

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

LA TUBERCULOSE.—ÉTIOLOGIE.—PROPHYLAXIE. (1)

Par ARTMUR ROUSSEAU, rapporteur.

Professeur à l'Université Laval de Québec, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

D'après les rapports du conseil d'hygiène, il y a chaque année à peu près 3000 décès par tuberculose dans la province de Québec. Sur 10,000 personnes cette redoutable maladie en tue annuellement plus de dix-huit. Elle contribue à la mortalité totale dans la proportion de 11.1 pour cent dans les districts urbains et de 8, 6 pour cent dans les districts ruraux.

Ces chiffres seraient-ils exacts, ils mériteraient, sans doute, de retenir l'attention de tous ceux que préoccupent en ce pays les questions philanthropiques, aussi bien que les problèmes économiques, sociaux et nationaux. Mais ils sont loin de mesurer l'étendue des ravages faits par la tuberculose. Dans un grand nombre de cas, familles et médecins, pour des motifs divers, se refusent à déclarer la tuberculose, souvent aussi ils l'ignorent. Les tuberculoses de l'enfance, les tuberculoses du foie, du tube digestif, des organes génito-urinaires, des centres nerveux, celles qui se cachent sous le masque des différentes affections pleuro-pulmonaires banales, en particulier de l'asthme, et bien d'autres

(1) Séance du 26 mai, à 2 heures p. m.

sont très souvent méconnues. Tous les praticiens qui ont à se renseigner sur les antécédents des familles savent quelle fréquente difficulté ils ont à dépister la tuberculose; ils savent aussi de quelle façon défectueuse se font ordinairement les registres des décès, soit au moyen des renseignements fournis par les familles elles-mêmes, soit sur des certificats trop souvent délivrés par complaisance plutôt que dans un sentiment de probité scientifique.

Les causes d'erreur dans l'appréciation du nombre des victimes de la tuberculose sont donc nombreuses et importantes. Toutes elles tendent à maintenir la statistique au-dessous de la réalité, la tuberculose, si souvent cachée ou méconnue, étant exceptionnellement tenue responsable des morts dont elle n'est pas la cause. Malheureusement toute base d'appréciation précise nous manque pour établir jusqu'à quel point la statistique se trouve de ce fait faussée. Elle l'est sans aucun doute à un degré notable, et personne ne trouverait exagéré de porter à 4,500 le nombre probable des décès par tuberculose dont 3,000 ont pu être enregistrés chaque année par le conseil d'hygiène.

D'après cette évaluation imprécise, mais nullement fantaisiste, 10,000 âmes abandonneraient annuellement à la tuberculose 27 victimes qui représenteraient 15 p. c. de la totalité des morts. Notre pays serait ainsi l'un des plus cruellement éprouvés par la tuberculose. Il viendrait après la France, qui a 35 décès tuberculeux par 10,000 âmes, mais bien avant l'Angleterre qui n'en a que 13 par 10,000.

Ce sombre tableau ne représente, cependant, pas tous les ravages du mal tuberculeux. Il porte ses atteintes sur une foule de personnes qu'il fait souffrir sans les tuer ou qu'il tue d'une façon indirecte. La morbidité tuberculeuse est effroyable en tous les pays; dans les grandes villes elle est évaluée généralement à 50% de la population chez les adultes, elle n'est pro-

blement pas moindre chez les enfants. Il est impossible de dire quelle part revient à la tuberculose latente dans la terminaison fatale de tant de maladies qui, de la naissance à 25 ans, emportent 40 pour cent des enfants d'une génération, mais il n'y a aucun doute que les enfants tuberculeux présentent une vulnérabilité spéciale aux différentes maladies, et que la tuberculose latente qui sourdement altère l'organisme, le laissant sans force pour les luttes de la vie et sans défense contre les multiples facteurs morbifiques, est une des causes les plus générales de la souffrance humaine.

Contre le terrible fléau, aucune œuvre sérieuse de protection n'a cependant encore été accomplie. A peine l'attention publique a-t-elle été attirée sur son existence. Aussi n'est-ce pas un vain effort d'essayer, reproduisant l'action humanitaire dont la plupart des grandes nations viennent de donner l'exemple, de répandre au milieu des nôtres les notions acquises sur les principales causes du mal et sur les meilleurs remèdes à leur opposer.

PREMIÈRE PARTIE

La tuberculose a besoin pour germer d'une graine active et d'un terrain préparé. Il n'est pas un coin du globe où elle ne trouve ces conditions favorables qui, du reste suivant les lieux, sont réalisées de façons quelque peu dissemblables.

I. La misère est rare en notre pays où, jusqu'à présent, la situation économique des différentes classes est assez heureuse. Elle existe sans doute, mais elle atteint des individus isolés et non des groupes entiers de citoyens. Elle relève non des relations des collectivités, mais de dispositions individuelles purement accidentelles. C'est la maladie qui, d'ordinaire, entraîne les privations dans les familles souvent peu prévoyantes et éco-

hômes ; ce ne sont qu'exceptionnellement les privations qui engendrent la maladie.

