

NOS HOPITAUX.

ÉLOGE DE L'HOPITAL NOTRE-DAME (1)

Par le Dr E.-P. BENOIT

Professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Monseigneur,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

L'hôpital Notre-Dame confère aujourd'hui son premier diplôme de garde-malade à l'une de ses élèves. Il a voulu donner à cette cérémonie un caractère de fête un peu particulier, car c'est pour lui une date dans son histoire. La collation de ce diplôme, en effet, est la première manifestation de son école des garde-malades, et elle complète d'une manière heureuse l'œuvre entreprise il y aura bientôt un quart de siècle.

L'hôpital Notre-Dame n'a fait que prospérer depuis sa fondation. Il eut le bonheur, dès sa naissance, d'être patronisé par des hommes de cœur et d'énergie, ayant des idées larges et des convictions bien arrêtées, désirant par-dessus tout affirmer le rôle social de notre race; ces hommes surent réunir autour de l'œuvre des sympathies nombreuses, des amis dévoués et bienveillants, dont la bonne volonté fut inlassable, dont la charité fut sans limite, et c'est ainsi que l'œuvre put traverser tous les obstacles qu'elle rencontra sur sa route. Aujourd'hui, la place qu'occupe l'hôpital dans la société canadienne est considérable et en quelque sorte unique; vous me pardonnerez, si je profite de l'occasion qui se présente pour vous en dire quelques mots.

Il y eut, dans la fondation de l'hôpital Notre-Dame, deux circonstances heureuses qui devaient, dans la suite, contribuer beaucoup au progrès de l'institution. C'est d'abord qu'il fut fondée par les professeurs mêmes de l'Université Laval pour servir de champ d'études aux élèves de la faculté de médecine, et que ces professeurs devaient naturellement avoir à cœur d'en faire une institution enseignante de premier ordre, puisqu'eux-mêmes y devaient exercer leur talent; c'est qu'ensuite, pour rendre possible la réalisation de ce désir, ils eurent

(1) Discours prononcé à l'assemblée générale annuelle des bienfaiteurs de l'Hôpital Notre-Dame.

la sagesse de confier la direction médicale de l'hôpital aux médecins de l'hôpital même, ce qui assurait dès le début le contrôle des différents services par la profession, et pour la profession, et leur donnait une direction uniforme et scientifique. Cette organisation médicale et rationnelle arrivait d'autant plus à son heure qu'à l'époque de la fondation de l'hôpital Notre-Dame, c'est-à-dire précisément vers 1880, les travaux de Pasteur et de ses élèves allaient apporter dans la médecine, la chirurgie et l'hygiène hospitalière une révolution complète, qui devait modifier profondément les anciennes méthodes, introduire dans les services des éléments nouveaux et métamorphoser les salles d'opération. L'hôpital Notre-Dame naissait donc juste à point pour bénéficier de ces découvertes, et son organisation allait lui permettre de les mettre immédiatement à profit. Non seulement de les mettre à profit au moment même, mais encore, par la suite, de perfectionner l'organisation au fur et à mesure que le besoin s'en ferait sentir. C'est pourquoi l'hôpital Notre-Dame offre aujourd'hui une organisation médicale qui peut rivaliser avec celle de n'importe quelle institution du même genre, et c'est déjà un point dont nous devons être fiers, — mais surtout qui donne à l'enseignement médical universitaire un complément d'efficacité pratique dont bénéficient tout d'abord les médecins que nous formons, et dans nos salles et dans nos laboratoires, puis ensuite le public qui fait appel à leur science et reçoit leurs soins. Oui, je le répète, et c'est là l'un des côtés importants de son rôle social, l'hôpital Notre-Dame fournit à la société moderne des médecins qualifiés sous tous les rapports, il offre l'exemple d'une organisation complète qui nous honore aux yeux de nos collègues étrangers; sans lui, l'enseignement universitaire demeurerait incomplet, et j'ose le dire, n'aurait pas bénéficié dans une aussi large mesure des progrès de la science contemporaine.

A côté de ce fait que je devais tout naturellement rappeler en premier lieu, que l'hôpital Notre-Dame a servi depuis sa fondation à compléter l'enseignement universitaire en ce pays, il y en a un autre que je ne saurais passer sous silence: c'est

que notre hôpital naquit de l'harmonieuse union, dans une œuvre commune, de la charité mondaine et de l'apostolat religieux, du dévouement civique et de la bienveillance ecclésiastique; c'est qu'il put compter, dès ses premiers pas, sur l'appui moral de protecteurs puissants, sur le dévouement de gentilshommes et de femmes du monde, sur l'entier concours de religieuses qui n'en étaient pas à leurs premières armes, et que notre population avait déjà appris à aimer et à vénérer.

De sorte que la fondation de notre œuvre, qui est à la fois une œuvre religieuse et une œuvre humanitaire, une œuvre d'enseignement scientifique et une œuvre de charité chrétienne, et par-dessus tout une œuvre essentiellement canadienne-française, s'est faite par la réunion des mêmes éléments qui, au début de notre histoire, ont présidé à la création d'œuvres semblables. Il est bien probable, en effet, que les hospitalières de Dieppe auraient hésité plus longtemps à venir planter leur Hôtel-Dieu sur le rocher alors presque désert de Québec, si la générosité de la duchesse d'Aiguillon ne leur avait pas rendu la chose possible; et n'est-ce pas madame de la Pelterie elle-même qui demanda eux ursulines de venir rejoindre monsieur de Champlain dans la ville nouvelle qu'il venait de fonder, et qui prit à son compte tous les frais de l'installation? Et quant à notre admirable Jeanne Mance, combien toute sa vie durant ne garda-t-elle pas de reconnaissance pour madame de Bullion, la veuve de ce surintendant des finances à qui le cardinal de Richelieu, le 1er janvier, avait l'habitude de donner 100,000 livres pour lui témoigner sa satisfaction. Je ne connais pas de plus charmant tableau, et qui soit plus caractéristique de l'époque, que celui de Mlle Mance revenant de chez sa bienfaitrice en chaises à porteurs, son tablier rempli de pièces d'or, et recevant d'un de ses hommes la remarque suivante: " Il faut, mademoiselle, que cette dame vous comble vraiment de ses faveurs, car vous pesez beaucoup plus en revenant que lorsque vous vous rendez chez elle." Qui ne se rappelle également l'intérêt que portèrent à ces établissements naissants d'abord l'archevêque de Rouen, de qui relevait l'église canadienne à ses débuts, puis

Mgr de Montmorency-Laval, à Québec, et à Montréal, les messieurs de la maison de Saint-Sulpice? Enfin quels protecteurs zélés, prévoyants, inlassables, les communautés ne trouverent-elles pas constamment dans la personne de monsieur de Champlain ou de monsieur de Maisonneuve. Pourrait-on citer une seule colonie française où il y ait eu, dès les premiers jours, une aussi harmonieuse réunion de toutes les forces religieuses ou civiles, une aussi belle rivalité dans la foi, l'enthousiasme et le dévouement, une aussi grande générosité dans les entreprises charitables?

On a dit, et avec raison, que l'histoire se répète; on pourrait ajouter que la forme de ces répétitions doit nécessairement varier avec les époques.

On ne saurait, en 1880, fonder un hôpital exactement de la même manière qu'en 1637 ou qu'en 1657. La terre a tourné plusieurs fois depuis le Roi-Soleil; l'on ne va plus, aujourd'hui, chercher des souscriptions en chaises à porteurs, et si Claude de Bullion revenait gérer les finances de la France, il éprouverait, j'en suis sûr, un embarras bien excusable. Mais cela ne veut pas dire que la foi, l'enthousiasme, le dévouement, la charité, soient disparus de cette terre française qu'est la province de Québec. Si les duchesses sont rares, les dames charitables sont nombreuses; la maison de Saint-Sulpice est toujours là; nous avons, à la tête de ce diocèse, un archevêque sympathique, qui étend à toutes nos œuvres sa bienveillance et sa protection; nos gouvernants, s'ils ne portent pas le chapeau à plume et l'épée, n'en sont pas moins dévoués à la cause nationale; et enfin il y a le peuple, le peuple patient, économe, travailleur, dont la charité est inépuisable, dont le dévouement aux choses belles et bonnes ne fait jamais défaut, dont la foi est toujours vive. Ce qui a fait la force et la vitalité de l'hôpital Notre-Dame, c'est qu'il a su s'adapter merveilleusement aux besoins de la société contemporaine, et intéresser à lui toutes les personnes de bonne volonté, quels que soient leur position de fortune ou leur rang social. L'hôpital Notre-Dame est une œuvre commune à tous; c'est le bien des pauvres administré par la société; c'est, comme au début de

la colonie, l'harmonieuse réunion des éléments sociaux dans une même œuvre de charité chrétienne. Le but est le même ; la forme seule a changé.

Mais ce qui surtout a fait le bonheur de notre institution, ce qui lui a donné une si grande stabilité, c'est d'avoir pu compter sur l'industrielle activité, sur l'intelligente initiative et sur cet admirable sens du devoir qui caractérisent les filles de madame d'Youville, et donnent à leur esprit une si haute élévation morale. Les Sœurs de Charité, ou pour parler comme disaient nos pères au dix-huitième siècle, les Dames Grises, en nous accordant comme elles l'ont fait leur entier concours, en faisant de notre œuvre leur œuvre également, ont assuré par ce fait seul le succès de l'entreprise, et je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'aujourd'hui personne plus qu'elles mêmes ne doit se sentir chez elles dans cette maison. Le succès de l'hôpital Notre-Dame est le résultat de leur travail de tous les jours.

Avez-vous jamais vu travailler une sœur de charité ? C'est peut-être un effet de mon imagination, mais quand je les regarde à l'œuvre, je crois lire sur leur figure la calme détermination de nos ancêtres, et certainement je vois briller dans leurs yeux cette même foi vive qui fonda la Nouvelle-France. Et chose merveilleuse, voilà que cette sœur de charité, qui garde comme un dépôt sacré la tradition de nos vertus domestiques, qui s'isole volontairement pour faire le bien à l'abri du monde, connaît aussi les méthodes modernes, les applique avec intelligence, en obtient d'excellents résultats et accélère ainsi la poussée en avant de notre race. Qui donc a dit que nous étions inférieurs aux autres ? Qui donc a prétendu que l'église catholique est hostile à la science et veut en empêcher l'évolution ? Qui donc a osé affirmer un jour que parce que nous étions catholiques et canadiens-français, nos malades ne bénéficieraient jamais des traitements nouveaux ?

Non, je l'affirme hautement, et c'est là ce qui fait mon plus grand orgueil, toutes ces sottises affirmations tomberont d'elles-mêmes quand on connaîtra mieux nos œuvres. Et pour ce qui s'agit de notre œuvre à nous, de cet hôpital Notre-Dame que

nous avons tant à cœur, je défie qu'on puisse me citer une seule institution de charité où se réunissent dans une plus harmonieuse union et la religion et la société, c'est-à-dire les deux forces vives de notre beau pays, évoluant de concert comme au premier jour. Ce qui a permis à l'hôpital Notre-Dame d'exister, c'est l'autorisation et la protection de Monseigneur de Montréal, la coopération des Messieurs de Saint-Sulpice, le concours des Sœurs de Charité; ce qui lui a donné son organisation si efficace, si moderne, si conforme aux besoins du jour, c'est la direction qu'il a reçue de son bureau médical et de l'Université; ce qui a assuré et fait progresser son existence matérielle, c'est l'administration et le dévouement de ses gouverneurs, de ses directeurs, de ses dames patronesses; ce qui enfin lui a fourni le pain de tous les jours, c'est la charité inépuisable du public pour une œuvre qui lui appartient, dont il est à même de juger l'efficacité, et qui met à exécution, sous une forme nouvelle adaptée à notre époque, les plus pures de nos traditions nationales.

Mademoiselle,

Vous voudrez bien me pardonner si j'ai pris, pour arriver jusqu'à vous, le chemin des écoliers. Vous ne m'en voudrez pas, j'en suis certain, d'avoir fait l'éloge d'une œuvre à laquelle vous vous êtes intéressée depuis trois ans, dont vous avez voulu vous inspirer pour votre carrière future. Le soin des malades vous tente; vous avez dans le cœur de la pitié pour ceux qui souffrent et dans l'âme un ardent désir de les soulager. Vous êtes venue vous former à l'école de nos religieuses, apprendre d'elles comment on met de la science dans son travail, de la foi dans son devoir, de la sérénité dans sa vie. Elles ont bien voulu vous enseigner ces choses, à vous et à celles qui vous suivent, parce qu'elles savent qu'étant du monde et demeurant dans le monde, vous pourrez faire un grand bien. Elles gardent pour elles le dévouement silencieux et l'obscur travail, la foi dans les actes et l'activité dans la prière, toutes ces choses enfin qui donnent à leurs entreprises une origine immortelle, et les font durer plus qu'une

vie humaine ; elles vous laissent à vous votre vie à consacrer aux autres, dans le milieu que vous avez choisi et de la manière qui vous est agréable, sachant qu'à leur exemple, vous saurez être bonne, pieuse et dévouée, accomplir fidèlement les devoirs de votre état et faire honneur à notre institution. Les médecins que vous aiderez, les malades qui vous emploieront auront auprès d'eux une sœur de charité mondaine, en robe bleue et en bonnet blanc ; et c'est encore l'œuvre de madame d'Youville qui, sous une forme nouvelle, se fera sentir dans nos familles. Vous n'aurez pas sur la poitrine le crucifix d'argent des religieuses, mais la croix rouge brillera à votre corsage, et ce sera toujours, pour le malade, un signe de foi et d'espérance.

LE CATHETERISME ET L'ANTISEPSIE DES VOIES URINAIRES (1)

Par A. MARIEN

Agrégé-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(Suite et fin).

Exploration de la vessie chez un sujet malade. — L'exploration intravésicale permet de connaître la quantité et la qualité de l'urine, de constater la présence des corps étrangers, d'apprécier les formes anormales de la cavité vésicale, l'état anatomique des parois, de se rendre compte de la sensibilité et de la contractilité de la vessie.

