorsque, au contraire, la moelle ou les racines de la queue de cheval adhèrent au sac de la ménéngocèle, le pronostic opératoire devient tout autre".

En effet, sur 12 ménéngocèles de cette variété opérées, il n'y eut qu'une seule fois un résultat vraiment satisfaisant. revu

dix ans après, le malade, qui présentait cependant encore quelques légers troubles de la miction, peut être considéré comme guéri. "Dans tous les autres cas les résultats furent mauvais : 6 malades succombèrent immédiatement après l'opération (méningite, hydrocéphalie, cachexie et diarrhée), ou bien survécurent un peu plus longtemps (dix mois, un an), présentant des troubles graves de paraplégie avec incontinence de l'urine et des matières fécales.

"La comparaison entre ces deux séries de faits est frappante et montre combien, dès que les centres nerveux rachidiens sont un tant soit peu intéressés par la malformation, les résultats post-opératoires deviennent désastreux dans le spina bifida".

2. Myélocystocèle" et "myélocystoméningocèle". — Ces deux formes de spina bifida, anatomiquement très voisines, donnent aussi des résultats post-opératoires sensiblement comparables.

Nous entrons ici dans les "formes graves du spina bifida": les centres nerveux sont toujours plus ou moins gravement malformés, et les troubles paralytiques, s'ils n'existaient déjà avant l'opération, vont apparaître bien souvent après elle. Sur 11 malades opérés, 1 "seul guérit complètement": le fait est d'autant plus remarquable qu'il y avait de l'hydrocéphalie légère avant l'opération. Dans les 10 autres cas, le "résultat fut désastreux": deux malades moururent immédiatement de méningite post-opératoire; les autres, ou bien virent leurs paralysies préexistantes s'aggraver, ou bien, lorsqu'ils ne présentaient pas de paralysie pré-opératoire, devinrent "paraplégiques et incontinents": tous moururent plus ou moins longtemps après l'opération, de cachexie progressive ou d'infection.

3. "Myéломéningocèle". — Dans cette forme de spina bifida à moelle ouverte (myélorachischisis de Lapointe) l'intervention chirurgicale est décevante, et vraiment comment saurait-il en être autrement? La malformation est trop grave (moelle fendue et aplasiée) pour qu'on puisse espérer autre chose, en opérant, que d'empêcher l'infection méningée presque fatale si l'on n'intervient pas. Les résultats obtenus à la clinique de Breslau ont été nuls. Sur 8 malades atteints de myéломéningocèle, 6 furent jugés inopérables (paraplégies, ulcérations de l'area medullo-vasculosa);

deux seulement furent opérés: le résultat fut, dans un cas, "la mort immédiate" par méningite", dans l'autre une "paraplégie post-opératoire" qui s'aggrava lentement et amena la mort du petit malade au bout de dix mois.

4. "Spina bifida occulta". — Le matériel de la clinique de Breslau n'est pas très riche en faits appartenant à cette variété. "Un seul cas fut opéré avec succès": il n'y avait pas de troubles paralytiques avant et il n'y en eut pas après l'opération. Du reste, il faut bien le dire, bien souvent le spina bifida occulta ne doit pas être opéré; lorsqu'il ne s'accompagne d'aucun trouble nerveux du côté des membres supérieurs ou des réservoirs et qu'il n'y a pas, d'autre part, de volumineuses tumeurs surajoutées, on ne voit même pas quelle pourrait être l'indication opératoire. Lorsqu'il existe des troubles paraplégiques et des troubles trophiques (maux perforants surtout), l'indication de l'intervention peut être posée; mais quels en sont les résultats, voilà ce que seuls de nouveaux faits nous apprendront; provisoirement la question reste bien difficile à résoudre.

En résumé, l'impression qui se dégage des faits consciencieusement rapportés par Boettcher et qui ont le très grand mérite de provenir de la même clinique et d'être bien suivis, c'est que le spina bifida dans toutes ses formes (sauf le spina bifida occulta, tout à fait particulier, et la méningocèle pure, sans adhérences médullaires ou radiculaires); est une affection d'un "pronostic post-opératoire excessivement grave"; pour un fait heureux (celui de myélocystoméningocèle cité plus haut), nous ne comptons que morts post-opératoires ou résultats éloignés désastreux (persistance, aggravation ou apparition de troubles paraplégiques et d'incontinence des réservoirs) n'empêchant pas la mort de se produire.