Si la phthisie est ici, quoique certainement moins qu'ailleurs, la maladie du monde où l'on pâtit, c'est que l'on souffre, plutôt que de dénuement, d'un emploi peu judicieux de ses ressources. Le bien être serait plus général si, dans le logement où la meilleure pièce est affectée à des fins secondaires ou inutiles, le souci de la parure n'excluait la recherche d'un honnête confort, si les soins du corps et la poursuite de satisfactions légitimes remplaçaient les préoccupations d'un luxe de mauvais aloi.

Les œuvres prophylactiques anti-tuberculeuses, qui auront à corriger dans beaucoup de détails et surtout par l'éducation contre de mauvaises habitudes invétérées nos conditions d'existence, ne se verront pas obligées en conséquence de poursuivre la réalisation d'un état économique plus parfait que celui dont jouit actuellement notre société.

II. Aussi important, mais non plus que la pauvreté et la misère, est l'alcoolisme dans l'étiologie de la tuberculose en notre pays. Ces deux facteurs interviennent du reste plus fréquemment associés qu'isolés. Le peuple canadien-français a la réputation de ne pas savoir boire, et son heureuse ignorance n'est peut-être pas une de ses moindres protections contre l'usage journalier de l'alcool. Les excès alcooliques intermittents compromettent plus la fortune ou la moralité que la santé de leurs victimes. Il n'en reste pas moins que la consommation de l'alcool est déjà excessive au sein de notre population et qu'un grand nombre lui doivent cette dégradation constitutionnelle dont on a établi l'influence sur l'éclosion de la tuberculose. Contre l'alcoolisme une lutte ardente s'est récemment engagée à laquelle ce congrès a eu raison de vouloir s'associer ; mais, au point de vue spécial de la prophylaxie de la tuberculose, nous devons reconnaître qu'elle n'a pas l'importance que, dans presque

tous les pays, on s'accorde à lui attribuer. *Le très grand nombre de nos candidats à la tuberculose ne sont ni de pauvres misérables, ni des alcooliques.*

III. Mais pourquoi lorsque la vie nous est facile et que nos mœurs nous protègent contre les abus funestes payons-nous un si large tribut à la tuberculose ? Serait-ce en raison d'une faiblesse spéciale qu'avec ces avantages nous sommes incapables de lui opposer une vigoureuse résistance ? Nous croirions injuste vraiment et même injurieux de l'affirmer, tant les canadiens aiment à vanter leur force avec laquelle ils identifient pour ainsi dire leur fécondité bien connue.

Malheureusement cette fécondité s'observe chez les faibles aussi bien que chez les forts, chez les malades aussi bien que chez les sujets sains. Pendant une période de 20 à 25 ans de la femme, à une grossesse en succède une autre, après quelques mois, que très souvent n'a pu retarder la lactation. La femme tuberculeuse elle-même, loin d'être peu féconde, ainsi qu'on a voulu souvent la représenter, épuise habituellement les restes de sa vitalité dans les fatigues de ces grossesses répétées. Il est admirable de voir comme un grand nombre de femmes supportent vaillamment un pareil surmenage des fonctions génitales ; mais nous craignons qu'il en résulte pour d'autres un épuisement qui de la mère, se transmet surtout aux derniers produits de la conception et qui constitue une prédisposition sérieuse à la tuberculose.

Les espérances de la nationalité canadienne-française reposent sur la fécondité de la race. Nous nous en glorifions à juste titre : mais prenons garde que dans un élément de force ne se développe le germe d'une déchéance prochaine. Il est désirable que nous ayons beaucoup d'enfants, mais le nombre n'a jamais remplacé la qualité ; il faut surtout, ressuscitant le culte éteint de la force et de la beauté, que nous les ayons sains e

robustes. La vulgarisation au milieu de nous de cette noble ambition assurerait une attention plus délicate aux ménagements qu'exige la condition des femmes enceintes. Elle inspirerait en outre aux mères d'entourer leurs enfants de ces soins assidus d'hygiène sans lesquels risquent de se perdre les meilleures qualités héréditaires.

La privation injustifiée de l'allaitement maternel, l'alimentation artificielle vicieuse, l'absence de prophylaxie dans les maladies de l'enfance et en particulier de celles des voies respiratoires supérieures, pèsent d'un poids terrible dans la balance des destinées de nos petits. Ils succombent par milliers à des maladies évitables et, pour comble de malheur, nombre des survivants, irrémédiablement affaiblis, languissent dans les souffrances d'un développement incomplet et tardif. attendant que la phthisie les prenne à leur tour. D'elles-mêmes des affections nombreuses appellent ainsi la tuberculose, ou encore, elles ajoutent des dispositions acquises aux prédispositions héréditaires. Les unes et les autres jouent un rôle considérable, mais en raison même de la fécondité de nos tuberculeux, il faut attribuer une part prédominante à celle-ci dans la production de notre vulnérabilité à la tuberculose.

IV, Sur cette question capitale de *l'hérédité* en matière de tuberculose, des débats interminables se sont engagés depuis les découvertes mémorables de Villemin et de Koch. Par une de ces exagérations, qui signalent souvent la réaction contre l'erreur, on en était venu à nier à l'hérédité toute participation au développement de la tuberculose. Cette opinion extrême est encore acceptée par des contagionistes outrés, comme certains partisans de l'hérédité croient toujours à la fatalité héréditaire. Entre les esprits modérés un accord tend néanmoins à se faire qui a pour point de départ la distinction entre l'hérédité du terrain et l'hérédité de la graine. Ni l'une ni l'autre ne sont

guère plus contestables. La transmission de la graine est considérée comme rare ; elle ne se fait probablement pas par les germes ovulaire et spermatique ; mais, quoique difficile elle-même, la transmission placentaire ne nous paraît pas complètement négligeable dans un milieu où l'on observe fréquemment des tuberculeuses avancées, exposées par suite à l'infection bacillaire sanguine, qui mènent à bon terme une à plusieurs grossesses.