Le cathétérisme évacuateur, à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc ou d'une sonde à béquille, avec les précautions antiseptiques déjà décrites, permet de mesurer la quantité d'urine contenue ou retenue dans la vessie et de faire les analyses micro-chimiques nécessaires.

Il faut donner une grande attention à l'étude des moyens et des manœuvres qui permettent d'apprécier l'état anatomique et les réactions de la paroi vésicale, la forme et les dimensions de la cavité qui renferme des corps étrangers, tels que calculs et fragments de calculs.

Les déformations principales, les changements dans la consistance et l'épaisseur des parois s'observent surtout au niveau du col et à son voisinage, sans épargner complètement le corps; ces modifications les plus communes sont la conséquence de l'hypertrophie de la prostate. Les déformations que déterminent les inflammations de longue durée se répartissent sur tout l'organe, mais atteignent en particulier le corps.

Les déformations dues aux néoplasmes sont assez rapprochées du col, mais occupent parfois les différentes régions de la vessie, surtout la moitié antéro-inférieure.

Mais c'est au niveau du col, c'est à son pourtour, que devront, dans la majorité des cas, être cherchées et recueillies les principaux renseignements.

Avec la sonde exploratrice, on étudiera avec précision, les déformations du col et du bas-fond, celles du corps de la vessie. Un instrument coudé, à bec relativement court est toujours facilement introduit et promené dans tous les recoins,

(1) Voir les premières parties, UNION MÉDICALE décembre 1902, mars et juin 1903.

dans toutes les anfractuosités de la cavité vésicale. L'explorateur métallique permet de juger de la consistance des parois, de leurs irrégularités et de leurs reliefs; il pénètre aisément entre les colonnes, plonge dans une cellule et en apprécie la profondeur et l'étendue; il rencontre et reconnaît les corps étrangers durs; met en jeu la contractilité en éveillant la sensibilité.

On peut dire qu'avec une sonde exploratrice méthodiquement conduite par une main habituée, il est peu de choses qui puissent échapper aux investigations du chirurgien.

Les manœuvres que la sonde métallique coudée exécute dans le corps de la vessie malade se font selon les règles de la plus rigoureuse aseptie. Elle parcourt toute la surface et renseigne, d'une façon suffisante, sur l'étendue et la profondeur de la cavité, sur la résistance ou la dépressibilité des parois.

Lorsque l'instrument aura parcouru complètement le corps, il sera ramené au col, et devra non seulement apprécier son épaisseur et sa consistance, mais se rendre compte de sa forme et de ses reliefs.

L'instrument cherchera à circonscrire tout le col, y compris son segment inférieur. La sonde peut être renversée et promenée derrière le col, ramenée sur ses parties latérales et mise au contact du segment supérieur.

Pour juger de l'épaisseur et de la consistance du col, l'instrument est légèrement attiré, pour embrasser ses lèvres par sa concavité. Pour rendre compte des reliefs du col et de sa forme, on le fait évoluer à son contact, l'on touche toute sa surface sans exercer trop de pression. Si l'on est arrêté dans ce mouvement de circumduction, ce ne peut être que par une saillie.

Les reliefs du col de la vessie sont dus à la saillie hypertrophique des lobes de la prostate.

Il est possible de mesurer avec l'explorateur coudé les saillies de la prostate.

Cet examen intravésical de la prostate, joint à celui qui se fait par le rectum et par l'urètre, complète l'exploration de cet organe.

Pour pénétrer dans le bas-fond, arriver dans les recoins, s'infiltrer dans les anfractuosités de certaines vessies, il faut tourner de droite à gauche, tandis que pour d'autres, on n'arrive au but qu'en évoluant de gauche à droite.

Les cavités qui se creusent au-dessous et même en arrière du col, dans les vessies que déforme l'hypertrophie prostatique, sont souvent assez profondes, pour que l'instrument renversé, bec en bas, ne puisse en toucher le fond. Il faut, pour plonger assez complètement, élever le manche et parfois assez haut, afin que le bec retourné puisse suffisamment s'abaisser pour pénétrer au-dessous d'un relief prostatique, et, se placer sous la lèvre inférieure du col. Des mouvements de latéralité, qui portent vivement le bec à droite et à gauche, on peut juger de la largeur des cavités; le degré de relèvement du manche en indique la profondeur.

Le bas-fond, lorsqu'il est très prononcé, forme une véritable cavité au-dessous du col. Saillies et dépressions sont importantes et l'examen de la vessie pathologique exige que l'on sache manœuvrer au pourtour du col, surtout sur ses parties latérales et au-dessous de lui.

Le diagnostic des *néoplasmes* de la vessie ne peut être fait qu'à l'aide de la cystoscopie et non pas seulement à l'aide du toucher intra-vésical pratiqué par un explorateur métallique.

La *sensibilité* aux contacts de la surface interne de la vessie et sa contractilité peuvent être, dans une certaine mesure, étudiées par le toucher simple.

La sensibilité de la vessie au contact ne devient vive que lorsqu'il y a cystite; elle s'éveille, sous une simple pression dans l'état pathologique.

Les malades porteurs de pierres ou ceux atteints de cancer ou de fongus simple fournissent des preuves irrécusables du peu de sensibilité de la vessie, lorsqu'elle n'est pas enflammée. Ces affections qui, souvent, évoluent avec une grande lenteur, ne deviennent douloureuses que lorsque la cystite est venue compliquer l'état du malade. L'on peut donc apprécier exactement la sensibilité pathologique à l'aide des contacts exercés par un bec en métal.

L'exploration du degré de la sensibilité se fait à l'aide de la mise en tension. On arrive à le calculer; il suffit de noter le nombre de grammes du liquide introduit. La sensibilité de la vessie étant proportionnelle à sa capacité, son augmentation et sa diminution sont ainsi mesurées. On étudie aussi la sensibilité, en tenant compte du nombre des mictions et de la quantité d'urine rendue par chacune d'elles.

La *contractilité* peut être non seulement éveillée, mais extrêmement exagérée par la distension. A l'état normal, comme à l'état pathologique, c'est la mise en tension de la vessie qui la détermine le plus sûrement et le plus vivement.

Elle varie avec les sujets et selon les circonstances. La contractilité est un des ennemis de l'exploration. Si elle est éveillée la vessie se rapproche le plus qu'elle peut de la sonde, s'y applique et la gêne dans ses mouvements.

Il faut éviter avec soin de provoquer la contractilité des vessies malades que l'on a à explorer.

Améliorer ou guérir la cystite est la condition la plus essentielle de la soumission de la vessie. Il faut, pour que la vessie puisse supporter l'exploration, que sa sensibilité pathologique ait été, au préalable, atténuée.

Manœuvres exploratrices du lithotriteur. — La recherche des corps étrangers dans la vessie exige d'autres moyens d'exploration que ceux que vous offre la sonde.

La pierre peut être aussi reconnue dans la vessie à l'aide d'instruments souples, tels que l'explorateur olivaire et les sondes évacuatrices en gomme, jamais avec les sondes molles en caoutchouc.

Mais le lithotriteur n'est pas seulement un instrument du toucher comme l'explorateur métallique, c'est aussi un instrument de préhension.

L'on peut avec le lithotriteur ouvert, faire des recherches dans toute l'étendue de la vessie. Le patient est préparé comme pour l'exploration, c'est en suivant les mêmes préceptes que l'on pénètre dans la vessie. Une fois entré dans la vessie, l'instrument doit être placé en relevant le manche jusqu'à ce que son talon effleure le bas-fond vésical, sans repousser le calcul qui doit être saisi entre les mors.

Pour l'ouverture du lithotriteur, les deux branches glissent aisément l'une sur l'autre, mais l'on n'en mobilise qu'une seule. La branche mâle doit être considérée comme la branche mobile; c'est elle qui est attirée pour ouvrir les mors; la branche femelle qui fait suite au manche est solidement maintenue par la main gauche, tandis que la main droite amène la branche mâle vers le col. La mise en position de l'instrument et son ouverture précèdent toute autre manœuvre.

En règle générale, aussi bien pour explorer que pour faire la lithotritie, l'instrument doit aller vers le calcul. Pour aller au calcul, le bec du lithotriteur, préalablement ouvert s'incline, ou tourne complètement sur lui-même; mais quel que soit le degré de son évolution, la tige reste invariablement sur la ligne médiane.

Cette partie de l'instrument peut être élevée ou abaissée; jamais on ne la doit placer obliquement. C'est donc la partie coudée qui va au calcul, elle le rencontre à gauche, à droite, en bas, parfois même en haut.

Il est inutile d'être au contact immédiat de la paroi vésicale pour saisir le calcul. Celui-ci fait toujours relief suffisant pour ne pas avoir besoin de toucher la muqueuse.

L'on commence à pousser la branche mâle vers la branche femelle qui est restée parfaitement immobile. On sent bientôt que la branche mâle s'arrête contre un obstacle; c'est la pierre. L'on s'en assure en exerçant à deux ou trois reprises de légères pressions, puis on ferme l'écrou, en donnant deux ou trois petits tours de vis.

Si la saisie est solide, on peut tâter la résistance du calcul sans chercher à l'entamer, tout en se rendant compte de son volume, et tout en s'assurant qu'il y a deux ou plusieurs autres calculs.

Pour éviter de pincer ou de déchirer la muqueuse, il est nécessaire de ne pas fixer la pierre avec la vis, avant d'avoir retourné l'instrument dans un sens ou dans l'autre et s'être assuré qu'il est libre, avec le calcul entre ses mors.

Les difficultés d'exploration dans la vessie calculeuse peuvent empêcher de rencontrer la pierre et de la saisir. Ce sont

les déformations de la vessie — la trop grande contractilité de ses parois, par conséquent l'état douloureux que crée la cystite — leur dépressibilité, enfin la trop grande capacité du réservoir urinaire qui peuvent faire obstacle aux recherches. Du côté de la pierre, il y a à tenir compte de sa nature et de son volume.

Dans les cas d'hypertrophie de la prostate, s'il y a une augmentation considérable des diamètres de la cavité prostatique, il est évident que si l'on ne peut pénétrer dans la vessie, l'on ne pourra avoir la moindre chance de rencontrer la pierre qui y est contenue. L'arrêt inconscient de l'instrument dans la prostate est en plus une des causes qui empêchent de reconnaître la pierre.

Comme le plus grand nombre des calculeux sont des vieillards, l'on a constamment affaire à des vessies déformées sous l'influence du développement sénile de la prostate. L'orifice du col est surélevé et la partie antérieure de la paroi inférieure de la vessie est abaissée; il en résulte une dépression, un bas-fond; et c'est là que se trouve le calcul. Il faut aller le chercher au-dessous du col avec le bec de l'instrument.

Une autre variété de déformations vésicales dites cellules peut également compliquer l'exploration, mais les cellules sont peu hospitalières aux calculs et un examen méthodique peut presque toujours en triompher.

Les difficultés dues aux contractions irrégulières se font surtout sentir dans le corps de la vessie et seul le lithotriteur permet alors d'atteindre la pierre; l'explorateur ne la sent pas ou ne la rencontre que par hasard. Cette déformation est modifiable et peut disparaître sous le chloroforme et surtout quand la cystite aura été guérie.

Les causes qui empêchent de rencontrer la pierre ne sont pas seulement sous l'influence de conditions pathologiques. Elles peuvent venir de la trop grande dépressibilité des parois de la vessie.

C'est ainsi que chez la femme et chez l'enfant la lithotritie n'est pas toujours chose aisée à cause de la grande capacité de la vessie et à cause de la dépressibilité de ses parois.

Aux causes anatomiques qui peuvent donner au réservoir urinaire, une trop grande capacité, il faut joindre celles qui résultent de sa distension par une trop grande quantité de liquide qui sera loin de favoriser les manœuvres exploratrices. L'on trouvera bien plus facilement un calcul dans une vessie moyennement garnie de liquide, ou même n'en ayant presque pas, que dans une vessie trop pleine.

L'injection préalable ne facilite les manœuvres qu'à la condition de ne pas éveiller la contractilité du muscle vésical ; c'est un auxiliaire qui a ses indications et ses contre-indications.

Il est un dernier ordre de causes qui peuvent faire obstacle à la rencontre de la pierre. Elles dépendent de la pierre elle-même dont le volume et la nature peuvent créer des difficultés au point de vue de l'exploration. Ce n'est pas parce qu'une pierre est trop grosse qu'elle est nécessairement plus facile à rencontrer. Dans une vessie contractile, une grosse pierre peut fort bien être dissimulée, de même que dans une vessie grande et flasque et dans une cavité trop déformée ou trop pleine.

La rencontre facile dépend des permissions que la vessie veut bien accorder.

Les petites pierres et les petits fragments sont parfois très difficiles à sentir. Le lithrotriteur seul peut permettre dans certains cas de reconnaître de très petites pierres des fragments de calculs, les concrétions et les objets de molle consistance.

La nature de la pierre peut enfin rendre l'exploration difficile ou infructueuse.

Il s'agit encore de pierres petites, mais de pierres fermes et fort légères, qui flottent à la surface du liquide et qui donnent à peine de contact lorsqu'on les poursuit. Dans ces cas, l'aspiration peut à la fois faire le diagnostic et le traitement, en assumant le calcul à l'extérieur.

TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

La Lithiasé Biliaire est une affection fréquente, même une des plus fréquentes de l'espèce humaine. Le médecin est donc souvent appelé à traiter cette maladie. Le lithiasique biliaire ne s'aperçoit de l'existence de calculs dans sa vésicule qu'au moment de leur migration dans les canaux excréteurs de la bile. Quelques auteurs ont voulu décrire des symptômes particuliers, du côté du foie et de l'estomac, capables de faire soupçonner la présence de calculs biliaires. Mais ces symptômes — qui sont ceux d'une dyspepsie chronique — ne sont pas pathognomoniques et, il faut bien l'avouer, nous sommes encore dans l'impossibilité de reconnaître, d'une façon absolue, l'existence d'une lithiasé biliaire qui ne s'est pas déjà révélée par l'apparition, passée ou présente, d'une attaque de colique hépatique. Cela vient à dire que nous sommes presque toujours appelés pour la première fois auprès d'un lithiasique au moment d'une colique hépatique.