Il était bon d'être fixé sur cette intéressante question par une statistique suffisamment étendue et bien homogène.

—o—

Combien de fois n'ai-je pas observé sur moi-même qu'un travail intellectuel entrepris en faisant violence à l'inertie la plus marquée des organes ou à un état affecté de troubles, de malaises, de souffrances, amenait, après des efforts opiniâtres et prolongés, un état d'activité, de sérénité, de calme et de bien-être extérieur.

LES NOUVELLES IDEES SUR L'HYSTÉRIE

PAR PAUL HARTENBERG

Qui eût prévu, lorsque Charcot établit sa conception de l'hystérie, qu'un jour viendrait où ce laborieux édifice serait attaqué victorieusement, où peut-être de ses ruines rien ou presque ne resterait debout ? C'est pourtant à cette dislocation que nous assistons aujourd'hui, et il est intéressant d'en noter l'histoire.

Le tableau clinique de l'hystérie selon Charcot, tel qu'il est décrit dans la monographie de Gilles de la Tourette, comprend, on le sait, des stigmates fondamentaux et des accidents transitoires. Ces stigmates sont d'ordre sensitif : anesthésies sensitives et sensorielles, rétrécissement du champ visuel, paresthésies, etc. ; d'ordre moteur : amyosthénie, incoördination, catalepsie, diathèse de contracture, etc. ; d'ordre psychique enfin : amnésie, aboulie, etc. Quant aux accidents hystériques, à côté de la grande et de la petite attaque, des paralysies et des contractures, ils affectent des formes si variées qu'ils arrivent à simuler à peu près toutes les maladies et que les passer en revue serait énumérer presque tous les chapitres de la pathologie humaine : troubles douloureux, musculaires, cutanés, trophiques, circulatoires, respiratoires, viscéraux, etc., d'ordres de tous les systèmes, de tous les organes de toutes les fonctions, voisinent à travers les descriptions dans une confusion déconcertante.

Ayant décrit les symptômes, il fallait les expliquer. Déjà, au début, Charcot avait insisté sur le rôle d'une "idée fixe" dans la genèse des contractures, des hyperesthésies, du mutisme, de l'anorexie. Mais c'est M. Janet qui formula l'interprétation, devenue classique, des troubles hystériques. L'hystérie, dit-il, est une psychose "appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique." Et, dans des travaux très connus, cet auteur rattache à la désagrégation mentale les distractions qui causent les anesthésies, les idées fixes qui provoquent les crises et entretiennent les paralysies et les contractures.

En face de cette théorie toute psychologique de M. Janet, vient se dresser, quelques années plus tard, la théorie essentiellement physiologique de M. Sollier. "L'hystérie, écrit M.

Sollier, est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques." Dans cette conception, on le voit, la représentation mentale, les images, la conscience ne jouent aucun rôle et c'est à juste titre qu'elle mérite l'épithète de "physiologique".

Pourtant, malgré leur désaccord quant à l'explication des faits, M. Janet comme M. Sollier acceptent tous deux le tableau clinique de la névrose composé par Charcot. Or, dans le même temps, quelques observateurs commencent d'émettre des doutes, d'abord timides, puis plus affirmatifs, touchant la réalité même de la maladie, l'édifice complexe de l'hystérie. C'est qu'à considérer impartialement les malades, on constatait, non sans étonnement, qu'en fait ils ne ressemblaient jamais au modèle théorique adopté, et que leur hystérie ne concordait jamais avec celles des livres. Pour ma part, je connus cette surprise, et je puis déclarer que depuis bientôt quinze années que je me consacre à l'étude des névroses, je n'ai jamais vu un seul malade offrant les symptômes classiques. De là sortirent peu à peu les idées nouvelles sur l'hystérie.

