

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



OCTOBRE 1908

SOMMAIRE

Travaux originaux

- 49—Grossesse abdominale à terme, suivie après deux ans d'une grossesse utérine normale à terme, nécessitant une opération de porro. Dr J.-M. Ahern.
- 53—Les opsonines et le traitement opsonique. A. Vallée.
- 58—Œdème aigu du poumon d'origine rénale sans lésions aortiques. MM. Sicard et Deschamps.
- 66—Le citrate de soude en médecine infantile. J. Pinault.
- 75—Considérations pratiques sur certains troubles digestifs. E.-M. Savard.
- 83—Les méthodes de rééducation en thérapeutique. Maurice Faure, (de la Malou).
- 86—Analyses. Albert Paquet.
- 90—Congrès international de la tuberculose, 21 septembre et 12 octobre 1908. Dr Samuel Bernheim de Paris.
- 96—Bibliographie.



FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

GROSSESSE ABDOMINALE A TERME SUIVIE APRES DEUX ANS D'UNE GROSSESSE UTERINE NOR- MALE A TERME NECESSITANT UNE OPERA- TION DE PORRO

par M. J.-M. Ahern, Québec.

Durant l'après-midi du 6 novembre 1906, est arrivée à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang à Québec, une Dame F. qui au terme de sa 8ième grossesse est en travail depuis 3 jours. Elle est venue de Beauceville, où elle demeure à 60 milles de Québec. Elle raconte qu'elle a 2 enfants dans le ventre ; un depuis deux ans et l'autre depuis neuf mois. Le premier croyant avoir droit d'arriver le premier, et ne le pouvant, empêche le second de venir.

Cette femme âgée de 37 ans, mariée depuis 17 ans, eut pendant les six premières années de son mariage un enfant à terme chaque année. En 1904, 9 ans après son dernier accouchement elle devint enceinte pour la septième fois. Vers le troisième mois de cette grossesse elle fit une chute sur le sol d'une hauteur de 6 à 7 pieds, se blessant légèrement une jambe. Elle garda le lit pendant 9 jours pour des douleurs très vives dans l'abdomen. Elle perdit connaissance plusieurs fois pendant ce temps. On a cru qu'elle allait mourir. Elle n'a eu aucune perte de sang. Elle guérit et put reprendre ses occupations ordinaires, mais continua à grossir et à sentir les mouvements

de son enfant jusqu'à terme. Alors, sans incident, sans aucun faux travail, les mouvements foetaux cessèrent, il y a eu une montée de lait, la femme diminua un peu de volume et tout rentra dans l'ordre. Après quelques mois il y eut retour de la menstruation qui s'effectua régulièrement jusqu'au mois de janvier 1906, quand commença sa huitième grossesse qui évolua normalement jusqu'à terme. Le 4 novembre la malade fit venir son médecin qui constata que le travail était commencé, qu'il ne pouvait se terminer sans une intervention chirurgicale et conseilla à sa patiente de venir à l'Hôtel-Dieu.

C'est une petite femme qui semble avoir assez bonne santé, mais qui dans le moment est fatiguée par trois jours de souffrances et par son voyage dans les chars. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

A l'examen vaginal on trouve le col dilaté et à travers l'ouverture on sent la tête d'un enfant, in-tra-utérin, en position gauche antérieure au détroit supérieur. Dans le cul-de-sac postérieur et à droite il y a une autre tête plus petite, aplatie transversalement, qui ne pouvait être déplacée dans aucune direction et qui empêchait la descente de la première. Après les précautions d'usage et l'anesthésie, au moyen d'un mélange de chloroforme, une partie, et deux parties d'alcool, nous fîmes une opération de Porro. Nous avons retiré de l'utérus un enfant à terme, vivant et bien portant. Puis nous enlevâmes le kyste foetal qui était situé dans le bassin en arrière et à droite de l'utérus. La trompe gauche était normale mais l'ovaire du même côté était sclérokystique. A droite, seule, l'extrémité utérine de la trompe était reconnaissable et nous n'avons pas trouvé l'ovaire. Le placenta était réduit à peu de chose et était peu adhérent. Le kyste foetal s'est laissé détacher assez facilement mais pas sans se déchirer dans une petite étendue. Le

liquide amniotique était peu abondant et était épaissi par des particules solides nombreuses qui y était tenues en suspension. Le kyste contenait un fœtus à terme, mort, bien conformé et en bonne condition.

Il y a eu suppuration de la paroi abdominale qui retarda longtemps la guérison. Depuis sa sortie de l'hôpital la malade est restée parfaitement bien.

Dans l'origine c'était une grossesse tubaire dont la rupture a été décidée par la chute de la femme ; le fœtus, tombé dans l'abdomen, a continué à se développer jusqu'à terme. Les observations semblables ne sont pas communes. En 1883, un ancien interne des hôpitaux de Nancy, le docteur J. Schuhl publia une thèse intitulée : « *Des grossesses extra utérines authentiques dans leurs rapports avec les grossesses utérines subéquantes.* » Il a pu réunir 58 observations, dont la première authentique remonte à 1720. Vingt-six fois la grossesse abdominale évolua jusqu'à terme et après un temps plus ou moins long la femme eut une ou plusieurs grossesses intra-utérine. Malgré les nombreuses recherches que j'ai faites dans la littérature médicale, depuis 1883 je n'ai pu rencontrer que deux cas semblables au mien. Un de Lemonnier (Ann. de Gynéc. et d'Obstét. 1898. vol 50, p. 156) dont voici le résumé : Grossesse abdominale à terme en 1872. En 1878 et encore en 1881, deux nouvelles grossesses utérines se terminant normalement à terme. En 1896, c'est-à-dire après 24 ans, expulsion par l'intestin de la grossesse abdominale.

L'autre, celui du Dr. Caraman (Ann. de Gynéc., février 1883, p. 157). Grossesse abdominale en 1875, les mouvements actifs du fœtus continuèrent jusqu'au onzième mois. En 1878, à la suite d'un choc sur le ventre, phlegmon de la paroi abdominale qu'on ouvrit ; le kyste fœtal s'ulcéra et une fistule s'établit.

En 1880, grossesse utérine qui évolua sans incident et qui s'est terminée à terme par un accouchement naturel. Ce n'est que plus tard que la fistule guérit.

La présence d'un kyste foetal ne semble pas présenter beaucoup d'obstacles à la conception. Sur 58 femmes, ayant le kyste foetal, (55 de la thèse de Schuhl, celles de Lemonnier et de Caraman et celle qui fait le sujet de la présente observation), 38 sont devenues enceintes 1 fois; 12 deux fois; 4 trois fois; 2 quatre fois; 1 cinq fois, 1 six fois.

Dans l'histoire de cette femme il y a à remarquer :

(1) Les 6 années d'abondance suivies de 9 années de disette qui se terminent par une grossesse abdominale; ce fait se rencontre souvent dans les observations de gestations ectopiques.

(2) La chute que fit la malade, qui fut suivie des symptômes de rupture de la grossesse tubaire, précipitée par l'accident.

(3) La continuation de la gestation jusqu'à terme sans incident.

(4) Mort du fœtus à terme; absence de faux travail.

(5) La malade porte ce kyste foetal pendant deux ans sans en être le moindrement incommodée.

(6) Grossesse utérine à évolution normale jusqu'à terme.

(7) Accouchement impossible pour cause de diminution du calibre du canal pelvien par la présence de la tête du fœtus abdominal dans le bassin avec impossibilité de la déplacer.

LES OPSONINES ET LE TRAITEMENT
OPSONIQUE (1)

Depuis plusieurs années déjà la conception phagocytaire de l'immunité préconisée par Denys, par Metchnikoff et Sawtchenko était à peu près universellement admise, nous n'avons pas à revenir sur ces principes connus de tous. En 1904, Wright du St. Mary's Hospital de Londres remit pour ainsi dire cette question à l'étude, en abordant ce qu'il a appelé les phénomènes d'*opsonisation*. De plus, il donna à la question un intérêt pratique, en basant sur ces faits le traitement d'un grand nombre d'affections microbiennes.

Les opsonines sont tout simplement des substances solubles contenues dans les sérums, et ayant pour propriété de favoriser la phagocytose. Le terme vient du grec *opsonoo* je prépare les aliments. « C'est en effet en agissant directement sur le microbe en cause que les opsonines favorisent son englobement par les globules blancs de l'économie. Mais ce ne sont que des favorisants de la phagocytose, et celle-ci peut tout de même se produire spontanément sans leur intervention, si le globule blanc est suffisamment en état de résistance par lui-même.

Les opsonines constituent en somme la substance active contenue dans le sérum sanguin. Peu importe le nom donné à cette substance, soit *complément*, soit *ambocepteur*, *alexine* ou *sensibilisatrice*, soit *opsonine* avec Wright, c'est toujours du même principe qu'il s'agit.

L'ambocepteur est en effet, une substance spécifique, qui se fixe sur les bactéries, peut produire l'hémolyse et la bactériolyse et provoque la phagocytose.

Travail de la Section de Médecine du Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Le complément est une substance qui réactive l'ambocepteur, et intervient ainsi dans les phagocytoses indirectement.

L'opsonine présentera suivant les cas les propriétés de ces deux corps, agissant tantôt comme complément, s'il s'agit v. g. d'un sérum neuf, i. e. d'un sérum normal, tantôt comme sensibilisatrice, dans les immun-sérums spécifiques, i. e. les sérums immunisants.

Les opsonines normales jouissent de deux propriétés essentielles. Elles se détruisent par le chauffage du sérum à 60° pendant dix minutes; elles se fixent sur le corps des microbes pour les préparer ainsi à être phagocités. C'est donc bien en modifiant les bactéries et non pas les leucocytes qu'elles agissent. Les opsonines normales se fixent de plus indifféremment sur tous les corps bactériens quelle que soit leur espèce.

S'agit-il, au contraire, d'opsonines existant dans des sérums spécifiques, ces corps deviennent alors thermostabiles, i. e. qu'ils acquièrent de fait les caractères des sensibilisatrices. De plus elles n'agissent plus dans ce cas indifféremment sur tous les microbes, mais n'ont d'action que sur l'espèce microbienne qui a servi à immuniser l'animal fournisseur du sérum immunisant.

C'est en se basant sur ces faits que Wright en est arrivé à instituer son traitement opsonique et la recherche de l'index dont nous parlerons tout à l'heure.