C'est là pour nous le seul signe *certain* de l'existence d'une lithiasé biliaire chez un malade.

Nous parlerons d'abord du traitement de la colique hépatique, et nous donnerons ensuite les quelques moyens à notre disposition pour en empêcher le retour en traitant la lithiasé hépatique.

Comme nous venons de le dire, le médecin est toujours appelé au moment d'une attaque de colique hépatique, et plus souvent qu'autrement c'est pendant la nuit que cet accident survient.

Voici comment Chauffard explique l'apparition des douleurs lorsque le malade est couché :

“ Dans la position verticale, le fond de la vésicule regarde en bas, en arrière, et un peu à gauche ; dans le décubitus horizontal, il devient la partie la plus élevée de la vésicule et regarde en haut et en avant. Ce changement d'attitude a une véritable importance clinique, et me paraît expliquer ce fait d'observation traditionnelle que c'est *pendant la nuit* que débute la plupart des crises de colique hépatique ; par le fait seul du décubitus dorsal, le calcul, s'il est non enclavé, quitte le fond de la vésicule et tombe dans la région devenue déclive,

c'est-à-dire dans cette partie qui se continue avec le canal cystique, en formant une sorte d'ampoule saillante à droite, le *bassinnet de la vésicule*" (1)

Lorsqu'un malade souffre pour une première fois de colique hépatique il est d'autant plus effrayé que les douleurs sont très fortes et de longue durée. Ce malade se croit aux prises avec la mort.

Un des premiers soins du médecin doit être de le rassurer sur son état. L'individu qui en est à sa deuxième ou troisième attaque est plutôt ennuyé et demande en grâce au médecin de le soulager le plus vite possible.

Traitement de la colique hépatique. — Lorsque les douleurs sont fortes il n'y a que la morphine capable de les diminuer ou de les faire disparaître. Il ne faut pas hésiter à donner un quart à un tiers de grain (0.01 à 0.02 centig.) de morphine en injection hypodermique.

Les petites doses sont inutiles. Le médecin appelé auprès de ces malades doit se souvenir que la tolérance pour la morphine est d'autant plus grande que les douleurs sont plus vives. Lorsque les douleurs sont *presqu'endurables*, la révulsion locale au chlorure d'éthyle, les applications de salicylate de méthyle, le sac de caoutchouc rempli d'eau très chaude, un liniment chloroformé, etc., voilà autant de moyens fort simples qui soulagent le malade.

A l'intérieur, les perles d'éther, l'eau chloroformée, l'anti-pyrine, le chloral, l'opium, peuvent être ajoutés à cette médication externe.

“ La principale contre-indication à l'emploi de la morphine serait tirée de l'état du cœur, dans ces cas; assez rares du reste, où la colique hépatique s'accompagne de symptômes de collapsus cardiaque avec pouls fréquent, petit, irrégulier, hypotension artérielle, et menaces de syncope (Chauffard).

La crise terminée il faut encore surveiller le malade quand même il n'aurait pas eu d'ictère. Il faut se rappeler que les paroxysmes procèdent souvent par réitérations successives.

Toutes les attaques de colique hépatique ne se terminent

(1) *Traité de thérapeutique appliquée.*

pas toujours sans complications. *L'obstruction biliaire* et *l'infection biliaire* sont assez fréquentes.

La *rétenion biliaire* correspond à l'obstruction du cholédoque par le calcul et peut durer quelques heures ou quelques semaines, suivant que l'obstruction est passagère ou de longue durée. Dans ce dernier cas la situation clinique devient pleine d'incertitudes. Pronostiquer la durée d'une obstruction calculuse du cholédoque est presque toujours impossible.

Ce sont des cas de longue durée que la chirurgie est appelée à guérir.

Quand faut-il opérer?

"L'intervention chirurgicale, dit Chauffard, ne doit être ni précoce, ni trop tardive, c'est-à-dire qu'on ne doit pas laisser aux accidents secondaires graves le temps de se produire, et qu'on ne doit d'autre part ouvrir le ventre que quand l'improbabilité de la guérison spontanée est démontrée."

Il ne faut hésiter à conseiller l'intervention chirurgicale chez nos malades, maintenant que les progrès de l'antisepsie la rendent presque inoffensive.

Lorsque l'ictère calculux n'est pas encore compliqué d'infection des voies biliaires, bien qu'ayant une durée d'un mois, il est permis d'attendre et de faire le traitement médical.

"On prescrira le *repos*, les *bains* prolongés, le *régime lacté* intégral ou tout au moins partiel; une *cure thermique* si la saison le comporte, sinon l'administration alternée d'eau minérale à domicile, et du *benzoate* ou *salicylate de soude*." (Chauffard.)

Les *purgatifs* légers, l'antisepsie intestinale, sont également employés.

Chauffard conseille l'intervention chirurgicale, lorsque l'ictère dure depuis deux mois, même sans infection, si le malade maigrit et se cachectise. C'est donc, dit-il, du deuxième ou troisième mois de l'ictère calculux que l'intervention chirurgicale doit être conseillée. Passé le troisième mois, il n'y aurait que danger à attendre, il faut opérer.

L'infection biliaire relève de la chirurgie sauf dans les cas très légers qui se résument à quelques rares accès fébriles.

Nous terminerons par quelques données sur l'hygiène géné-

rale et le traitement médical que doit suivre le lithiasique avéré entre leurs attaques de colique hépatique :

Il est excellent de prendre un *exercice* régulier, la marche, la bicyclette, la gymnastique, l'escrime.

Les *bains alcalins*, les *frictions* sèches ou alcooliques sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de la peau.

Eviter la constipation.

L'obèse devra faire une cure de réduction.

Le *régime alimentaire* aura pour base : les viandes grillées ou rôties, les légumes verts, crus ou cuits à volonté.

Les aliments féculents, les sucreries, les pâtisseries, les graisses, les œufs, ne sont permis qu'en minime quantité.

Les petits pois, à cause de la cholestérine qu'ils renferment sont particulièrement défendus. Il faut boire de l'eau en assez grande abondance.

A ce régime alimentaire il faut joindre un traitement interne qui éloigne ou supprime les accidents aigus de la lithiase, c'est-à-dire les coliques hépatiques.

Pour le malade qui a des crises espacées, trois ou quatre dans l'année, le traitement médical approprié peut amener une véritable guérison clinique.

Ce traitement médical se divise en traitement hydrominéral et en traitement médicamenteux proprement dit.

Traitement hydro-minéral. — Les eaux de Vichy, de Carsbad, de Vittel, sont excellentes. Vichy est la mecque des calculeux. On prescrit le plus souvent l'eau des Sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital à des doses progressivement croissantes qui dépassent rarement cinq à six verres par jour.

Les eaux de Vals, de Pougues, de Contrexville, sont employées avec succès.

Il est évident que le malade qui peut aller faire une cure, sur place, à Vichy, ou dans une autre station thermale, doit le faire avec la certitude d'en retirer un grand bien.

Traitement médicamenteux proprement dit. — " Lorsque les crises douloureuses se répètent une ou plusieurs fois par mois, une médication plus complexe devient nécessaire.

" Toutes les méthodes employées, et elles sont nombreuses,

visent le même but : *rendre la sécrétion de la bile plus abondante et plus fluide, anesthésier et maintenir aseptique le tractus biliaire.*" (Chauffard.)

Le benzoate et le salicylate de soude sont, d'après Chauffard, les médicaments de choix. A dose de 2 à 4 grammes par jour, ils donnent des résultats excellents.

Les crises s'éloignent, deviennent moins violentes; la sensibilité de la région biliaire s'atténue ou disparaît et le cours de la bile se rétablit.

Lorsque le salicylate de soude qui est le plus analgésique, est mal toléré par l'estomac ou lorsqu'il y a une affection des reins qui empêchent son élimination il faut avoir recours au benzoate de soude qui n'est jamais toxique et que l'estomac supporte bien.

Chauffard associe souvent les deux médicaments selon la formule suivante :

R Benzoate de soude..... 10 grammes,
Salicylate de soude 20 —

En trente cachets, trois par jour, pris un à un avant les repas.

Chauffard recommande d'ajouter à ces deux médicaments, s'ils sont insuffisants pour calmer les crises, l'huile de Harlem en capsule de V à VI gouttes.

Voici comment il procède :

Le samedi soir il fait prendre à ses malades deux capsules d'huile de Harlem avec une tasse d'infusion de Boldo et les autres jours de la semaine, les cachets de salicylate et de benzoate de soude.

Les capsules d'*éther amyvalérianique*, le classique remède de Durande, la *bile de bœuf* et l'*huile d'olives* à hautes doses, sont également employés avec succès.

La *glycérine*, les préparations d'*évonyme* et de *Boldo* donnent des résultats moins probants. En Allemagne et en Italie on fait des *cures de citrons* qui sont bien supportés par les malades.

"Tous les traitements que nous venons de passer en revue, quel que soit celui que l'on adopte, doivent être intermittents et, au besoin, combinés entre eux. On prescrira, par exemple,

l'usage habituel, comme eau de table, de l'eau de *Vittel*, source salée, ou de l'eau de *Soultzmatt*; dix jours par mois, on fera prendre de l'eau de *Vichy* (Célestins) froide, ou de l'eau de la Grande-Grille chauffée au bain-marie, suivant que l'une ou l'autre sera mieux tolérée par l'estomac; dix autres jours du mois, on prescrira le benzoate de soude ou le salicylate de soude; pas de médication pendant le dernier tiers du mois.

En cas de crises imminentes ou répétées, on joindra aux moyens précédents l'emploi de l'huile de Harlem, de l'huile d'olives, ou de l'éther amyli-valérianique.

Le régime hygiénique et alimentaire, les bains alcalins, l'entretien régulier des fonctions intestinales, compléteront un traitement qui, joint aux cures thermales, donnera dans la plupart des cas, les meilleurs résultats." (Chauffard.)

J.-É. DUBÉ.

CHRONIQUE MEDICALE

FAITS DIVERS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

“ J'ay seulement fait icy un amas de fleurs estrangières, n'y ayant fourni du mien que le filet à les lier.”

LE BAISER QUOTIDIEN AUX ETATS-UNIS. — On n'est guère théoricien chez nos voisins de la ligne 45e. Le baiser est dangereux parce qu'il est une cause de contagion; aussitôt on veut le réglementer comme un vulgaire objet de toilette.

Le docteur Lecuyer raconte la chose d'une façon humoristique dans le *Journal de Médecine de Paris*.

Renan, dit-il, a dit au banquet des étudiants, en 1886: “ La vieille gaieté gauloise est la plus profonde des philosophies.”

Eh bien! les médecins ne sont pas gais aujourd'hui! Aussi, quelle philosophie ont-ils?

Un membre du parlement de Virginie vient de soumettre à la Chambre un projet de loi tendant à limiter la pratique du baiser aux citoyens doués de poumons sains et d'une santé parfaite; il faut que l'embrasseur puisse établir par le médecin de la famille qu'il est indemne de toute maladie: sans cela, amende de un à cinq dollars.

Baiserai-je, papa? disait Thomas Diafoirus. On devra dire, dorénavant: Baiserai-je, docteur?

Le projet de loi ne parle pas encore des citoyennes embrasseuses; à bientôt.

* * *

LES SIGNES DU DÉBUT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE (1). — Le diagnostic de l'ataxie confirmée ne présente guère de difficultés. Les troubles locomoteurs sont si nets et si caractéristiques qu'il suffit de voir quelques instants marcher un malade atteint de cette affection pour reconnaître la nature du mal. Il n'en est pas de même pour l'ataxie naissante et il est indispensable d'avoir recours à des moyens d'investigation plus précis.

Les procédés à mettre en œuvre sont les suivants:

Le signe de Westphal;

(1) Dans le *Journal de Médecine de Paris*, octobre 1908.

- Le signe de Romberg ;
- Le signe de l'escalier ;
- Le signe du croisement des jambes ;
- La marche au commandement ;
- Le signe de cloche-pied.

Donnons quelques explications sur la manière de rechercher ces divers signes.

Le *signe de Westphal* est connu de tous et consiste dans l'abolition du réflexe rotulien. Il existe, dans les trois quarts des cas, à la période préataxique du tabès. Faisons observer que quelques personnes ne possèdent pas à l'état normal de réflexe patellaire.

Le *signe de Romberg* réside dans l'épreuve suivante ; on fait tenir le malade, les yeux fermés, dans la station debout, dite du soldat sans armes. Au bout de quelques instants on voit le malade osciller soit en avant, soit en arrière, ou se balancer latéralement. Son équilibre est instable, son système musculaire a besoin d'un régulateur qui lui manque : la vue pour rectifier ses écarts. L'œil, en effet, est un agent supplémentaire qui vient au secours d'une coordination musculaire défectueuse. Ces incertitudes d'équilibre sont très peu accentuées au début de l'ataxie et, pour les voir se produire, il faut quelquefois attendre plusieurs minutes.

Signe dit de l'escalier. — Tous les ataxiques, même à la phase initiale de leur mal, éprouvent une difficulté extraordinaire à descendre un escalier. Cet exercice, en effet, qui est complexe, difficile, périlleux, exige la plénitude des facultés coordinatrices du mouvement et doit traduire plus qu'aucun autre l'imperfection naissante du système musculaire (Fournier). Les ataxiques descendent les escaliers lentement en s'aidant de la rampe, trébuchent, le pied à faux, ont peur de tomber.

Signe du croisement des jambes. — Une personne qui veut, étant assise, croiser ses jambes l'une sur l'autre, élève sa jambe juste à la hauteur voulue et l'entrecroisement se fait sans hésitation. Il n'en est plus de même chez l'ataxique. Celui-ci hésite, projette la jambe avec une certaine vivacité à une hauteur exagérée par une sorte de mouvement saccadé, et lui fait

décrire un arc de cercle exagéré qui indique une incorrection dans le jeu du système musculaire.

Signe de la marche au commandement. — Sous cette dénomination, le professeur Fournier réunit trois épreuves probatoires de l'ataxie au début.

Dans une première épreuve, le malade étant assis, on lui commande de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé. L'ataxique se lèvera, mais au moment de se mettre en marche, il chancelle, éprouve certaines oscillations qui l'obligent à assurer sa marche avant de partir.