En tête de ces révolutionnaires, il faut citer M. le professeur Bernheim, de Nancy. Depuis une quinzaine d'années déjà, il soutient et montre dans son service que la grande attaque d'hystérie, conforme au type de la Salpêtrière, n'existe pas, ou, quand elle existe, est un produit de culture. Plus tard, il soutient que les stigmates, et en particulier les anesthésies, ne sont pas spontanées chez le sujet, mais dus, soit à une suggestion médicale inconsciente, soit à des affections coexistantes. Enfin, à partir de 1903, il propose sa conception nouvelle de l'hystérie.

Pour M. Bernheim, l'hystérie est représentée essentiellement par la crise de nerfs. Celle-ci n'est elle-même que l'exagération d'un fait physiologique commun, la décharge que provoque une émotion vive. Tous les autres symptômes, stigmates et accidents n'ont rien de spécialement hystérique : ils

sont dus à la suggestion, soit que l'autosuggestion exagère des sensations organiques existant chez les malades, soit qu'une suggestion médicale inconsciente les crée ou les fixe. les stigmates psychiques n'existent pas : l'état mental des hystériques n'offre rien de caractéristique. En définitive, cette conception détruit toute autonomie de la névrose : celle-ci n'est plus une entité morbide, elle cesse d'être une maladie primitive. C'est un réflexe émotif et rien de plus.

Ces propositions si radicales et si absolues de M. Bernheim ont été reprises tout récemment par un de ses élèves, M. Amselle, qui, dans sa thèse inaugurale, les confirme par un nombre important de documents cliniques.

On sera tenté peut-être, au premier abord, de rattacher cet assaut si vigoureux conduit par M. Bernheim contre la citadelle hystérique aux divergences d'opinions fameuses entre l'Ecole de Paris et l'Ecole de Nancy. Mais voici un propre disciple de la Salpêtrière, M. Babinski, qui vient à son tour battre en brèche l'hystérie traditionnelle. Dès 1901, dans une série de publications successives, M. Babinski accomplit une évolution aboutissant à sa nouvelle conception de l'hystérie qu'il définit sous le nom de "pithiatisme". Ses critiques ne sont pas moins nettes que celles de W. Bernheim. "Envisageons d'abord les stigmates qui, d'après la doctrine classique, auraient une importance fondamentale. La fixité en constituerait l'un des deux caractères essentiels. Eh bien ! je me crois en droit de m'inscrire en faux contre cette assertion... Je suis d'avis que ces phénomènes sont le produit de l'autosuggestion ou plutôt de la suggestion inconsciente du médecin..." Donc, les anesthésies, le rétrécissement du champ visuel, les hyperesthésies ne sont pas des symptômes primitifs : ils sont le produit de la suggestion. Les autres manifestations n'ont rien de plus caractéristique. Il ne reste donc de spécial à l'hystérique que son état psychique qui le rend capable de s'autosuggestionner ou d'être suggestionné au point de réaliser les stigmates. Or, ce que la suggestion a fait, elle peut le défaire : d'où le caractère essentiel de toutes les manifestations hystériques, leur curabilité par la suggestion, qu'exprime le terme de pithiatisme (de "netow", persuasion, et "tarog", guérissable). De ses recherches M. Babinski conclut que "la conception classique ainsi que la définition de l'hystérie se trouvent ébranlées dans leur base ; la définition classique ne résiste à la critique ni dans ses détails, ni dans son ensemble."

Ainsi MM. Bernheim et Babinski se rencontrent, du moins sur la partie négative de leur théorie respective : le renversement de l'ancienne conception de l'hystérie. Les notions nouvelles que chacun nous propose diffèrent assurément, puisque l'un fait de l'hystérie une simple crise de nerfs, et que l'autre en fait une aptitude à la suggestibilité pathogénétique et curative. Mais elles ne semblent pas absolument inconciliables, puisque M. Bernheim reconnaît que la suggestibilité joue un grand rôle dans les accidents hystériques, que les crises ne font que répéter par auto-suggestion la première décharge émotive, et enfin que la suggestion thérapeutique est toute-puissante pour guérir la névrose.

