

PAGES

MANQUANTES

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement: \$2.00 par année



NOVEMBRE 1909

SOMMAIRE

Revue des journaux

- 113— L'artério-sclérose.—Rapport présenté au Congrès international de Budapest, août-septembre 1909, par H. Huchard. — (*A suivre*).
- 115— Traitement de la douleur dans la lithiase biliaire.
- 118— Attitude à conseiller aux dyspeptiques après les repas.
- 120— La trépanation. — Dr Eug. Dufresne.
- 134— Importance des conventions annuelles de la Société des Services sanitaires. — Dr Arthur Simard.
- 144— Société de Médecine militaire française.

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

LEVURINE

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

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

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

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

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

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

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

REVUE DES JOURNAUX

L'ARTERIO-SCLEROSE

*Rapport présenté au Congrès international de Budapest
août-septembre 1909*

PAR

M. le DR H. HUCHARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

(Suite).

IV. — DÉFINITION DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

Si la confusion la plus grande règne encore en ce moment sur cette question, si les divers auteurs ne s'entendent pas sur l'étiologie et la nature de la maladie, c'est parce qu'ils la comprennent différemment, c'est que les limites extrêmes ou les frontières de l'artério-sclérose n'ont pas été suffisamment tracés. La raison de cette incertitude, la voici : On veut trop souvent définir une maladie par ses caractères anatomiques ou histologiques, toujours discutés, et à peine par son évolution clinique. Ainsi, il y a des médecins qui prétendent que la syphilis est une cause très rare de l'artério-sclérose, et cependant la statistique que j'ai produite va tout à fait à l'encontre de cette opinion combattue également par Edgren (Stockholm, 1897).

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Euzymes)
Iodure sans Iodisme

Iodurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg d'iodure et 10 ctg. de leucine.

L'artério-sclérose, due à l'endartérite, ne peut pas être consécutive aux artérites syphilitiques, disent les uns, parce que celles-ci sont presque toujours continuées par de la péri-artérite (Baumgarten, Lancereaux). Mais, affirment les autres (Heubner, Cornil et Ranvier, J. Renaut), il s'agit plutôt d'endartérite. L'un des partisans de la première opinion finit par dire que « tantôt les parois altérées sont épaissies, tantôt amincies, tantôt dilatées ou rétrécies, en sorte qu'il serait difficile d'admettre une identité parfaite du processus ». Dans l'artérite syphilitique, disent Cornil et Ranvier, les lésions siègent indistinctement dans toutes les membranes vasculaires, et le plus souvent il s'agit d'une panartérite. Mais alors, on donne raison à la judicieuse opinion du professeur Fournier, opinion que de nombreuses recherches m'ont amené à partager et que l'on me permettra de rappeler : « Il se peut que le processus scléreux prédomine soit vers les tuniques extérieures, soit vers les tuniques les plus internes. On a affaire alors, dans le premier cas, à une péri-artérite, et dans le second à une endartérite. Cette distinction n'a pas, à mon gré, l'importance que certains auteurs lui ont attribuée ; car souvent ces deux modes de lésions se trouvent associés, et souvent aussi, telle est la ténuité de vaisseau affecté, que les lésions des tuniques externes ne tardent pas à retentir sur la circulation, comme celles des tuniques les plus intérieures ». J'ajoute que, dans une étude intéressante sur la syphilis cardiaque, Adler (de New-York) a rapporté chez des enfants de deux à trois mois et demi plusieurs observations d'hérédo-syphilis du myocarde consécutives à l'endartérite des coronaires (1898). Les figures qu'il reproduit à l'appui de cette dernière localisation semblent concluantes.

D'autre part, au point de vue clinique cette fois, voici ce

que l'on observe au sujet de l'artério-sclérose d'origine syphilitique et ce qui va me permettre de compléter une définition.

L'artério-sclérose syphilitique commence le plus souvent par l'aortite qui est d'une fréquence très grande, et cette aortite qui peut survenir vingt à trente ans après l'accident initial est une maladie qui, tout en restant locale en apparence pendant plusieurs années, a une tendance naturelle à s'étendre, d'abord au rein qui est l'organe surtout menacé. Voilà une notion d'une grande importance; elle explique pourquoi l'aortite syphilitique a pour caractère principal de se compliquer tôt ou tard de néphrite interstitielle et de sclérose artérielle. Ce fait que j'observe depuis plus de quinze ans, est à ce point fréquent que si, dès l'apparition de cette aortite, le médecin n'insiste pas d'une manière préventive pendant des mois et des années sur la médication rénale dans toute sa vigueur et un peu moins sur les injections mercurielles dont on abuse tant pour les manifestations para-syphilitiques, on peut prédire avec certitude l'évolution hâtive ou lointaine de la néphro-sclérose. Cette complication est donc prévue; il s'agira dès lors de la prévenir, et pour cela d'appliquer le traitement rénal de la cardiopathie artérielle ou aortique, tel que je l'ai exposé dans la thèse de mon ancien interne, le Dr Betgouignan (1902), et qui est d'une importance primordiale.

Ce qui a fait, ce qui perpétue la confusion et l'incertitude, c'est, au point de vue de la définition de la maladie, une sorte d'arrêt dans la marche scientifique, arrêt marqué aux années 1852, 1853 et 1872.

Déjà Bright avait constaté que la maladie qui porte son nom est associée à des lésions d'autres organes, à des lésions des artères radiales et rénales. Puis, en 1852, Johnson a parlé d'abord vaguement des lésions des artérioles que Wilks, l'année suivante,

a davantage mise en relief, et en 1872, sir William Gull et Sutton, ont donné corps à cette doctrine avec « l'artério-capillary fibrosis » atteignant surtout les artères de petit calibre et respectant en quelque sorte les gros vaisseaux. On a vécu et on vit encore sur cette conception un peu erronée, tout au moins exagérée. Car, ainsi que les syphilitiques, les goutteux peuvent commencer leur artério-sclérose, par l'aortite, par l'inflammation de l'aorte ascendante, pour la continuer par les reins et par d'autres organes. Il y a là une forme spéciale de l'artério-sclérose à *début aortique*, laquelle a été souvent méconnue et a dû certainement modifier les idées de quelques auteurs sur la fréquence de l'artério-sclérose syphilitique, parce qu'ils ont eu tort de croire que l'artério-sclérose est toujours limitée aux petits vaisseaux. De même, en dehors de la syphilis, il y a encore la *forme myovalvulaire* qui atteint à la fois les orifices cardiaques et le myocarde, une forme *tachy-arythmique*, ou encore simplement *rénale*, enfin des *formes associées* dont la plus fréquente et la plus importante est la *sclérose cardio-rénale*. Il en résulte qu'il faut comprendre ainsi l'artério-sclérose :

C'est une maladie, non pas généralisée, mais disséminée le plus souvent, localisée quelquefois, et toujours avec tendance à l'extension. Elle est caractérisée *anatomiquement* par des scléroses viscérales consécutives à la lésion artérielle, cette lésion pouvant atteindre primitivement l'aorte quelquefois et même les appareils valvulaires du cœur, mais le plus souvent les vaisseaux de moyen et de petit calibre. Elle est surtout constituée *cliniquement* par des symptômes toxiques commandant les spasmes vasculaires et les déviations de la tension artérielle, la dyspnée et l'insomnie, la tachycardie avec ou sans arythmie, certains vertiges et troubles cérébraux. L'intoxication, souvent d'origine alimentaire, est augmentée par l'imperméabilité précoce du

rein, d'où l'utilité absolue du traitement antitoxique et rénal. Cliniquement toujours, elle est encore constituée par des symptômes cardio ou viscéro-artériels (accidents méiopragiques et angineux, arythmie, toxi-asystolie), d'où l'utilité de la médication iodurée et vasodilatatrice.

Les définitions doivent être brèves. Celle-ci est un peu longue, parce qu'elle est plutôt une simple description de l'évolution anatomo-clinique.

Quelques auteurs ont voulu remplacer le terme d'artério-sclérose par celui d'*angio-sclérose*, voulant montrer par là que tout le système circulatoire, veines comprises (phlébo-sclérose) est atteint. C'est une exagération ; car, la phlébo-sclérose donne naissance à d'autres proliférations conjonctives, du reste assez rares. Il faut maintenir — a dit mon élève A. Weber en 1893 — le terme artério-sclérose « pour désigner un grand processus morbide, caractérisé anatomiquement par une lésion constante de l'arbre artériel, l'endo-périartérite des petits vaisseaux, cliniquement par les symptômes propres aux différentes localisations viscérales de cette même lésion ». Dix ans auparavant, en 1883, dans son excellente thèse inaugurale, J.-B. Duplaix définissait l'artério-sclérose : une maladie développée sous l'influence d'une cause générale et ayant le système vasculaire pour point de départ.

On continuera à discourir encore, à se demander si les lésions du tissu conjonctif sont consécutives à l'altération artérielles, si elles évoluent en même temps et même si elles lui sont antérieures, comme on vient à nouveau de le prétendre tout récemment. Qu'importe ? Les faits cliniques resteront, et il arrivera pour les scléroses artérielles ce qui est advenu pour les cirrhoses du foie, où les localisateurs anatomiques ont perdu beaucoup de terrain, comme il résulte d'une récente et remarquable étude

de mon interne Noël Fiessinger sur les processus des cirrhoses du foie. « Dans toute cirrhose hépatique, dit-il, l'évolution anatomique est complexe, et il y a à la fois atteinte interstitielle et atteinte parenchymateuse. De même dans l'artério-sclérose l'évolution anatomique peut être complexe ou variable, les lésions atteindre les gros et les petits vaisseaux, l'hyperplasie du tissu conjonctif précéder ou suivre les altérations artérielles, celles-ci procéder de l'endartérite ou de la péri-artérite, même de la mésartérite ou encore de la panartérite. Mais, ce qui ne varie pas, c'est l'observation clinique fixant l'évolution morbide avec des symptômes constants d'intoxication et d'insuffisance rénale. Ceux-ci sont la base des indications thérapeutiques d'autant plus intéressantes que la médication, surtout à ses débuts, est capable d'enrayer la marche toujours envahissante de la maladie. D'ailleurs, dès le commencement du dernier siècle, Corvisart s'est chargé de répondre par ces paroles pleines de bon sens aux localisateurs voulant enfermer les maladies dans des frontières anatomiques : « Cet isolement des affections des divers tissus a, de nos jours, été poussé beaucoup trop loin. Dans la pratique, elle ne conduit pas à des résultats utiles. Il s'en faut bien que l'observation vienne toujours à l'appui de ces propositions générales et de ces règles exclusives ».