Si, le sujet étant en marche, on lui commande halte, il ne peut s'arrêter brusquement, il est emporté par le mouvement et ne peut s'immobiliser d'emblée ou bien il se rejette en arrière pour résister à l'impulsion qui le pousse en avant.

Si on demande au malade de faire volte-face, il éprouve une gêne, un embarras visible, il ne peut pivoter correctement et on observe chez lui une indécision d'allure, une hésitation marquée avec perte d'équilibre et quelquefois imminence de chute.

Ces diverses épreuves, dit le professeur Fournier, ne sont pas infailibles, mais elles sont des réactifs puissants de l'incoordination; elles sont plus sensibles et plus sûres que les procédés ordinaires d'exploration de la marche volontaire puisqu'elles imposent au système musculaire des mouvements imprévus et soudains, plus aptes à déceler un trouble rudimentaire d'ataxie que les mouvements de la locomotion ordinaire.

Signe de l'attitude à cloche-pied. — Cette épreuve consiste à faire tenir le malade sur un pied, l'autre étant relevé, et cela d'abord les yeux ouverts, puis les yeux fermés. C'est un signe d'équilibre demandant pour ainsi dire le jeu parfait de tous les muscles de l'économie. Aussi l'ataxique ne pourra se tenir sur un seul pied, il vacille, trébuche et finirait par tomber s'il ne s'aidait de l'autre jambe pour se soutenir et rattraper l'équilibre. Si maintenant on combine l'attitude à cloche-pied avec l'occlusion les yeux, on porte au plus haut point les difficultés et on peut déceler ainsi les moindres troubles du mouvement et de l'équilibration. En effet, le malade qui est privé déjà d'une de ses bases de sustentation l'est aussi de la vue qui est

un régulateur indirect de la locomotion. Aussi ne tarde-t-il pas à chanceler, à se balancer et il est menacé de chute.

Quant on soupçonne un malade d'être ataxique, il faut successivement rechercher tous ces signes qui peuvent aider à un diagnostic précoce.

* * *

PRINCIPES DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE ADOPTÉS PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS D'ARRONDISSEMENT DE PARIS. — On lira avec intérêt les principes de déontologie médicale qui suivent et dont l'application pourrait devenir universelle pour le plus grand bien de tous.

Article I. — Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Article II. — Si le médecin appelé en l'absence du médecin traitant, constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade *après avoir averti son confrère.* ⁽¹⁾

Article III. — Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Article IV. — Tout médecin appelé près d'un malade dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant; s'il échoue, il doit prévenir, *sans délai*, le confrère auquel il succède.

Article V. — Le médecin qui a remplacé un confrère s'interdit de donner ses soins à un client ou à l'entourage immédiat de ce client qu'il n'a connu que grâce au remplacement à moins d'obtenir du confrère intéressé la permission d'en user autrement.

Article VI. — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir vis-à-vis du malade et de son entourage de toute ré-

(1) Ce point demanderait à être éclairci davantage. — (N. D. L. R.)

flexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera appliqué par le médecin ordinaire.

Article VII. — Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Article VIII. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation pourvu, que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Article IX. — Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament.

* * *

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES DIABÉTIQUES (1). — Le docteur Robin, de Paris, s'étend longuement sur le traitement du diabète à propos de deux malades dont l'un est franchement diabétique et dont l'autre est à la fois diabétique et tuberculeux.

L'auteur soutient que le diabète est caractérisé, au point de vue pathogénique, par une *hypersécrétion du sucre* à l'encontre de quelques cliniciens qui soutiennent, au contraire, qu'il y a *défaut de consommation par ralentissement de la nutrition*.

“ Le fait de cette suractivité de la cellule hépatique commandée par une excitation nerveuse directe ou réflexe doit être le point de départ de la thérapeutique. Tout médicament qui ralentit par un procédé quelconque les mutations générales avec celles du système nerveux, aura beaucoup de chance pour diminuer la glycosurie.”

Par ordre d'importance, au point de vue thérapeutique, il faut citer le régime, l'hygiène et les actions médicamenteuses.

1° *Le régime*. — D'une manière générale, il faut défendre tous les aliments qui contiennent des sucres: fruits, raisins, prunes, fraises, cerises, oranges, poires, etc., confitures, glaces, pâtisseries, lentilles, pois, le pain, les farines. Le lait est défendu à cause de la lactose qu'il contient.

(1 *Revue de Thérapeutique*, 15 J. in 1908)

Toutes les viandes sont permises, de même les poissons et les crustacés, les corps gras : le beurre, la crème, le fromage et diverses huiles. Les légumes verts herbacés sont utiles pour combattre la constipation et fournir les sels nécessaires à l'alcalinisation du sang et à la destruction du sucre.

Les œufs constituent ici un aliment de choix.

D'autre part les diabétiques ayant une tendance marquée à se déminéraliser, il importe de combattre cette complication par le *chlorure de sodium* employé largement dans la nourriture, et par le sel de Seignette à la dose de 6 grammes par litre d'eau s'il y a déperdition de potasse. Dans ces cas, le chou et la chicorée, riches en potasse seront conseillés à ces malades.

Le *bouillon* est recommandée, malgré certains préjugés, car il représente une solution de sels inorganiques parfaitement assimilables.

Le pain est souvent la privation la plus pénible.

Robin conseille de le remplacer par les *pommes de terre* cuites à l'eau — 100 à 150 grammes. — Il permet 25 grammes de mie de pain contre 50 grammes de pommes de terre dans les cas où l'absence en est impossible.

Les diabétiques peuvent boire à leur guise; même un bon vin rouge coupé d'eau de *Vichy*.

2° *L'hygiène*. — Aucun diabétique ne peut se passer d'exercice, dit-il, mais il faut procéder avec ménagement, et non pas chercher à obtenir le maximum d'exercice dans le minimum de temps.

Les *soins de la peau* ont une grande importance. Les bains alcalins suivis de frictions sèches sont très recommandables.

L'hygiène morale est capitale. Repos au point de vue émotions et tracasseries de toutes sortes : telle est la formule psychologique du diabétique.

3° *Médications*. — Antipyrine, alcalins, bromures, arsenic, belladone, opium, valériane, quinquina, quinine et huile de foie de morue; tel est l'arsenal thérapeutique mis en œuvre dans ces cas.

L'auteur les a sériés par étapes; nous le suivrons dans ses développements.

Première étape: Robin conseille l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour durant trois jours.

Antipyrine 1 gramme.
Bicarbonate de soude 1 —

Pour un paquet, 6 semblables : 1 une heure avant les repas du midi et du soir, dans un peu d'eau de seltz, pendant trois jours.

Au bout de trois jours on fait le dosage du sucre. Généralement il est diminué de moitié. Sinon il faut en supprimer l'usage ; ce médicament est inutile et " il ne doit jamais être un médiatement d'habitude."

Et l'auteur résume ainsi l'indication thérapeutique de ce médicament.

—Si un abaissement marqué du sucre et de la polyurie coïncide avec une élévation de la densité de 3 ou 4 degrés au-dessus du chiffre initial et que cette élévation persiste pendant les 4 à 5 jours de la cure, cessez définitivement le médicament.

Mais si, durant cette première épreuve, le sucre, la polyurie s'abaissent, pendant que la densité fléchit ou reste tout au moins stationnaire, l'action est favorable et le malade est justiciable de l'antipyrine (*loc. cit.*).

Deuxième étape: C'est le 4e jour. Robin emploie le *bi-chlorhydrate de quinine*, " qui diminuerait la destruction des matières albuminoïdes et des organes riches en soufre et en phosphore," à la dose de 60 centigrammes le matin durant six jours ; repos de quatre jours, puis reprise de six jours.

Troisième étape: C'est le 20e jour ; l'auteur emploie l'*arsenic*, qui ralentirait la glycosurie, sous forme d'arséniate de soude associé au carbonate de lithine.

Arséniate de soude..... 0 gramme 05 centigr.
Eau distillée 300 grammes.

Une cuillerée à soupe dans un verre à bordeaux d'eau de Vichy contenant en solution 0 gr. 20 centigr. de *carbonate de lithine*.

Le *cacodylate de soude* ou l'*arrhénal* serait indiqué chez les malades déprimés, anémiés et cachectiques. A ce moment, si l'analyse des urines indique la disparition du sucre ou une quantité minime, on cesse le traitement, tout en continuant le régime. Sinon on passe à la 4e étape.

Quatrième étape: Robin emploie le *citrate de soude* à la dose de 5 grammes dans un peu d'eau à prendre un quart d'heure avant le dîner et le souper ou le *tartrate de potasse* à la dose de 4 grammes un quart d'heure avant le déjeuner dans un verre d'eau tiède. Et cela durant dix jours. Ces médicaments s'éliminant en formant des carbonates auraient pour effet d'alcaliniser le sang indirectement.

Si un nouveau dosage n'indique pas une diminution du sucre, on passe à la 5^e étape.

Cinquième étape: C'est l'étape des *opiacés*.

Ils diminueraient les oxydations azotées et nerveuses. Associés à la *belladone* et à la *valériane*, ils diminueraient la glycosurie et l'azoturie.

L'auteur formule de la façon suivante :

Extrait de belladone.....	o gramme	005 milligr.
Extrait thébaïque.	o gramme	01 centig.
Extrait de valériane	o gramme	15 centig.

Pour une pilule n° 50.

Trois le premier jour ; quatre le deuxième jour ; augmenter d'une pilule par jour jusqu'à dix par jour ; rester à ce nombre durant trois ou quatre jours, puis diminuer progressivement jusqu'à trois pilules par jour.

Ces pilules sont efficaces dans les cas graves où la déperdition de sucre est très forte.

Il faut alors cesser tout traitement durant un à trois mois et reprendre plus tard une ou deux étapes suivant les indications.

A part cela, durant toute la durée du traitement, le malade prendra au milieu du repas un verre à bordeaux de *vin de quinquina* ou une pilule contenant 0 gr. 20 centig. d'*extrait de quinquina*.

De temps à autre les intestins seront débarrassés du surplus par 15 à 20 grammes de *sel de seignette* dissous dans de l'eau tiède et pris le matin à jeun.

II. CHEZ LE TUBERCULEUX DIABÉTIQUE il importe de ne pas entraver les fonctions digestives par des médicaments destinés à combattre la glycosurie. La phtisie est l'affection principale ; le diabète passe au second plan.

Robin préconise la *créosote* qui agirait à la fois contre les deux affections.

Créosote de hêtre 10 grammes.

Décoction de bois de Panama..... à 2 p. 100 = 90 gram.

Emulsion.—Un lavement chaque matin de 100 grammes d'eau bouillie tiède additionnée de une à deux cuillerées à café de cette émulsion.

Tous les jours, à chaque repas, le malade prendra un des paquets suivants :

Antipyrine }
Bicarbonate de soude..... } ââ 0 gramme 50 centig.

Si l'appétit diminue, on cessera l'antipyrine qui agirait à la fois sur la glycosurie et sur la température.

L'*arsenic* est indiquée dans les deux cas.

Robin préfère l'arrhénal à l'arséniat de soude, en solution à 5 % : xx gts dans un peu d'eau 10 min. avant le dîner, durant quatre jours ; cesser quatre jours ; reprendre quatre jours et ainsi de suite aussi longtemps que possible.

Le *tannin* à l'*alcool* et non à l'éther sera donné à la dose de 2 grammes par jour ; soit 1 gramme en cachet avant les repas durant les 4 jours de repos.

Les sels de chaux et de magnésie sont indiqués. La *viande crue* et l'huile de *foie de morue* sont données à hautes doses si elles sont bien tolérées.

Ce traitement soulagera le malade, s'il ne le guérit, et le prolongera en tout cas.

* * *

LA MÉDICATION APÉRITIVE. — Voici quelques données pratiques sur cette médication, d'après la "Revue française de médecine et de chirurgie" (octobre).

La *noix vomique* agit surtout sur les fibres musculaires lisses de l'estomac, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux. Comme stomachique, on emploie la teinture de noix vomique à la dose de 5 à 10 gouttes, ou la poudre de noix vomique à la dose de 2 à 5 centigrammes.

Teinture de gentiane..... }
Teinture de colombo..... } ââ 10 grammes.

Teinture de noix vomique..... 5 —

XV gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas.

Ou bien encore :

Poudre de noix vomique..... 0 gramme 05
 Extrait de gentiane..... 0 gramme 10
 Poudre de gentiane..... Q. s. pour une pilule.
 F. s. a. 10 semblables : 1 à 2 par jour.

La racine de *quassia amara* jouit de propriétés stomachiques grâce à la présence d'un principe amer, la quassine. La *quassia amara* agit à la fois sur les sécrétions gastro-intestinales et sur la sécrétion biliaire ; on l'emploie sous forme de poudre, de 1 à 3 grammes ; de macération, 5 grammes par litre ; d'extrait, de 10 à 20 centigrammes ; d'infusion, 5 grammes par litre ; de vin, de 30 à 100 grammes. Elle sert à préparer les tisanes amères, des élixirs et des vins stomachiques.

Teinture de quassia..... } àâ 50 grammes.
 Teinture de colombo }
 Sirop de quinine..... 1 litre.

Un verre à vin avant chaque repas.

La quassine amorphe se prescrit à la dose de 5 à 15 centigrammes ; la quassine cristallisée, de 10 à 15 milligrammes sous forme de pilules.

Chacun des apéritifs précédents est indiqué dans les maladies consomptives, la tuberculose, l'anorexie des névroses, le surmenage, les affections chirurgicales entraînant l'immobilité pendant un grand espace de temps, les affections gastro-intestinales s'accompagnant d'hypo-pepsie et d'atonie gastrique.

Pour agir au mieux, les apéritifs doivent être donnés une heure avant le repas, dans une boisson très chaude, boisson dont la quantité ne dépassera pas 100 grammes, si l'on tient à ne pas fatiguer inutilement l'estomac.