Tant qu'à l'hérédité du terrain, pendant quelques années réléguée au rang de facteur étiologique secondaire, elle tend aujourd'hui à reprendre son ancienne place dans l'étude du problème de la tuberculose. Elle constitue au sens strict du mot la prédisposition héréditaire. Elle ne résulte pas seulement d'un amoindrissement des énergies ovulaires et spermatiques, mais encore de la pénétration des toxines tuberculeuses de la mère dans l'organisme fœtal qui est ainsi sensibilisé à l'action du bacille tuberculeux. Une prédisposition ainsi transmise doit nécessairement avoir un caractère spécifique, et de fait il serait facile de prouver par l'observation de sujets nombreux qu'elle est loin d'être toujours dans la mesure des autres aptitudes morbides.

Malgré la découverte chez les prédisposés de quelques tares organiques et d'un amoindrissement des fonctions de la nutrition (il n'est plus guère question de l'augmentation des combustions respiratoires affirmées par M. Robin), nous ignorons ce qui est l'essence même de cette prédisposition. Cependant, quelle qu'elle soit, elle existe certainement et nous devons en répandre autant que possible la juste notion. Ce serait une grave erreur de cacher au vulgaire cette vérité, soit pour ménager les illusions des familles affligées par la tuberculose, soit pour accentuer la crainte de la contagion. Cette prédisposition héréditaire n'est pas en réalité une prédestination fatale. Nous

pouvons la corriger par une hygiène appropriée qui ne sera appliquée convenablement et en temps opportun que si on en connaît bien l'efficacité et la nécessité.

Tous les individus dont quelques ascendants sont ou ont été atteints de tuberculose devraient être informés du danger qu'ils courent à négliger l'application des moyens propres à neutraliser leur prédisposition probable. Ce n'est pas que nous nous croyions autorisé à affirmer que l'hérédité du terrain est à peu près constante, mais, la tuberculose choisissant le plus grand nombre de ses victimes parmi les fils de tuberculeux, elle ne nous paraît jamais complètement étrangère à cette sélection, alors même que s'exerce pour ainsi dire constamment à côté d'elle la cause la plus puissante de la diffusion de cette maladie, *la contagion familiale*.

V. L'opinion prévaut aujourd'hui que la tuberculose, presque toujours acquise, se contracte toujours dans l'enfance, de 1 à 6 ans, au sein du milieu familial, et que la phtisie de l'adulte est ordinairement le développement d'une tuberculose restée latente un grand nombre d'années. C'est dire que dans la propagation de ce fléau la part de la contagion familiale est prédominante. Elle l'est plus encore qu'en bien d'autres pays dans le nôtre où, de la longue saison d'hiver, les tout petits enfants ne sortent guère; et elle frappe du même coup plus de victimes qu'ailleurs dans nos maisons pleines d'enfants.

Le nombre de nos foyers infectés est alarmant. Il augmente chaque jour par le fait de l'hospitalité imprudemment accordée aux visiteurs malades comme aux bien portants; par le recours aux services des mercénaires phtisiques même pour le soin des enfants; il augmente surtout par le retour dans la famille saine d'un de ses grands enfants qui, ne pouvant plus vivre sur le patrimoine paternel, est allé chercher fortune dans les villes, souvent dans les filatures de coton de l'est américain. Il revient

tuberculeux. A ce malheureux notre société n'offre aucune assistance. Il périra sans abri s'il ne va porter la gêne et la mort dans la famille dont il devait être le soutien. A-t-il des économies, il les emploiera en bonne partie à satisfaire la voracité des charlatans infâmes dont les réclames mensongères s'étalent impunément sur toutes les pages de nos journaux. Et quand, ayant épuisé ses ressources, il sera devenu complètement à la charge des autres, si ses vieux parents ne sont pas riches, il ira demander asile à un frère, à une sœur mariés qui, jusque là, dans le bien-être de l'aisance et de la santé voyaient grandir leurs enfants. Ce sera une nouvelle famille perdue. Car entre le tuberculeux et ses proches s'établit dans nos maisons une effrayante promiscuité. Ils séjournent toute la journée dans la même pièce. Les plus jeunes enfants reçoivent ses caresses, portent aux fausses nasales et dans la bouche leurs mains et mille objets souillés de produits bacillifères, salive, crachats, pus et autres sécrétions que disséminent encore les mouches pendant l'été, ils soulèvent en nuages épais les poussières nocives qui emplissent leur fragile poitrine. Les plus âgés rentrés au logis s'en vont le soir, pendant que le salon vide attend les visiteurs de marque qui n'arrivent pas, s'asphyxier avec lui par demi douzaine dans la même chambre soigneusement close, quelquefois dans le même lit. On ne voit les conjoints prendre vis-à-vis l'un de l'autre aucune précaution. Ils couchent ensemble jusqu'à la mort du malade, à côté de ceux des petits enfants qui peuvent réclamer leur soin pendant la nuit, et il est vraiment étonnant de constater que des femmes de tuberculeux surtout échappent parfois aux atteintes fatales des virus dont elles sont restées pénétrées et enveloppées pendant des années.