Il faut définir cliniquement, et non pas anatomiquement l'artério-sclérose, et je ne saurais mieux faire que de reproduire à l'appui l'opinion que m'exprimait à ce sujet, il y a quelques mois, mon savant ami le professeur J. Renaut (de Lyon) dans une communication écrite : « Il n'y a pas une lésion histologique des artères qu'on puisse qualifier de ce nom : artério-sclérose. Il n'y a pas un processus, même un peu complexe, que l'on puisse qualifier de processus artério scléreux. Il y a des endartérites, des mésartérites, des péri-artérites, lesquelles sont conditionnées

par beaucoup de circonstances variables. . . Le plus souvent, les atteintes sus les diverses tuniques artérielles s'em mêlent de façon qu'on ne puisse du tout savoir laquelle fut primitive, lesquelles furent consécutives. L'artério-sclérose syphilitique ne ressemble pas à celle du l'athérome sénile, laquelle ne ressemble pas non plus à la maladie artérielle des carnivores, des éthyliques, etc. Il faut donc enlever au terme artério-sclérose toute valeur anatomo-pathologique. Il faut en faire un terme clinique. »

Les définitions sont utiles, et si l'on avait commencé par là, si l'on avait d'abord su bien définir l'angine de poitrine, on ne serait pas arrivé à édifier sur sa nature plus de 60 théories diverses, d'où plus 60 médications opposées, puisque la thérapeutique vit dans l'ombre des doctrines médicales. On n'aurait pas commis la faute de la regarder comme une « dyspnée douloureuse », alors, que la sténocardie ne s'accompagne jamais de trouble respiratoire, à moins qu'il s'agisse d'une complication rénale ou d'une sclérose cardio-rénale concomitante. On est angineux par ses coronaires et dyspnéique par son rein. La preuve, c'est que le régime alimentaire lacté ou lacto-végétarien fait disparaître promptement la dyspnée toxi-alimentaire, alors qu'il est sans action sur la sténocardie, parce que celle-ci n'est pas de nature toxi-alimentaire.

La définition de l'artério-sclérose, son exacte délimitation sont des plus importantes puisqu'elles permettent d'éviter des erreurs de diagnostic fatalement suivies de fautes thérapeutiques. Elles permettent encore de ne plus faire cette étrange abus de la maladie et de ne pas la voir là où elle n'est pas, à ce point qu'on a pu dire : si l'artério-sclérose est partout, c'est comme si elle n'était nulle part. Je reproduis à ce sujet ce que je disais l'an dernier au Congrès français de Genève sur l'abus de l'artério-sclérose comme du rôle de l'hypertension artérielle.

1° On ne parle presque plus d'*hypertension artérielle* et l'on me fait dire que celle-ci, en dehors de l'intoxication est capable de produire la maladie. Il suffit qu'un sujet présente de l'hypertension artérielle et même qu'il paraisse en avoir avec des sphygmomanomètres très complaisants, pour qu'on le déclare artério-scléreux. Et cependant il faut bien savoir qu'on peut être artério-scléreux avec une tension artérielle normale ou abaissée, et que l'hypertension, surtout l'hypertension paroxystique, sans intoxication préalable ou concomitante, ne conduit pas fatalement à l'angio-sclérose.

2° Beaucoup de médecins attachant une importance exagérée à la tension et aux sinuosités de l'*artère temporale* de certains sujets, pensent que c'est là l'indice d'artério-sclérose commençante ou confirmée.

C'est là une double erreur. D'abord, cet état de la temporale peut s'observer par suite l'hypertension artérielle en l'absence de toute lésion du vaisseau ; ensuite, lorsqu'il y a réellement athérome de la temporale, ce fait n'est nullement en rapport avec l'existence d'une artério-sclérose concomitante, et j'ai démontré qu'on peut être artério-scléreux sans être athéromateux et réciproquement. L'athérome est une lésion ; l'artério-sclérose, une maladie. Les athéromateux sont des vasculaires, les artério-scléreux sont des viscéraux. Il y a des jeunes gens de vingt ans qui ont des temporales serpentine ; ils ne sont pas artério-scléreux, ils ne sont même pas athéromateux. Donc le plus ordinairement, ce que l'on a appelé le «*signe de la temporale*» est sans conséquence.

3° Il ne se passe pas de mois où l'on ne soit consulté pour des malades atteints de différentes *affections oculaires* (hémorragies rétinienne, décollement de la rétine, choroïdite, glaucome), que les ophtalmologistes attribuent trop facilement et d'une façon

banale à un « état général » et surtout à l'artério-sclérose, dont je suis loin de constater toujours les principaux symptômes. Dans son rapport consciencieux sur l'artério-sclérose oculaire en 1906, Rohmer (de Nancy) étudie l'obstruction des vaisseaux du fond de l'œil, les hémorragies retiniennes, le glaucome, la rétinite circonscrite parmi les manifestations de l'artério-sclérose, et il fait à ce sujet quelques sages réserves. Cette question a été encore bien étudiée en France par Delalande, E. Kœnig, Joseph, Bosment Walther, et à l'Étranger principalement, par Rœllmaun, Siegrist, Grœnow, Zimmermann, Zentmayer, Marple etc. Pour Panas, le glaucome n'était toujours qu'une localisation oculaire de l'artério-sclérose, même en l'absence de toute hypertension et de lésions artério-scléreuses dans les organes. C'était là une sorte d'opinion sentimentale, basée sur aucune preuve scientifique, et de nos jours encore, cette idée est tellement accréditée qu'on a pu dire plaisamment : Vous verrez qu'on finira par découvrir un jour que le glaucome est une maladie de l'œil !

Sans aucun doute, l'artério sclérose peut déterminer sur l'appareil visuel des manifestations diverses que j'ai du reste étudiées aussi complètement que j'ai pu avec l'aide d'un savant ophtalmologiste, Rochon-Duvignaud, dans mon *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*. Mais fréquemment, les lésions de l'appareil de la vision sont indépendantes de l'artério-sclérose qui est absente, et elles ne constituent qu'une affection absolument locale. Au cours de l'artério-sclérose, elles en dépendent le plus ordinairement à titre de complication rénale.

4° Cette remarque s'adresse aussi aux *maladies de l'oreille* que l'on attribue trop facilement à l'artério-sclérose.

Il y a là une exagération que je signale aux médecins s'occupant spécialement des maladies des appareils oculaire et

auditif. Ils en ont eu conscience et c'est ainsi qu'Escat (de Toulouse) en 1904, divise les oto-scléroses labyrinthiques en deux classes : les unes qui sont la conséquence d'une infection générale (fièvre typhoïde, syphilis, etc.) ou qui sont d'origine artériosccléreuse; les autres précédées de phénomènes migraineux (migraine otique et dues à une tropho-névrose secondaire du trijumeau, d'origine toxémique.

5° Un homme, bien portant jusqu' alors, est brutalement atteint d'une *hémorrhagie cérébrale* que rien ne faisait prévoir. Alors, quelques médecins établissent aussitôt un diagnostic rétrospectif et prononcent le nom d'artérioscclérose. Rien de plus faux, et il y a bon nombre d'hémorrhagies cérébrales qui ne dépendent en aucune façon de cet état morbide. Par contre, il y en a d'autres qui sont secondaires surtout à la néphrite interstitielle, et Bright les connaissait bien, puisqu'il avait mentionné les hémorrhagies pulmonaires, intestinales et nasales (ces dernières pouvant précéder pendant un à deux ans comme j'en ai vu beaucoup de cas, l'évolution clinique de l'artérioscclérose). Mais, lorsqu'une hémorrhagie cérébrale survient dans le cours de l'artérioscclérose, c'est presque toujours lorsque celle-ci est compliquée de néphrosclérose, et c'est ainsi que sur 75 apoplectiques qui ont succombé à l'hôpital Saint-Georges, Dickinson a trouvé 31 fois la néphrite interstitielle et Bence Jones 29 fois sur 36.

6° Jusque dans ces dernières années on ne connaissait qu'au point de vue d'une anatomie macroscopique assez grossière les *lacunes* que l'on observe dans certains cerveaux séniles et qui avaient été signalées pour la première fois dès 1843 par Durand-Fardel. Il les attribuait alors à l'encéphalite. Personne n'en parlait presque plus, lorsque les travaux récents de F. Raymond, Pierre Marie, J. Ferrand, Grasset, assignèrent une symptomato-

logie spéciale à cet état lacunaire. Il s'agit le plus souvent d'hommes âgés de 60 à 80 ans qui présentent à des intervalles plus ou moins éloignés : de légers ictus sans perte absolue de connaissance avec des phénomènes d'hémiplégie qui ont pour caractères d'être partiels, incomplets, transitoires et sans contracture comme aussi sans modifications sensitives ; quelques troubles de l'intelligence et de la parole (plutôt dysarthrie qu'aphasie) ; troubles de la locomotion avec la « marche à petits pas » ayant quelques analogies avec celles des Parkinsoniens ; affaiblissement intellectuel progressif et amnésie fréquente. La maladie se termine souvent par une pneumonie intercurrente ou une hémorrhagie cérébrale. F. Raymond a signalé chez quelques urémiques ces lacunes siégeant surtout aux noyaux optostriés. Mais, cette constatation n'a pas une grande valeur puisque le mal de Bright ne donne jamais naissance à cet état lacunaire chez les adultes, et que celui-ci doit être manifestement antérieur à la lésion rénale. Grasset a été certainement bien inspiré en désignant cet état morbide sous le nom de « *cérébro-sclérose lacunaire* » ; mais, il paraît le rattacher trop souvent à l'artério-sclérose, comme J. Ferrand qui, dans son travail inaugural, après avoir dit que les artérioles cérébrales intralacunaires ne présentent pas les lésions de l'endarterite, affirme que « l'artério-sclérose est le grand facteur des lacunes ». D'autres auteurs s'autorisant de quelques lésions vasculaires dans certaines scléroses du cerveau et de la moelle, n'hésitent pas à partager la même opinion, exacte dans quelques cas, et fautive dans d'autres, comme dans une variété d'artério-sclérose cérébrale signalée, il y a trois ans par J. Collins (de New-York).

Toujours l'abus de l'artério-sclérose ! . . .