J. A. LESAGE.

NEUROLOGIE

SUR LA PÉRIODE TERMINALE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET SUR LA MORT DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX (1). — Dans une communication au congrès de Bruxelles (2), F. L. Arnaud déclare ne pas partager l'opinion traditionnelle des auteurs, à savoir que les paralytiques généraux, après une période d'impotence plus ou moins longue, s'éteignent dans le marasme, à moins qu'ils ne soient emportés par une affection intercurrente, ou une complication, dont l'ictus cérébral est la plus fréquente.

Il se base sur l'observation de 73 paralytiques généraux, qu'il a pu suivre jusqu'à la mort. Sur ce nombre, 49 contre 24 n'ont jamais présenté d'impotence motrice. Mais dans 17 cas, où il n'y avait pas encore d'impotence motrice, la mort est survenue par suite d'une maladie intercurrente; elle n'est donc pas directement imputable à la paralysie générale, et sans cette affection accidentelle qui a enlevé les malades, l'impotence eut pu apparaître plus tard. En retranchant ces 17 cas, il reste encore 32 cas de mort, uniquement et directement imputables à la paralysie générale, contre 24 dans lesquels la mort est survenue après une période d'impotence plus ou moins longue.

Il se croit de plus autorisé à conclure contre l'opinion traditionnelle que l'ictus cérébral est la terminaison la plus fréquente de la paralysie générale. En effet, des 50 malades morts de leur paralysie générale, 53 sont morts par ictus, et 3 seulement par marasme.

Nous avons nous-même publié en 1901 (1), le résultat de nos recherches chez 85 paralytiques généraux que nous avons suivis jusqu'à la mort. Nous avons pu constater que 61, soit 71.76 % du nombre total n'ont pas atteint la période d'impotence; 27, soit 31.88 % sont morts par ictus; 26, ce qui nous donnera 30.88%, sont morts d'une affection intercurrente; et enfin 32, soit 37.64 % sont morts par marasme.

(1) *Revue Neurologique*.

(2) UNION MÉDICALE DU CANADA.

* * *

MANDRIN POUR FACILITER L'INTRODUCTION DE LA SONDE ŒSOPHAGIENNE CHEZ LES ALIÉNÉS. — *M. Serrigny* ⁽¹⁾ préconise la voie buccale de préférence à la voie nasale. Il se sert d'une sonde œsophagienne ordinaire de gros calibre. Pour l'introduire, il a fait construire un mandrin métallique formé d'un fil d'acier de 1 millimètre de diamètre environ, enroulé sur lui-même en tire-bouchon. En cas de nécessité, il se sert d'une pince de caoutchouc pour donner de la pression au liquide.

M. Giroux déclare qu'il est inutile et même dangereux d'injecter du liquide sous pression. Il suffit de se servir du banal entonnoir. *MM. Marie, Anglade, Trenel et Touchkine*, préférèrent la voie nasale.

Quant à nous, nous nous sommes toujours servi de la voie buccale pour l'introduction de la sonde à gavage. Nous n'avons jamais été dans la nécessité de nous servir d'un mandrin, et nous injectons les liquides sans pression.

* * *

RÉSULTATS DE LA CHIRURGIE CÉRÉBRALE DANS L'ÉPILEPSIE. — Le Dr *William P. Spratling* ⁽¹⁾ présente les résultats obtenus dans 33 cas d'épilepsie opérés. Tous ces cas étaient sous son observation quotidienne depuis une période de 1 à 8 ans. De ces 33 cas, 20 reconnaissent pour cause un traumatisme crânien. La durée moyenne de l'épilepsie avant toute intervention chirurgicale était approximativement de 5½ ans, 16 ans dans un cas, et 3 jours dans un autre. Les résultats constatés au moins 11 mois après l'opération ont été les suivants. Dans 21 cas, aucune amélioration, ni temporaire, ni permanente; dans 8 cas les attaques ont diminué en fréquence et gravité, l'opération n'étant que partie du traitement; dans 3 cas, aggravation de la maladie; dans un cas, rétablissement apparent survenu à la suite d'ablation de l'utérus et des annexes, une trépanation nécessitée par un traumatisme crânien

(1) Congrès de Bruxelles, *Revue Neurologique*.

(2) Association Médico-Physiologique Américaine; Congrès de Washington.

et subie antérieurement lorsque la malade n'avait que 8 ans, n'ayant eu aucun résultat. Aucune mortalité. Le Dr Spratling remarque qu'en règle générale, on devrait attendre 2 ou 3 ans avant de rapporter les résultats obtenus, et que si l'on s'en tenait à cette règle, l'on s'apercevrait que les guérisons obtenues par une intervention chirurgicale sont très rares.

* * *

RÉSULTATS DU TRAITEMENT HYDRARGYRIQUE CHEZ LES TABÉTIQUES (1).—Des statistiques publiées par *M. Maurice Faure*, en collaboration avec les docteurs *Belugon* et *Cross*, sur 2,500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est sensiblement le même chez les tabétiques qui ont subi un traitement mercuriel, et chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre des cas où la thérapeutique antisiphilitique s'accompagne d'aggravation est beaucoup plus grand que le nombre des cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration.

* * *

PATHOGÉNIE ET PRONOSTIC DU TABÈS. — D'après *M. Maurice Faure* (1), la syphilis n'exerce pas, sur la genèse et l'évolution du tabès, l'influence exclusive qu'on a cru pouvoir lui attribuer. D'autres infections, d'autres intoxications, ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations ont droit, comme elle, à une part de responsabilité.

Dans 60 pour 100 des cas, le tabès s'arrête dès les premiers symptômes ou évolue avec une telle lenteur que la vie du malade est à peine diminuée. C'est dans 30 pour 100 des cas seulement qu'il peut porter le nom de progressif et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique.

* * *

TABÈS DORSALIS ET AORTITE. — D'après *Arullani* (1), il ex-

(1) Congrès de Bruxelles, *Revue Neurologique*.

(2) Congrès de Bruxelles, *Revue Neurologique*.

(3) Ref. Médic., *Revue Neurologique*.

iste très fréquemment chez les tabétiques une lésion du cœur. Sur 68 cas de tabès qu'il a relevés, il a pu constater dans 40 cas des signes d'aortite à tous les degrés. Il existe donc une relation entre le tabès et les lésions de l'aorte; la même intoxication les produit toutes deux. La syphilis en est la cause la plus fréquente; ce peut être aussi l'alcoolisme, la malaria, le saturnisme, ou encore la variole, comme dans les deux cas rapportés par l'auteur.

E. P. CHAGNON.

REPRODUCTION.

DES GARANTIES SANITAIRES DU MARIAGE (1)

Par A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale à Beauadelocque.

La *Société française de prophylaxie sanitaire et morale* a mis à l'ordre du jour la question des *garanties sanitaires du mariage*, envisagées exclusivement au point de vue des maladies vénériennes. Nous pensons être utiles à nos lecteurs en les documentant sur cette question d'une si haute portée sociale et nous laissons la parole au professeur Pinard.

Dans la dernière séance où la question des *garanties sanitaires du mariage* a été abordée, rapportée et discutée, nous avons entendu — et depuis nous avons lu — un rapport des plus remarquables, et des communications extrêmement intéressantes à divers titres.

Mon excellent ami Cazalis, dans une communication écrite avec la plume de Jean Lahore, et où se révèle une fois de plus le poète exquis et le philanthrope convaincu, demande *l'examen médical avant le mariage* comme garantie sanitaire.

M. Fortin (Charles), conseiller municipal de Paris, dans une monographie tout imprégnée de sentiments élevés et altruistes, après nous avoir donné le reflet des opinions quelque peu divergentes d'un certain nombre de nos confrères, demande que *la loi autorise le médecin à ne plus respecter le secret professionnel lorsqu'il s'agit de projet de mariage*.

M. Brouardel, avec l'autorité qui le caractérise, dans sa magistrale et anecdotique communication, traite dans une première partie du mariage des syphilitiques et de *la syphilis matrimoniale*, mais surtout *après le mariage*; et dans une deuxième intitulée: *Secret médical et mariage*, il expose avec la même maestria les raisons pour lesquelles le médecin est tenu au secret professionnel, et les moyens de le tourner.

M. Honnorat, tout en proclamant les qualités des rapports et des communications qui précèdent, déclare que la vraie solution de la question est encore à chercher; mais, dit-il, "j'ar-

(1) De la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, octobre 1903.

rête la Commission" pour son *avertissement aux futurs conjoints*, qui est inconvenant pour une jeune fille.

M. Salmon, au lieu d'apporter une solution, demande à la Société de voter sur ces deux questions :

1° Un beau-père ne doit-il jamais, à aucune époque, accepter pour gendre un homme ayant eu la syphilis?

2° Un homme syphilitique ne doit-il jamais se marier?

M. Eudlitz rejette le certificat de santé pour le mariage et se déclare un partisan convaincu de l'*inviolabilité du secret professionnel*.

Pour mon ami Créquy : *Le secret médical doit donc avoir des exceptions que, dans l'intérêt supérieur de la race, on pourrait aussi appliquer aux maladies vénériennes.*

Quant à mon ami Verchère, après avoir doublement baptisé le rapport de la Commission, en le qualifiant "d'admirable" au point de vue prophylactique et en constatant sa vacuité au point de vue des *garanties sanitaires du mariage*, il pense que la question qui domine la discussion est celle du *secret professionnel* et demande qu'on la discute tout d'abord.

Tandis que MM. Butte et Cruet partagent cette opinion, M. Sicard de Plauzolles émet l'avis que ce n'est pas le moment de traiter dans son ensemble la question du secret professionnel et qu'il est préférable de ne parler que de syphilis.

C'est alors que j'ai demandé la parole pour faire observer que la discussion, tout en étant extrêmement intéressante, avait à mon avis dévié et devait être replacée sur son véritable terrain.

Aujourd'hui, prenant la parole le dernier, je considère ma tâche comme bien simplifiée, surtout après avoir entendu la belle et magistrale réplique de mon collègue Siredey.

Membre de la Commission, il vient de défendre le rapport comme il convenait de le faire, en montrant, avec autant de justice que d'autorité, les impossibilités pratiques de l'examen et du certificat médical.

Je déclare, que sur ce point, je partage absolument son opinion. Mais il me semble qu'avant de discuter au point de vue social les *garanties sanitaires du mariage*, il serait peut-être

nécessaire de les discuter tout d'abord au point de vue médical.

Il me paraît qu'il est indispensable, si vous voulez être logique, de répondre scientifiquement à cette question :

Quand un individu, atteint ou ayant été atteint d'une affection vénérienne, peut-il se marier sans danger pour sa femme, et sans danger pour sa descendance? Je dis : atteint d'une affection vénérienne ; car il me semble que jusqu'à présent, et bien à tort, la discussion n'a porté que sur la *syphilis*, laissant de côté cet autre facteur non moins malfaisant, la *blennorrhagie*.

Je dis : peut-il se marier, pour rester dans le cadre de la question ; car, en somme, ce qu'il faut étudier, c'est la question plus générale, celle-ci :

Quand un individu, atteint ou ayant été atteint d'une affection vénérienne, peut-il s'unir à une femme sans danger pour elle et sans danger pour la descendance qui peut résulter de cette union?

Pour répondre à cette question, dont l'importance dans l'espace me paraît capitale, il faut envisager successivement l'individu atteint de blennorrhagie et l'individu atteint de syphilis.

1° *Quand l'individu atteint ou ayant été atteint de blennorrhagie peut-il se marier sans danger pour sa femme et pour sa descendance?*

Que disent sur ce point les maîtres les plus qualifiés, ceux dont l'expérience et par cela même l'autorité, sont incontestables ? Que dit notre éminent président, que disent nos collègues Jullien et Verchère, pour ne nommer que ceux-là ?

Il n'en est aucun qui donne une limite précise.

Lisez ce beau livre : *Blennorrhagie et mariage*, dans lequel sont étudiés les trois cas : blennorrhagie aiguë, blennorrhagie chronique, blennorrhagie guérie, chez un homme qui veut contracter mariage, et vous admirerez comme moi la méthode scientifique de notre ami Jullien, mais vous constaterez aussi sa prudence et sa circonspection.

Vous ferez les mêmes constatations en lisant ce qu'a écrit mon ami Verchère sur le même sujet.

J'ai entendu notre président dire : " Je ne connais rien de plus difficile que de guérir la blennorrhagie chez certains individus."

Oui, je le reconnais, si souvent la blennorrhagie guérit radicalement à la suite d'un traitement méthodiquement appliqué — et il est heureux qu'il en soit ainsi, étant donné le nombre des blennorrhagiens — il faut bien qu'on sache que chez un certain nombre d'individus la blennorrhagie affecte une ténacité désespérante et qu'il faut, pour la faire disparaître, une synergie absolue et longtemps maintenue du malade et du médecin.

Il résulte de ce fait que personne, je crois, ne peut contester qu'aucun médecin ne peut engager sa responsabilité, c'est-à-dire affirmer qu'un individu n'est pas contagieux, sans avoir observé longtemps, scientifiquement, *un individu d'absolue bonne foi.*

2° *Quand un individu, atteint ou qui a été atteint de syphilis, peut-il se marier sans danger pour sa femme ou pour sa descendance?*

Il est absolument nécessaire ici d'envisager isolément le danger pour la *femme* et le danger pour la *descendance.*

Quand un individu syphilitique peut-il se marier sans danger pour sa femme?

La réponse à cette question se trouve dans l'admirable livre: *Syphilis et Mariage.* La limite indiquée conditionnellement par notre président a été sanctionnée par l'expérience et, pour ma part, je n'ai jamais vu, depuis plus de trente ans, de contamination matrimoniale, lorsque les préceptes du professeur Fournier avaient été ponctuellement suivis. On peut donc affirmer que nous savons quand un syphilitique peut se marier sans danger pour sa femme.

J'arrive maintenant à l'autre partie de la question:

Quand un individu syphilitique peut-il se marier sans danger pour sa descendance?

J'en demande pardon à mes maîtres, collègues et amis, les vénéréologues, mais ici mon opinion n'est pas conforme à la leur.

Ils disent, pour la plupart, à un syphilitique traité par eux: "Vous avez eu la syphilis il y a au moins cinq ans; je vous ai traité comme il le fallait; vous ne présentez plus aucune

manifestation syphilitique; donc, vous pouvez vous marier sans danger." *Ils ont tort.*

Ils ont raison quant à la femme; ils ont tort quant à la descendance. Je l'affirme de la façon la plus absolue, en m'appuyant sur de nombreuses observations.