Pour que des auteurs si différents de tradition médicale tombent ainsi d'accord, il faut vraiment que la réalité observée les y contraigne. Après s'être si vivement combattus, MM. Bernheim et Babinski s'associent aujourd'hui pour renverser l'ancienne hystérie. Une fois de plus, les faits, impartialement observés et loyalement interprétés, s'imposent comme les meilleurs arbitres dans les divergences d'opinions.

Il resterait maintenant à ces auteurs à préciser la nature de cette diathèse hystérique qui favorise les crises ou de cette suggestibilité qui provoque les accidents et permet leur guérison. En effet, les hypothèses de M. Janet et de M. Sollier ne conviennent plus à ces conceptions nouvelles de la névrose. C'est, en somme, toute la théorie de l'hystérie qui est à refaire. Tâche délicate et laborieuse, car nous touchons ici au mécanisme le plus intime de l'activité mentale, aux secrets les plus obscurs de la pensée humaine.

ETUDE CRITIQUE SUR LE LEVER PRECOCE APRES L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

PAR L. BOUCHACOURT

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Si la grande majorité des accoucheurs français se déclarent partisans de la prolongation du séjour au lit des accouchées, cette opinion classique a rencontré depuis quelques années, surtout à l'étranger, des opposants qui paraissent si convaincus qu'il nous semble que la question mérite d'être reprise, en la discutant avec impartialité.

Nous allons donc étudier successivement quels sont les inconvénients, et quels sont les avantages qui ont été mis en

ayant par les adversaires et par les partisans du lever précoce des accouchées.

1. — INCONVENIENTS ATTRIBUES AU LEVER TROP PRECOCE. — D'après les classiques, et notamment d'après l'enseignement de Tarnier, les femmes qui abrègent la durée de leur séjour au lit sont menacées d'accidents aussi graves que variés : métrite, prolapsus génital, rétroversion utérine, métrorragies, salpingites, ovarites, phlébites, éventration, embolies, etc., etc.

Il est vrai que ces épouvantails se sont bien réduits, dans les traités récents. Ainsi dans le "Manuel" de MM. Budin et Demelin, on lit seulement à ce propos: "Si l'accouchée se lève plus tôt (que 18 ou 20 jours), on voit souvent survenir des douleurs et des écoulements sanguins qui persistent plus ou moins longtemps."

Les inconvénients du lever précoce peuvent être ramenés à 5 principaux :

1. CRAINTE D'INFECTION. — M. Pinard s'exprime à ce sujet, de la façon suivante : "Une femme qui nous quitte "au bout de 5 à 6 jours n'est pas une femme valide ; elle "n'est pas malade, c'est vrai, mais plus qu'une autre elle est "exposée à toutes sortes d'infections."

Certes, rien n'est plus vrai ; mais ce n'est pas le lever précoce qui est le coupable et, si la femme, maintenue chez elle rigoureusement au lit, était exposée à tous les germes infectieux (apportés par ses mains, par des pansements malpropres, par le mari, etc.), elle s'infecterait encore bien davantage.

En effet, ainsi que le fait remarquer M. Desplats, quand la femme est couchée, rien ne sort du vagin et même de l'utérus, sinon par regorgement: les sécrétions stagnent et s'accumulent. Mais, si la femme s'assied, ou, mieux, se lève, les cavités utérine et vaginale se trouvent drainées par la simple action de la pesanteur (sous l'influence de laquelle l'utérus se vide dans le vagin et le vagin au dehors) à laquelle s'ajoute encore l'action des contractions utérines, qui deviennent alors beaucoup plus énergiques.

À l'époque pré-antiseptique, alors que l'infection puerpérale régnait en maîtresse dans les Maternités, cette question de l'écoulement facile des lochies avait une telle importance qu'elle constituait pour ainsi dire le point capital dans les

suites de couches. C'est ainsi que Sacombe donne les conseils suivants :

“Lorsque l'accoucheur est bien convaincu, par l'état de la matrice, que l'accouchée n'aura point d'hémorragie, il doit lui permettre de passer du lit de “travail” dans le lit de couche, et, comme le trajet n'est pas long, il doit engager l'accouchée à se tenir debout, au lieu de la porter dans une situation horizontale, qui s'opposerait à l'écoulement du sang et des eaux restés dans la matrice après l'accouchement.”