Il s'agit là d'une erreur surtout nosologique, comme on va le comprendre. Une maladie qui reste localisée à un organe,

qui n'est pas progressive vers d'autres organes, qui ne s'accompagne jamais d'accidents toxiques dus surtout à l'insuffisance rénale, le plus ordinairement sans aucune modification de la tension artérielle, qui n'atteint souvent ni le cœur ni le rein, qui survient surtout à un âge avancé de 60 à 80 ans, n'est pas l'artério-sclérose. Je vas même plus loin, et si parfois celle-ci existe en même temps chez un lacunaire, on doit penser qu'il s'agit de deux maladies sensiblement différentes dans leur nature, dans leur mode d'évolution clinique, de deux associations morbides réellement fortuites et sans aucun rapport de causalité. Les résultats thérapeutiques le démontrent. Le traitement par le régime alimentaire et par la médication diurétique est tout-puissant contre les accidents de l'artério-sclérose ; il est de nul effet sur la cérébro-sclérose lacunaire.

7° Il ne faut pas confondre ce qu'on appelle le *cœur sénile* et le cœur artério-scléreux. Le cœur sénile correspond à des lésions absolument différentes, il comprend des faits et des maladies très disparates, puisque Balfour va jusqu'à dire qu'aucune lésion n'est pathognomonique et qu'il fait consister le plus souvent le cœur sénile dans un simple affaiblissement du myocarde avec dilatation des cavités, puisque J. Renaut (de Lyon) et son élève J. Mollard ont décrit une forme sénile de la myocardite segmentaire, puisqu'il peut y avoir une athéromasie des artères cardiaques sans aucune lésion consécutive du myocarde, une athéromasie avec atrophie du myocarde et rarement avec hypertrophie. Pour quelques auteurs (Létienne, Rimbaud, Rauzier) le cœur sénile est presque physiologique, au même titre que l'arythmie sénile bien observée d'abord par Andral et regardée ensuite comme physiologique par Schmalz (de Dresde). On ne saurait souscrire à cette opinion parce que le « cœur

sénile » et l'arythmie correspondent à des lésions réelles, nullement constatées chez tous les vieillards.

En l'absence même de lésion athéromateuse, le cœur participe surtout dans ses éléments musculaires à ce processus d'atrophie simple qui atteint l'ensemble des organes et des tissus, ainsi que Cruveillier l'avait bien constaté. Mais, comme l'a fait remarquer Charcot, « la trame conjonctive ne participe pas au même degré à ce travail de destruction lente ; on la voit même prédominer dans les viscères sur les éléments spécifiques ». Cette hypergénése conjonctive, le plus souvent indépendante des lésions artérielles, se produirait même normalement par les progrès de l'âge et constituerait ce que Boy-Teissier (de Marseille) a désigné, en 1895, sous le nom d'*artériovascularose* caractérisée par l'absence de tout travail inflammatoire (1). Il s'agit d'une hypergénése conjonctive très régulière, se produisant dans tous les points où il existe normalement chez l'adulte, aussi bien entre les fibres musculaires que dans les espaces périfasciculaires et divisant ainsi le cœur en départements distincts (Sesquès). L'endartérite n'est qu'une lésion surajoutée qui n'appartient pas au cœur sénile, où de même que dans le myocarde, une transformation conjonctive évolue dans les artères dont l'élément musculaire s'atrophie dans leur tunique musculaire ou moyenne, pour être remplacé par du tissu connectif, sorte de fibrose du mésartère. C'est ce que viennent de confirmer à leur tour S. Thayer et Marshal Fabyan, qui ont constaté à partir de la cinquantaine, dans l'artère radiale, le développement régulier du tissu conjonctif dans la tunique interne et surtout dans la tunique moyenne. Cette hyperplasie est donc

1 " Il y a dans le cœur des vieillards, dit Deliot (de Dorpat) en 1905, une hypertrophie du tissu conjonctif qui s'insinue entre les fascicules myocardiques, déjà décrite par Demange (de Nancy) et que j'ai appelée *myofibrose sénile*. "

normale chez les sujets âgés qui peuvent présenter à la temporale comme à la radiale et à d'autres artères plus ou moins apparentes, l'aspect de vaisseaux *blindés* sans aucun travail d'endartérite ou de périartérite. Cette fibrose cardio-artérielle sénile n'a presque pas d'histoire clinique puisqu'elle ne se traduit souvent que par l'assourdissement du bruit systolique, par l'inégalité de quelques battements cardiaques, par une certaine instabilité du pouls, et qu'elle se révèle seulement par des phénomènes d'insuffisance myocardique lorsque le cœur est soumis à un travail exagéré, sous l'influence d'une maladie intercurrente, d'une bronchite, de la grippe, d'une pneumonie.

Comme on le voit, l'évolution clinique, presque silencieuse, du cœur sénile est absolument différente de la symptomatologie bruyante, au moins par les troubles fonctionnels, de la cardio-sclérose à laquelle beaucoup d'auteurs ont tort de l'assimiler, Balfour étudiant sous la désignation de cœur sénile, l'athérome, la dégénérescence et les ruptures du cœur, la cardio-sclérose, les anévrysmes, etc. Qu'un cœur sénile devienne artério-scléreux parfois, ce n'est pas une raison pour confondre deux états morbides si différents par les lésions anatomiques et par la symptomatologie. Dans ces cas, comme le fait remarquer Kausier très judicieusement dans son *Traité des maladies des vieillards* (1909), il y a superposition d'une lésion involutive et d'une altération pathologique.

Le cœur sénile ne se traduit pas anatomiquement par la *dégénérescence graisseuse du myocarde* dont on a tant abusé autrefois et à laquelle on attribuait une symptomatologie importante, puisque Stokes mettait sur son compte la dyspnée d'un pronostic si grave qui porte son nom avec celui de Cheyne. Cette infiltration graisseuse intra-musculaire un peu banale, que nos plus savants histologistes, parmi lesquels, J. Renaut, n'ad-

mettent pas, avait été ainsi mise en doute dès 1833 par Pigeaux auteur d'un livre bien oublié sur la pathologie du système circulatoire: « Le tissu adipeux sépare les plans charnus, les éparpille dans quelques endroits, et l'on conçoit alors que, pour peu que les fibres musculaires soient minces et décolorées, il sera facile de croire à une transformation graisseuse qui n'existe réellement pas ». Au point de vue clinique, on ne peut confondre la cardio-sclérose avec l'adipose cardiaque (surcharge graisseuse du cœur).

Un seul symptôme leur est commun, c'est la dyspnée. Encore celle-ci est-elle particulière dans la dernière maladie, puisqu'elle est moins intense avec polypnée plus accusée. Mais les deux états morbides peuvent coexister, auquel cas tous les symptômes de la cardio-sclérose apparaissent avec la dyspnée toxico-alimentaire si caractéristique.

V. — FORMES CLINIQUES DE LA CARDIO-SCLÉROSE

Sur cette question cependant très importante, je serai bref, parce que je l'ai traitée maintes fois dans diverses publications.

Dans mes premières recherches dès 1871 et 1879, mais surtout en 1883, 1885 et 1889, j'avais entrepris d'abord d'enseigner une symptomatologie distincte à chacune des trois variétés de sclérose que j'avais décrites anatomiquement (sclérose para-artérielle et dystrophique du cœur par endartérite, sclérose inflammatoire diffuse par périartérite, sclérose mixte). J'avais ensuite qu'il était difficile, pour ne pas dire impossible, dans l'état actuel de la science de pouvoir les distinguer cliniquement. Tout ce que l'on peut dire — ajoutai-je encore — c'est que dans la forme ischémique les accidents angineux sont plus fréquents et plus accentués, que les accidents d'impuissance

myocardique sont plus précoces, que la gravité est plus grande. Dans ces cardiopathies artérielles, la maladie du cœur se révèle et se démasque souvent par une attaque asystolique; elles commencent en un mot par où finissent les affections valvulaires. Elles sont latentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, paroxystiques dans leur marche, accidentées et saccadées dans leurs allures, compliquées et variables dans leurs manifestations viscérales, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques. J'ajoutais que ces cardiopathies présentent dès leur début des symptômes vasculaires très importants, caractérisés par l'hypertension artérielle due à un état spasmodique vasculaire, celui-ci rendant compte des asphyxies ou syncopes locales, des accès de pâleur de la face ou des téguments, de la forme du pouls cordé et tendu (différent du pouls dur et résistant des athéromateux), des attaques de dilatation aiguë du cœur; de troubles vaso-moteurs divers, de certains accès de dyspnée subite et paroxystique, de palpitations, de tachycardie, de vertige. Il s'agissait là déjà des principaux symptômes de la période simplement artérielle et préscléreuse, laquelle peut être annoncée, surtout sous l'influence de l'hypertension artérielle, par des épistaxis abondantes et répétées pouvant précéder pendant quelques mois et même quelques années l'évolution de l'artério-sclérose, comme je l'ai démontré en 1888 avec Gaucher, et comme l'ont rappelé ensuite Panas, Laverny, Tantil, Escat.

Il m'a fallu bientôt abandonner la distinction clinique, basée sur les données encore incertaines de l'anatomie pathologique, et quoique je reste toujours fidèle à la sclérose para-artérielle et dystrophique de la cardio-sclérose, j'ai bien été obligé de recourir à la seule observation clinique pour admettre alors les types pulmonaires, douloureux, arythmique tachycardique, bradycardique, asystolique. Aujourd'hui, on doit plus simple-

ment reconnaître trois grandes formes cliniques de la sclérose cardiaque : *cardio-rénale* la plus fréquente, à *forme tachycardique ou tachyarythmique* ; *cardio-sclérose à forme myovalvulaire*. Quant à la sclérose à *forme cardio-bulbaire* je me borne à la mentionner parce que la maladie de Stokes-Adams avec pouls lent, attaques syncopales et épileptiformes, est soumise en ce moment à une certaine revision en raison d'un phénomène de blocage du cœur. Quoiqu'il en soit, l'évolution clinique de cet état morbide peut toujours être assimilée à celle des cardiopathies artérielles dont il reproduit les principales manifestations et complications.

L'évolution clinique de la cardio-sclérose se fait le plus souvent en quatre périodes : la première *artérielle* (présclérose) caractérisée par l'hypertension sanguine presque toujours d'origine toxique ; la seconde *cardio-artérielle* avec dégénérescence du cœur consécutive aux lésions vasculaires ; la troisième *mitro-artérielle*, caractérisée par la mitralisation de la maladie et par ses tendances toxi-asystoliques ; la quatrième période ultime (pouvant faire défaut) *cardiectasique* qui suggère des indications thérapeutiques très importantes et urgentes.