En particulier, je possède cinq observations dans lesquelles les maris traités par mon maître et ami le professeur Fournier se sont mariés qu'avec son assentiment, ou, si vous le voulez, après sa permission, et ont procréé des enfants syphilitiques. Dans deux cas, les enfants sont morts pendant la grossesse; dans les trois autres cas, les enfants ont présenté, l'un de l'hydrocéphalie, l'autre un testicule et de la péritonite syphilitiques, et le troisième un foie syphilitique. Ils sont morts tous trois quelque temps après la naissance et après avoir été vus par le professeur Fournier lui-même.

Je possède un grand nombre d'observations semblables.

J'en possède quelques-unes aussi non moins démonstratives au point de vue de la thèse que je défends, et, parmi ces dernières, il en est quelques-unes qui ont été vues aussi par mon maître.

Il s'agit, dans ces cas, de syphilitiques qui procréaient d'abord des enfants sains, puis qui ont procréé ensuite des enfants syphilitiques. Ce sont les cas que nous avons dénommés cas de *hérédosyphilis alternante*.

Que signifient toutes ces observations? Elles signifient que l'on ne peut affirmer à aucun syphilitique scientifiquement traité, ne présentant aucune manifestation syphilitique apparente, qu'il peut procréer sans danger pour la descendance. Alors, dira-t-on, en envisageant exclusivement ce point de vue, un syphilitique ne peut, ne doit jamais se marier?

On aurait tort de dire cela, je l'affirme non moins absolument.

L'expérience m'a démontré qu'il y a un *traitement héroïque contre l'hérédosyphilis*. Je l'enseigne depuis longtemps avec preuves à l'appui (1).

(1) Voir *Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédosyphilis*, par le docteur FERDINAND LAFORTE. Thèse Paris, 1897.

Il comprend :

1° Le traitement du père pendant six mois avant la fécondation ;

2° Le traitement de la mère pendant toute la durée de la grossesse.

Ainsi quel que soit l'âge de la syphilis chez un syphilitique non dangereux pour sa femme, un traitement doit précéder toute procréation, et doit être suivi par la femme pendant toute la durée de la grossesse.

Ce traitement devra être recommencé *pour chaque enfant* à procréer.

En suivant exactement ces préceptes, un syphilitique peut procréer de beaux enfants, vigoureux et bien portants.

J'ai pu faire naître ainsi nombre d'enfants dont quelques-uns sont entrés de la façon la plus brillante dans nos grandes écoles : Ecole normale, Ecole polytechnique, Ecole Saint-Cyr.

Et maintenant que la question a été envisagée ainsi, quelles conclusions peut-on et doit-on tirer de l'examen que je viens de faire ?

Une première conclusion se dégage naturellement, c'est que *l'individu infecté ne cessera d'être dangereux que quand il le voudra bien lui-même.*

On vous a dit de quelle façon un individu mal intentionné passera toujours à travers les mailles du filet préservatif légal, si l'examen médical et les certificats deviennent obligatoires.

Contre le crime, la barrière légale est peu de chose.

Changeons les mœurs et pour cela *Instruisons.*

Crions bien haut, apprenons à tous le danger des affections vénériennes pour les individus et la race ; oui, mettons-nous tous à l'œuvre et nous serons véritablement utiles.

C'est pour cela que je ne saurais trop féliciter mon ami Cazalis d'avoir écrit son livre si suggestif : *Science et Mariage!*

L'ignorance, voilà ce que nous devons combattre.

Qu'ai-je entendu, des milliers de fois, de la bouche des malheureux ayant contaminé leurs femmes ou procréé des tarés ? Presque toujours ce cri accompagné de larmes : *Mais je ne savais pas!*

Laissez-moi croire que les criminels seront toujours l'exception. C'est ce qu'a pensé votre Commission, c'est ce que nous a dit le rapporteur dans son magnifique travail, non pas seulement admirable au point de vue philosophique, comme l'a dit M. Verchère, mais éloigné de toute métaphysique et de toute utopie et tout imprégné de raison.

On a raillé le petit papier proposé par la Commission; permettez-moi de vous dire à quelle conclusion est arrivée la *Commission de mortalité* qui étudie les causes de la dépopulation et les moyens d'y remédier dans notre pays. Cette Commission propose au gouvernement de faire inscrire dans les livrets de mariage la notice suivante :

I. — Pour avoir des enfants sains et vigoureux, il faut que le mari et la femme soient eux-mêmes sains. Ils doivent être guéris de toutes maladies et surtout des maladies transmissibles, ne pas être alcooliques, ni en état d'ivresse, ni en état de grande fatigue ou de surmenage.

II. — Dans les écoles primaires, l'enseignement de l'hygiène devra comprendre des notions sur les maladies transmissibles qui s'y rattachent.

III. — Dans les institutions post-scolaires, cet enseignement devra comprendre des notions sur l'hérédité pathologique.

IV. — Le programme des Écoles normales devra comprendre la préparation à cet enseignement.

C'est qu'aujourd'hui on commence à comprendre que de tous nos actes, le seul qui n'ait pas été modifié par la civilisation est l'acte procréateur. Cet acte est purement instinctif aujourd'hui comme il l'était à l'époque des cavernes.

La garantie sanitaire du mariage est en rapport avec le développement et l'action de notre Société :

Instruisons, instruisons; car l'instruction est la seule et vraie garantie sanitaire du mariage.

LE RETRECISSEMENT MITRAL — SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE.—SON TRAITEMENT (1)

Par M. LAUBRY, de Paris.

J'ai profité de ce que nous avons dans le service plusieurs cas très intéressants de rétrécissement mitral compliqué de grossesse pour traiter devant vous l'histoire si instructive, quoique si rebattue, du rétrécissement mitral.

Le rétrécissement mitral, — je vais vous en donner une définition purement anatomique, — est une sténose de l'orifice mitral, caractérisée par l'adhérence des bords libres des deux valves, qui restent souples, lisses et polies : il y a simplement rétrécissement et non pas insuffisance par rigidité de l'appareil valvulaire.

Ainsi compris, le rétrécissement mitral est, pour les uns, une infirmité, une maladie congénitale. J'aurais voulu vous en apporter un type, mais les deux cas de notre service concernent des rétrécissements mitraux consécutifs à des rhumatismes. Aussi, je crois que nous devons avoir de cette affection une idée plus complexe.

Après avoir dit ce qu'est le rétrécissement mitral, je me dois de vous faire remarquer ce qu'il n'est pas et ce avec quoi il ne faut jamais le confondre.

Ce n'est pas le rétrécissement par végétations, c'est-à-dire compliqué d'insuffisance. Ce n'est pas non plus le *rétrécissement spasmodique* admis par certains auteurs. Ce rétrécissement spasmodique se rencontrerait au cours de certains états névropathiques, dans l'hystérie, par exemple, et quelle que soit la pathogénie qu'on lui accorde, ce spasme est contestable.

Je vais d'abord vous décrire très rapidement les *lésions du rétrécissement mitral*.

D'après les autopsies que nous avons faites, les lésions sont bien différentes, suivant qu'on observe un cas ancien ou récent. Dans les cas récents, on ne constate qu'une sténose mitrale, on voit le cône non rigide formé par l'adhérence des bords de la valvule mitrale présenter différents aspects suivant qu'on le regarde par la face auriculaire ou par la face ventriculaire, et on constate que le calibre est diminué, ne lais-

(1) Du *Journal de Médecine*, de Paris, octobre 1908.

sant passer qu'une barbe de plume, suivant l'expression classique. Du côté des autres organes, il y a peu de chose: l'oreillette gauche légèrement dilatée, quelquefois aussi l'oreillette droite, et c'est tout.

Mais quand le malade est mort d'asystolie, les lésions sont différentes. On constate de la dilatation de presque toutes les cavités cardiaques: l'effort d'obstacle causé par le rétrécissement aura son effet sur l'oreillette gauche qui se défendra d'une part par son hypertrophie, d'autre part par sa dilatation. Aussi ses parois passent-elles de 2 millimètres à 4, 5 et 6 millimètres d'épaisseur, et sa capacité de 25 ou 30 centimètres cubes à 80, 100, 200 et même 600 centimètres cubes. Consécutivement, il se produit de la stase dans la circulation pulmonaire.

Dans ce cœur ainsi dilaté, vous trouvez des caillots. Les uns sont banaux, fibrino cruoriques. Les autres sont plus intéressants; ce sont de petits caillots fins, noirâtres, légèrement adhérents, extrêmement redoutables, car ils peuvent amener l'embolie dans la sylvienne et l'embolie pulmonaire.

Je n'insiste pas sur les lésions du poumon, sur l'infarctus de Laënnec, sur la stase dans la circulation hépatique, etc. . . ., je dirai simplement que ces lésions congestives, scléreuses, se retrouvent dans les autres organes, les reins en particulier.

Comment, cliniquement, ces lésions se traduisent-elles?

On a l'habitude de décrire un type de début du rétrécissement mitral. Je vous signale, d'après nos observations d'hôpital, les modes de début les plus fréquents. Tantôt, on a affaire à un début progressif, le malade entre peu à peu, insidieusement, dans sa lésion sans s'en apercevoir: c'est le type du rétrécissement congénital. Tantôt, la malade a un aspect chlorotique, des règles mal assurées, de la dysménorrhée, de légères palpitations, une légère dyspnée d'effort, et quand on ausculte le cœur, on trouve le rythme mitral. Tantôt, le malade vient consulter pour de la tuberculose: il a de la dyspnée, des douleurs, des névralgies, il tousse, crache du sang, et, à l'auscultation du poumon, on trouve de petits craquements au sommet.

Mais à côté de ces types trompeurs, il y a des types très nets. Le malade est bien un cardiaque, il a des tendances congestives, de la dyspnée d'effort, ne peut courir, a des accès d'oppression, et le rythme mitral est constitué.

A côté de ces rétrécissements à début progressif, il y en a à début brusque, comme chez les deux femmes de notre service. La malade s'est accommodée parfaitement de son rétrécissement latent, et les accidents surviennent à la suite d'une cause occasionnelle. Nous avons déjà vu une hémiplegie faire éclater les accidents; cette fois, c'est la grossesse qui doit être incriminée.

Une de nos malades est arrivée jusqu'à l'âge de 25 ou 30 ans, sans souffrir de son rétrécissement; une grossesse est survenue et aussitôt, les accidents sont apparus.

Pour d'autres malades, les accidents surviennent à l'occasion d'une maladie intercurrente: grippe, pneumonie, broncho-pneumonie, attaques de rhumatisme.

Ce qui permet le diagnostic, c'est le *rythme mitral*.

On le perçoit à la palpation et à l'auscultation, et comme l'auscultation fournit beaucoup de détails, c'est par elle, contrairement à la logique clinique, que je vais commencer.

A l'état normal, le premier bruit commence avec la systole, le second en marque la terminaison. Dans le rétrécissement mitral, le roulement se fera pendant le grand silence de la diastole, il commencera avec le second bruit et finira avant le premier. Le sang, au début de la diastole, trouve devant lui un orifice rétréci, l'ondée sanguine entre en vibration, mais comme elle avance lentement, progressivement, les vibrations qui en résulteront seront peu nombreuses, et il en résultera un bruit grave, un roulement.

La tonalité du bruit s'élève au moment où l'ondée sanguine va finir de s'écouler.

Il y a donc deux bruits dans la diastole: roulement diastolique et renforcement pré-systolique.

Les conditions qui président à l'éclosion de ces bruits sont loin d'exister simultanément. Tantôt, on entend un roulement simple lorsqu'il n'y a pas hypertrophie de l'oreillette, tantôt

un souffle, lorsque l'hypertrophie de l'oreillette et sa contraction énergique donnent à l'ondée sanguine une vitesse plus grande.

A côté de ces bruits, ou à la fin de ce roulement diastolique, il existe des bruits signalés par Potain. Les valvules se ferment avec une énergie toute particulière.

Pendant ou à la fin de la systole, il va se passer un bruit n'ayant pas la moindre valeur pathognomonique, c'est le dédoublement du second bruit : au lieu d'entendre un bruit simple, on a deux petits bruits se succédant à un léger intervalle. Potain a beaucoup insisté sur la pathogénie de ces bruits, et a montré qu'ils tenaient à des variations dans la tension artérielle. Tous les intermédiaires peuvent exister, et dans certains cas, la pression soit dans la circulation générale, soit dans la circulation pulmonaire, peuvent s'équilibrer et le second bruit peut être simplement plus marqué qu'à l'état normal.

J'en aurai fini avec ces bruits anormaux lorsque je vous aurai signalé le claquement de l'ouverture mitrale. C'est un bruit assez dur, ayant son maximum vers la pointe, succédant au second bruit simple ou double, avec un intervalle toujours un peu supérieur à celui qui sépare les deux parties du bruit dédoublé. Quelquefois même ce bruit dédoublé manque, et le claquement d'ouverture arrive et peut donner l'illusion du dédoublement du second bruit.

Ces différents bruits ont été traduits par Durozier, dans une onomatopée qui est dans toutes les mémoires.

A la palpation, se perçoit un frémissement cataire qui traduit le bruit grave présystolique, et on a, en quelque sorte, la sensation du rythme mitral.

A la percussion, on ne trouve rien.

Le pouls est normal, petit, régulier, il donne une ligne régulièrement ondulée au sphygmographe.

Voilà la périole de vraie compensation se traduisant par de légers troubles fonctionnels, et des signes physiques bien nets. A cette période, va bientôt en succéder une autre dans laquelle le malade devient définitivement un cardiaque, c'est-à-

dire présente dans tous ses organes, tous ses appareils une stase ou des congestions multiples.

L'appareil pulmonaire est le premier touché. Il se produit de la dyspnée, des hémorrhagies, des hémoptysies, remarquables par leur persistance et leur abondance. M. Huchard a dit du rétrécissement mitral que c'était une maladie dyspnéi-sante, hémoptoisante.

Il se produit en même temps des troubles de l'appétit, du ballonnement du ventre, des mauvaises digestions.