Et, plus loin, en tête du régime de l'accouchée, il énonce le précepte suivant: “Gardez le lit le moins longtemps possible, c'est-à-dire se lever dès le second jour de la couche, et faire par degrés l'essai de ses forces.”

2. CRAINTE D'UN ARRÊT DANS L'INVOLUTION UTERINE. — Parmi les raisons qui ont été invoquées par les accoucheurs pour légitimer le maintien au lit des accouchées, celle de l'involution utérine a toujours été prédominante. Sous prétexte que celle-ci n'était pas complète avant trois semaines, cette date est devenue le terme idéal du lever après l'accouchement.

Mais la thèse récente de Camacho, élève de M. Maygrier, est venue montrer qu'il s'en fallait de beaucoup que l'involution utérine s'effectuât aussi lentement qu'on le croyait.

C'est ainsi qu'on lit dans les conclusions de ce travail : “C'est entre le 9^e et le 12^e jour après la délivrance, correspondant à la plus grande majorité des cas, que le fond de l'utérus disparaît derrière la “symphyse pubienne.”

Il y a lieu de noter que les observations (au nombre de 120) de M. Camacho, ont été recueillies à la Maternité de la Charité, c'est-à-dire chez des femmes qui gardent rigoureusement le lit.

Dans son article déjà cité, sur la “Diététique des suites de couches”, Hegar se contente d'exprimer cette opinion que l'utérus doit être déjà suffisamment revenu sur lui-même, au moment du lever de l'accouchée, mais il ne mentionne pas que le lever puisse avoir une influence quelconque sur l'évolution utérine. “Il semble, dit-il, qu'il soit nuisible de quitter le lit du 3^e au 6^e jour, car le processus de retour en arrière (involution) de l'appareil sexuel n'est pas encore suffisamment avancé...”

On peut donc se demander s'il est légitime d'accuser le lever précoce d'être une entrave à la régression utérine, ou si, au contraire, celle-ci n'est pas plus rapide chez les femmes qui quittent le lit de bonne heure? M. F. Vegnault a répondu à cette question de la façon suivante: "Tout physiologiste affirmera... que les contractions modérées des muscles abdominaux seront évidemment favorables à la circulation sanguine des organes, tandis que le repos amène la laxité des tissus, et favorise les ptoses." Et il ajoute judicieusement: "Cette constatation de l'utilité de l'exercice, faite pour un grand nombre de maladies, serait-elle fautive pour les accouchées?"

Les faits viennent d'ailleurs à l'appui de cette doctrine. Charpentier n'a-t-il pas signalé une régression très rapide chez les femmes levées les 5e, 6e ou 7e jours? "Il nous a paru, dit-il, que, soit chez les multipares, soit chez les primipares... les dimensions de la cavité utérine diminuaient beaucoup plus rapidement, et que, en un mot, le retour à l'état normal de l'organe se faisait avec une activité tout autre que chez les femmes qui gardaient longtemps le lit."

Kustner a également remarqué que, chez les femmes qui s'étaient levées de bonne heure, l'involution utérine s'était bien faite et que les lochies avaient été peu abondantes.

Dans le mémoire que nous avons déjà cité de M. Desplats (de Lille) et qui indique les résultats d'une pratique de 30 années, on lit encore: "On peut aller plus loin, je crois, et dire que les mouvements précoces et les changements de position... facilitent, au point de vue local, l'involution utérine... en modifiant d'une façon heureuse la circulation intra-abdominale." Mais, en outre de la suractivité circulatoire au niveau du bassin, qui est la conséquence du lever précoce, il n'est pas douteux que celui-ci ne produise de petits tiraillements sur les ligaments utérins et n'imprime à l'utérus des mouvements qui favorisent son involution; il y a là une sorte de massage du muscle utérin sous l'influence des contractions des muscles volontaires.