Les six lois suivantes commandent l'évolution clinique et les principales indications thérapeutiques :

1° La cardio-sclérose, comme l'artério-sclérose généralisée (ou plutôt disséminée), étant le plus souvent l'effet de l'hypertension artérielle, provoquée elle-même par l'intoxication, est caractérisée dès la période de présclérose et pendant la plus grande partie de son évolution clinique, par les symptômes relevant de ces deux faits : d'où l'indication de combattre l'intoxication d'abord, c'est-à-dire la cause, l'hypertension ensuite, c'est-à-dire l'effet.

2° Dans l'artério-sclérose, sous l'influence des sténoses arté-

rielles, organiques par endartérite, fonctionnelles par spasme vasculaire, tous les viscères et appareils sont en imminence continue de fatigue ou de méiopragie; d'où l'indication de mettre les organes au repos et d'éviter leur surmenage.

3° L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles; d'où l'indication de leur traitement rénal dès le début et pendant tout leur cours.

4° En raison de la dégénérescence du myocarde par endartérite coronarienne, toute cardiopathie artérielle est en imminence continue de dilatation cardiaque et d'accidents angineux; d'où l'indication de supprimer les causes de la cardiectasie et de combattre la sténocardie.

5° En raison de la dégénérescence du myocarde, le rythme du cœur étant en grande partie fonction du muscle cardiaque les cardiopathies artérielles s'accompagnent souvent d'arythmie; d'où l'indication de combattre modérément cette arythmie, presque toujours irréductible.

6° En raison de la tendance à la généralisation de l'artériosclérose, les cardiopathies artérielles sont souvent associées à la sclérose d'autres organes. Elles se terminent non seulement par l'asystolie et la mort subite, mais aussi par hémorrhagie cérébrale, urémie, etc., d'où l'indication d'étendre l'action thérapeutique aux organes atteints ou menacés, au cœur périphérique comme au cœur central.

Au sujet de la *présclérose* dont j'ai établi les caractères cliniques, on a discuté beaucoup sur la question de savoir si les lésions artérielles précèdent ou suivent l'hypertension vasculaire qui constitue en grande partie cette première période. Ce qui importe d'abord, c'est d'apprendre que cette notion permet de considérer, surtout au point de vue thérapeutique, deux phases distinctes dans la maladie: l'une *curable* avec des lésions abso

lument latentes pour la clinique, c'est surtout celle de la présclérose ; l'autre *incurable* ou peu curable, c'est celle de l'artériosclérose confirmée avec des lésions se traduisant cliniquement par des symptômes très caractéristiques.

(A suivre)

—o—

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DANS LA LITHIASÉ BILIAIRE (1)

M. le professeur Robin a étudié dans ses leçons le traitement de la lithiasé biliaire ; voici quelques formules empruntées au résumé qu'en a donné le *Bulletin médical*.

Contre la douleur, M. Robin réserve les injections de morphine pour les cas extrêmement douloureux et qui resteraient rebelles au moyens suivants : On commence par administrer, toutes les demi-heures, et jusqu'à concurrence de trois à quatre doses, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Bromure de potassium	6 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	} àâ 0 gr. 05.
Extrait aqueux de belladone...	
Siróp d'éther.....	30 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	10 —
Hydrolat de valériane.....	110 —

F. s. a. Potion.

Avec cette formule aux effets multiples, on calme la douleur à peu près aussi bien qu'avec l'injection de morphine et

1 *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

l'on modère le spasme des voies biliaires sans avoir, comme avec l'injection de morphine, la crainte de gêner l'expulsion des calculs.

En même temps que l'on donne la potion, on applique sur la région du foie un carré de flanelle imbibé du limiment suivant :

Baume Tranquille.....	40 grammes.
Extrait thébaïque.....	} ââ 2 —
— de belladone.....	
— de jusquiame.....	
Chloroforme.....	10 —

F. s. a. Liniment.

Le troisième acte thérapeutique a consisté dans l'évacuation de l'intestin. Pendant l'accès de colique hépatique, l'intestin est, comme les voies biliaires, le siège d'un état spasmodique contre lequel le moyen le plus inoffensif est le lavement d'eau bouillie et ramenée à la température de la chambre ; il est, à la fois, évacuateur et cholagogue.

Ces trois moyens réussissent habituellement ; mais il est des cas où ils sont insuffisants, et on doit avoir d'autres armes à sa disposition. On pourra recourir alors à l'*injection de morphine*, aux *bains chauds sédatifs*, ou à une association de *chloral*, de *chloroforme* et de *glycérine* suivant la formule du docteur Manquat :

Sirop de chloral.....	} ââ 30 grammes.
Glycérine.....	
Eau chloroformée saturée.....	} ââ 50 —
Eau de tilleul.....	

F. s. a. Potion.

Prendre une cuillerée à soupe tous les quarts d'heure jusqu'à cessation de la douleur.

M. Robin a vu quelquefois cette association médicamenteuse accélérer la fin de la crise.

On peut donner aussi parfois avec avantage l'éther amylovalérianique. Les vomissements, s'ils sont réflexes, cèdent facilement à six gouttes de la mixture suivante donnée dans un peu d'eau tiède :

Picrotoxine.....	4 centigrammes.
Alcool.....	Q. s. pour dissoudre.

Ajouter :

Chlorhydrate de morphine.....	5 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.....	4 —
Ergotine d'Yvon.....	4 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.....	12 —

P. s. a. Mixture.

On peut renouveler la dose cinq fois au plus dans les vingt-quatre heures, mais, en général, les vomissements cessent dès la deuxième dose.

Comme médication continue, on peut prescrire par jour 360 grammes d'eau *phosphatée benzoatée*, dont voici la formule :

Bicarbonate de soude.....	8 grammes.
Sulfate de soude sec.....	} ââ 3 —
Phosphate de soude sec.....	
Benzoate de soude.....	1 —

Pour un paquet.

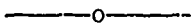
Faites dissoudre le paquet dans un litre d'eau bouillie.

Prendre de cette eau :

60 grammes au réveil, 100 grammes à 10 heures du matin, 100 grammes à 5 heures du soir, 100 grammes à 10 heures du soir.

Cette eau doit être prise tiède et par petites gorgées. On peut en augmenter la dose jusqu'à 600 grammes par jour. Elle est manifestement stimulante de la sécrétion biliaire.

Le traitement se complète par un grand lavement à l'eau matin et soir.



ATTITUDE A CONSEILLER AUX DYSPEPTIQUES APRES LES REPAS

M. Dufourt (de Vichy) conseille le repos en position couchée chez les dyspeptiques pendant le début de la période digestive. C'est donc, dit-il, dans un article du *Nord médical* (15 août 1909), chez la plupart des dyspeptiques, le repos et le repos avec extension qui sera à conseiller après le repas, surtout lorsque le phénomène douleur est prédominant, et lorsqu'il y a de la dilatation gastrique ou de la gastropse. Cette conclusion paraît en contradiction avec l'aphorisme de Chomel, que l'on digère bien avec ses jambes, et aussi avec le fait général, très exact du reste, que le sédentarisme est une cause de dyspepsie. Mais l'exercice utile au dyspeptique ne doit commencer qu'une ou deux heures après le repas, il faut attendre que le pyllore ait commencé à s'entr'ouvrir, que le passage gastro-duodénal soit pour ainsi dire amorcé. D'ailleurs, il y a là bien des distinctions à établir, et dans les cas de ptoses graves, l'exercice même avec les meilleurs moyens de contention des viscères doit être très limité.

C'est toujours faire de la médecine hasardée que de baser les prescriptions sur des règles générales sans tenir compte des impressions personnelles du malade: cet axiome est plus vrai encore quand il s'agit d'un dyspeptique qu'en toute autre cir-

constance. Il n'est pas douteux que certains sujets ne se trouvent mal de la position étendue après le repas. Cela arrive surtout à ceux qui se laissent aller au sommeil. Ils se réveillent avec la bouche pâteuse, une sensation de vague cérébral, parfois les régurgitations alimentaires. Chez ceux-là, le plus souvent, ce n'est pas la douleur qui prédominait dans leurs troubles digestifs, mais la sensation de gonflement, les réflexes vaso-moteurs du côté de la tête, les réflexes cardiaques. On doit d'abord les engager à ne pas dormir, puis à se borner à garder le repos dans un fauteuil. Enfin, à certains il faudra résolument conseiller la marche modérée.

Il y a aussi la catégorie des individus plétoriques, ayant dépassé la moyenne de la vie, chez lesquels le système artériel est sujet à caution. Pour eux, le sommeil accompagne presque toujours l'immobilité après le repas, on peut alors redouter des phénomènes congestifs et il est préférable de leur conseiller une occupation qui toutefois n'exige pas de fatigue. Enfin, il arrive que chez des malades qui présentent l'indication du repos aussi évidente que possible, les résultats ne sont pas favorables, pour une raison qui nous échappe, et chacun sait qu'il en est souvent ainsi dans la pratique; il n'y a pas lieu alors d'insister. En somme, il faut s'inspirer des circonstances, l'individualité prime tout. L'action du médecin demande à la fois fermeté et souplesse et les théories doivent toujours s'incliner devant les faits bien constatés.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TRÉPANATION

Depuis quelques années, les chirurgiens ont cessé de regarder le cerveau avec terreur. Si on voit encore des gens qui croient qu'une simple piqûre d'épingle dans le cerveau cause une mort instantanée, le corps médical ou même les gens éclairés savent que le centre nerveux par excellence n'est pas aussi susceptible que cela. On peut le toucher, le piquer et même en enlever des parties relativement considérables sans que le patient en meure. Cela ne veut pas dire que la trépanation soit d'origine récente, elle est, au contraire, vieille comme le monde ; mais tout porte à croire que le cerveau lui-même, inspirait une crainte salutaire aux opérateurs d'autrefois. Nous n'avons jamais vu un cas de chirurgie cérébrale relaté dans les ouvrages traitant la chirurgie d'autrefois, et un chirurgien anglais, que Richelot et Chassaignac appellent l'homme de toutes les audaces dit : « Que celui qui trépane se souvienne qu'il n'y a qu'un pas ou plutôt qu'une mince membrane qui sépare le patient de l'éternité. »

Là, comme ailleurs, on a procédé en expérimentant sur des animaux avant de s'aventurer chez l'homme. Le célèbre chirurgien anglais Horsley présenta un jour à ses élèves, un singe qui avait une forte dépression sur toute une moitié du crâne. Horsley leur dit qu'il avait enlevé sans inconvénient presque tout un hémisphère à l'animal. « Au contraire, disait-il, de méchant et farouche qu'il était, il est devenu bon et caressant. »

Voilà de quoi faire songer au traitement chirurgical des criminels et des aliénés.