Il y a également répercussion sur l'appareil nerveux, troubles du sommeil, certaines névroses. Ce qu'on a appelé la folie cardiaque ne peut s'appliquer au rétrécissement mitral à cette période, mais certains malades ont des accès de mélancolie, de l'angoisse, des palpitations douloureuses, des attaques d'épilepsie, tantôt légères, tantôt violentes, brutales, se produisant avec tout l'appareil dramatique de l'épilepsie vraie.

J'aurai terminé cette énumération rapide lorsque je vous aurai parlé de la dysménorrhée, des troubles de la menstruation, et surtout des métrorrhagies.

La mort va finir par arriver. Tantôt elle vient lentement, le rétrécissement mitral évoluant vers l'asystolie, la congestion hépatique, la dilatation du cœur droit, l'insuffisance tricuspidiennne, la stase dans les viscères, le poumon en particulier. Tantôt le malade est emporté par une complication d'embolie causée par les petits caillots dont je vous ai parlé.

Dans la petite circulation, l'embolie pulmonaire donne des symptômes différents d'après l'importance du vaisseau atteint. L'infarctus hémoptoïque est la règle: on constate de la dyspnée intense, du point de côté violent, des crachats abondants et spumeux, la plupart du temps striés de sang. A l'auscultation, on trouve quelquefois un peu de submatité, souvent l'abolition du murmure vésiculaire, et, autour de la zone de matité quelques râles sous-crépitants.

Il est une autre complication sur laquelle je veux insister: c'est la grossesse.

Pour bien comprendre les *accidents que la grossesse fait évoluer chez les cardiaques*, il faut vous rappeler ce que la grossesse peut faire sur le cœur sain.

On croyait autrefois que la grossesse influait beaucoup sur le cœur sain, qu'elle déterminait des hypertrophies notables du cœur ou du moins de la dilatation. En réalité, M. Vaquez, en reprenant cette étude, a montré que la grossesse peut à la vérité, donner lieu à des signes fonctionnels au point de vue clinique, qui sont, soit de la dyspnée, soit des palpitations, soit des troubles objectifs se manifestant par une augmentation de tension notable dans la circulation pulmonaire qui forme deux bruits à la base, et quelquefois le dédoublement de ce second bruit.

Ces troubles indiquent qu'il y a répercussion sur le poumon; il y a une modification dans l'équilibre pulmonaire, une activité plus grande de la circulation pulmonaire qui se traduit au point de vue pathologique, par la fréquence des congestions, des hémoptysies, même en l'absence de lésions. C'est cette augmentation de tension qui va présider aux accidents cardiaques de la grossesse.

Ce qui domine dans ces accidents, c'est leur caractère épisodique, les attaques brusques, rapides, brutales d'asystolie. En même temps il y a prédominance de phénomènes pulmonaires. Ces deux caractères ont permis à Porak de diviser les troubles cliniques de la grossesse en trois catégories:

1° Il peut d'abord y avoir des accidents cardio-pulmonaires, de l'asphyxie aiguë, de la dyspnée intense, une expectoration abondante, spumeuse, les pommets saillantes, un peu d'œdème, de subictère, pas de dilatation, pas de pouls veineux; la malade meurt en état d'asphyxie.

2° Il peut aussi y avoir des troubles de l'innervation cardiaque, de la tachycardie, pouls petit, filiforme, mort par syncope.

3° Il peut enfin y avoir des troubles d'asystolie vraie qui se rencontrent beaucoup plus après l'accouchement que pendant la grossesse.

Quand le cœur est sain, il peut suffire à cette tâche, mais quand il est atteint en particulier par le rétrécissement mitral qui agit comme une ligature, la tension en est d'autant plus augmentée, et l'équilibre est rompu. Il ne faut donc pas incriminer

miner les lésions myocardiques, on ne les rencontre pas ordinairement à l'autopsie; M. Vaquez a bien montré que les lésions consistaient beaucoup plus en congestion qu'en myocardite vraie.

Je voudrais vous dire en terminant, ce qu'est le rétrécissement, étudier son étiologie.

Nous l'avons envisagé, non pas comme une infirmité, mais comme une maladie un peu plus complexe. Ce qui domine son étiologie, c'est qu'elle est plus fréquente chez la femme, et de 14 ou 15 ans à 25 ans; c'est une exception de voir une malade de 30 ans, comme la nôtre, atteinte de cette affection.

Plus intéressants et plus suggestifs sont les antécédents héréditaires: souvent on rencontre l'alcoolisme, rarement la syphilis, fréquemment la tuberculose. Potain rappelle l'observation d'un tuberculeux qui donna naissance d'une part à un sujet ayant un rétrécissement mitral. C'est en s'appuyant sur ces faits qu'on a invoqué la théorie du rétrécissement mitral, maladie infectieuse, mais cette dualité entre la théorie congénitale et la théorie infectieuse est plus apparente que réelle.

Dans la théorie congénitale, on a expliqué d'abord le rétrécissement mitral par l'arrêt de développement. Mon maître Dreyfus-Brissac l'explique par une aplasie fonctionnelle, c'est une explication qui n'en est pas une et qui ne fait que reculer la question.

La théorie infectieuse est bien différente. Lorsque le rhumatisme n'a pas existé d'une façon nette, on le soupçonne d'exister à l'état latent, ou, s'il n'y a pas eu de rhumatisme, il y a eu une autre infection de la première enfance: une rougeole, une typhoïde, du torticolis qui n'était autre que du rhumatisme.

Mais ces infections peuvent manquer, et c'est là qu'intervient la théorie de Potain et Teissier, qui fait du rétrécissement mitral pur une manifestation d'une tuberculose atténuée.

J'énumère simplement les raisons en faveur de cette hypothèse. Tout d'abord, la tuberculose détermine aussi bien des formes scléreuses que des formes caséuses, puis la fréquence des tuberculoses arrêtées dans leur développement au cours du rétrécissement mitral est remarquable.

Peut-être peut-on ajouter une autre preuve. Vous avez vu tout-à-l'heure un malade ayant une tuberculose latente progressive, qui a eu en même temps du rhumatisme et qui fait une lésion mitrale bien nette. Il est évident que sa lésion mitrale peut s'expliquer par son rhumatisme, mais ne pourrait-on pas faire à la fois de son rhumatisme et de sa lésion mitrale une manifestation de la tuberculose? Le rhumatisme tuberculeux est bien connu depuis ces dernières années, et certaines manifestations rhumatisantes peuvent très bien être de la tuberculose.

Du *diagnostic*, je vous ai déjà parlé tout à l'heure, et je vous ai dit ce qu'était le rythme mitral.

Il arrive que le rythme mitral n'est pas toujours à constater, le roulement diastolique peut être souvent confondu avec le bruit de galop, c'est-à-dire avec la manifestation de l'activité ventriculaire au moment de la diastole, au cours du mal de Bright, par exemple, et qui se termine par le claquement valvulaire; quand on l'entend, le diagnostic est fait, c'est un signe pathomonique.

Le souffle présystolique est toujours doux, bien différent des souffles anorganiques. Cependant, c'est une erreur qu'on commet quelquefois. On le confond plus facilement avec le souffle diastolique, d'autant plus que ce dernier peut s'étendre dans la région de la pointe et la région sus-apexienne, mais ce souffle commence avant la fin de la systole.

Le dédoublement du second bruit est plus intéressant, il indique des variations de tension dans la circulation. Il est augmenté dans certains actes, dans l'effort, les crises nerveuses, dans les maladies pulmonaires. Cependant certains bruits péricardiques peuvent le simuler.

Il n'y a donc que le rythme complet du rétrécissement mitral qui permette de faire le diagnostic. Mais ce rythme peut être simple ou compliqué d'insuffisance.

Pour le *pronostic*, il est intéressant de mesurer le degré de ce rétrécissement. Potain en a fixé plusieurs degrés:

1° Quand le rétrécissement est plus marqué, on entend le

roulement grave, le premier et le second bruit, et le bruit de précession aortique;

2° Le roulement est d'une tonalité plus élevée, il se termine par un souffle pré-systolique: le dédoublement du second temps n'existe pas;

3° Le roulement n'existe plus, il devient un souffle.

Comment traiter le rétrécissement mitral?

Il faut surtout un traitement hygiénique, repos et régime appropriés, proscrire le mariage quand le rétrécissement mitral est serré et qu'il y a eu des attaques d'asystolie.

Lorsqu'une grossesse évoluée, il faut faire faire un exercice modéré, un peu de marche afin d'éviter l'encombrement de la circulation pulmonaire. En même temps donner un régime mixte. Enfin lorsqu'il y a des accidents cardio-pulmonaires de la grossesse, traiter par la digitale à la suite d'une saignée locale ou même générale, de 250 à 300 grammes. Si les accidents sont du côté du poumon, il ne faut pas donner de la digitale, mais agir par le repos, la théobromine à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, la poudre de Dower. A la fin de la grossesse, il faut provoquer l'accouchement, de préférence avec l'adjuvant du chloroforme qui n'est pas une contre-indication dans ces circonstances. Mais surtout, ne pas recourir à la digitale, et encore moins à ses succédanés, caféine en particulier. Le médicament de choix est la morphine à la dose d'un demi-centigramme toutes les cinq ou six heures. Puis, lorsque l'orage sera passé, alors seulement on pourra donner de la digitale.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 27 octobre 1903

Présidence de M. O. MERCIER

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. J.-A. ST-DENIS présente comme pièce anatomique, un assez gros polype du nez.

RAPPORTS.

I. — M. ALPHONSE MERCIER rapporte un cas de *fracture de la colonne vertébrale* avec écrasement du corps de la quatrième vertèbre lombaire. Le malade avait été amené d'abord dans le service de Chirurgie, après une chute, pour lésions multiples du bras.

Le malade, à son entrée à l'hôpital, ne présentait aucun trouble pouvant faire penser à une lésion de la moëlle. Ce n'est qu'à l'autopsie, après des recherches minutieuses, que la lésion de la colonne a été découverte.

II. — M. ST-JACQUES relate l'observation personnelle d'un cas de fracture du rachis sans symptômes, ni paralytiques, ni parésiques :

Un jeune homme de 24 ans, commis boucher, va sortir d'une cour par un de ces passages taillés dans la maison, son cheval a peur et s'engouffre dans l'allée, le jeune homme n'a pas le temps de se garer et se trouve pris entre le siège de son wagon et le plafond du passage; le dos cède, mais pas assez, quelque chose craque et l'homme perd connaissance sous la douleur. Il arrive à l'hôpital une couple d'heures après l'accident, *marchant*, soutenu par deux personnes.

A l'examen, je constate à la région dorsale inférieure une large bosse, grosse comme deux poings, tout-à-fait médiane, fluctuante et douloureuse à la pression, surtout sur la ligne médiane où je note la proéminence marquée des apophyses épineuses de deux vertèbres: les dernières dorsales.

Cet épanchement ne pouvait être qu'un hématôme, ou du liquide céphalo-rachidien; cette dernière hypothèse est écartée, car il n'y a aucun symptôme cérébral, ce qui n'aurait pas manqué d'être dans ce cas.

Pas de signe de parésie, ni paralysie; pas d'engourdissement aux jambes; la vessie s'est vidée d'elle-même.

En face de cet hématôme et de ce déplacement vertébral, je décide l'incision et l'exploration sous chloroforme. J'évacue des caillots sanguins, je constate l'arrachement de deux apophyses épineuses et fracture des lames de deux vertèbres.

L'hémorrhagie est contrôlée, deux esquilles sont enlevées et tout est refermé.

Vu l'impossibilité, à cause de l'anesthésie chloroformique de mettre un plâtre dans la suspension avec l'appareil de Saryre, le malade est soumis au lit à l'extention de l'épine dorsale. La visière de l'appareil de Sayre lui est adoptée et fixée à la tête du lit, pour faire la contre extention le poids du corps servira et à cet effet la tête de la couchette est élevée de six pouces.

La convalescence fut régulière et ininterrompue, tout alla bien. Au 20^e jour on mit au malade, dans l'extention verticale, un corset plâtré qui fut enlevé depuis.

Voilà dix semaines de l'accident, le jeune homme a repris ses occupations et va très bien.

DISCUSSION.

M. OSCAR MERCIER. J'ai vu le malade dont il est question dans l'observation de M. Alphonse Mercier, à son entrée à l'hôpital. Comme le patient avait fait une chute d'une assez grande hauteur, je l'ai examiné très minutieusement pour rechercher les lésions du squelette, et n'ai trouvé aucun symptôme pouvant faire penser à une fracture de la colonne vertébrale. Nous avons vu dans le rapport de l'autopsie que la fracture s'était produite par écrasement et non par flexion, et de plus le trait de fracture siège à la 4^e lombaire, nous ne pouvions pas avoir de symptômes de compression du cordon médullaire.

Quant au mécanisme de la mort si rapide chez cet homme, je crois que nous pouvons l'expliquer par la grande tension du liquide céphalo-rachidien.

Quant au traitement à appliquer dans les cas de fractures de colonne *reconnues*, il croit que les différentes méthodes ont du bon et que c'est au chirurgien à choisir suivant les détails cliniques du cas qu'il a à soigner.

Il a rapporté, l'an dernier, devant la Société médicale, un cas de fracture de la colonne avec paralysie complète des membres inférieurs, et troubles vésicaux et intestinaux, traité par l'extention seulement et qui est aujourd'hui très bien.

— M. ST-JACQUES. Dans le cas que j'ai rapporté; si j'ai opéré, c'était à cause de l'hématôme et non en vue de traiter la fracture. Sans l'hématôme j'aurais simplement fait l'extention et le corsage plâtré.

III. — M. ALPHONSE MERCIER présente comme pièce anatomique un *intestin perforé à la suite d'un traumatisme violent sur l'abdomen*.

M. Mercier fait remarquer que dans les cas de péritonite, à l'autopsie, l'on ne doit pas seulement se contenter d'un examen de la partie péritonéale de l'intestin pour rechercher les perforations. Celles-ci peuvent être masquées par des adhérences et les fausses membranes inflammatoires. Il faut ouvrir l'intestin dans toute sa longueur, et examiner la face muqueuse. Dans le cas présent la perforation était tout à fait cachée et cependant elle avait la grandeur d'une pièce de dix sous.