Traitement opsonique. — En quoi consiste ce traitement opsonique? Depuis longtemps déjà, on avait essayé de traiter les maladies infectieuses, par les cultures mortes de microbes, mais sans en obtenir les succès attendus. Wright a précisé la manière dont il fallait agir pour avoir des résultats plus sûrs. Il s'agit de préparer convenablement la matière à injecter, d'en bien connaître le titre, et de l'administrer au moment propice.

La préparation de ces cultures mortes de microbes est des

plus simples. On se sert de cultures fraîches de vingt-quatre heures sur gélose, qui sont diluées dans du sérum physiologique. La culture est grattée et additionnée d'une petite quantité d'eau salée, puis soigneusement agitée dans un bocal avec des perles de verre, de façon à obtenir un mélange parfait et une distribution égale des microbes dans toute la solution. Il faut ensuite connaître le titre de cette solution microbienne, i. e. la quantité de microbes contenus par millimètre cube. Pour ce, il suffit de mélanger intimement une goutte de sang et une goutte de la solution, de l'étaler sur une lame, et de faire après coloration une numération des globules rouges et des microbes. Le nombre des globules rouges par millimètre cube étant connu déjà, on arrivera par proportion au nombre de microbes. Si l'opération est répétée dans plusieurs champs successivement, les résultats seront même assez exacts. Ce nombre étant connu, on pourra facilement régler la dose à injecter. Voici approximativement, en variant évidemment suivant la gravité des cas, le nombre des microbes qu'injecte à ses malades le docteur Dittmann de New-York.

Staphylocoques, 400 millions.

Streptocoques et Gonocoques de 2 à 5 millions jusqu'à 200 millions.

Dans le cas de tuberculose, il se sert de tuberculine T. R. de Koch, et donne à la dose $\frac{1}{10}$ millième de milligramme.

Le liquide à injecter étant ainsi préparé comme nous l'avons indiqué plus haut, est alors stérilisé par chauffage, et pour plus de sûreté, on peut même y ajouter quelques gouttes d'une solution faible d'acide phénique. On fait du reste la preuve de stérilité en ensemençant sur divers milieux avant de l'injecter aux malades.

En ce qui concerne la fréquence des injections, il faut sur-

tout se guider sur les réactions que présente le malade, et si l'on veut sur l'*index opsonique*. Pour le Streptocoque et le Gonocoque, monsieur le docteur Dittmann donne d'abord des injections tous les quatre jours, puis ensuite tous les dix jours, et cesse graduellement en éloignant les injections suivant l'amélioration présentée par le sujet.

Pour tous ces traitements, il est de beaucoup préférable de se servir d'une culture de microbes pris sur l'individu lui-même; toutefois on peut se servir de cultures obtenues avec des microbes étrangers.

Jusqu'à présent les meilleurs succès obtenus semblent se rapporter au staphylocoque, surtout dans les cas de Furunculose. Malheureusement nous n'avons aucune observation personnelle à mentionner.

Le Dr. Potter de New-York dit avoir eu d'excellents résultats dans les injections streptococciques. Nous avons vu chez lui quelques malades de cette catégorie tous sous traitement depuis plusieurs mois qui, paraît-il, étaient considérablement améliorés, mais ne nous ont pas paru encore en très bon état.

Dans la blennorrhagie, certains auteurs rapportent des guérisons, surtout dans les cas d'arthrites dues à cette infection.

Les meilleurs résultats obtenus chez les tuberculeux, ont trait à des tuberculoses cutanées ou à des tuberculoses uro-génitales.

Index Opsonique.—La recherche de l'*index opsonique* était considérée au début comme un des points les plus importants de la méthode. Seulement les grandes variations qu'on a constatées dans cette réaction lui ont enlevé une partie de sa valeur, et l'on semble vouloir se fier plutôt aujourd'hui, pour juger du moment où doit se faire une nouvelle injection de sérum, à l'état général du malade qu'à la recherche longue et minutieuse de cet index.

L'index Opsonique peut être défini—le rapport entre le pouvoir opsonisant du sérum du malade et celui d'un sérum normal, i. e. le rapport entre le nombre de microbes phagocytés par un leucocyte dans un sérum normal, et le nombre que l'on trouve dans un globule d'un sujet en voie d'immunisation. Par conséquent, lorsque la courbe de cet index baisse, elle indiquerait une diminution de la puissance phagocytaire du sujet, et appellerait ainsi une nouvelle injection du sérum immunisant. Malheureusement, en pratique, cette réaction est très variable.

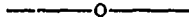
La technique bien que délicate est assez facile. Une certaine quantité de sang est recueillie, par piqûre du doigt, dans du citrate de soude, et ainsi centrifugée. Les leucocytes se trouvent alors accumulés à la partie supérieure du culot de centrifugation. D'autre part on prélève un peu de sang qui est laissé à lui-même pour coaguler, et on en recueille le sérum. Enfin, comme troisième élément, on fait une émulsion dans de l'eau salée, du microbe en cause, recueilli sur une culture sur gélose, et en ayant soin que cette émulsion ne soit pas trop concentrée.

Étant en possession de ces trois éléments leucocytes lavés, sérum, et émulsion microbienne, on aspire dans un petit tube capillaire une quantité égale de chacun d'eux, puis le tout est intimement mélangé et porté à l'étuve à 38° pendant un quart d'heure. Après ce temps, il suffit d'étaler le liquide sur une lame, et d'agir absolument comme pour une préparation de sang. Après coloration, on compte le nombre des microbes phagocytés par 100 leucocytes, et la moyenne pour un globule blanc est alors facilement déterminée.

La même opération est effectuée avec un sang normal, et le rapport entre les deux chiffres, nous donne l'index opsonique du malade.

Nous n'avons voulu dans ce court travail que donner un exposé succinct de cet intéressant mode de traitement. Le manque d'observations personnelles sur la méthode, ne permettait pas de faire plus. D'après les données que nous avons aujourd'hui, il serait du reste difficile de tirer une conclusion. D'ailleurs, « il ne faut jamais se hâter de conclure » a dit quelqu'un, et ceci doit s'appliquer avant tout à la médecine. Des expériences prolongées amèneront probablement certaines modifications et arriveront peut être à l'institution d'un traitement qui bien connu et bien dirigé rendra d'innombrables services dans la thérapeutique des maladies microbiennes.

A. VALLÉE, M. D.



CEDEME AIGU DU POU MON D'ORIGINE RENALE SANS LESIONS AORTIQUES

par MM. SICARD, professeur agrégé, médecin des hôpitaux
et DESCHAMPS, interne des hôpitaux.



On a beaucoup discuté et l'on discute encore la pathogénie de l'œdème aigu du poumon. Monsieur Dieulafoy et ses élèves, reprenant l'opinion défendue pour la première fois par Bourevet en 1890, soutiennent la thèse des altérations rénales cause initiale, nécessaire et suffisante de l'inondation pulmonaire. Au contraire d'autres auteurs, parmi lesquels il faut citer entre tous MM. Huchard, J. Renaut et Hannorat se sont attachés à prouver que la lésion rénale était loin d'être constante et que même dans les

cas où elle existe, elle est toujours secondaire à une aortite et surtout à une péricardite avec un retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires » (Huchard).

Dans ce débat toujours ouvert nous apportons simplement un nouveau document anatomo-clinique qui vient à l'appui de ceux qui défendent l'origine exclusivement rénale de l'œdème aigu pulmonaire.

OBSERVATION.—Le nommé Jean C... âgé de 37 ans, garçon de cuisine, entre salle St-Charles dans le service du Prof. Brissaud le 27 décembre 1907. Depuis quelques jours il a cessé tout travail, car au moindre effort, dit-il, il est pris de suffocation, de manque d'air. Les crises dyspnéiques sont très anciennes depuis plus de seize ans il se plaint d'une bronchite chronique initiale, point de départ des crises de suffocations emphysémateuses qui sont venues compliquer depuis longtemps déjà un état bronchique beaucoup plus ancien. Depuis de longues années en effet il accuse à des époques diverses des recrudescences plus ou moins passagères ou plus ou moins intenses, d'un état dyspnéique presque permanent. Mais dans ces dernières années les crises sont devenues bien plus fréquentes et bien plus graves et il a dû à plusieurs reprises abandonner l'exercice de sa profession. Dans les dernières semaines précédant son entrée à l'hôpital les phénomènes pulmonaires sont devenus subintrants et ont retenti gravement sur son état général.

En dehors de cela il n'a jamais eu aucune maladie. Il nie formellement la syphilis et rien après un examen attentif de ce côté ne permet de douter de sa parole. Il avoue par contre un penchant marqué pour le vin et l'alcool.

Il est marié et sa femme bien portante n'a jamais fait de fausse couche et a eu une fille morte à sept ans de fièvre typhoïde.

Dans ses antécédants héréditaires un fait intéressant à noter : Son père est mort emphysémateux à 54 ans.

EXAMEN DU MALADE.—C'est un homme de 37 ans, fort et bien bâti, mesurant 1m 80. Assis sur son lit, le tronc soutenu par les oreillers, le cou paraissant raccourci, le dos vouté, la poitrine bombée, tout l'habitus du malade décèle l'extrême gêne de sa respiration. Sur le facies pâle trauche la coloration pourprée des pommettes, la coloration violacée des lèvres. Son inspiration est courte, brève précipitée, son expiration au contraire est très prolongée et c'est bien le caractère expiratoire essentiel de la dyspnée de l'emphysémateux. Au moindre effort, à l'occasion d'un mouvement ou en voulant boire un peu de lait par exemple, les accès de suffocation surviennent exagérant au maximum cet état asphyxique.

En plus de cette dyspnée on note de fréquents accès de toux suivis en général d'une expectoration muqueuse assez abondante avec même quelques crachats jaunâtres muco-purulents.

A l'inspection on remarque très nettement la configuration spéciale très nette du thorax emphysémateux. La dilatation des espaces intercostaux, la saillie globuleuse des régions claviculaires, l'élargissement en tonneau de la base de la poitrine imposent d'emblée le diagnostic d'emphysème.

A la palpation les vibrations thoraciques sont à peu près normales.

La percussion met en évidence un son plus clair, plus éclatant presque du tympanisme surtout à droite. Cette sonorité pulmonaire empiète à gauche sur la matité cardiaque.

A l'auscultation on note une diminution très marquée du murmure vésiculaire ; l'inspiration difficile et obscure, humée, l'expiration nettement prolongée.