En nov. 1905, notre maître Tuffier enlevait un glio-sarcome gros comme une mandarine, de l'hémisphère gauche d'un patient qu'on lui envoyait de la Salpêtrière. Le patient est mort huit mois plus tard par propagation de la tumeur, comme on a pu s'en rendre compte au cours d'une deuxième intervention pour une volumineuse méningocèle développée à la suite de la première opération. Dans l'intervalle, les symptômes s'étaient améliorés, la paraplégie était diminuée, la parole mieux articulée, etc., l'état général devenait meilleur. Mais, comme après toutes les opérations pour cancer, tôt ou tard l'amélioration fait place à une aggravation qui emporte le malade. Dans le cas cité, il y a eu prolongation évidente de la vie et c'est raisonnablement tout ce qu'on peut demander à une intervention pour cancer dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous pourrions multiplier les exemples, mais ce serait sortir du cadre que nous nous sommes proposé en écrivant ce travail. Nous ne parlerons pas non plus des indications de la trépanation. Cela nous entraînerait trop loin, car si dans certains cas elle est invariablement indiquée, dans d'autres, la question est loin d'être résolue. Nous nous arrêterons à la technique seulement.

* * *

La trépanation est très intéressante au point de vue historique : elle est très probablement la plus vieille de nos interventions actuelles. Dans l'antiquité, elle était en faveur chez les Juifs, comme nous l'apprend le Talmud (vers 1500 A. C.) Hippocrate la pratiquait en se servant d'une sorte de tarière appelé « trupanôn. » Des découvertes récentes nous ont cepen-

dant révélé que l'opération se faisait avant le siècle d'Hippocrate et probablement avant celui de Moïse. Citons ici un passage, du très intéressant ouvrage de MM. Terrier et Ternie : *L'opération du trépan*. Paris 1895 : " Aujourd'hui de nombreuses
" recherches ont mis absolument hors de doute la trépanation
" préhistorique. Contestée encore pour la période paléolithique,
" il n'y a plus de divergence d'opinion pour l'époque néolithi-
" que. C'est dans les dolmens de la Lozère que le Dr Prunières
" avait fait ses premières trouvailles ; peu après M. de Baye en
" faisait d'analogues dans la Marne et depuis on a retrouvé de
" nouveaux crânes trépanés dans les environs de Paris en Seine-
" et-Marne, etc., en Bretagne, en Savoie, dans le Poitou ou dans
" les grottes des Cévennes. Dans presque tous les pays d'Eu-
" rope ont été faites des découvertes semblables. Il est démontré
" que sur toute la surface du globe la trépanation a été connue
" à une époque fort reculée. En Algérie, le général Faïdherbe
" trouva des crânes trépanés dans les dolmens de Rochnia ; plus
" de dix pour cent des crânes rencontrés par Luschan à Téné-
" riffe sont trépanés. En Amérique, chez les Indiens de l'Amé-
" rique du Nord, au Mexique, ou sur les bords du lac Huron,
" comme dans l'Amérique du Sud, chez les Incas du Pérou, la
" trépanation était en faveur. Elle l'était aussi chez les Guau-
" ches des Canaries, chez les Dayaks de Bornéo, et sauf peut-
" être chez ces derniers, c'étaient bien là des trépanations prati-
" quées sur le vivant : leurs bords osseux cicatrisés les distin-
" guent des trépanations posthumes dont nous parlerons, et
" leur régularité, leur siège, l'absence de fissures ou d'enfonce-
" ment osseux dans le voisinage, leurs caractères, en un mot,
" excluent toute idée de perforations pathologiques ou trauma-
" tiques. Des trépanations pratiquées souvent chez des enfants,
" guérissaient sinon toujours, au moins très fréquemment et

« permettaient une survie très prolongée. Bien des crânes
« d'adultes portent des traces de trépanations pratiquées pendant
« le jeune âge : sur certains crânes on a pu remarquer un arrêt
« de développement de l'os trépané près de ses bords, indiquant à
« n'en pas douter, que la trépanation avait eu lieu avant la
« croissance complète ; sur quelques crânes même, l'orifice de
« trépanation est comblé en grande partie comme cela se pro-
« duit parfois chez les sujets trépanés jeunes. Il semble même
« que ces trépanations étaient fréquentes chez les jeunes sujets. »

Comment et avec quels instrument opéraient les chirurgiens de ce temps-là ? L'instrument était un silex pointu et la technique consistait à le rouler avec la main. D'autres meulaient l'os, l'usaient jusqu'à ce que le crâne fut ouvert. L'opération devait être laborieuse, mais elle est possible. MM. Lucas Champronnière, Capitan, Müller l'ont prouvé par une série d'expériences intéressantes. Ils ont fait des trépanations sur des cadavres et sur des jeunes chiens avec des silex pointus. L'opération durait entre une et deux heures.

Chez les peuplades restées sauvages et barbares, les coutumes sont restées à peu près les mêmes que celles de leurs ancêtres. Or, chez un certain nombre de ces tribus, on a trouvé, de nos jours des méthodes de trépanation qui se rapprochent sans doute beaucoup de celles de leurs ancêtres et des nôtres. En Mélanésie, on pratique encore des trépanations par le grattage, et par le raclage, chez certains sauvages des mers du sud.

Après Hippocrate, Galien et Celse parlent de la trépanation qu'ils font avec le « trupanon ».

Le XIII^e siècle est appelé le siècle de la trépanation par Terrier. Au Moyen-âge Avicenne, Albanel, Guy de Chambiac, trépanent.

Au XVI^e siècle, Ambroise Paré invente toute une série d'in-

struments, plus ou moins dérivés de ceux d'Hippocrate. C'est une débauche d'instruments et d'interventions. On rapporte que Cornelius Stalfort von der Wyl fit vingt-deux trépanations pour découvrir un épanchement sanguin qu'il n'atteignit qu'à la dernière : son malade guérit. En 1664, Henri Abardon pratiqua sur le comte Philippe de Nassau, vingt-sept trépanations consécutives. L'épanchement soupçonné fut enfin découvert et le comte guérit.

Et cela continue!!!

Au XIX siècle^e, au contraire, elle est en défaveur. En 1864, Léon Lefort montre que dans toute la France, on n'a fait que quatre trépanations en dix ans. Quelle différence avec le siècle précédent où on la pratiquait à propos de tout, fracture du crâne, épanchement, névralgies, épilepsie, pour faire sortir le démon, etc., etc.

* * *

La trépanation a participé à l'essor donné à la chirurgie par l'antiseptie et l'aseptie ; mais c'est surtout la découverte des centres nerveux qui lui a fait faire un grand pas et en a augmenté les indications d'une façon remarquable. On n'est plus obligé de faire subir à son patient trente trépanations avant de découvrir la lésion que l'on cherche.

Nous n'avons pas l'intention de décrire les nombreux procédés ordinaires ou proportionnels, de recherche des localisations cérébrale : tous les traités de chirurgie les indiquent. Disons seulement que s'il faut les employer, une rigoureuse exactitude n'est pas nécessaire avec les larges interventions que l'on fait aujourd'hui. Sachons aussi que la topographie cérébrale n'est pas rigoureusement invariable. Nous avons vu un patient arriver à l'hôpital Beaujon avec un diagnostic de tumeur cérébrale nette-

ment localisée par un médecin de la Salpêtrière. On repère avec soin l'endroit indiqué, on ouvre le crâne et la dure-mère et on trouve un cerveau parfaitement sain. L'opérateur nous dit alors que ce n'était pas la première fois qu'il constatait pareil fait et que, sans être fréquentes, les anomalies de localisation des centres nerveux ne sont pas rares. Rien ne peut les faire prévoir et encore moins les expliquer. Dans certains cas d'enfoncement devant produire certains symptômes, il s'en produit d'autres ou ne s'en produit pas du tout ; dans d'autres cas, en face de certains signes traduisant une lésion de tel point de l'écorce, on intervient et on trouve ce point absolument normal. C'est ce qui arriva dans le cas que nous venons de citer.

On abandonne de plus en plus l'opération se résumant à l'ablation d'une simple rondelle osseuse avec le trépan. On préfère, et avec raison, une large résection temporaire du crâne qui donne un jour considérable et permet des interventions plus efficaces. L'hémicraniectomie temporaire a été imaginée par Ollier, puis Charlot l'exécuta sur le cadavre, Ce fut Wagner qui fut le premier à la pratiquer sur le vivant, en 1889.

La préparation du malade ne présente rien de particulier. Dès la veille, le crâne est rasé, savonné, recouvert d'un pansement antiseptique. Les repères sont marqués avec une pointe de thermo-cautère, si on juge à propos de les prendre. Avant l'opération, le crâne est de nouveau brossé, savonné, lavé à l'alcool puis à l'éther. Quelques chirurgiens entourent le crâne d'une bande de caoutchouc pour diminuer l'hémorragie, d'autres n'en font rien.

Incision — L'incision est en forme de fer-à-cheval à pédicule inférieur. Le lambeau se réclinera lui-même de par son poids, puis les vaisseaux venant d'en bas, ne seront pas sectionnés et assureront une nutrition amplement suffisante. La section.

saigne beaucoup, mais sans s'y arrêter, on rugine rapidement tout autour du lambeau sur une largeur d'un travers de doigt. L'hémorrhagie est déjà moindre. Comme il est presque impossible de pincer directement les vaisseaux, on place des pinces sur toute l'épaisseur du lambeau au niveau des endroits qui donnent.

Perforation du crâne — L'ouverture de la paroi osseuse se fait avec la fraise de Doyen, préférablement à tous les autres instruments, trépan à couronne, ciseau, gouge, etc. etc. La fraise de Doyen perce l'os sans danger d'ouverture pour la dure-mère qu'elle refoule au-devant d'elle. Avec le trépan, si on ne tient pas continuellement perpendiculaire à la surface osseuse, un segment de sa circonférence travaille encore dans l'os et le reste de la couronne laboure la dure-mère et le cerveau. La gouge et le ciseau ne doivent plus être employés à cause de la lenteur du travail et de la facilité avec laquelle on peut blesser les tissus sous-jacents.