Parmi les livres récents d'accouchements, l'"Atlas-Manuel d'obstétrique" de Schœffer-Potocki est peut-être le seul qui accepte cette opinion, dans les termes suivants: "...Il faut admettre que l'involution de leurs organes est plus rapide dans ces conditions" (lever 3 ou 4 jours après l'accouchement)."

M. Pichevin ne met pas en doute cette heureuse influence "Le fait est, dit-il, qu'une femme qui reste de longues semaines allongée dans son lit, sans le moindre mouvement, conserve plus longtemps sa matrice grosse que celle qui se lève et marche au bout de 12 ou 15 jours."

3 CRAINTE DES DEPLACEMENTS UTERINS. — On trouve signalé partout le lever précoce après l'accouchement dans l'étiologie des déviations et surtout des prolapsus utérins. Si les prolapsus géniaux sont plus fréquents chez les campagnardes et chez les femmes du peuple, répète-t-on incessamment, c'est parce qu'elles se lèvent plus tôt que les femmes du monde.

Le fait est certain,; mais l'interprétation en est discutable. La reprise rapide, pour l'accouchée pauvre, de ses occupations pénibles et des fatigues de sa profession, me paraît avec les grossesses répétées souvent à de très courts intervalles, avoir une bien plus grande influence que le trop court séjour au lit.

M. Desplats s'élève résolument contre l'opinion classique : "On peut dire, dit-il, que les mouvements précoces et les changements de position, non seulement ne produisent pas de déplacements fâcheux, mais encore..."

Küstner avait déjà signalé, à la suite de ses expériences, que le lever précoce n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la situation de l'utérus. En effet, sur 600 femmes, il ne constata qu'un seul cas de rétroversion, dans ses examens ultérieurs de contrôle. Aussi affirme-t-il que ce n'est nullement là une cause de prolapsus utérin.

Bien plus, M. Pichevin déclare, au contraire, que le séjour prolongé au lit est une cause fréquente de déplacements utérins.

"Continuer, dit-il, à tenir la femme dans une position constamment horizontale, c'est exposer son utérus énorme, flasque, dont les ligaments sont relâchés, dont les moyens de sustentation et de suspension sont inférieurs à leur tâche, c'est exposer cet utérus pesant, déjà disposé à se porter en arrière, à subir une rétrodéviatiion plus ou moins accusée.

"Du fait que la matrice hypertrophiée, mal soutenue par en bas, et mal suspendue par les ligaments ronds, au lieu de rester en antécourbure, se porte vers l'angle sacro-vertébral, il n'en faut pas plus pour vue, la pression abdominale aidant, et exerçant son action sur la face antérieure

“de l'utérus, l'organe de la gestation bascule en arrière, entraîné par son propre poids, et tombe dans le cul-de-sac de Douglas. La position horizontale n'est pas favorable au maintien de l'utérus en antécourbure.

“Dans le décubitus horizontal, l'utérus... est sollicité de se placer en arrière par la réplétion de la vessie, qui est une cause adjuvante dont il faut tenir compte... La femme assise dans son lit ou placée dans la station verticale est dans une meilleure posture pour permettre à son utérus de se porter en avant. Dans cette position, l'utérus ramolli, verticalement dirigé, de dirigera aisément en avant, parce que la pression abdominale aura tendance à agir sur la face postérieure de l'organe.”

4. CRAINTE D'EMBOLIE. — Il ne paraît pas contestable que les mouvements brusques causés par la marche, ne puissent détacher un caillot oblitérant un vaisseau utérin et provoquer ainsi soit une hémorragie, soit une embolie. Cependant Küstner insiste sur ce fait que, au cours de ses recherches expérimentales, il n'a pas observé un seul cas d'embolie.

5. TROUBLES DU COTE DE L'EQUILIBRE ABDOMINAL ET PTOSSES VISCERALES. — Parmi les inconvénients du lever précoce, les troubles de l'équilibre abdominal méritent une place à part, car ils paraissent bien réels, notamment en ce qui concerne l'absence de retrait de la paroi abdominale.

MM. Ribemont et Lepage disent avec raison, dans leur Précis d'obstétrique: “Tant que la sangle musculo-aponévrotique abdominale n'a pas repris sa tonicité, il est prudent de ne pas laisser les femmes se lever; on ne peut du moins les y autoriser qu'en les prévenant que, par suite du défaut de réaction de cette sangle, l'abdomen restera volumineux.”