DISCUSSION.

M. OSCAR MERCIER. L'autopsie rapportée par le Dr A. Mercier est celle d'un malade mort dans le service de chirurgie.

Le malade avait été frappé par une planche projetée d'une machine dans une usine. Il est amené aussitôt après l'accident en ambulance à l'hôpital. La paroi abdominale ne présente, à l'examen, aucune trace de violence, pas de lésions de tissus ni ecchymose. La température est normale, pouls rapide, avec un peu de défense musculaire.

Traitement. — Glace et repos, le lendemain matin la malade a une selle et passe des gaz sans lavement.

Dans l'après-midi les symptômes s'aggravent rapidement et le malade meurt le soir à 10 heures.

— M. DE MARTIGNY: Je félicite Monsieur le docteur Alphonse Mercier d'avoir bien voulu nous communiquer cette pièce anatomique et aussi de nous avoir communiqué cette intéressante observation.

Je crois que dans le cas qui fait le sujet de la discussion si l'on avait fait une laparatomie exploratrice nous aurions probablement obtenu un autre résultat. Car il s'est très bien défendu, ce malade, pendant 24 heures et même à ce moment il a encore passé des gaz.

Je suis forcé de différer totalement d'opinion avec le docteur Oscar Mercier quand au traitement de ces cas de contusions de l'abdomen par corps contondants. Dans mon opinion, quand un individu est frappé à la paroi abdominale avec violence, comme dans le cas présent, par un corps dur, l'on doit faire la laparotomie exploratrice, opération qui n'offre plus grand danger à l'heure actuelle, on en conviendra sans peine. Si l'on ne découvre aucune déchirure de l'intestin, le malade en est quitte pour passer trois semaines à l'hôpital. Si au contraire on découvre une ou plusieurs déchirures on les répare et l'on sauve généralement la vie du blessé.

Presque toujours on ne voit aucune trace de violence sur la paroi abdominale. C'est même la règle.

Cette observation me rappelle la suivante: Un terrassier est frappé par le timon d'une voiture. Il peut se rendre seul à l'hôpital sans soutien tout en se plaignant d'une douleur assez vive qu'il ressent dans l'abdomen. A l'examen on ne voit aucune trace d'ecchymose à la paroi, une simple défense musculaire assez marquée. Malgré l'absence de symptôme alarmant apparent on fait la laparatomie et l'on tombe sur une large déchirure intestinale que l'on répare et le malade guérit très bien.

Je le répète, dans mon opinion on doit intervenir dans ces cas.

— M. OSCAR MERCIER dit qu'il n'est pas opposé à la laparatomie, mais qu'il ne faut pas poser en principe que tous les individus qui ont reçu des chocs sur l'abdomen doivent être laparatomisés. Le nombre d'intestins lésés après des traumatismes de l'abdomen est peu considérable. Et en opérant toujours on ferait courir de grands dangers à beaucoup de gens inutilement.

Il opère dans tous les cas où il a des symptômes cliniques pouvant faire soupçonner la lésion intestinale.

— M. DE MARTIGNY. Je vois que le Dr Mercier fait fi de la littérature chirurgicale ancienne, vieille de 25 ou 30 ans. Et pourtant cette littérature est bien intéressante et très instructive.

Le docteur Oscar Mercier base son opinion de rester dans l'expectative sur une statistique de 289 cas pour lesquels l'on n'est pas intervenu avec comme résultat: 198 guérisons. et 91 morts, ou près de 45 pour 100 de mortalité. Je ne crois pas que l'on puisse citer une seule statistique de chirurgien interventionniste avec un pourcentage de mortalité aussi élevé.

Quand à l'observation de ce malade mort à la suite d'un coup de fouet sur l'abdomen, je ne crois pas que le résultat aurait été plus mauvais si l'on était intervenu.

J'avoue avec le docteur Oscar Mercier que ces cas sont des cas très difficiles mais si notre métier était simple et sans difficulté aucune, aurions-nous besoin d'étudier toujours?

— M. ST-JACQUES se basant sur des observations personnelles et sur la lecture des faits cliniques ne partage pas l'opinion du Dr de Martigny; "qu'il faut ouvrir toujours et quand même."

La violence du choc et surtout les symptômes locaux et généraux doivent guider le chirurgien qui doit être ici autre chose qu'un simple opérateur. Si le pouls et la température de même que le ballonnement intestinal, si ni l'intestin, ni la vessie ne donnent d'indications absolues d'intervenir; alors surveillons le malade, que ce soit "une paix armée" et à la moindre alerte: *laparatomie*. En effet la laparatomie dans ces cas de traumatisme abdominal n'est pas sans danger quoiqu'on

en dise. C'est un choc opératoire à infliger à un individu déjà en dépression de par le traumatisme accidentel.

Il faut explorer tout l'estomac, puis, prenant le jéjunum, dévider tout l'intestin jusqu'à l'S iliaque.

Et l'on sait avec quelles difficultés parfois les perforations intestinales sont localisées: les exemples d'autopsies rapportées par le Dr Alphonse Mercier suffiraient à le prouver.

Loin de rejeter la laparatomie exploratrice, le Dr St-Jacques l'accepte, mais non pas d'emblée; il la veut: motivée par des symptômes.

Les deux cas personnels suivants offrent leur enseignement clinique:

Charley M., 31 ans, reçoit une ruade de cheval dans le ventre. Il se présente souffrant et marchant difficilement. Il a uriné, mais le jet est parti avec lenteur et douleur; pas d'hématurie, pas de signes cutanés, sauf douleur à la pression. Pouls, 80, température normale trois heures après l'accident, on ordonne le repos au lit et de la glace.

Les symptômes locaux s'amendent graduellement, et la parésie vésicale cède en quelques jours à la strychnine.

Jules H., 24 ans, charroyeur de pierre, revient avec sa voiture vide, lorsque tout-à-coup ses deux chevaux s'emballent et prennent le mors aux dents, le cocher perd l'équilibre, se frappe le ventre en tombant entre ses deux chevaux et a connaissance qu'une roue du lord véhicule lui passe en travers du corps, sur le ventre. Le malade est vu en consultation, près de huit heures après l'accident. Pouls, 80 à 85; température 99° Fah. Fracture de la malléole interne. A l'examen de l'abdomen, il est noté une ecchymose marquée à la fosse iliaque droite; tuméfaction et douleur exquise à la pression. Pas de fracture du bassin. Le malade a uriné: état normal de ce côté. Comme il n'y a pas de tympanisme, que rien indique un commencement même de péritonite, il est conseillé: repos, glace sur l'abdomen, avec liniment calmant.

Le malade est tenu sous observation par son médecin. Au moindre signe de péritonite la laparatomie sera faite. Convalescence régulière et sans accident.

Le Dr St-Jacques résume en disant qu'il se refuse à regarder le traumatisme seul comme une indication opératoire: la laparatomie doit être motivée par des symptômes locaux et généraux.

Combien de médecins se feraient laparatomiser après un traitement abdominal s'il n'est pas de symptômes qui le demandent?

— M. DE MARTIGNY. Le cas rapporté par le Dr St-Jacques n'est pas du tout semblable. Dans ce cas c'est un écrasement de la paroi abdominale au niveau des fosses iliaques par un camion. Le squelette ayant résisté a protégé les intestins et la vessie. Mais si le Dr St-Jacques avait été appelé auprès d'un malade qui aurait eu le ventre écrasé à la région ombilicale et qu'il eut trouvé une défense musculaire très vive, et un peu de matité, aurait-il institué le même traitement? Je crois que non et je suis tout porté à croire qu'il aurait fait la laparatomie et en la faisant il aurait agi sagement.

— M. DUGAS. Nous n'avons pas souvent occasion à la morgue de faire l'autopsie de gens morts de perforations intestinales après des traumatismes sur l'abdomen. Ces cas, après l'accident sont ordinairement transportés dans les hôpitaux.

Cependant il a remarqué dans les cas observés que la mort arrive ordinairement dans les 24 ou 36 heures qui suivent le traumatisme.

Il a eu occasion dernièrement de faire l'autopsie d'un enfant qui avait reçu un coup de pied dans l'abdomen. La mort s'était produite 36 heures après l'accident et avait été causée par une péritonite consécutive à une large déchirure de l'iliaque.

— M. OSCAR MERCIER ne trouve pas le traitement de contusions de l'abdomen aussi simple que le dit M. de Martigny, ce sont des cas complexes et il est très souvent difficile de poser un diagnostic probable. Il n'est pas opposé à la laparatomie dans les cas de lésions de l'intestin. Elle est obligatoire.

Mais il n'intervient que quand il a des raisons suffisantes pour lui faire soupçonner que l'intestin est déchiré.

— M. DE MARTIGNY. Ce soir nous avons trois observations de contusions de l'abdomen par corps contondant:

Dr Dugas: Coup de pied dans l'abdomen, expectative. Mort.

Dr Mercier: Planche frappant un homme à l'abdomen expectative. Mort.

Et l'observation que je cite: Timon de voiture frappant un homme à l'abdomen. Intervention Guérison.

Pour moi la conclusion est facile à tirer.

M. DÉCARIE insiste sur la gravité de l'intervention dans ces cas de traumatismes abdominaux. Il ne s'agit pas seulement d'une légère ouverture, mais d'une laparotomie permettant d'examiner complètement l'estomac et tout l'intestin, même lorsque la perforation a été trouvée et restaurée il faut continuer l'examen, car l'intestin peut être déchiré en plusieurs endroits. Une autopsie à laquelle il a assisté montre bien l'importance de ce point.

Deux perforations avaient été suturées d'une manière parfaite, mais une troisième non aperçue au moment de la laparotomie avait provoqué une péritonite mortelle.

M. DE MARTIGNY. Enfin on cite un cas de mort survenue malgré l'intervention.

Le Dr Brouardel fait l'autopsie d'un malade opéré par Michaud. Il découvre qu'une déchirure intestinale n'a pas été fermée et cette plaie intestinale restée ouverte a causé la mort. Ceci prouve, hors de tout doute, que quand on n'intervient pas dans ces cas de déchirures intestinales la lésion laissée à elle-même cause inévitablement la mort. Il est bien entendu qu'il faut réparer toutes les déchirures pour avoir un bon résultat. Monsieur Gosset a suturé 19 déchirures intestinales et son malade a guéri. S'il n'en avait suturé que la moitié son malade serait mort.

Je n'ai pas parlé du manuel opératoire parce que je croyais que nous le connaissions tous et que je ne voulais pas donner une leçon de médecine opératoire.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

M. ALPHONSE MERCIER: Un cas de *gomme spécifique de l'aile du nez*.

M. VALIN: Deux petits malades atteints de *trychophytie type du cuir chevelu*.

Séance du 10 novembre 1903

Présidence de M. MÈRCIER

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

COMMUNICATION.

M. VALIN fait une conférence très instructive sur le sujet suivant: *épuration de l'eau potable par les grands filtres municipaux; diverses sortes de filtres; données scientifiques; leurs résultats; comparaison.*

Nous publierons plus tard le magnifique travail que s'est imposé M. Valin, au très grand bénéfice des membres présents.

Dans un coup d'œil rapide il était facile de se rendre compte du fonctionnement intime de filtres actuellement en usage en Europe et aux États-Unis, car le conférencier avait eu le soin d'apporter des graphiques qui ont singulièrement simplifié l'exposé théorique de la question.

M. l'échevin Laporte, président du Comité des finances, de Montréal, s'était fait un devoir d'assister à cette séance, car la question de l'eau, toute d'actualité depuis les ennuis récents que nous avons eus, l'intéressait tout particulièrement. Il a approuvé les conclusions de M. Valin et il a déclaré qu'il recommanderait sans délai de changer l'état actuel de la captation de l'eau destinée à l'usage de notre ville dans le sens indiqué par le conférencier, c'est-à-dire pousser la prise d'eau jusque dans le Saint-Laurent au lieu de la rivière Ottawa. Si, alors la qualité de l'eau n'est pas telle qu'elle doit être, il sera temps de s'occuper de la question des filtres.

Séance du 24 Novembre 1903

Présidence de M. MÈRCIER.

PROCÈS-VERBAL

RAPPORTS

I. — M. FOUCHER: *Correction d'une difformité du nez par les injections de paraffine.* Il s'agit d'un jeune homme de 16 à 17 ans, souffrant d'une difformité du nez à la suite d'un

accident. M. Foucher lui proposa de corriger la difformité par des injections locales sous-cutanées de *paraffine*. L'expérience a pleinement réussi, comme le prouvent les photographies prises avant et après l'opération. (Ce travail sera publié en entier dans le prochain numéro.)

II. — M. DE MARTIGNY: *Grossesse ovarique*, avec présentation de pièce anatomique portant les caractères d'une grossesse. L'observation sera complétée par l'examen histologique à une prochaine séance.

III. — M. O. MERCIER: *Un cas d'empyème ouvert spontanément et simultanément dans l'œsophage et à l'extérieur*. (Ce travail sera publié en décembre.)

J.-P. DÉCARIE,
Correspondant.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

Le Comité provisoire a déjà commencé l'organisation du deuxième Congrès médical français qui aura lieu en juin 1904 à l'occasion du 25^e anniversaire de la fondation de l'Université Laval à Montréal.

Nous espérons que la profession médicale se fera un devoir de seconder les efforts des officiers afin d'obtenir un succès digne de l'important district de Montréal, qui compte un bon nombre de travailleurs méthodiques, et digne aussi du but que nous poursuivons au nom de la médecine française au Canada.

Dans un prochain numéro nous donnerons en détail l'organisation intime de ce grand Congrès dont le programme est actuellement à l'étude.

AVIS IMPORTANT.

La faillite de MM. Marchand & Cie, autrefois chargés de la collection des sommes dues pour abonnement à l'UNION MÉDICALE, ayant causé, à notre insu, des désagréments à quelques-uns de nos abonnés. nous prions ces derniers de bien vouloir s'adresser à l'administration du journal afin d'obtenir satisfaction et d'éviter tout malentendu à l'avenir.

LA DIRECTION.