Citons encore pour mémoire, la pince-trépan de Farabent, le craniotome de Poirier, la scie à glissière verticale de Doyen, que nous n'avons jamais vus ailleurs que dans les auteurs classiques.

Avec la fraise, on fait 4 ou 5 ouvertures, à des distances à peu près égales sur la lisière d'os dénudé. Puis se servant d'un petit instrument flexible, en forme de sonde cannelée élargie et terminée par un renflement mousse, on décolle la dure-mère d'une ouverture à une autre, et laissant l'instrument en place, on glisse une scie de Gigli dans la rainure. On scie de dedans en dehors de façon que la section du lambeau soit oblique au dépend de la table interne.

On aura ainsi un volet osseux que l'on pourra rabattre ; il s'emboîtera exactement et la pénétration ne sera pas à crain-

dre. Quand la section des 3 ou 4 ponts osseux est terminée, on n'a plus qu'à fracturer la pédicule en soulevant le lambeau à l'aide d'un instrument quelconque comme levier.

L'hémorragie des vaisseaux du diploé est quelquefois considérable. On a imaginé de boucher la lumière des vaisseaux qui donnent avec de petites chevilles de bois, avec de la cire chaude préparée à l'avance, avec des mastics à formules compliquées etc. Le plus simple est d'écraser l'os au niveau qui saigne avec une pince à emporte-pièce quelconque.

On a employé pour sectionner ces ponts osseux les pinces à craniectomie de Doyen, de Dahlgoën ; la section est large, le lambeau se rapproche mal, n'ayant plus le biseau pour le soutenir. Il balotte, la réparation est longue, etc. On s'est servi encore pour faire cette section, du ciseau à épaulement de Doyen, de celui de Chipoucet. Le ciseau exige l'emploi du maillet et il est difficile d'admettre que le cerveau peut supporter impunément les chocs du maillet que le ciseau et le crâne lui transmettent intégralement, et avec cela la section n'est ni aussi mince, ni aussi régulière, ni aussi rapide qu'avec la scie de Gigli. Si, en se servant de cette dernière on blesse la dure-mère en la décollant, on peut être sûr qu'on l'aurait blessée plus facilement encore en employant un autre procédé.

Il est temps de parler de fraises et scies mues par l'électricité (Doyen), par un mécanisme de transmission (Péan) par un mouvement d'horlogerie (appareil Bercut).

Nous ignorons les deux premières, mais nous connaissons bien l'appareil Bercut pour l'avoir vu employer et nous en être servi nous-même, et il est bien probable que les inconvénients que nous lui trouvons s'appliquent également aux deux autres.

L'appareil de Bercut se compose essentiellement d'un mouvement d'horlogerie très puissant qui fait mouvoir une fraise

employée seulement pour forer la ière ouverture. Cette fraise est ensuite remplacée par une petite tige portant des rainures tout autour, animée d'un mouvement de rotation rapide et avec laquelle on scie le lambeau que l'on désire. L'instrument travaille vite mais brutalement. Les vibrations qu'il imprime au crâne sont si fortes que l'opérateur lui-même, en a les bras fatigués, jusqu'engourdis. La ligne de section a plus d'un millimètre de largeur et il est impossible de la faire en biseau. Ce sont de graves inconvénients mais ce que nous lui reprochons surtout, ce sont ces violentes vibrations qu'il communique à l'encéphale. Quoique le cerveau semble les supporter sans inconvénient immédiat, elles pourraient bien ne pas être étrangères à la production des volumineuses méningocèles que nous avons observées après l'emploi de l'appareil. Il y aurait de très intéressantes recherches à faire de ce côté. Cette complication se produit d'autant plus facilement que le volet osseux ballotte, n'ayant pas eu le temps de se sonder à cause de la largeur de la section. On a eu la même complication avec l'emploi du ciseau et du maillet dont les chocs répétés peuvent suffire amplement à provoquer une hyperproduction du liquide céphalo rachidien. Par contre nous avons vu un cas où l'on avait employé la scie de Gigli sans frapper ni faire vibrer le crâne de l'opéré et la guérison a été parfaite. Ces exemples sont trop peu nombreux pour en tirer la moindre conclusion. Ils nous semblent cependant suffisants pour provoquer des recherches. Si on en a déjà fait, nous serions très reconnaissant à l'obligeant confrère qui voudrait bien nous les signaler.

Il arrive assez souvent que le tronc de la méningée soit contenu dans un canal et qu'il soit déchiré pendant la fracture de la base du lambeau. L'artère se rétracte et si l'hémorragie persiste il faut recourir au tamponnement, brossement, etc.

1° INTERVENTIONS EXTRA-DURALE

Hémorragie. — On enlève le sang et on se sert de la curette si les caillots sont onéreux et adhérents ; ligature du vaisseau si l'hémorragie persiste.

Blessure de la méningée. — L'hémorragie occupe toujours la zone décollable de Gérard-Marchant, limitée en avant par le bord postérieur des petites ailes du sphénoïde en arrière, à 1 cent. de la protubérance occipitale, en haut par la faux du cerveau, en bas par la ligne horizontale du sinus latéral. Rarement cependant l'épanchement est aussi considérable. On ligature les deux bouts de l'artère en passant les fils à travers la dure-mère avec une aiguille courbe. Si ce sont des petites branches qui saignent, il faut les ligaturer aussi car le moindre tamponnement peut produire des symptômes de compression.

Abcès. — On évacue le pus, on lave, on draine.

Tumeur de la dure-mère. — Il faut faire une large ablation de la tumeur sans craindre d'enlever une portion considérable de la dure-mère.

2° INTERVENTIONS INTRA-DURALES

La meilleure incision est celle en forme de fer-à-cheval passant à 1 cent. du bord osseux, afin de permettre la suture.

On ligature les branches de la méningée avant de les sectionner ; on passe le fil sous l'artère avec une aiguille courbe.

Hémorrhagie. — La dure-mère est rouge-foncé livide. On

évacue le foyer hémorragique et on place un petit drain bien mou, si l'hémorragie continue, il faut chercher le vaisseau qui donne et le ligaturer. Il est bon de remarquer que la ligature des vaisseaux pie-mériens est excessivement délicate. Ces vaisseaux sont très fragiles, la moindre traction peut les rompre ; le tamponnement doit être très léger car on est sur le cerveau : si on presse, on enfonce, on brise les vaisseaux du voisinage etc., etc, enfin le patient passe de vie à trépas!!

Abcès — Si après avoir trouvé du pus entre la dure-mère et l'os (abcès traumatiques otiques), on trouve une dure-mère qui bombe avec absence des pulsations cérébrales (signe de Roser Braun), d'une couleur jaunâtre, il y a abcès cérébral. La consistance du cerveau déjà molle l'est plus encore au-dessus d'un abcès. On s'en rend compte par comparaison avec les parties voisines en palpant avec le doigt. On ouvre en plongeant un fin bistouri perpendiculairement à la surface cérébrale : le pus sort et on draine. S'il y a absence des signes précédents et que l'on soupçonne l'abcès quand même, on peut toujours faire des ponctions avec le fin-bistouri jusqu'à une profondeur de 2 1/2 cent, en évitant les vaisseaux pie-mériens. Il arrive souvent que ce n'est qu'après des ponctions répétées que l'on trouve le pus.

Epilepsie Jacksonienne — La conduite à tenir varie suivant la cause des accidents : compression directe par esquille, enclavement de la dure-mère dans le foyer d'une ancienne fracture plaque de méningo-encéphalite, etc. Quelques chirurgiens (Horsley) sont allés jusqu'à enlever le centre moteur et ont guéri leurs malades. Résultats éloignés... ?

Tumeur — Si on a affaire à une tumeur encapsulée de la

surface (kyste hydatique ou autre, on cherche à l'encercler avec le doigt ou avec une spatule. Si la tumeur est profonde on la trouve par des ponctions au bistouri comme pour la recherche d'un abcès. Sa présence en est souvent indiquée par une coloration plus foncée des circonvolutions, tendance du cerveau à se hernier, absence des battements. On pourra l'encercler mais en se gardant bien d'ouvrir les ventricules, car, paraît-il la mort suit de près l'ouverture des ventricules. Quand la tumeur est encerclée, on draine.

Si on se trouve en présence d'une tumeur largement diffuse, impossible à enlever, on enlève le volet osseux et on entoure le bord de la dure-mère à l'épicrâne, en se contentant de la décompression ainsi obtenue.

Telles sont les principales interventions qui nécessitent, comme premier temps la large craniectomie que nous avons essayé de décrire. Nous avons oublié à dessein les fractures de la voûte qui ne nécessitent jamais où presque jamais une aussi large trépanation.

Fermeture du crâne — La suture de la dure-mère est assez difficile. Elle est une membrane tendre et inextensible qui se coupe sous la traction des fils, d'où importance de faire des points petits et rapprochés. Le lambeau ostéo-musculo cutané est rabattu. Si une ouverture fraisée ne correspond pas au passage du drain, on en fait une à la pince-gouge. On suture les parties molles de façon que les points servent à faire l'hémostase.

Accidents et complications. 1° immédiats.

L'ouverture d'un sinus par mégarde est un accident ennuyeux. Si on se propose de le sectionner on en fait l'hémostase préventive. On fait deux ligatures côte à côte en passant les fils avec une aiguille courbe et on coupe entre les deux. Si le

sinus est ouvert accidentellement on peut en faire l'hémostase avec une pince à demeure ou encore en le bourrant de catgut. Il faut se méfier d'ouvrir un sinus sans hémostase préventive.

Il est quelquefois impossible de tarir une hémorragie de la meningée ou de ses branches ; la ligature de la carotide primitive est alors indiquée.

Après l'énucléation d'une tumeur cérébrale il arrive que le cerveau saigne en nappe d'une façon inquiétante ; on pratique alors des injections sous-cutanées de cocaïne, ergotine, etc. Cette complication doit être plus fréquente dans certains domaines que dans d'autres, quoiqu'il en soit nous ne l'avons jamais vu.

2° Médiats.

Injection. — Horsley préconise un large drainage et lavage avec une solution très faiblement antiseptique, ce qui a réussi entre les mains du Prof. Poirier. Nous ajouterions à ce traitement des injections intra-veineuses ou intra-musculaires d'électrotrargol.

Méningocèle. — Peut-être verra-t-on diminuer la fréquence de cette complication quand on aura cessé de frapper le crâne à coups répétés ou de le faire vibrer violemment. Pour la technique de l'intervention, nous renvoyons aux traités de chirurgie.