De désinfection dans un pareil milieu, de la substitution au balayage des appartements de l'essuyage au linge humide, du lavage des mains après les manipulations des crachoirs et des

mouchoirs, avant la préparation des aliments, avant la traite des vaches, avant le repas, il ne peut être que rarement question. Tous ces soins exigent du temps, et l'on est besogneux chez les tuberculeux. Avec la maladie dans la famille imprévoyante est entrée la misère suivie de sa compagne presque obligée, la malpropreté ! Les germes microbiens s'accumulent et trouvent des conditions propices à la conservation prolongée de leur virulence. Dans beaucoup de demeures, surtout dans les chambres à coucher trop petites, trop encombrées et jamais ventilées, on manque aussi de lumière désinfectante par suite de vices de construction dans les villes, grâce encore à l'opposition aux fenêtres de toiles ou papiers colorés, de jalousies qui ne s'ouvrent pas de tout l'été. L'infection intense se trouve ainsi possible par toutes les voies de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme, par la peau, par le nez, par la bouche et le pharynx, par les petites bronches ainsi que par le tube digestif. De ces portes d'entrée de la tuberculose on a cru longtemps que la plus habituellement prise était la muqueuse des bronchioles alvéolaires. Il semble aujourd'hui que la contagion par inhalation dans les petites bronches est rare et que la pénétration se fait plutôt par les voies respiratoires supérieures. Elle se ferait fréquemment aussi, d'après des recherches récentes, par le tube digestif. Même si l'on en croyait les déductions hâtives tirées de faits nouveaux, du reste significatifs, établissant la constance de l'infection des ganglions abdominaux dans la tuberculose des ganglions du médiastin, il ne faudrait plus guère se préoccuper que de l'infection digestive. Cette infection par les voies digestives est menaçante dans la famille des tuberculeux où nous avons vu comment le service de table, les aliments et les breuvages, en particulier le lait, peuvent être souillés de produits bacillifères ; mais elle est à craindre aussi dans les familles saines où la contagion se fait par le lait des vaches atteintes de pommelière qui est la source prin

cipale de l'infection digestive. Il est vrai qu'on ne s'accorde pas encore sur la question de l'identité des tuberculoses humaine et bovine. Les bacilles humains et bovins ont des caractères différentiels de forme, de végétabilité et de virulence qui, d'après Koch, les rendent spécifiquement distincts. Mais de semblables caractères différentiels, qu'on observe aussi entre les races de plusieurs autres espèces bactériennes, ne nous paraîtront valables pour rompre l'unité des différentes variétés de tuberculose que lorsqu'on aura prouvé que les bacilles humains et bovins ne sont pas des dérivés d'un type virulent primitivement unique. D'ailleurs, l'observation comme l'expérience établissent si nettement le danger, pour l'homme, de la tuberculose bovine, que les partisans de la non identité des bacilles humains et bovins, aussi bien que ceux de leur identité, ont recommandé d'un commun accord, au congrès de Paris, des mesures de protection contre le lait des vaches tuberculeuses. Ces mesures de protection sont exceptionnellement appliquées en notre pays, et comme 10 pour 100 à peu près des vaches qui viennent aux abattoirs de Québec réagissent à la tuberculine, il me semble légitime de prétendre que la contagion par le lait des vaches tuberculeuses représente une des causes d'infection bacillaire contre lesquelles il importe le plus de nous prémunir.

VI. La sollicitude des parents et de la société à l'égard des enfants doit s'étendre au delà du foyer familial, à l'école et dans les pensionnats où peut originer le mal tuberculeux sous des influences nuisibles multiples. L'école participe dans une telle mesure à la dissémination des principales maladies infectieuses, rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, qu'il y a lieu de croire que c'est de ce foyer qu'elles sont généralement apportées à la famille. Aussi avons-nous quelque hésitation à accepter l'opinion que, faisant exception, contribue peu à répandre la tuberculose. Nous savons bien que les enfants des écoles —

tuberculeux de 5 à 14 ans dans la proportion de 30 à 40 pour cent, d'après les chiffres de Nægeli, Bollinger, Comby et Gran-cher,—sont rarement porteurs de tuberculose ouverte et qu'ils crachent généralement peu, quoique beaucoup de petits cana-diens acquièrent de façon précoce la faculté et le défaut de cracher abondamment et n'importe où. Ma's il suffit d'un seul malade pour contagionner de façon intense une classe insalubre, et nous avons vu plusieurs fois des enfants qui allaient jeter dans le milieu scolaire leurs expectorations bacillifères aussi bien que les sécrétions de leurs tuberculoses externes. D'autre part, les instituteurs, plus à redouter que les enfants malades eux-mêmes—ne sont soumis à aucun examen, et il arrive assez fréquemment,—surtout dans les couvents de femmes où le dévouement et le manque de sujets font utiliser les dernières forces des malades—que des tuberculeux, continuant leurs fonctions dans l'inconscience de leur nocivité, restent des années au contact quotidien des enfants.