A ces signes d'emphysème s'ajoutent des signes de bron-

chite : râles sibilants et rouflants disséminés dans toute la poitrine mais très abondants et très serrés, c'est une véritable « pluie de râles ». En outre aux deux bases et principalement à gauche on entend de nombreux râles sous crépitants.

EXAMEN DES AUTRES ORGANES.—Le cœur est légèrement arythmique. Il est très volumineux et la percussion dénote facilement son hypertrophie malgré l'emphysème. La pointe est légèrement déviée en dedans du mamelon et en bas. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls arythmique bat à 90, la tension artérielle est de 16 avec l'appareil Potain. Il n'y a pas d'œdème des jambes non plus que de bœufnessure des paupières. Le foie déborde de deux travers de doigt au bord des fausses côtes. Il est un peu douloureux à la palpation.

L'examen des urines permet de déceler des traces d'albumine. Les urines sont du reste un peu rares, 800 c.c. et un peu hautes en couleur.

Le 5 Janvier.—Vers 3 heures de l'après-midi, le malade a ressenti brusquement un point du côté thoracique très violent, il a été pris de suffocation angoissante extrême avec petitesse et accélération du pouls. La température a atteint 40°c. Au bout de 2 heures sous l'influence des piqûres d'éther, de caféine ces phénomènes se sont amendés, mais la nuit a été très agitée, remplie de cauchemars.

Le lendemain 6 Janvier.—Le point du côté a disparu presque complètement, mais la température reste élevée à 39°2. La dyspnée est toujours très vive, l'asphyxie menaçante, tandis que s'accuse la cyanose et le refroidissement des extrémités.

A l'examen des poumons on note à gauche et au sommet une légère augmentation des vibrations thoraciques un peu de submatité, pas de souffles mais une diminution très notable du murmure vésiculaire et un grand nombre de râles sibilants. Des

deux côtés aux bases, de la matité franche et de nombreux râles sous crépitants.

TRAITEMENT.—Ventouses, saignée de 250 gr.

Le 7 Janvier.—Il y a eu une petite amélioration, la dyspnée est moins prononcée, mais le point de côté persiste toujours. La température est à 38°4, le pouls petit et arythmique bat à 110.

Il y a toujours une petite quantité d'albumine dans les urines, l'œdème des jambes fait toujours défaut. Des circonstances matérielles indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de pratiquer le dosage des chlorures dans les urines, bien que toutes nos dispositions aient été prises pour obtenir ce résultat. Nous déplorons vivement l'accident malencontreux qui nous prive d'un renseignement très important.

On a pratiqué le dosage de l'urée dans le sang et l'analyse y a décelé 2 gr 30 d'urée par litre.

La température à 4 heures du soir est de 38°3.

Le soir à 10 heures alors que le malade était assoupi, il a été pris tout d'un coup d'un accès de suffocation terrible avec une toux quinteuse, saccadée suivie bientôt d'une expectoration mousseuse, sanglante très abondante. Le malade pâle en proie à une terrible anxiété est assis sur son lit et essaye de lutter de son mieux par l'action de tous ses muscles respiratoires accessoires contre l'asphyxie toujours croissante. L'interne de garde fait aussitôt une saignée abondante relève le pouls par de l'huile camphrée et au bout de quelques temps les phénomènes décroissent, le malade se sent peu à peu renaître à la vie et il s'endort un peu même sur le matin.

Le 8 Janvier.—A la visite la dyspnée est toujours très forte l'auscultation permet de reconnaître encore la récente inondation pulmonaire qui se traduit encore par la pluie de râles sous crépitants.

La température est de 38°5.

Le cœur très arythmique bat à une allure folle ; le pouls lui aussi très arythmique est petit, fuyant, misérable, presque incomptable et il faut multiplier les examens pour arriver à une moyenne approximative de 154 pulsations à la minute. La tension artérielle est de 17.

Le 9 Janvier.—Les phénomènes circulatoires s'accroissent encore, tandis que la dyspnée augmente à nouveau. Le malade très faible est incapable de lutter contre le manque d'air de plus en plus absolu et il meurt dans la nuit tant d'asphyxie que de collapsus cardiaque, la température étant tombée dans les dernières heures au-dessous de la normale.

Le diagnostic de mort par œdème aigu du poumon ne nous semblait pas douteux.

L'autopsie devait le vérifier et nous apporter en outre sur le point de départ initial de la poussée fluxionnaire du poumon des précisions anatomo-pathologiques indiscutables que nous allons maintenant décrire avec quelques détails.

A L'EXAMEN MACROSCOPIQUE.—Le poumon gauche est d'un volume tout-à-fait anormal, puisqu'il pèse 2 kilos 450 grs. Il est remarquable en outre par une anomalie assez curieuse : sa trilobulation. Il présente en effet deux incisures très nettes, délimitant trois lobes, tout comme le poumon droit. Alors que le lobe supérieur est le siège d'un emphysème considérable et présente par places des placards d'emphysème sous-cutané, le lobe moyen par contre et surtout le lobe inférieur, sont le siège d'un œdème congestif intense que l'on peut comparer après section au tissu splénique, et à la coupe et à la pression, il laisse écouler une très grande quantité d'un liquide mousseux et rose. Fait à noter un fragment détaché et plongé dans l'eau surnage très nettement.

Le poumon droit est lui aussi très volumineux mais il ne pèse que 850 grs, ce qui s'explique facilement par le fait qu'il ne présente que des lésions d'emphysème sans lésions d'œdème congestif.

Il s'agit donc d'un œdème aigu unilatéral gauche localisé même à une seule portion, les deux lobes inférieures d'un poumon gauche anormalement trilobé.

Les reins sont volumineux et pèsent le droit 210 grs le gauche 195 grs. On les décortique assez facilement. A la coupe, ils apparaissent rouges et congestionnés, la substance corticale est effacée et on note un développement marqué du tissu conjonctif des colonnes de Bertin, qui enserrrent et qui étouffent les pyramides malpighiennes.

Les capsules surrénales sont normales.

Le cœur pèse 450 grs, ses cavités sont remplies de caillots cruoriques. Il est hypertrophié en totalité et distendu.

Les valvules sont intactes, souples sans nulle trace d'athérome. Les artères coronaires sont indemnes de toute lésion d'endartérite. L'aorte est remarquablement saine, tant au niveau de son origine et de sa crosse que dans sa portion thoracique. De consistance souple, de coloration normale, elle ne présente aucune lésion-athéromateuse *et il est exceptionnel même de trouver chez un homme de cet âge, manifestement alcoolique, une intégrité aussi absolue de l'artère aorte.*

Le péricarde est tout-à-fait normal.

Le foie volumineux, congestif pèse 1950 grs. ; il ne résiste pas au couteau et ne paraît pas sclérosé.

La rate est normale ainsi que tous les autres organes y compris le cerveau.

On ne trouve aucune compression médiastinale.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.—L'examen histologique de la

zone congestive du poumon gauche est tout à fait typique. La description que nous pourrions en faire est tout à fait superposable à la description magistrale faite par Reuaut (de Lyon) en 1897 à l'Académie de médecine sur les lésions histologiques de l'œdème aigu du poumon, et que nous résumons en quelques mots : inondation séreuse en masse des alvéoles pulmonaires ; présence dans ce liquide albumineux de globules rouges et surtout d'innombrables globules blancs, rupture des cloisons interalvéolaires, disparition de l'épithélium alvéolaire balayé par l'irruption subite du liquide ; aplatissement et imperméabilité des capillaires sanguins, des parois alvéolaires et par contre-distension des petites veines pulmonaires et bronchiques gorgées d'hématies.

Les coupes histologiques pratiquées dans le reste du poumon gauche et dans tout le poumon droit reproduisent les lésions habituelles de l'emphysème banal.

L'examen des reins permet de décèler les lésions anciennes de néphrite chronique légère se traduisant par un développement anormal de tissu fibreux enserrant les tubes et les glomérules mais très inégalement distribué et en somme peu intense. Les vaisseaux, surtout les petits, présentent les lésions classiques mais peu accusées pourtant d'endo-péri-artérite.

Mais à côté de ce processus ancien, le microscope révèle des lésions de dates beaucoup plus récentes, lésions épithéliales surtout montrant à côté de tubes parfaitement sains, des tubes complètement dégénérés ou simplement, dans un même tube, à côté des cellules tout-à-fait normales, des éléments épithéliaux manifestement altérés.

En outre on aperçoit çà et là disséminés dans le tissu interstitiel de petits raptus hémorragiques très nombreux, partis des petits vaisseaux et des capillaires voisins gorgés d'hématies.

Il s'agit donc là en somme d'une néphrite chronique ancienne légère associée à une néphrite récente subaiguë et hémorrhagique.

Les capsules surrénales ne présentent aucune lésion.

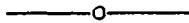
Les coupes de l'aorte montrent l'intégrité complète des trois tuniques et cela de façon indiscutable. Normales également sont les coupes intéressant les valvules. Il n'y a donc aucune lésion aortique ou périaortique tant à l'examen macroscopique qu'au microscope.

Il y a rien de spécial à signaler dans les autres organes.

EN RESUMÉ.—Nous concluerons donc que notre malade bronchitique emphysémateux ancien est mort en quelques heures d'un œdème aigu du poumon dont nous avons trouvé la trace indéniable sur la table d'autopsie et au microscope ; œdème aigu qui coïncidait avec des altérations rénales manifestes, accompagné d'albuminurie légère et d'azothémie accusée ; que par contre, ni l'examen macroscopique le plus rigoureux, ni l'examen microscopique n'ont pu révéler la plus légère lésion aortique ou périaortique.

DR. SICARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, Paris.

DR. DESCHAMPS, interne de l'hôpital Broussais, Paris.



LE CITRATE DE SOUDE EN MÉDECINE INFANTILE

PAR J. PINAULT, M. D. RIMOUSKI, QUE.



Au nombre des nouvelles médications qui depuis quelques années ont obtenu droit de cité en thérapeutique, il en est une

qui à considérer la classe nombreuse de malades à laquelle elle s'adresse, et l'efficacité dont elle a fait preuve, mérite une première place. Il s'agit de l'usage du citrate de soude dans les désordres gastro-intestinaux des nourrissons.

En 1904 lors de la première communication de Variot sur ce sujet à la société médicale des hôpitaux de Paris, j'eus l'idée d'essayer ce médicament pour mon propre enfant qui souffrait de gastro-entérite. Le résultat exceptionnellement heureux de ce premier essai me frappa tellement que depuis j'ai continué à administrer ce médicament d'une manière systématique chez tous mes petits patients et malgré ma faible expérience je crois déjà pouvoir conclure que nous avons là un remède d'une très grande valeur.