Hernie cérébrale. — Elle se produit par l'ouverture faite pour le passage du drain, conséquence de la gêne circulatoire et surtout d'un processus inflammatoire. « La masse cérébrale constitue un champignon rouge, turgescents dont le volume peut varier entre celui d'une noix et d'un œuf de poule ; le pédicule est étranglé et la tumeur forme une masse animée du double battement du cerveau, étalées sur la paroi crânienne ». (Gérard Marchant).

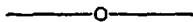
Ni l'inversion ni la ligature ne sont conseillées, on se contente de désinfecter la hernie, de la cautériser légèrement et de la protéger par un pansement antiseptique. Si elle semble persister indéfiniment, des opérations de greffe et d'autoplastie sont indiquées.

Pour faire ce travail déjà long, nous voudrions bien donner quelques statistiques récentes sur les résultats de ces différentes interventions. Malheureusement le temps nous a manqué pour faire des recherches prolongées ; celles que nous pouvons donner datent de plusieurs années déjà et il est vraisemblable de croire qu'avec l'expérience acquise, les progrès de la technique et de la stérilisation, elles seraient plus favorables.

Quoiqu'il en soit, si la chirurgie du crâne et du cerveau se heurte à des échecs immédiats et surtout tardifs, il existe des succès en assez grand nombre pour que le chirurgien ne refuse pas à son patient, inévitablement voué à une mort prochaine, une dernière planche de salut en lui proposant une intervention délicate et même dangereuse.

DR EUG. DUFRESNE, Chirurgien,

238, Sherbrooke-Est, Montréal



INTERETS PROFESSIONNELS

IMPORTANCE DES CONVENTIONS ANNUELLES DE LA SOCIÉTÉ DES SERVICES SANITAIRES

POURQUOI LES MUNICIPALITÉS DOIVENT SE FAIRE UN DEVOIR
D'Y ENVOYER LEURS OFFICIERS ET DE PAYER LEURS FRAIS
DE DÉPLACEMENTS (1)

M. le Président,

Messieurs,

Le progrès des sciences médicales si manifeste depuis quelques années a donné une impulsion considérable aux études relatives à la prévention des maladies évitables. La Société des services sanitaires de cette province fondée l'année dernière pour l'étude des applications de la médecine préventive, en est la conséquence. Je voudrais vous dire aujourd'hui, aussi brièvement que possible, son importance, son utilité, non seulement pour les praticiens, mais pour le public à qui s'adressent les prescriptions d'ordre sanitaire, et surtout pour les autorités municipales qui ont charge, de par la loi, de la santé publique dans les limites de leur juridiction respective.

* * *

Il faut l'avouer franchement, beaucoup de médecins praticiens n'ont pas la foi.

Pour quelques-uns, l'hygiène est encore cette chose banale qu'elle était naguère, qui ne s'apprend pas, qu'on devine, et qui s'improvise avec un peu de bon sens et une instruction médicale générale. D'autres ne voient dans les mesures hygiéniques que

1. Discours fait à la convention tenue à Sherbrooke, août 1909.

des questions d'administration municipale qui ne les regardent nullement. Aussi n'est-on pas surpris de les voir parfois s'objecter à l'application des mesures de police sanitaire, au lieu,—ce qui serait leur stricte devoir,— de combattre des préjugés, des habitudes aussi malpropres que dangereuses que le public éclairé comprend et désapprouve.

N'a-t-on pas entendu dire quelquefois à des praticiens que les mesures d'hygiène étaient une gêne continuelle pour l'exercice de la clientèle? Pense-t-on un seul instant que si tous les médecins, sans exception aucune, obéissaient à la loi — ce qui d'ailleurs est un devoir de bon citoyen si aucun ne négligeait de faire par exemple les déclarations obligatoires, il serait possible à un client de garder clandestinement un enfant atteint de diphtérie ou de scarlatine? Croit-on que la surveillance de la rentrée à l'école des enfants convalescents de maladies contagieuses se fait d'habitude avec la rigueur voulue?

Est-ce que l'on porte toujours attention à faire une désinfection sérieuse pendant et après la maladie? Il y a trop souvent de graves manquements et la raison c'est qu'on n'a pas une foi robuste dans l'hygiène et ses prescriptions.

Nous irons plus loin encore, le médecin praticien, quelque instruit qu'il soit, a-t-il des connaissances suffisantes en hygiène pratique pour pouvoir se prononcer dans une multitude de cas journaliers avec la compétence requise? Assurément non la plupart du temps. Car, les connaissances en hygiène ne s'improvisent pas. C'est une opinion certainement arriérée de croire qu'une éducation générale, unique et uniforme est nécessaire pour toutes les branches de la médecine. L'hygiène est une spécialité tout comme les maladies mentales, l'ophtalmologie, la dermatologie, la chirurgie, etc. On l'a bien compris dans plupart des pays de la vieille Europe où les maîtres de la science

hygiénique comme Pasteur, Pettencoffer, Roux, Parkes, Chaumont Flugge, Behring, Pagliani, Buchner, Max Gruber n'étaient pas des praticiens, ni même des cliniciens, simplement des savants. Et on est si pénétré de la nécessité d'une instruction spéciale pour faire œuvre d'hygiéniste que des écoles à l'usage des Docteurs en médecine ont été fondées un peu partout : le Kaiserlich de Berlin, l'Institut de Munich, l'école de perfectionnement d'Hygiène publique du Royaume d'Italie, celui de Turin, de Rome, celui de Flugge de Breslau, de Rubner à Berlin etc. Et sait-on ce qu'on y enseigne ; quels sont les sujets de la science hygiénique ? ils sont nombreux : *Bactériologie et serothérapie appliquée* — *Epidémiologie* — prophylaxie des épidémies, les statistiques, législation sanitaire internationale, la connaissance de visu de lazarets et les réglementations qui les régissent.

Notions pratiques sur l'art de l'architecte et ingénieur sanitaire — maisons insalubres, captage des eaux — sources — aques-ducus filtres — égouts, hygiène municipale.

Technologie industrielle : Fréquentation des usines — établissements classés — industries insalubres — technique et vérification pratique des opérations de la désinfection. Recherches expérimentales des procédés et appareils nouveaux de désinfection.

Physique et chimie appliquées aux expertises hygiéniques.

Inspection et expertises des substances alimentaires — viandes — conserves, abattoirs, vacheries, lait, maladie du lait, etc.

On peut se rendre compte par cet exposé très sommaire de la complexité des connaissances que doit posséder l'expert hygiénique vraiment digne de ce nom.

Et à ceux qui suivent ces différents cours pendant une pé-

riode de 2 à 3 ans suivant les écoles: on délivre un diplôme spécial d'expert en hygiène, après un examen probatoire.

Ainsi les choses se passent en Allemagne. En Angleterre depuis 1897 on reçoit le *diploma in public health*. En Italie, après l'obtention du diplôme spécial, on est apte aux positions spéciales gouvernementales. De même en Suède et Danemark, etc. La France est restée en arrière. Aussi celui qui veut être expert, est-il obligé de voyager; d'aller chez Calumette de Lille, chez Rubner de Berlin, chez Pagliani de Turin, chez Flugge de Bres'au, etc., faire des études spéciales. Il ne s'en suit nullement que les praticiens instruits de cette province — et ils sont actuellement légion — devraient posséder des connaissances d'expert en hygiène. Ce n'est pas raisonnable de le demander et ce n'est pas nécessaire non plus pour exercer dignement et avec autorité l'art médical. Des connaissances ordinaires suffisent pour les besoins journaliers de la clientèle et la plupart les possèdent.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'un certain nombre de praticiens sont des officiers sanitaires de municipalités de villes ou de villages. Ceux-là sont appelés à donner une direction de police sanitaire, à se prononcer sur une foule de questions qui demandent des connaissances pratiques d'hygiène, d'autres agissent comme aviseurs. Ne pense-t-on pas qu'ils auraient tout à gagner alors à assister aux réunions annuelles des services sanitaires de la province, véritable école d'étude et de vulgarisations des pratiques de l'hygiène? Ils pourraient facilement, en suivant les séances où sont discutées des questions d'une application journalière, se renseigner, se documenter, parfaire leur éducation nécessairement incomplète et acquérir rapidement une compétence qui leur permettrait d'imposer, dans les affaires litigieuses, leur opinion bien motivée avec

l'autorité désirable et qui d'ailleurs parce que scientifique, ne pourrait pas être discutée. Il s'en suit que les médecins praticiens qui peuvent devenir des aviseurs municipaux et les médecins sanitaires ont tout intérêt à prendre part à ces réunions annuelles dont la raison d'être, l'utilité, la nécessité même ne se discutent pas.

Mais les questions hygiéniques, ne regardent pas seulement l'officier sanitaire, très joliment appelé le ministre de la médecine préventive. Il y a avant tout le public; et c'est ce public que l'hygiéniste doit atteindre s'il veut faire acte d'utilité, d'altruisme bien compris. Certes, il doit être instruit pour que son travail contribue réellement et efficacement au bien-être à la santé, et à la sécurité de ses concitoyens. Mais il faut aussi que le public comprenne bien la nécessité, la valeur, l'à propos de ses ordonnances.

* * *

Car, si l'un des obstacles à un progrès plus général, plus étendu des pratiques hygiéniques dans notre province est l'indifférence, la veulerie, le défaut d'instruction médicale spéciale en matières sanitaires de quelques médecins praticiens c'est loin d'être le seul et le plus important.

Il y en a d'autres qui viennent du public, à qui doivent être appliqués les lois et règlements hygiéniques et dont cependant la coopération est nécessaire, autrement sérieux ceux-là, plus difficiles à surmonter, appuyés qu'ils sont sur des habitudes presque séculaires, sur l'ignorance et la force de l'inertie.