Personne ne veille efficacement à l'éloignement du milieu scolaire des élèves ou des maîtres contagieux. Tous les prin-cipés d'une hygiène élémentaire y sont mal observés. La ven-tilation y est insuffisante ou nulle, et il y a viciation habituelle de l'air. Le nettoyage ne s'y fait qu'une à deux fois l'an : il est remplacé une à deux fois la semaine par le balayage des déchets—auquel sont quelquefois employés les élèves eux-mêmes —qui sature l'atmosphère de poussières infectantes. Le mode même de l'enseignement est défectueux en ce qu'il ne laisse pas de place suffisante à la culture corporelle et que le programme des études ne tient aucun compte, par suite d'une difficulté du reste en partie insurmontable, des capacités physiques indivi-duelles.

Pour bien des raisons donc nous estimons que la prophylaxie antituberculeuse doit viser attentivement, je ne dirai pas à

l'amélioration, mais à la création de l'hygiène des écoles et des pensionnats dans notre pays.

VII. D'une aussi urgente et impérieuse nécessité, mais plus difficile, sera la création de l'hygiène des ateliers. La classe ouvrière, la moins bien logée, la moins bien nourrie, la plus exposée aux abus de toutes sortes, spécialement à l'alcoolisme, est décimée par la tuberculose. Le pourcentage de la mortalité tuberculeuse est toujours en rapport direct avec l'importance industrielle d'une agglomération. Ainsi sur 474 personnes, Québec en perd une chaque année par la tuberculose. Montréal en perd une sur 323 seulement. Les statistiques de plusieurs villes établissent que dans les quartiers ouvriers la tuberculose emporte un nombre de victimes proportionnellement 5 à 8 fois plus considérable que dans les quartiers riches. Nous voyons rarement, à notre consultation, et à l'hôpital, des ouvriers des manufactures de Québec qui ne présentent à un degré quelconque des signes de tuberculose.

L'insalubrité des ateliers est subordonnée aux conditions économiques actuellement nécessaires de la production. Les influences de la privation de lumière, de la viciation de l'air, de la malpropreté, des variations excessives de température, s'y accroissent en raison même du nombre exceptionnel de sujets contagieux qui sont réunis dans un espace restreint. Ainsi par l'action simultanément intense dans les milieux ouvriers des causes de contagion et d'affaiblissement constitutionnel est créée une des situations sociales antihygiéniques les plus embarrassantes qui soient, contre laquelle la philanthropie, aidée de la science, épuisera bien des efforts avant d'arriver à une solution satisfaisante.

VII. Tout est difficile du reste dans cette question de la prophylaxie contre la tuberculose, à cause de l'étendue pour ainsi dire illimitée de son champ d'action. Le bacille tubercu-

lieux est sur la voie publique, dans les jardins où nos enfants vont jouer dans la terre ; il est dans les bateaux, dans les voitures de place et de chemins de fer, dans les tramways ; il est dans les hôtels, dans les bureaux publics et dans les magasins ; il est dans les livres et sur le papier monnaie ; dans le linge qui nous revient blanchi des mains de tuberculeux, dans les salles de jeux et dans les théâtres ; il est enfin dans les églises, les endroits publics avec la rue où l'on abuse de la façon la plus indécente de la liberté de cracher à terre. Son ubiquité en un mot est telle qu'il est inévitable et que la société est obligée pour s'en défendre de multiplier à l'infini ses moyens.

DEUXIÈME PARTIE

Une société ne s'établit pas en un jour en état de lutte efficace contre un aussi grand mal. A tous ces malheureux phthisiques ou menacés de tuberculose qui, dans la détresse de l'ignorance et de l'abandon, s'adressent à elle comme à leur aide et à leur guide, elle prodiguera en toutes circonstances des conseils utiles, mais ne portera pas toujours des secours efficaces. L'œuvre de préservation contre la tuberculose est d'ailleurs à distinguer de l'œuvre d'assistance, celle-ci avant d'être générale, devant être précédée de plusieurs années d'une œuvre sérieuse de préservation nous n'avons à proprement parler aucune œuvre constituée ni de préservation ni d'assistance. Notre armement antituberculeux est tout à faire. Il ne peut viser à être tout de suite complet, mais il devra nous munir d'abord des armes les mieux éprouvées jusqu'à présent par l'expérience des autres.

I. Une grande insouciance de tout ce qui regarde la culture corporelle existe parmi nos compatriotes et cet état d'esprit ne contribue pas peu à entretenir les causes de déchéance organique héréditaire et acquise contre lesquelles des efforts bien dirigés de prophylaxie antituberculeuse doivent s'atta-

quer sans relâche parmi nous. Par des conférences, par l'instruction religieuse, par des livres populaires, par les journaux, par des affiches dans les salles publiques, par l'enseignement des écoles, par les conseils des médecins, il importe, au sein d'une population qui se borne à se préserver de la souffrance, de chercher à répandre le goût salubre du plein bien-être physique et de stimuler l'ardeur de chacun à développer sa santé jusqu'à la vigueur. Que les jeunes gens surtout et les jeunes filles qui vont se marier, bien informés des leçons de la vie, au lieu de s'abandonner aux séductions d'une sentimentalité malade, puissent apprendre à apprécier cette vigueur de la santé qui, dans la prospérité des familles, fait les unions fortes et heureuses. Le soin de bien assortir les mariages commande l'attention constante de la société. Les parents devraient être instruits des dangers que seraient pour leur descendance certains tares physiques aussi bien que psychiques; ils devraient connaître spécialement le devoir qui leur incombe d'empêcher l'union de leurs enfants avec des tuberculeux ou de s'opposer au mariage de leurs enfants tuberculeux. Le mariage une fois bien assorti fournira une génération forte pourvu que la jeune mère, pénétrée de la connaissance et du sentiment de ses devoirs, prenne, entre deux grossesses, les moyens honnêtes d'obtenir le repos qui, dans l'ordre de la nature, assurera au nouveau né la substance dont il doit vivre pendant sa première année et même les soins dont il doit être entouré.