Wright en Angleterre fut le premier en 1892 à utiliser le citrate de soude chez les enfants. Partant des recherches de Arthus et Pagé, qui découvrirent les propriétés anticoagulantes des oxalates et des fluorures à l'égard du lait, et de celles de Griesback et Pekelharing qui utilisèrent le citrate de soude pour empêcher la coagulation du sang, il fit l'expérience suivante avec le citrate de soude,—les oxalates et les fluorures étant écartés à cause de leur toxicité.

Il prépara trois tubes. Dans le premier il mit 30 grammes de lait cru, 5 gouttes d'acide chlorhydrique à cinq pour cent et un peu de présure. Dans le deuxième 30 grammes de lait bouilli et les mêmes autres éléments. Enfin dans le troisième le même contenu que le deuxième, mais en plus ajouta 18 centigrammes de citrate de soude. Il plaça ces trois tubes pendant le même espace de temps dans une étuve et fit ensuite la constatation suivante. Dans les tubes un et deux le coagulum était massif et compact tandis que dans le troisième contenant du citrate, le caillot était mou presque fluide et beaucoup plus transparent. Il

en conclut que l'emploi du citrate de soude pourrait avoir le même effet dans l'estomac des nourrissons que dans son tube à expérience et qu'il rendrait par suite le lait plus digestible en en rendant sa coagulation plus légère. De là ses essais et l'adoption du médicament par Wright dans les gastropathies infantiles. S'inspirant de ces recherches, un autre médecin anglais le Dr. F.-J. Poynton de Londres tenta l'usage de ce médicament en 1903, et après épreuve, il l'adopta d'une manière systématique chez les enfants atteints de gastro-entérites. En France, en 1904 Variot médecin de l'hôpital des Enfants Malades de Paris expérimenta ce mode de traitement et fut bientôt d'accord avec les confrères anglais à reconnaître et à prôner les bons effets de cette médication. Enfin Auset de Lille, en 1905, le Dr. Roger Shaw Médecin de St. Margaret House de Albany, aux Etats-Unis et plusieurs autres expérimentèrent à leur tour le nouveau médicament et tous sans exception reconnurent qu'en effet le citrate de soude jouissait des propriétés très intéressantes et d'une grande valeur dans ces maladies si désespérantes des nourrissons.

Voici ce que disait Variot lors de ses premières communications : « Le premier petit malade que je vous présente dit-il, « vomissait depuis sa naissance à chaque tétée, et avait beaucoup « de diarrhée. On pouvait invoquer le défaut de réglementation « dans les tétées et considérer ces troubles comme des accidents « de suralimentation. Nous commençâmes donc par prescrire à « la mère de donner le sein régulièrement toutes les deux heures « et seulement une fois la nuit. Les vomissements et la diarrhée « persistèrent. C'est alors que nous avons eu recours au citrate « de soude en solution à 5 pour 300 d'eau distillée à la dose « d'une cuillerée à café avant chaque tétée. Dès la première se- « maine du traitement, les vomissements diminuèrent considéra- « blement et finirent par disparaître. La diarrhée a presque

« complètement cessé. L'accroissement de l'enfant est devenu
« régulier.

Au sujet du second cas, Variot dit : « L'enfant vomissant
« constamment depuis l'âge de onze jours quoique élevé au sein
« et bien réglé à une-tétée toutes les deux heures, on donna le
« citrate de soude et le lait stérilisé, la mère étant insuffisante.
« les vomissements avaient cessé au bout de deux jours ».

Voici ce que dit encore le même médecin après six mois
d'expérience sur une centaine de nourrissons. « Il est excep-
« tionnel que des vomissements persistant parfois depuis des
« mois, ne cessent pas par l'emploi du citrate. Les résultats
« sont surtout frappants chez les enfants au sein qui vomissent
« avec persistance le lait de leur mère et qui cessent de rejeter
« le lait après un ou deux jours. »

De son côté M. Ausset de Lille déclare : « Après avoir ad-
« ministré le citrate de soude chez des enfants qui ne pouvaient
« digérer le lait de vache, j'ai constaté que la tolérance gastrique
« se rétablissait très vite dans tous les cas ; les vomissements
« cessaient plus rapidement qu'avec les méthodes usuelles,
« comme le coupage à l'eau de Vichy.

« Enfin Roger conclut de son côté qu'il est rare que les vo-
« missements dus à la suralimentation ou même à d'autres cau-
« ses difficiles à déterminer ne cèdent pas après qu'on a adminis-
« tré le citrate de soude pendant deux ou trois jours et même
« dès le premier jour ».

Il résulte de ces nombreuses expériences que nous possédons dans le citrate de soude un médicament réellement précieux, et qui, vu son innocuité, mérite de prendre place à côté des rares médicaments tolérés par les nourrissons tels que le bicarbonate de soude, la magnésie, l'acide lactique, etc.

Voici quelques observations prises à travers une trentaine

de cas chez lesquels j'ai administré le citrate de soude suivant la méthode Variot.

La première concerne mon propre enfant qui vers l'âge de neuf mois pendant les chaleurs de Juillet fut pris de gastro-entérite très grave, l'enfant avait été enclin toute sa vie à des désordres de la digestion ; il vomissait souvent et avait une tendance continuelle à la diarrhée malgré tous les soins minutieux dont il était entouré. Son état devenant alarmant, j'instituai la diète hydrique pour trente-six heures, qui eut pour effet d'arrêter la diarrhée et les vomissements. Mais à la première tentative d'alimentation, ces accidents réapparurent. C'est alors que j'ajoutai du citrate de soude à son lait et dès cet instant tout retourna dans l'ordre comme par enchantement, les vomissements ayant cessé et les selles étant les plus normales qu'il n'avait jamais faites.

Un deuxième cas dont voici l'histoire ne manque pas d'intérêt : Mad. B. à deux ans d'intervalle avait été accouchée par moi et chaque fois les deux bébés moururent environ vers cinq ou six mois absolument de la même maladie c'est-à-dire d'inanition, suite de l'intolérance absolue pour toute espèce d'aliments. Chaque fois Mad. B. avait alimenté ses enfants au sein, et chaque fois les enfants avaient eu des vomissements et de la diarrhée à partir du premier mois jusqu'à leur mort survenant par collapsus conséquence d'atrophie et de déchéance générale extrême. Tous les moyens dans les deux cas avaient été mis en jeu. Réglementation rigoureuse des tétées, essais du lait de vache stérilisé coupé d'eau bicarbonatée, d'eau de chaux, etc. Essais même des farines lactées du commerce, des bouillies de farine ordinaire. Tout avait été inutile, les bébés avaient infailliblement manifesté une intolérance absolue pour toute espèce d'aliments. J'accouche Mad. B. une troisième fois. La mère comme pour ses autres nourrit au sein. Tout va bien pendant quelques jours

mais bientôt l'histoire des années précédentes recommence. Le nouveau-né commence à vomir et à avoir la diarrhée, malgré l'alimentation au sein bien réglée par une mère intelligente et bien avertie. En dix jours le bébé avait littéralement dépéri. L'histoire des années précédentes évidemment se répétait. J'ordonnai à la mère de cesser de donner le sein pour le remplacer par du lait de vache coupé et stérilisé quarante minutes et préparé toutes les douze heures aussitôt après la traite. L'effet fut déplorable, l'enfant rejetait tout par gros caillots durs, et souffrait plus que jamais. Son état était excessivement grave. Alors je prescrivis le citrate de soude en prévenant la mère que je donnais ce nouveau remède pour rendre le lait plus facile à digérer en l'empêchant de cailler dans l'estomac et je la priai de bien examiner les caillots si l'enfant vomissait. Après deux ou trois doses l'enfant cessa de vomir absolument. Il n'eut qu'un renvoi en dix jours et la mère fut frappé de l'aspect du caillot qui lui apparut tellement mou qu'il ne *se tenait pas*. L'enfant continua à bien digérer et dans un temps relativement court avec ce régime de lait stérilisé additionné de citrate de soude, il reprit ses chairs en même temps que ses forces et continua à se bien développer.

Un troisième cas a trait à un enfant de 18 mois ayant eu de la diarrhée et des vomissements toute sa vie, le médecin de la famille ayant usé de tous les moyens connus sans succès.

L'enfant était anémié et amaigri. Consulté à son sujet, je lui donne du citrate de soude, et dès ce moment il tolère son lait qu'il digère complètement. Je dus donner le citrate pendant près de deux mois sans interruptions, car à la seule tentative de suppression les vomissements réapparaissaient.

Enfin une quatrième observation se rapporte à un bébé de quelques mois ne tolérant pas le lait de sa mère et encore moins

le lait stérilisé. Il présentait le tableau des vomissements incoercibles. Le citrate de soude chez celui-ci eut un effet radical dès la première dose. La mère peut continuer à l'alimenter sans troubles aucuns. Mais comme pour le cas précédent la suppression du remède faisait réapparaître les vomissements. Je dus lui en donner tout un hiver.

Je pourrais encore citer vingt-six cas où j'eus occasion d'utiliser le citrate de soude, et dans chacun les résultats ont été pour moi aussi tangibles que dans ceux dont je viens de rapporter l'histoire. Je puis donc avec connaissance de cause assurer que cette médication est une réelle conquête et qu'il suffit de l'essayer une fois pour l'adopter avec autant de conviction qu'a été adoptée celle de la diète hydrique dans le choléra infantile.

Jamais avec le bicarbonate de soude, l'eau de Vichy, l'eau de chaux il ne nous a été donné de constater une action antiémétisante et eupéptique aussi prompte et aussi prononcée.

Seront donc des indications au citrate de soude : tous les cas de vomissements soit du lait maternel, soit du lait de vache, tous les cas de diarrhée avec selles grumeleuses lientériques indice d'une digestion imparfaite, les cas de vomissements incoercibles, les cas de choléra lorsqu'après la diète hydrique, il s'agira de reprendre l'alimentation par le lait cet obstacle si difficile à surmonter, enfin le sevrage lorsqu'il faudra passer du lait maternel insuffisant au lait de vache. Dans ce dernier cas on donnera le citrate à titre de préventif pour aider à faire tolérer les premiers repas du nouvel aliment.

Dans les vomissements incoercibles si tenaces et si désespérants le médicament est particulièrement précieux.