Il faut l'avouer ouvertement, sans détour, les connaissances du public en matière d'hygiène sont encore bien incomplètes, voire même rudimentaires en beaucoup d'endroits et ceux pour qui enfreindre les prescriptions d'ordre sanitaire est une seconde nature pullulent un peu partout. Non pas que le public soit foncière-

ment réfractaire à la législation sanitaire ou même lui soit absolument indifférent, ni qu'il reste toujours froid en présence des dangers inhérents aux maladies contagieuses et évitables, mais parce qu'il n'est pas au courant de la solidité des principes servant de base à l'hygiène publique et qu'il ne s'est pas familiarisé avec les progrès de l'art de préserver la santé accomplis dans ces dernières années, il ne s'en préoccupe pas autrement. Notre rôle, n'est-il pas vrai, doit être de ramener les défiants, les indifférents, ceux qui ignorent à mieux comprendre leurs intérêts personnels et ceux de la collectivité qu'ils composent. Et de tous les moyens à prendre pour y arriver c'est l'éducation qui en forme l'armature. Il peut exister des lois à sanction pénale — et sous ce rapport l'autorité est bien outillée — mais jamais un progrès en hygiène sérieux et durable ne s'est accompli par la coercition, par l'application rigoureuse de règlements à sanction pénale. Une loi sanitaire ne peut avoir un effet pratique que du moment qu'elle est en conformité avec les idées courantes, sans quoi on court inévitablement à un échec. Une loi en avance sur l'éducation du public ne peut être appliquée ; il faut attendre que sa valeur, sa raison d'être soit reconnue par le progrès de l'opinion et ne jamais oublier d'appeler à la rescousse le meilleur des alliés, le temps, sans lequel il n'y a pas de décisives et durable victoires. Bref, la force d'une loi est dans l'opinion publique qui la requiert.

C'est donc vers l'éducation qu'il faut tourner toute notre activité. C'est par la persuasion, la conviction que l'on réussit. On peut procéder au moyen de pamphlets, de placards, par des articles de journaux ; ce sont là de bons agents de diffusion, de vulgarisation. Mais il n'en faut négliger aucun. Il n'est pas simple d'instruire une collectivité sur ses intérêts ; ce n'est pas chose facile de lutter contre les stupides oppositions des igno-

rauts, l'indifférence des sans soucis, l'égoïsme d'un chacun. Et c'est pourquoi, nos réunions annuelles successivement tenues dans les divers centres de cette province, en éveillant l'attention du public sur les dangers de l'insalubrité, en frappant son imagination, en lui faisant bien saisir tout l'intérêt qu'il y a pour une collectivité à observer les lois éminemment humanitaires de l'hygiène, acquièrent une importance de premier ordre et ceux qui y prennent part font acte de bons apôtres de la médecine préventive. La réunion annuelle des officiers sanitaires a donc une importance, un à propos, une raison d'être indiscutable. Elle concourt d'abord à la formation d'officiers sanitaires compétents et elle est en même temps, un puissant levier pour renverser cette barrière au progrès qui a son point d'appui dans l'indifférence, le mauvais vouloir, et surtout dans le défaut d'éducation du public en matières sanitaires.

* * *

Mais l'application des règlements d'hygiène est du ressort des municipalités. C'est leur droit en même temps que leur devoir. L'esprit civique bien compris commande à l'autorité municipale de pourvoir au bien-être, à la santé et à la sécurité de ses administrés. Et comme la santé est le premier des biens, ne doit-elle pas faire tout en son pouvoir pour la sauvegarder dans la mesure du possible? Pour cela il lui faut des lois et des règlements, la connaissance de ses devoirs et des appropriations nécessaires pour les besoins journaliers. Les lois et règlements existent, mais sont-ils mis en pratique? Connaît-on bien, dans la plupart des municipalités de cette province, toute l'étendue des devoirs envers la santé publique? Parmi les 1100 municipalités, combien y en a-t-il qui ont un officier de santé Docteur en médecine? Le chiffre est tellement modeste que

nous aimons mieux le faire pour le moment. Quelle est donc la compétence, alors, de celui qui est sensé avoir charge de la santé publique, je vous le demande? Si encore les conseils municipaux connaissent au moins les lois et règlements qui régissent l'hygiène publique dans cette province. Si encore l'hygiène rurale ne laissait rien à désirer. A ce sujet, le progrès moderne, est dans une foule d'endroits, totalement inconnu. On n'exerce aucune surveillance à propos des maladies contagieuses. On ne fait aucune recherche lorsque la rumeur publique signale quelques cas de maladies; on ne s'occupe pas d'en exiger la déclaration pourtant obligatoire d'après la loi, on n'ose le faire de crainte de gêner quelqu'un. Et si, par hasard, une déclaration est faite à l'autorité, on néglige d'intervenir et ce n'est que lorsque la maladie est devenue épidémique que l'on songe à secouer sa torpeur et sa nonchalance. L'isolement, la désinfection, de quelle façon rudimentaire sont-ils faits. S'occupe-t-on aussi d'avoir de l'eau pure et saine? Que la population boive de l'eau claire de source ou de l'eau polluée de ruisseau on ne s'en soucie pas. La fièvre typhoïde ou la diarrhée épidémique peuvent sévir, ça n'éveille pas l'attention. S'intéresse-t-on, dans les gros villages — en vue de la salubrité publique — de visiter les maisons, les dépendances, les cours? Qu'il y ait des habitations dégoûtantes de malpropreté, des voisinages d'écurie, de latrines, voire même des cours remplies de fumier et d'immondices, on ne s'en préoccupe pas autrement. Exige-t-on, les conditions spéciales et requises par la loi et règlements d'hygiène pour l'établissement d'abattoirs ou de fabriques où l'on traite les matières animales? Que dire maintenant de la question des égouts et du drainage?

Tout au ruisseau c'est l'usage antique et solennel. Chacun agit à ce sujet selon son bon plaisir. Ces eaux s'égouttent où

elles peuvent à la vau l'eau ; elles empoisonnent les puits, empestent l'air, le pouvoir public se garde bien d'intervenir sous le fallacieux prétexte que ces choses, de mémoire municipale, ont toujours existées et qu'il n'y a pas de raisons valables pour s'émotionner.

Certes, l'hygiène municipale n'est pas partout aussi méconnue, si peu pratiquée. Il y a amélioration et amélioration considérable là où les notions d'hygiène mieux connues et appréciées ont ouvert la voie au progrès. Mais combien y en a-t-il où les plus simplistes notions de la salubrité publique n'ont pas encore eu raison de la force d'inertie séculaire ?

Pense-t-on alors que les municipalités n'auraient pas un intérêt majeur à suivre les séances annuelles des services sanitaires de cette province ? Ne croit-on pas qu'en venant apprendre toute la grandeur des plus élémentaires de leurs devoirs envers leurs administrés, les autorités municipales ne montreraient pas un esprit civique éclairé ?

Le Conseil d'Hygiène de la province de Québec n'a pas pris l'initiative de la création de la Société des services sanitaires avec convention annuelle dans l'unique but de faire quelque chose, de prouver son utilité. Car si, à ce point de vue, le conseil a été un précurseur au Canada — ce qui est à son honneur — il n'a pas été l'initiateur du mouvement. On avait déjà reconnu ailleurs, dans un grand nombre d'États de la république voisine en particulier, l'importance, la nécessité de ces réunions d'officiers municipaux d'hygiène et les grands résultats qu'on peut raisonnablement en attendre. Le Minnesota, Kansas, Rhode Island, Texas, Oklahoma, Californie, Montana, Connecticut, Ohio, Utah tiennent des réunions annuelles d'officiers sanitaires. Le Vermont, New-Hampshire, Wisconsin, Maine, Maryland, Washington ont des assemblées sur avis spécial sans périodi-

cité cependant, Dans le Vermont, Ohio, Utah, Maryland, ces réunions sont obligatoires d'après la loi. Enfin une foule d'États ont tent e de rendre ces réunions compulsoires mais n'ont pas jusqu'à présent réussi à l'obtenir. Et dans tous ces États le conseil municipal, soit en vertu de la loi ce qui est l'exception, soit de son plein gré accorde une allocation pour défrayer les dépenses de l'officier sanitaire médecin ou non, qui le représente à cette  cole d'hygiène pratique comme on a justement d esign e aux Etats-Unis ces assemblées annuelles des services sanitaires. Maintenant, comprendre l'importance de ces réunions c'est déjà quelque chose, mais ce n'est pas suffisant. Il faut que les autorités municipales se pénètrent de leur utilité au point d'y prendre part et de payer les frais de leur représentant quelqu'il soit, sans quoi leur adhésion à ce mouvement  minamment humanitaire restera du pur platorisme.

Que les municipalités montrent donc un esprit civique  clair e et avertie et avant longtemps il y aura dans la province une amélioration sensible et rapide, dans l'application des données d'hygiène municipale. On verra la mortalité globale fléchir : le tot s'abaisser jusqu'au niveau de celui de la Norvège et de la Suède. Alors le nombre de vies épargnées compensera amplement au point de vue économique, les dépenses d'argent pour travaux entrepris en vue de la santé publique, et elles ne regretteront pas les quelques dollars employés pour se faire représenter à l' cole de perfectionnement et de vulgarisation hygiénique dont la raison d'être, l'importance, l'utilité ne doivent pas faire de doute pour quiconque s'intéresse à l'amélioration de la salubrité publique dans notre province.

ARTHUR SIMARD

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

SÉANCE DU 22 JUILLET 1909.

Tachycardie paroxystique. — M. DELEUZE rapporte une observation de cette affection rare suivie d'autopsie. La crise a débuté brusquement et sans cause apparente ; elle s'est manifestée par les signes suivants : violente douleur au creux épigastrique, dyspnée, légère voussure précordiale sans augmentation de la matité car tique. Le cœur battait à 246 pulsations à la minute ; ces battements étaient bien frappés, réguliers ; il n'y avait ni altérations du rythme ni bruits surajoutés.

La maladie dura quinze jours, au bout desquels la mort survint par asystolie. A aucun moment le nombre des pulsations n'est descendu au-dessous de 220, malgré les divers agents thérapeutiques employés : digitale, chloral, bromure, morphine...

L'autopsie n'a révélé aucune lésion du cœur, ni du péricarde ; seul le foie paraissait altéré : il était légèrement atrophie et cirrhotique. Les reins et les poumons présentaient les lésions congestives de l'asystolie.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une tachycardie paroxystique essentielle, véritable névrose (Huchard).

Incontinence nocturne essentielle d'urine. — M. CHAVIGNY présente un incontinent qu'il a guéri radicalement avec l'appareil rééducateur de Genouville. Cet appareil, comme on le sait, consiste en deux plaques métalliques séparées par une mince couche d'ouate hydrophile qu'on place sous le bassin du malade. Ces plaques sont reliées à une pile et à une batterie que le courant met en action dès que l'urine, ayant atteint la ouate, établit un contact électrique entre les deux plaques. M. Chavigny a remplacé la sonnerie par deux contacts appliqués au niveau du pubis qui donnent au malade une décharge faradique qui le réveille dès qu'il commence à uriner.