II. Que l'enfant soit ensuite préservé des maladies du jeune âge, ou convenablement soigné contre leurs atteintes; qu'il ait une alimentation surtout lacto-végétarienne appropriée à ses besoins; qu'on le mette en garde contre les gourmandises nocives; qu'il ait autant que possible la vie en plein air pendant l'été, des sorties fréquentes pendant l'hiver; qu'au dehors ou à la maison il prenne ses ébats en des lieux propres; que de bons

dispositifs assurent l'aération suffisante de toutes les pièces de la demeure ; que l'attribution d'un plus large espace y soit fait aux chambres à coucher ; que l'on enlève ces appareils par lesquels de ridicules et funestes habitudes ont si longtemps soustrait nos appartements à l'action de la lumière purifiante ; que l'État fournisse à la classe populaire des modèles d'habitation en même temps hygiéniques et économiques ; que dans les villes une inspection sévère interdise la construction de logements mal éclairés ; qu'une désinfection soignée soit faite des logis abandonnés par des malades à des familles saines ; qu'en un mot on s'applique à fournir à l'enfant, au foyer familial, tous les éléments nécessaires à son développement et, du même coup, à le protéger contre l'influence redoutable de l'habitation insalubre, il fortifiera ses qualités natives, atténuera ses prédispositions morbides et se préparera à supporter l'épreuve—décisive pour son avenir—de la période scolaire.

III. Pour diminuer les dangers de l'école nous devons chercher à obtenir l'amélioration progressive des locaux et du mobilier scolaire ; nous appliquer à en assurer la tenue convenable par des obligations précises imposées aux municipalités au sujet de la ventilation, du chauffage, du nettoyage et même au besoin de la désinfection. L'exclusion rigoureuse des contagieux, maîtres et élèves, y devra restreindre la dissémination des maladies contagieuses, et des habitudes de propreté données aux élèves y supprimeront encore des sources non négligeables de contamination.

En même temps les maîtres en pédagogie seront informés qu'il y a lieu, aussi bien dans les institutions d'enseignement secondaire que dans les écoles primaires, de réformer la répartition du travail scolaire suivant des règles adaptées aux conditions actuelle de résistance de l'enfant. L'extraordinaire fréquence de la neurasthénie chez les élèves de nos collèges me

paraît une preuve évidente qu'on ne leur accorde pas assez de temps pour le repos et les exercices physiques. Il est désirable que l'on multiplie dans nos écoles les installations de gymnase et qu'une forte éducation hygiénique—par l'enseignement et la pratique—tende à un perfectionnement physique à défaut duquel les meilleures qualités de l'âme chez nos jeunes gens seront empêchées de se développer ou de se manifester en actions profitables.

IV. Tant qu'à l'ouvrier, quoi qu'on fasse, on ne pourra pas toujours le défendre contre la dégradation organique vers laquelle l'entraîne trop de fois son état. On verra à la bonne disposition des ateliers, à leur ventilation et à leur chauffage régulier, à leur entretien soigneux, à leur assainissement par les rayons solaires, à la stricte application de mesures appropriées contre la contagion ; on réglementera les conditions du travail d'une façon équitable ; de nombreux parcs et jardins, ces poumons des villes, comme les a appelés Landouzy, fourniront au travailleur et à sa famille un air plus frais et moins souillé que celui de la rue, mais rien n'empêchera tout à fait que l'ouvrier ne reste—pour ainsi dire à l'égal du fils du tuberculeux—par une prédisposition spéciale, la victime désignée à la phtisie, tant qu'on n'aura pas réussi à enrayer la contagion tuberculeuse.

V. La contagion tuberculeuse dérive de deux sources principales : le *crachat du phtisique* et le *lait des vaches tuberculeuses*. La suppression de celle-ci pourrait être obtenue facilement par l'abattage de toutes les vaches réagissant à la tuberculine, si elle n'allait à l'encontre d'intérêts immédiats considérables. En tout cas, la généralisation de l'épreuve gratuite des animaux par la tuberculine et le don d'une indemnité aux agriculteurs pour le sacrifice des animaux malades sont des questions qui s'imposent à la considération immédiate de l'Etat. En attendant des mesures plus radicales de protection, le lait

des vaches insensibles à la tuberculine sera seul consommé crû ; le lait de provenance douteuse sera soumis à l'ébullition ou à une pasteurisation prolongée.