Voici d'après Variot des aperçus nouveaux sur ce syndrome. Les vomissements incoercibles peuvent être dus 1° à un rétrécissement congénital du pylore 2° à une irritabilité gastri-

que simple 3° à une gastrite spasmodique. La première cause étant extrêmement rare, il serait tout-à-fait imprudent de conseiller une pyloroplastie pour remédier à des vomissements incoercibles avant d'avoir épuisé le traitement médical. D'après Variot l'irritabilité gastrique, simple cause des vomissements incoercibles, ne serait que l'exagération de la phase normale de contraction de toute la tunique musculaire de l'estomac qui suit de très près la tétée, et on reconnaît que les vomissements incoercibles sont dus à cette irritabilité par ce fait que le citrate de soude à lui seul les arrête. « Le citrate de soude dit Variot, a une action inhibitoire presque instantanée sur cette irritabilité gastrique simple qui disparaît très vite sans qu'on soit obligé de changer de lait ».

Dans les cas de gastrite spasmodique le citrate de soude ne suffit plus pour assurer la guérison, il faut en plus changer de lait. Donc dans ces cas de vomissements incoercibles on devra toujours donner le citrate en premier lieu, et si on échoue on changera de lait tout en continuant, et dans la grande majorité des cas cette manière de faire sera couronnée de succès. Variot à ce sujet dans un travail publié en février 1907 rapporte l'observation suivante :

Enfant né à terme, nourri par une mère ayant du lait normal et en abondance. Dès les premiers jours après la naissance, la petite nouveau-née rejette une bonne partie du lait qu'elle prend au sein de sa mère. Au dispensaire Furtado-Heire, on conseille l'allaitement mixte avec du lait stérilisé. Les vomissements continuent. Lors d'une première consultation dans le service de M. Variot, on ordonne une cuillerée de solution de citrate de soude avant chaque tétée, et une tétée toutes les trois heures. Les vomissements continuent. Un mois et demi plus tard l'enfant qui a alors six mois pèse 3 kilos 900, elle est une

atrophique retardée dans la croissance et non une athrepsique.

M. Variot qui la voit pour la première fois *supprime le sein et donne le lait industriel stérilisé* : toutes les deux heures et demie un biberon de 60 grammes puis un de 75 grammes. De plus dans chaque biberon, il faut ajouter une demi-cuillerée à café de sucre en poudre et *15 grammes de solution de citrate de soude à 5 pour 300*. Après cinq jours les vomissements ont tellement diminué qu'on peut porter le biberon à 75 et 90 grammes alternativement.

L'enfant qui pesait 3 kilos 900 au 15 septembre, pèse 3 kilos 950 le 22. Le 1er octobre elle pèse 4 kilos 100 et 4 kilos 395 le 10 octobre. Le 3 octobre quelques vomissements reparaissent ; puis ils cessent définitivement et chaque tétée est alors de 50 grammes.

Comment doit-on donner le citrate de soude ?—Il résulte des diverses expérimentations que la dose qui le plus souvent suffit est dans la proportion de 0.06 centigrammes de citrate pour environ 30 grammes de lait. Shaw dans quelques cas de vomissements habituels a pu porter la dose jusqu'à 20 centigrammes par 30 grammes de lait sans inconvénients, le lait n'étant aucunement altéré dans son goût, et les petits malades l'acceptant très bien.

Variot prescrit une solution de 5 grammes de citrate de soude dans 300 d'eau distillée stérile. Shaw donne une solution cinq fois plus concentrée. Il est une précaution qu'il importe de ne jamais oublier. *C'est celle de toujours donner une solution fraîchement préparée*, et de rejeter celle qui aura un tant soit peu vieilli, et à plus forte raison qui présentera des moisissures car dans ces cas, il y a décomposition du citrate et formation d'oxalate qui est toxique. Pour cela on ne devra délivrer qu'une petite quantité de solution à la fois, et cette solution sera pré-

parée extemporanément par double décomposition en neutralisant l'acide citrique par le bicarbonate de soude en solution dans l'eau. On pourra ajouter quelques gouttes d'eau chloroformée pour aider à la conser. n. Ainsi donc si l'on veut donner la solution de Shaw dosée à 40 grains à l'once, on pourra prescrire :

Acide citrique pulvérisé.....280 grains
 Bicarbonate de soude.....332 "
 Eau distillée q. s. pour..... 12 onces

Si on préfère la formule de Variot qui contient environ cinq fois moins de sel, on pourra ordonner comme suit :

Acide citrique.....56 grains
 Bicarbonate de soude.....67 "
 Eau q. s. pour.12 onces

On pourra encore se servir de comprimés au bicarbonate de soude et à l'acide citrique, ou ceux de citrosodine Grémy dosés à 0.25 centigrammes de citrate trisodique chimiquement pur.

J. PINEAULT, M. D.

Rimouski, 21 Juillet 1908.



CONSIDERATIONS PRATIQUES SUR CERTAINS TROUBLES DIGESTIFS

J'ai surtout en vue, dans cet article, le traitement général, que je crois le plus approprié, dans les différents états dyspeptiques, qu'on rencontre en pratique courante.

En lisant les auteurs ou en compilant les notions accumulées, par les pathologistes des voies digestives, l'on est frappé par l'importance, presque exclusive, que l'on donne à la sécrétion gastrique,

Le travail chimique effectué par l'estomac, est certainement très important, mais l'on oublie, trop souvent, les troubles sensitifs, et la fonction motrice de l'organe, dont le rôle essentiel, est d'évacuer progressivement, les aliments dans l'intestin.

Les désordres les plus graves apparaissent, dès que ce fonctionnement moteur est troublé, ou que sous une influence quelconque, la sensibilité gastrique se modifie.

En clinique, nous voyons chaque jour, l'estomac fonctionner parfaitement, quel que soit l'état du chimisme gastrique.

Une modification de la sécrétion gastrique, ne suffit pas à créer un état morbide. Le type chimique est certainement un signe de grande valeur mais ce n'est pas le seul, ni même toujours le symptôme prépondérant. Il faut, en même temps, étudier les viciations des autres fonctions gastriques, notamment les troubles moteurs et sensitifs.

La valeur sémiologique du chimisme stomacal, sera ainsi mieux précisée, et mieux interprétée.

Fonction motrice.—Les mouvements de l'estomac se produisent, sous l'influence de son contenu et sont dirigés par le système nerveux.

La chaleur, paraît être un des meilleurs excitants de la contraction gastrique, de même que la peptone et l'acide chlorhydrique.

L'excitation nerveuse se transmet, par le pneumogastrique, qui posséderait aussi d'après des recherches récentes des fibres inhibitrices de l'estomac.

L'estomac dans ses contractions, subit l'influence du sys-

tème nerveux. L'étude des malades confirme chaque jour les données expérimentales.

A l'état normal, la sensibilité consciente de l'estomac est presque nulle ; le sujet ne perçoit pas le contact ni même les traumatismes. Mais sa sensibilité réflexe est très développée. Il perçoit nettement les différences de température. Sa sensibilité musculaire est très prononcée à la distention.

Une division rationnelle des différents états dyspeptiques me paraît être la suivante.

I. Dyspepsies causées par une mauvaise alimentation, ou à l'ingestion de substances irritantes, inflammation de l'estomac, repas trop copieux ou trop fréquents, surmenage de l'organe.

II. Dyspepsies nerveuses, survenant dans divers états névropathiques, hystérie, neurasthénie, psychoses.

III. Enfin les dyspepsies secondaires, faisant suite à une appendicite chronique, à une lithiase biliaire, aux ptoses viscérales, aux troubles génitaux urinaires, etc.

Diagnostic.—Il faudra donc examiner le malade, au triple point de vue de son hygiène alimentaire, de son état nerveux et de l'état général actuel de tous ses organes.

Il est souvent très difficile, au milieu des troubles innombrables, dont se plaignent généralement les malades, d'avoir des renseignements précis. Mais en questionnant méthodiquement les malades, l'on apprendra s'il a toujours souffert. Si les troubles sont consécutifs à un état nerveux, ou s'ils sont survenus à la suite d'une autre affection.

Parmi les signes relatés, par le malade, les premiers et les plus constants, sont la douleur, les malaises, les vomissements. Il faut bien en faire préciser le moment et la nature, et s'il y a irradiation des douleurs.

Signes objectifs.—Le malade étant étendu, il faut d'abord

noter le degré de résistance de la paroi abdominale, palper le foie, percuter l'estomac, constater s'il est distendu, par les moyens ordinaires. J'y ajouterai un moyen pratique, c'est de se servir de stéthoscope. Appuyé sous la région stomacale, que vous frottez avec la pulpe du doigt, il permet de délimiter l'estomac et de reconnaître le degré de distension.

L'existence du bruit de clapotage, après l'ingestion d'une petite quantité d'eau, sera assez facile à percevoir, surtout s'il s'y joint un certain degré de ptose.

Il faut noter aussi l'hyperesthésie caractéristique à la pression, dans les dyspepsies névropathiques, hyperesthésie permanente du plexus solaire, facile à distinguer, des autres causes qui d'une façon passagère, peuvent créer le même signe.

On n'oubliera pas de rechercher les zones d'hyperesthésie ou d'anesthésie, qui pourraient révéler l'existence de l'hystérie.

Le cathétérisme de l'estomac n'est pas toujours nécessaire. Il sera destiné à explorer l'estomac, le matin à jeun, pour reconnaître l'hypersécrétion ou la stase, presque toujours symptomatique d'une ulcération du pylore. La recherche des traces de sang, dans le contenu gastrique ou les fécès, permettra de reconnaître et d'éliminer l'ulcère et les formes frustes du cancer de l'estomac.

Etat général.—Tous les troubles gastriques se modifient, sur un terrain névropathique. On devra donc en tenir compte dans le traitement.

Enfin un examen rapide du cœur, des poumons, du foie, de l'appendice iléo-cæcal, des organes génitaux-urinaires, permettra de diagnostiquer une dyspepsie secondaire.

Grâce à un examen méthodique, il est rare qu'on ne puisse répondre à cette question, essentielle pour le traitement.

Les troubles dyspeptiques du malade sont-ils liés à une gas-

trite, à une névrose, ou sont-ils secondaires à une maladie du voisinage ? L'épreuve thérapeutique aidera souvent à lever le doute dans un diagnostic hésitant. Par exemple un régime rigoureux, dans une gastrite par irritation alimentaire est suivi d'une amélioration rapide. La preuve thérapeutique aura toute sa valeur, dans les dyspepsies secondaires ; par exemple, les troubles digestifs du prostatique, avec rétention et infection urinaire, ne peuvent céder qu'à des lavages de la vessie.