Pour M. Doléris, une des causes les plus fréquentes de l'éventration consécutive à la grossesse est la durée insuffisante du séjour au lit après l'accouchement. Aussi conseille-t-il le repos horizontal prolongé, chez ses clientes atteintes d'éventration.

Comme conséquence, dans bien des cas d'entérostose, on retrouve le lever précoce parmi les facteurs étiologiques, mais à côté de bien d'autres, dont l'influence a peut-être été prépondérante: grossesses répétées à de courts intervalles, infection utérine, cessation brusque de l'allaitement quelques

jours après l'accouchement (Doléris), reprise trop précoce du port du corset, etc.

En tout cas, il semble bien que le lever précoce implique la nécessité de la constriction abdominale suffisamment serrée, au moyen d'une large bande (élastique de préférence), appliquée dès les premières heures après l'accouchement.

Küstner reconnaît que, chez les femmes pour lesquelles on abrège le séjour au lit, il faut faire porter une ceinture ventrale, pour éviter que la paroi abdominale ne se relâche.

D'ailleurs, les auteurs récents, surtout à l'étranger, semblent tous partisans de la constriction abdominale dans les suites de couches.

Ainsi Falk estime que, pendant le séjour au lit, il n'y a que les primipares à paroi tonique qui puissent s'en passer, et que dans tous les cas, la femme doit porter une ceinture abdominale dès qu'elle commence à se lever.

Quant à Beuttner, il prescrit à ses accouchées une ceinture abdominale spéciale, qu'il applique six heures après l'accouchement.

Pour Hegar, "une ceinture serrée seulement avec modération est tout à fait suffisante pendant le séjour au lit et "après le premier lever."

Nous avons vu que Kustner, et après lui Desplats, concluaient résolument, des faits qu'ils avaient observés, que les suites de couches étaient meilleures, toutes choses égales d'ailleurs, chez les femmes qui se levaient de bonne heure que chez celles qui faisaient un long séjour au lit. Pour Kustner, les premières donnent l'impression d'un rétablissement plus complet, au bout du même nombre de jours après l'accouchement.

Quels sont donc les avantages qu'on peut imputer au lever précoce ?

1. INFLUENCE FAVORABLE SUR LES FONCTIONS DIGESTIVES. — Il ne paraît pas douteux que le lever précoce, en modifiant favorablement la circulation intra-abdominale, ne facilite le rétablissement des fonctions de l'intestin, de l'estomac et du foie, d'autant plus que l'appétit revient, de ce fait, beaucoup plus vite.

Au cours de ses expériences, Küstner a remarqué que les garde-robes spontanées se produisaient d'autant plus tôt que le lever avait été plus précoce, ce qu'il était d'ailleurs

facile de prévoir. Etant donné que le colibacille est, plus souvent qu'on ne croit, un agent d'infection, cet avantage est très sérieux, d'autant plus qu'on rencontre encore dans la clientèle des femmes qui sont rebelles à toute idée de purgation.

2. INFLUENCE FAVORABLE SUR LES FONCTIONS CIRCULATOIRE, URINAIRE, Étc. — Le repos prolongé au lit ayant pour effet de produire un ralentissement des combustions et des excrétions, il en résulte une augmentation de l'acidité de l'organisme, par transformation incomplète des matériaux azotés, et un état congestif de tous les viscères. On conçoit donc que, inversement, le lever précoce favorise la fonction circulatoire trouve ainsi ramenée plus rapidement à son état normal.

Küstner a également remarqué, alors que, chez les femmes qui étaient restées au lit jusqu'au 12^e jour, les lipothymies et les vertiges au premier lever étaient la règle, par suite de l'accoutumance à la position horizontale, ces phénomènes ne survenaient que d'une façon exceptionnelle chez les femmes qui s'étaient levées de bonne heure.