On pourchassera aussi vigoureusement que celui du lait le bacille des crachats. Le soleil, le lavage et la désinfection devront être mis à contribution pour le supprimer dans les habitations privées et dans les lieux ouverts au public. Des règlements sanctionnés par des pénalités et sévèrement appliqués interdiront à tous de cracher à terre dans les endroits publics et même sur les trottoirs des rues. Les proches des phthisiques seront mis en garde contre les dangers de contagion directe par le baiser ou la projection de sécrétions dans les mouvements de la parole et de la toux aussi bien que contre ceux de contagion indirecte par le linge et mille autres objets, tels que les livres par exemple, que l'on détruira ou désinfectera. Les expectorations seront l'objet d'un soin particulier. Autant que possible, on les recueillera non sur des mouchoirs, mais dans des solutions antiseptiques et l'on évitera de vider le crachoir dans les alentours de la maison avant de l'avoir stérilisé par l'ébullition.

L'application générale de ces mesures supprimerait bien vite le bacille tuberculeux et conséquemment la tuberculose. Mais il ne faut pas s'attendre à la coopération personnelle intelligente et soigneuse de tous les citoyens à une œuvre de préservation sociale. La chasse au bacille ne donnera que des résultats incomplets, et longtemps encore seront nécessaires contre le fléau persistant des œuvres spéciales d'assistance et de préservation.

VI. Parmi celles-ci l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose—qui a pour principe l'éloignement de l'enfant du foyer infecté—est particulièrement adaptée aux besoins propres de notre population, en raison des conditions navrantes de la contagion dans nos familles. Comment la femme

du phthisique, obligée de surveiller les intérêts du dehors, ou la mère phthisique elle-même, succombant à la fatigue autant qu'à son infection, pourrait-elle appliquer en toutes circonstances à la préservation de ses enfants les soins hygiéniques requis ? De son impuissance en face des exigences de sa tâche découle la nécessité de soustraire les enfants à un foyer fatalement infecté. Leur placement à la campagne, même auprès des ménages sans enfants—peu empressés pour une indemnisation légère à sacrifier les facilités d'une vie paisible—rencontrera des obstacles sérieux. Mais il faut compter avec l'esprit public et le dévouement de nos citoyens, avec celui principalement de nos institutions religieuses charitables toujours ardentes à accomplir le bien qu'elles voient à faire. Plusieurs communautés de femmes recueillent déjà nos orphelins, mais elles ont pour la plupart leurs établissements dans les villes où l'industrie des religieuses trouve à s'exercer de mille façons profitables et où le recours à la charité publique est plus facile. La question me semble devoir être mise à une étude immédiate de confier à leur garde, dans des installations hygiéniques à la campagne, les enfants en danger de tuberculose dans les familles. Au prix de revient d'une cinquantaine de piastres par tête, auquel contribueraient souvent les familles intéressées elles-mêmes, le salut d'un grand nombre d'enfants, serait la récompense d'un acte social de bienfaisance admirablement conçu pour la préservation future de tous contre la tuberculose.

VII. La limitation par de pareilles mesures préventives des ravages de la tuberculose aurait encore pour effet de rendre possible, dans un avenir plus ou moins rapproché, de permettre la participation de tous les tuberculeux aux bénéfices des œuvres d'assistance dont le type le plus parfait est jusqu'à présent le sanatorium. Si le sanatorium était passible vraiment de tous les reproches qu'on lui a faits, il aurait encore en quelque sorte

une raison d'être en ce qu'il reste la suprême espérance du tuberculeux. C'est le sanatorium qui a répandu dans tous les milieux la croyance à la curabilité de la tuberculose. Sans doute nous devons en rabattre de l'enthousiasme du début au sujet de ses résultats. Si sur un ensemble de cas plus ou moins graves, mais non extrêmes, il donne 65% de guérisons relatives ou de retours à la capacité de travail, 10% seulement de ces guérisons se maintiennent après une épreuve de 3 à 9 ans. Malgré ce faible pourcentage de guérisons durables, les faits remarquables—dont nous avons été témoin—de tuberculoses avancées qui y ont été jugulées définitivement nous interdisent d'accepter l'opinion que le sanatorium doit être réservé aux pré-tuberculeux. Les malades en pleine évolution de tuberculose commençante n'y iront pas seulement pour des satisfactions morales ; ils y poursuivront légitimement la recherche à la vérité parfois décevante, mais non illusoire, de bénéfices matériels réels.

Le sanatorium n'est pas indispensable au tuberculeux riche qui trouvera ailleurs, quoique difficilement, des conditions équivalentes de cure. Mais pour le tuberculeux de la classe populaire,—qui de toutes ses forces se rattache à la vie, cherchant une abondante nourriture, le repos et une bonne discipline hygiénique,—aucune institution ne peut avantageusement le remplacer. Il est en outre la source la plus vive d'où se répand dans les masses par des propagateurs non suspects, les bénéficiaires de l'œuvre, et au moyen de leçons de choses, une éducation hygiénique propre à combattre les prédispositions morbides et à enrayer le développement des tuberculoses latentes. Nous croyons donc, sans prétendre que cette institution doive absorber les premières ressources de la lutte antituberculeuse, qu'il est de l'intérêt bien compris de notre pays de commencer à

grouper les moyens qui peuvent avant longtemps nous permettre d'édifier quelques sanatoriums populaires.

VIII. A côté du sanatorium et de quelque façon subordonné à son existence, le dispensaire depuis quelques années dispute aux autres instruments de la lutte antituberculeuse les faveurs de l'opinion médicale.