L'Hytérie gastrique relève seulement de la psychothérapie.

Traitement.—Le traitement comprendra : 1° Le régime. 2° Le repos et la révulsion stomacale. 3° Les agents physiques, par exemple, l'hydrothérapie. 4° Les médicaments. Ceux-ci bien différents, suivant qu'il s'agisse d'*hyperpepsie* et d'*hypopepsie*.

Mais aux différents troubles dyspeptiques, peuvent se joindre les conditions particulières suivantes : 1° La dilatation de l'estomac. 2° La constipation (celle-ci peut être atonique ou spasmodique). 3° La diarrhée. 4° La douleur.

Le régime. Les agents physiques et le traitement médicamenteux varient suivant ces différentes conditions.

L'on est incapable par les signes fonctionnels ou physiques de connaître le chimisme stomacal. Il serait faux de croire, que la douleur est spéciale à l'hyperpepsie.

Il est aussi très important de connaître le cycle digestif, à savoir si l'estomac se vide rapidement.

Il faut donc taper le malade, et analyser son suc gastrique. *a*, après un repas d'épreuve, *b*, à jeun.

I. Régime.—*Etat gastrique aigu—hypo ou hyperpepsie*—1ère étape. Un verre de lait écrémé toutes les trois heures. Si le malade a des gaz et se plaint qu'il ne passe pas le lait don-

nez un potage à l'eau et au lait. Ces potages sont de farines maltées v. g. orge, riz, phosphatine, Nestlé-food, etc.

2ème étape.—Après quelques jours, le malade commence à sentir la faim, essayez les patates longuement cuites.

3ème étape.—Introduire dans l'alimentation quelques légumes en purée v. g. pommes de terre.

4ème étape.—Un œuf au milieu de la journée, puis trois œufs (à la coque peu cuits toujours) ensuite ajouter des aliments mous v. g. du poisson à chair blanche.

5ème étape.—Cervelle, viandes blanches, une fois par jour, (moulinées) ensuite viandes noires—entre mets, fromage, crème, pudding de semoul, tapioca, compotes de fruits.

Dernière étape.—Le pain est toujours mal supporté. On tâchera de le remplacer ce qui n'est pas facile. En France l'on fabrique des biscuits de légumine (faits avec légumes) qui remplacent avantageusement le pain. Comme boisson, l'eau pure non gazeuse.

Tout ce qui doit être pris, doit être très réduit en purées ou moulinées.

II. *Repos*.—Après les repas, une demi-heure à une heure, étendu sur une chaise longue, le ventre relevé. Si le malade a de la dilatation de l'estomac, il faut du repos avant les repas, afin de bien faire vider l'estomac, pour qu'il n'y ait pas subintrance de la digestion.

Il sera bon aussi de faire de la révulsion gastrique, avec des compresses chaudes ou froides, appliquées sur la région stomacale. Chaudes s'il y a de la douleur.

III. *Agents physiques*.—Il faut mettre les malades dans les meilleures conditions hygiéniques possibles; faire de l'hydrothérapie v. g. Pour ces dernières respecter la susceptibilité

du malade ;—frictions sèches, à l'alcool, etc,—électrisation statique, massage.

Médicaments hyperpeptiques, dialytique artificielle.—Il faut donner des solutions v. g. l'eau de Carlsbad.

Sulfate de soude.....	3 grammes	
Bicarbonate de soude.....	2	50
Chlorure de sodium.....	1	"
Eau.....	1 litre.	

Il faut donner cette solution le matin à jeun : Un verre de cette solution, chauffée au bain-mari, en trois fois, à vingt minutes d'intervalle.

Pour les hypopeptiques, cette solution ne fait pas du tout.

Quand l'hyperpepsie n'est pas bien prononcée l'on peut donner un peu d'eau de Vichy Célestins, dans lequel on ajoute, un paquet de sulfate de soude, de 3 à 5 grammes, et chauffé au bain-mari.

Si l'hyperpepsie n'est pas bien typique, voici une solution intermédiaire dont je me suis toujours bien trouvé :

4	Chlorure de sodium.....	5 grammes
	Sulfate de soude.....	2
	Eau.....	1 litre.

Prendre un verre d'eau froide le matin à jeun. Cette solution, d'après Hayem, a pour effet de dégager l'estomac, et de donner ensuite le vrai type.

Hypopeptiques—

Képhir {	No. 1
	" 2 (le plus pratique)
	" 3

Les résultats sont très bons mais il faut le donner méthodiquement, peu à peu augmenter graduellement.

L'on peut donner 15 à 20 gouttes d'acide chlorhydrique dilué après les repas, surtout si le malade est diarrhémique. En même temps que le Képhir, Hayem donne la solution suivante :

Chlorure de sodium.....	5 grammes
Phosphate de soude.....	3 “
Eau.....	1 litre.

Un verre d'eau froide le matin à jeun, en une fois, surtout chez les déprimés.

Particularités.—Si l'estomac est dilaté ou ptosé, faites une série de douze à quinze lavages, avec eau pure tiède.

Introduisez $\frac{1}{3}$ de litre à chaque fois, et retirez de suite.

Si c'est un *constipé atonique*, vous prescrivez comme régime : pain complet (celui fait tout de blé) afin de faire un gros bol alimentaire ; beaucoup de légumes, gruau, fruits, pruneaux, figues, miel, etc. Le matin un verre d'eau froide. Faites de grands lavages intestinaux, (série de sept) $\frac{3}{4}$ de litre par lavement, —massage de l'abdomen, et mécanothérapie ; v. g. se lever et se recoucher doucement, et faire faire des mouvements aux jambes.

La formule suivante sera très utile.

Chlorure de sodium	3 grammes à 5 grammes
Sulfate de soude...	5 “ à 10 “

Dose. Un verre d'eau froide, huile de ricin ou psyllium, électrisation, (faradique)—un électrode dans le rectum, l'autre sur la paroi abdominale.

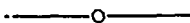
Chez les constipés spasmodiques. DOUCEUR.—Ne pas donner d'aliments grossiers, v. g. pain complet, pas de massage. Il faut donner un lavement d'huile, v. g. 200 grammes le soir, pour garder toute la nuit, surtout la belladone, l'électrisation (méthode spéciale) ne pas faire de grands lavages intestinaux.

Si le malade a la diarrhée, le régime est important Képhir, diète alimentaire féculente, — aliments réduits en purée, régime mixte, œufs, légumes, pas de fruits, pas de légumes verts. Comme médicaments, donnez : acide lactique, 10 à 15 grammes, en limonade, dans la journée ; pas d'opium. — Bismuth à haute dose, v. g. 15 grammes tous les matins en une fois.

S'il existe des alternatives de constipation et de diarrhée traitez comme des constipés, car ce sont réellement des constipés.

S'il y a de la douleur, donnez 15 à 20 grains de bismuth tous les matins, dans un grand verre d'eau.

E.-M. SAVARD.



LES METHODES DE REEDUCATION EN THERAPEUTIQUE

(Suite)

par le DR. MAURICE FAURE, (de la Malou)
ancien Interne de la Clinique Charcot (Salpêtrière) Médecin de
l'Institut de la Malou (Hérault).

Les contractures sont surtout judiciables des mouvements passifs—les rétractions, arthrites, attitudes vicieuses sont améliorées par le massage. les mouvements passifs et actifs, la mécanothérapie l'hypotonie par les mouvements concentriques, volontaires, lents, progressifs, de courte amplitude, et par la faradisation—l'hypertonie, par les mouvements passifs très doux, dans le repos absolu—l'incoordination, par les mouvements volontaires, lents, minutieux, élémentaires d'abord, de plus en plus complexes ensuite, la grande ataxie, par les mouvements à résistance graduée—les tics, par l'im-

mobilité et les mouvements volontaires réguliers—les tremblements et la chorée, par les exercices rythmés—les paralysies, par les exercices gradués, passifs d'abord, avec accompagnement intentionnel ensuite, puis avec mouvements volontaires (et en outre par les massages, courants électriques, etc., suivant les cas)—les troubles de l'équilibre ou de l'attitude, par l'éducation élémentaire et le renforcement des groupes musculaires, cause de l'instabilité—les troubles de la respiration, de la miction, de la défécation, par l'éducation des muscles du cou, du thorax, de l'abdomen, du périnée, etc., etc.

Technique de rééducation sensitivo-motrice et sensorielle.—LANGAGE.

Apprentissage méthodique et élémentaire de l'articulation chez les aphasiques. Apprentissage du nom des objets. Apprentissage de l'écriture de la main droite, si possible, sinon de la main gauche.

Education de l'articulation et de la respiration chez les bégues. de même dans les autres troubles d'articulation.

Adaptation de la vue, éducation de l'ouïe et de l'articulation chez les sourds-muets.

Education du tact et de l'ouïe chez les aveugles.

Sensibilité.—Les troubles sensitifs sont justiciables de Rééducation progressive. Les mouvements actifs, les résistances les pressions, les applications électriques, les massages, l'emploi de la chaleur et du froid, etc., sont les moyens utilisés avec succès.

Fonctions viscérales.—Celles-ci sont accomplies à l'aide de mouvements et de sensations. La Rééducation des fonctions viscérales est donc sensitivo-motrice. Elle comprend l'éducation des muscles du cou et du tronc et l'éducation de la sensibilité. La respiration, la miction, la défécation, la digestion, la circulation, les menstrues peuvent être modifiées.

Sens.—Les sourds ont des lacunes plus ou moins étendues du champ auditif. Il faut déterminer ces lacunes et chercher à réapprendre aux sujets à percevoir les sons élémentaires qui leur manquent et à utiliser ceux qu'ils perçoivent.

La Rééducation du tact se fait, comme la Rééducation sensitive au moyen des sensations de chaud, de froid, de résistance, de pression, avec l'aide de la sensation de l'effort, etc.

La Rééducation de la vue relève du même principe que la Rééducation de l'ouïe.

Résultats.—Les résultats varient suivant la nature des affections

la valeur du rééducateur, du rééduqué et des aides. Ces résultats peuvent aller jusqu'à la guérison complète du trouble visé.