Dans le mémoire précédemment cité de Hegar, on lit "Un séjour plus prolongé au lit (que 10 ou 12 jours) agit défavorablement sur l'état moral sur la circulation du sang, sur les organes digestifs "

3. INFLUENCE FAVORABLE SUR LA SÉCRETION MAMMAIRE. — Il est incontestable que la sécrétion mammaire, comme toutes les sécrétions organiques, exige, pour être abondante, un exercice modéré.

Des expériences intéressantes, faites sur les vaches laitières en Allemagne, et rapportées par M. Grandeau, établissent que, si, à égalité de régime, la vache qui est soumise à la stabulation produit très légèrement plus de lait que celle qui travaille, ce lait est moins riche en beurre et en caséine.

Mais la femme qui est maintenue au lit pendant près d'un mois se trouve dans de bien plus mauvaises conditions que la vache à l'étable ; aussi n'est-il pas surprenant de voir son lait diminuer progressivement, dans ce repos forcé, non pas seulement en qualité, mais en quantité, d'autant plus que l'appétit est alors rarement conservé.

C'est là un fait banal, qui a été remarqué par tous les accoucheurs : que bien des femmes ne fournissent une quantité abondante de lait que du jour où elles se lèvent et où elles sortent.

D'ailleurs, n'est-ce pas chez les campagnardes, qui se lèvent de bonne heure après l'accouchement, qu'on observe les plus fortes "montées laiteuses", et n'est-ce pas là que se trouve la pépinière de nos nourrices ?

AVIS

Messieurs les lecteurs du Montréal-Médical voudront bien apprendre que je n'ai jamais rien eu à faire avec l'administration du journal ; en conséquence, ils doivent s'adresser pour toute réclamation à M. S. Mondou, 55 St-François-Xavier.

J. A. HANDFIELD

1

✿ Nos Annonceurs ✿

-
- Charles Frost & Cie., 91 LaGauchetière W. Montréal.
Gadbois & Frères, 400 rue St-Denis, Montréal
O. Marchand & Frères, 56 Amherst, Montréal.
La Compagnie du Masseur Santé Snyder, 55 rue St-François-Xavier, Montréal.
- Frères Maristes, Iberville, Qué.
Wm. Moffate, Gérant, 107 ave. deLorimier, Montréal.
Mr. A. R. Elliot, 62-68 West Broadway, New-York, N.Y., U.S.A.
Bristol-Myers Co., Brooklyn, New-York, N.Y., U.S.A.
The Fellows Medical Mfg. Co., M. A. E. Stratton, Man'g. 26 Christopher St., New-York, N.Y., U.S.A.
The Bovinine Co., 75 W. Houston, New-York, N.Y., U.S.A.
M. H. G. Elliot, 90 West Broadway, New-York, N.Y., U.S.A.
Lymand D. Morse, Ad. Agency, 38 Park Row (Potter Bldg.) New-York, N.Y., U.S.A.
The Denver Chemical Co., Dr. Bathel, manager, New-York, N.Y., U.S.A.
M. Charles Marchand, M.C., 57-59 Prince St., New-York, N.Y., U.S.A.
Lambert Pharmacal Co., St-Louis, Mo., U.S.A.
The Antikamnia Pharmacal, St-Louis, Mo., U.S.A.
Golden Gate Ad. Co., 3470-2 Sixteenth St., San Francisco, Cal., U.S.A.
M. A. Lorette, 61 Caumartin, Paris, France.
M. Chs. Chanteaud, 54 rue des Francs-Bourgeois, Paris, France.
Dr. A. Angelby, Chatel-Guyon, 1 rue Rossini, Paris, France.
Messieurs Trouette, 14 rue des Immeubles, Paris, France.
Pharmacie Mialhe, 8 rue Favart, Paris, France.
Pharmacie Suann, 1 rue de Castégliane, Paris, France.
La Phosphatine Fallières, 8 ave. Victoria, Paris, France.
Laporte, Martin & Cie., 78 St-Pierre, Montréal.
Lyman, Sons & So., 386 St-Paul, Montréal.
John Labatt, London, Ont.
Pharmacie Hoffmann Laroche & Cie., 7 rue St-Claude, Paris, France.
Pharmacie Adrian, 9 rue de la Perle, Paris, France.