Les affections les plus favorables sont l'*ataxi*, les *états spasmodiques purs* et les *aphésies*.—Au contraire, les *tiquers*, les *hystériques* et les *névropathes*, sont difficiles à améliorer par la Rééducation et rechutent souvent. Ces maladies sont plutôt justiciables de la suggestion et d'autres influences morales plutôt que de la rééducation véritable.

La Rééducation de certains cas de *surdité* a donné des résultats encourageants à Rousselot et Natier.

Les *hémiplégiques* et les *paraplégiques* obtiennent des résultats variés, mais toujours favorables, suivant l'intensité des troubles et la précocité des soins. Notamment, ils peuvent éviter un grand nombre des complications ordinaires de leurs paralysies.

Les *paralysies*, *rétractions*, *raideurs articulaires*, peuvent être diminuées, quelquefois dans une large mesure.

Les *insuffisances respiratoires*, surtout chez les enfants s'améliorent facilement.

Enfin, le champ d'action des méthodes de Rééducation s'étend d'année en année, car la compréhension générale de la méthode et la coordination des efforts tentés sur divers points ne datent que d'une dizaine d'années.

Conditions de la cure.—Le traitement doit être dirigé et appliqué par une personne compétente dont la responsabilité est analogue à la responsabilité du chirurgien qui entreprend une opération. Un échec peut faire présumer l'incompétence de l'opérateur ou la résistance du sujet.

L'opérateur peut employer des aides entraînés à l'application de la technique.

Le malade doit être appliqué, patient, et résolu à attendre des résultats pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Quand ces résultats apparaissent, le sujet doit être assez intelligent pour s'en apercevoir, et assez sérieux pour ne pas se contenter d'à peu près.

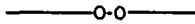
La durée d'une séance varie de 15 à 40 minutes, avec des repos. Il n'y a de fatigue qu'au début de la cure, ou lorsque celle-ci est mal dirigée, —ou lorsque la résistance du patient est trop fortement compromise par le malade (en ce cas la cure doit être suspendue). La fatigue des premiers jours est surtout une fatigue céré-

brale, provenant de l'effort d'attention, inévitable au début de toute étude et plus ou moins long suivant les aptitudes du sujet.

Une, deux, trois séances par jour peuvent être nécessaires, mais, généralement, un chiffre moins élevé est suffisant. Quand le sujet est bien instruit, la surveillance peut se relâcher peu à peu. A la fin de la cure, l'élève doit être capable de continuer seuls ses exercices;—et il doit le faire. La durée d'un traitement varie naturellement avec les maladies, les médecins et les patients.—On peut faire plusieurs cures par an.

La Rééducation ne doit jamais dispenser des autres soins dont la maladie peut avoir besoin. Les traitements locaux ou généraux, l'aération, le milieu, doivent être surveillés avec la même attention que la Rééducation elle-même. En particulier, il est indispensable de séparer le malade des milieux qui découragent ou qui discutent.

En résumé la Rééducation est absolument comparable à l'Éducation. Elle exige de la part du maître et de l'élève les mêmes qualités, le même temps, les mêmes efforts, la même discipline que tous les autres enseignements.



Analyses

J. A. Sicard. *Le traitement de la Névralgie faciale par l'Alcoolisation locale.* (*La Presse Médicale*, 6 Mai, 1908.)

Cette méthode de traitement a été utilisée pour la première fois en 1902 par Pitres et Verger. En 1903 et 1907 Schlösser a porté l'alcool au contact des grosses branches du trijumeau à leur sortie du crâne. Depuis lors, Ostwald, Lévy, Baudouin, Brissaud, Tanon et Sicard en France l'ont fréquemment employée avec des résultats excellents qui sont rapportés en détail dans cet article avec la technique que ces opérateurs ont finalement adoptée en ces deux dernières années.

Erb, en Allemagne, Hugh Patrick d'Orsay Hecht, en Amérique, Otto Kiliai, en Angleterre ont également publié des cas favorables.

Les indications de cette méthode thérapeutique sont les névralgies essentielles invétérées du trijumeau, qu'il faut se garder de confondre avec la migraine ophthalmique et les névralgies secondaires qui disparaissent généralement avec la cause qui leur a donné lieu.

Les principes de la méthode repose sur la destruction au maximum des troncs, branches ou filets du trijumeau par le contact de de l'alcool à 80°.

De fines aiguilles pour éviter la douleur et les grandes lésions, sont utilisées par Sicard, il les dirige sur le nerf à sa sortie du crâne ou de l'un des os de la face.

Il divise les orifices, trous ou canaux d'émergence du trijumeau en 3 groupes. *Périphérique* orifices sus-orbitaires, sous-orbitaires, mentonnier. *Moyen* (canaux du diploé des os maxillaires supérieur et inférieur, le canal dentaire inférieur, et le canal palatin postérieur): *Profond* (trou ovale et grand rond).

La technique à suivre pour atteindre facilement ces orifices est donnée d'une façon précise avec les dangers possibles d'une fausse manœuvre et les accidents qui peuvent survenir consécutivement.

Les incidents sont rares si l'on ne se départit pas de certaines règles à part la douleur qu'il est tout de même possible d'atténuer en faisant précéder l'injection d'alcool d'une certaine quantité de cocaïne ou de stovaine.

Les résultats d'une injection réussie ne tardent pas à se manifester par une anesthésie persistante dans le domaine cutané ou muqueux de la branche injectée.

La statistique que l'auteur rapporte est de 63 cas traités depuis 2 ans, et les résultats sont tels qu'il affirme qu'une injection bien faite (c'est-à-dire en plein tronc nerveux) de l'alcool à 80° amène toujours la sédation de la douleur pour un temps quelquefois indéfini, souvent très long, et rarement de quelques mois seulement.

Les malades soumis antérieurement à un traitement chirurgical sont plus rebelles à ce traitement par la sclérose qui environne le nerf et empêche l'alcool de se diffuser. Dans les cas de récurrence une nouvelle injection complète habituellement la guérison.

On a même conseillé en ces derniers temps l'injection du gan-

gion de Gasser. Au lieu d'en faire l'ablation comme dans l'opération de Krause, moins dangereuse et dou-ant, expérimentalement du moins, une anesthésie durable dans tout le domaine du trijumeau.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. (Lyon Médical, Mai, 1908.)

A la société de Chirurgie de Lyon, séance du 27 février, 1908, Jaboulay et Cavaillon comparent les résultats obtenus dans cette maladie par les différentes méthodes que les chirurgiens ont utilisées chez 38 malades ayant une histoire clinique assez complète pour être utilisable—arrachements périphériques, ablation du ganglion de Meckel, résection des nerfs dentaires, section du maxillaire inférieur à sa base, élongation du sus-orbitaire, sympathicectomie seule et avec arrachements périphériques, gassérectomie, section de la racine centrale du V, abrasion de la muqueuse gingivale, égrugement du rebord alvéolaire, injection d'eau dans la gaine du sous orbitaire arraché, élongation du sous orbitaire.

Toutes ces méthodes ont donné des résultats généralement temporaires et des échecs plus ou moins nombreux.

Dans leur conclusion ces auteurs conseillent de préférence à la gassérectomie, trop facile et trop dangereuse des *opérations complexes* telles que la sympathicectomie combinée aux arrachements périphériques. La sympathicectomie a une moyenne de guérison durable, principalement de ces névralgies avec manifestations vasomotrices et sécrétoires, à douleur profonde. Les arrachements périphériques donnent habituellement un résultat immédiat mais de peu de durée. En combinant ainsi ces deux opérations la guérison est la règle, et les dangers opératoires minimes comparés à ceux qui se rattachent aux opérations centrales qui devront à l'avenir être réservés aux seuls cas d'insuccès des premières, comme une ressource ultime.

M. le Pr. Roelus. *Des abcès chroniques. Journal des Praticiens, 19 septembre, 1908.*

Depuis que l'on connaît bien la nature de la tuberculose et les lésions qu'elle cause dans les tissus, pour la plupart des médecins,

tous les abcès froids sont tuberculeux. Telle n'est pas la l'opinion du Professeur Reclus.

Sous le nom d'*abcès chronique* il désigne une catégorie de collection à marche lente et due à des microorganismes autres que le bacille de Koch. Suivant le degré de virulence les germes pyogènes peuvent produire une inflammation chronique, cette dernière plus rare et ne s'accompagnant pas de réaction appréciable. Tel est le cas de ces mastites chroniques que tout chirurgien a rencontrées et même confondues avec les cancers du sein.

Les coli-bacilles et les staphylocoques en sont les agents habituels. Il n'est pas rare de les rencontrer à la fin d'une poussée de furonculose, ou d'une pyohémie à marche lente. Le bacille d'Eberth les produits assez fréquemment au déclin de la dothiéntérie et pendant la convalescence. Ils apparaissent dans le tissu cellulaire sous cutané, dans les os et parfois même les visères. Les suppurations aseptiques du foie et des trompes sont à rapprocher de ces abcès chroniques.

Depuis quelques années on connaît bien les collections suppurrées de la sporotrichose dont l'évolution est absolument celle de l'abcès chronique décrit par Reclus et c'est dans cette classe d'abcès qu'il faut les ranger, et il est bon de savoir que leur fréquence est assez grande. On les confond généralement avec l'abcès froid tuberculeux, mais l'absence d'engorgement ganglionnaire, la multiplicité de ces tumeurs, le siège dans l'hypoderme, la dureté primitive, le ramollissement partiel, seulement au centre, les ulcérations donnant issue à un peu de pus sanguinolent, l'épaississement des bords jamais décollés comme dans la tuberculose, jamais taillés à pic comme dans la syphilis, sont des caractères qui nous permettent de les reconnaître, et d'instituer le traitement ioduré local et général qui en est le spécifique.

ALBERT PAQUET.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Washington 21 Septembre — 12 Octobre 1908)

RELATIONS DE L'AIR AVEC LA TUBERCULOSE.—STERILISATION DE L'AIR

par M. le Dr. SAMUEL BERNHEIM de Paris.

Président de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine.

De l'ensemble de son travail, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1°—Il y a une relation intime entre les microbes de l'air et la tuberculose. Plus l'atmosphère est chargée de bactéries, plus grand est le nombre de tuberculeux vivant dans ce milieu insalubre ; tous les observateurs consciencieux ont consigné ces faits indéniables. On a donné à la tuberculose le nom de maladie de l'obscurité, parce que les microbes en général et le bacille de Koch en particulier se conservent très longtemps à l'abri de la lumière. Sous l'influence de la vie normale de nos habitudes, les microbes sont lancés dans l'air, l'homme les respire, ses poumons les retiennent, d'où infection et souvent contagion tuberculeuse.

2°—L'absence ou au moins la rareté des cas de tuberculose dans certains climats (d'altitude ou de mer) sont encore des preuves des rapports étroits entre les microbes de l'air et la tuberculose, Cette dernière maladie est exceptionnelle dans ces climats où il y a une proportion infime de bactéries. A une certaine altitude on ne trouve même plus de germes dans l'air.

3°— Pour des raisons analogues ou plutôt inverses on a observé un nombre considérable de tuberculeux dans les grands centres où l'air est saturé de bactéries, dans les quartiers surpeuplés, dans les lieux de réunion, dans les hôpitaux, les prisons, les écoles, les casernes, les grands magasins, les administrations, les usines, les ateliers, etc.

Le meilleur moyen de combattre la tuberculose d'origine aérienne c'est de surveiller la salubrité des villes, l'hygiène des

maisons où doit régner la propreté et où on doit faire pénétrer à profusion la lumière solaire. A ces moyens naturels on peut ajouter certaines mesures artificielles pour diminuer le danger des bactéries de l'air. En effet, on peut à l'aide de certains appareils de chauffage tels la cuve de M. le Dr. Goupril ou la cheminée à double courant de M. Silbermann détruire sur place tous les microbes contenus dans l'appartement. En d'autres termes on parvient à assainir rapidement par cette méthode de chauffage naturel l'air le plus chargé de microorganismes. Ces cheminées sanitaires trouveront une application courante dans tous les appartements et surtout dans les salles de médecine et de chirurgie, dans les amphithéâtres, dans les grandes salles où sont obligées de séjourner de grandes collectivités et où l'agglomération augmente le danger de la congestion.



CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Washington; 21 Septembre- 12 Octobre 1908)

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES TUBERCULINES

Résumé du Rapport présenté par MM. les Drs. SAMUEL BERNHEIM et P. BARBIER de Paris. Médecins de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine.

Après un historique très détaillé, qui constitue une revue complète des recherches scientifiques entreprises dans ces dernières années par les savants du monde entier dans le but de découvrir le remède spécifique de la Tuberculose, les Auteurs examinent la valeur thérapeutique des diverses méthodes qui ont été proposées.

Ces méthodes peuvent être réparties en deux groupes principaux :

1°—Les méthodes d'immunisation active, qui nécessitent de la part de l'organisme une réaction de défense, aboutissant à la production d'anticorps spécifiques.

2°—Les méthodes d'immunisation passive ne nécessitant aucune réaction de la part de l'organisme, auquel on fournit des anticorps tout formés.

S'appuyant sur les travaux récents de BORDET sur l'immunité les auteurs sont d'accord avec le professeur SAHLI pour penser que l'avenir de la sérothérapie dans une affection chronique, comme la Tuberculose, est pour le moins douteux.

Les méthodes d'immunisation active se divisent elles-mêmes en deux groupes :

(a) Inoculation des cultures microbiennes virulentes et atténuées (tuberculines proprement dites.)

(b) Inoculation des produits solubles élaborés par les microbes (toxines.)

Parmi les nombreux produits proposés pour l'immunisation active, les auteurs ne retiennent que les plus importants, ceux qui ont fait l'objet des recherches expérimentales et cliniques suffisantes. Ils leur consacrent à chacune une étude détaillée, examinant tour à tour leur nature et leur mode de préparation, leurs propriétés physiologiques, les doses et le mode d'emploi, les indications et les dangers, et enfin leur valeur thérapeutique réciproque d'après les données expérimentales et cliniques. Les auteurs examinent ainsi successivement.

1° la première tuberculine de KOCH.

2° la tuberculine T. R. de KOCH.

3° l'émulsion bacillaire de KOCH.

4° le bouillon filtré de DÉNYS

5° la tuberculine de MARÉCHAL.

6° la tuberculine BERANECK.

7° la tuberculine de JACOBS.

Plusieurs faits importants ressortent de l'étude clinique de ces

diverses tuberculines. C'est en premier lieu la nécessité d'un dosage prudent et méthodique de la tuberculine employée. Si la tuberculine de KOCH a échoué, cela tenait en effet, à ce qu'on employait alors des doses trop fortes, qui provoquaient chez le malade des réactions dangereuses que l'on croyait nécessaires. Tous les auteurs actuels (BERANECK, SAHLI, DENYS, JACOBS) sont, au contraire, d'accord pour reconnaître que l'on doit éviter autant que possible toute espèce de réactions même minimales, au sujet traité par les injections de tuberculine. Il est donc nécessaire de débiter par des doses très faibles, que l'on élèvera ensuite en suivant une progression lentement croissante. On obtient de cette façon l'immunisation antituberculeuse de l'organisme, par une sorte d'accoutumance progressive à la toxine tuberculeuse, par mithridatisme suivant l'expression du professeur SAHLI.

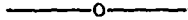
La méthode opsonique de Wright nous permet actuellement de connaître exactement le degré de l'immunisation de l'organisme et l'intensité de ses réactions de défense dans sa lutte contre le bacille de KOCH. Cette méthode nous sera donc un guide précieux pour la question des doses à employer et de leur élévation progressive ; grâce à cette méthode l'emploi de la tuberculine n'est pas un traitement empirique, mais repose sur des bases vraiment scientifiques.

Un second fait qui résulte de l'étude comparée de ces diverses tuberculines, c'est que toute chance de succès dépend avant tout de l'état de la résistance organique du malade. Ce dernier doit avoir une résistance suffisante pour faire les frais de la réaction définitive qui doit lui assurer la victoire finale dans sa lutte contre le bacille de KOCH. C'est encore la méthode de Wright qui nous renseignera sur la valeur de cette résistance organique, et par suite, sur l'utilité du traitement.

De l'étude comparée de ces diverses tuberculines, il résulte enfin que ce sont celles qui renferment les toxines contenues dans les corps bacillaires eux-mêmes (tuberculines de BERANECK, de

JACOBS) qui pourraient posséder les propriétés immunisantes les plus actives.

Les auteurs n'ont pas eu l'occasion d'expérimenter personnellement la tuberculine de BÉRANECK. Quant à la tuberculine de JACOBS, les observations qu'ils ont recueillis dans leurs dispensaires antituberculeux (lesquelles se comptent par centaines) démontrent en même temps que la parfaite innocuité de ce produit, sa remarquable activité dans les manifestations les plus diverses de l'infection tuberculeuse.



CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Washington, Septembre—Octobre 1908)



TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA VIANDE DE CHEVAL
par MM. les DRS. SAMUEL BERNHEIM, de Paris, Président de l'Œuvre de la
Tuberculose Humaine, et P. ROUSSEAU.



Reprenant les études de zoonothérapie poursuivies par le professeur Richer et le Dr. Héricourt, MM. BERNHEIM et ROUSSEAU commencent par déclarer que la viande crue de quelque provenance que ce soit, ne contient aucune antitoxine spécifique. La viande crue est l'aliment le plus riche en azote et celui qui s'assimile le mieux et le plus vite. C'est à ce titre qu'il faut l'administrer en quantité raisonnable.

MM. BERNHEIM et ROUSSEAU ont nourri 10 chiens, rendus tuberculeux préalablement ou après quelque temps, comparative-ment avec de la viande crue de bœuf, a de la viande crue de cheval

ou une nourriture ordinaire. Des quatre chiens exclusivement nourris avec de la viande de cheval, 2 ont survécu de 3 à 6 mois à ceux nourris avec du bœuf cru, les deux autres ont vécu l'un aussi longtemps et le quatrième six semaines de moins que les animaux alimentés avec de la viande bovine. Les deux autres chiens alimentés avec une nourriture ordinaire ont succombé l'un 3, l'autre 6 mois plus vite que leurs compagnons d'expérience.

MM. BERNHEIM et ROUSSEAU ont nourri également 150 tuberculeux arrivés à toutes les périodes de la maladie, depuis la pré-tuberculose jusqu'à la phtisie cachectique. Beaucoup de ces malades ont absorbé de 3 à 500 gr. de viande crue de cheval par jour et ils ont été également hypophages à leurs repas presque exclusivement.

Voici les avantages de cette cure signalée par les auteurs :

1°—Les malades non prévenus n'ont aucune répugnance pour cette viande qui est d'une digestibilité très facile et d'un goût très agréable.

2°—La viande de cheval beaucoup plus riche en azote que le bœuf et le mouton, améliore plus vite l'état général du tuberculeux qui, en l'absorbant, n'est pas exposé au tœnia ou à d'autres parasites de toutes sortes que transmet la race bovine.

3°—Le travailleur et surtout l'ouvrier atteint de tuberculose peut se procurer plus facilement la viande de cheval qui est moins chère que le bœuf ou le mouton.

4°—Quoique le cheval soit exceptionnellement tuberculeux, MM. BERNHEIM et ROUSSEAU conseillent néanmoins à la surveillance sanitaire de n'admettre à la consommation que les chevaux en excellent état de santé. Les boucheries hypophagiques doivent être soumises à l'inspection comme les autres établissements de consommation.

5°—A cause des grandes qualités de richesse en azote et même de goût, MM. BERNHEIM et ROUSSEAU émettent le vœu de faire l'élevage du cheval de boucherie comme on fait l'élevage de la race bovine préparée à cette destination.

BIBLIOGRAPHIE

The Campaign against Tuberculosis in the United-States.

Including a directory of institutions dealing with Tuberculosis in the United-States and Canada.

Compiled under the directions of the National Association for the Study and prevention of tuberculosis by Philip P. Jacobs.

New-York —

\$ 1.00

Grâce à un legs de plusieurs millions fait par Russell Sage, il s'est constitué à New-York un Comité dit de Charité Publique qui a entrepris d'organiser et d'unifier le travail déjà fait contre la tuberculose. Et son premier pas c'est de publier un livre de renseignements que l'on pourrait appeler un arsenal d'armes destinées à la défense contre la tuberculose. On trouve dans cet ouvrage d'abord l'énumération plutôt complète de tous les sanatoria des Etats-Unis et du Canada, puis le nom de toutes les sociétés qui s'occupent de tuberculose et enfin toutes les lois spéciales ou générales qui touchent de loin ou de près à la tuberculose.

D'autres livres seront publiés dans la suite pour compléter l'œuvre du Comité de publication.

On peut obtenir ce livre au prix de \$1.00 francq, en s'adressant au « Charities Publication Committee », 105 East, 22nd Street, New-York.