Le dispensaire antituberculeux a été conçu sous des formes variées. Il est en réalité une institution plus ou moins complexe dont le but essentiel est l'éducation des tuberculeux et la préservation de leurs proches, le but accessoire l'assistance aux uns et aux autres.

Sa mission d'assistance, toujours incomplète par son action propre, exige qu'il se rattache par des liens étroits à des installations plus parfaites de prophylaxie et de cure telles que les œuvres de préservation de l'enfance, les sanatoriums pour adultes et enfants, et aussi aux établissements de secours tels que les hôpitaux et asiles pour tuberculeux.

Longtemps le rôle de dispensaire antituberculeux sera limité parmi nous en raison de l'absence d'œuvres complémentaires importantes. Cependant, même réalisé dans un type simple et peu coûteux, mais lié aux œuvres d'assistance générale et secondé dans ses efforts par quelques sociétés de bienfaisance, il donnerait dès maintenant des résultats surprenants. Le mal dû à la négligence et à l'ignorance de l'hygiène, spécialement en matière de tuberculose, est grand dans certains faubourgs de nos villes. L'influence bienfaisante d'un dispensaire antituberculeux, dirigé avec zèle et compétence s'y manifesterait dans des circonstances nombreuses.

La distribution de médicaments et autres secours soulagerait des souffrances ; des instructions réitérées, une surveillance assidue supprimeraient à la fois des défaillances organiques et des sources de contagion ; le dépistage des tuberculoses com-

mengantes entraînerait un traitement précoce dont la sage utilisation des œuvres existantes et des ressources individuelles étendrait les avantages à un grand nombre ; enfin des revendications opportunes contre les patrons et les propriétaires coupables— au détriment des malheureux—de la violation des lois sanitaires tendraient à corriger peu à peu les conditions d'insalubrité de l'atelier et de l'habitation. Ainsi et de bien d'autres façons le dispensaire pourrait-il participer à la lutte antituberculeuse dans nos principales villes.

IX. Mais la création et la mise en opération de ces œuvres exigeraient des ressources considérables, et nous semblons au premier abord bien dépourvus. Cependant nous les mènerons à bonne fin si nous savons chercher et rassembler à leur profit toutes les valeurs disponibles de la fortune publique et privée.

L'Etat ne saurait rester indifférent au plus grand mal social qui existe. Nous ne prétendons pas qu'il puisse tout faire pour le combattre ; mais nous comptons qu'il voudra faire quelque chose. C'est son devoir impérieux de contribuer à l'édification et de s'appliquer à la sauvegarde des œuvres antituberculeuses.

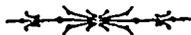
Ces œuvres s'entreprendront du reste plus encore des dons généreux de riches philanthropes et des contributions modestes d'une légion bienfaisante de citoyens obscurs. Cependant, les soutiens naturels des œuvres antituberculeuses les plus puissants sont les assurances ouvrières et les mutualités. Les hommes de toutes les classes, et de classes populaires surtout, adhèrent en grand nombre en notre pays à différentes sociétés de secours mutuels. Ils en retireraient en cas de tuberculose un profit immense, si ces institutions, dégagées des mains de spéculateurs sans conscience et animés d'un esprit de bienfaisance, poursuivaient vraiment un but humanitaire. Mais les directeurs de nos mutualités, au lieu de travailler au développement des procédés d'assistance et de protection, orientent leurs efforts vers

des fins de rendement immédiat, soit pour les besoins de la réclame, soit en vue de spéculations invariables.

En Angleterre, en Allemagne et dans quelques autres pays, les assurances font ou se préparent à faire une propagande hygiénique active; les mutualités consacrent des centaines de millions de francs au traitement de leurs membres tuberculeux dans des sanatoriums populaires, et elles trouvent dans ce service public d'assistance et d'éducation des conditions de prospérité actuelle aussi bien que de stabilité. La cure d'un tuberculeux dans un sanatorium, évaluée à 80 piastres, n'atteint pas le coût des secours que nos mutualités accordent à leurs membres, en pure perte pour leur santé, après en avoir retardé l'échéance aux extrêmes limites. Aussi, serait-ce un grand bienfait pour les classes populaires, si l'Etat se décidait une bonne fois à surveiller, comme il convient, les intérêts publics investis dans les mutualités et les assurances.

Dès ce jour nous n'aurions plus de difficultés insurmontables à trouver les ressources nécessaires pour nous défendre avantageusement contre la tuberculose.

Telle est, messieurs, avec l'exposé sommaire des conditions d'origine de la tuberculose, l'énumération—trop rapide pour être précise et complète—des moyens de lutte antituberculeuse. Contre le fléau envahissant dans tous les pays un cri d'alarme a été jeté. Chacun peut contempler avec un sentiment d'impuissance et d'effroi le mal qui l'atteint dans sa personne, dans sa famille ou du moins dans ses amis. Des appels à la protection et à l'assistance viennent de toutes parts. En face d'une si grande misère, une ligue antituberculeuse vient d'être fondée et un mouvement d'ensemble de défense se dessine enfin dans notre société. C'est à vous et à chacun de vous, messieurs, qu'il appartient, par les efforts heureusement combinés de votre science et de votre dévouement, de lui communiquer une impulsion hâtive, forte et durable.



DE LA FORME SYNCOPALE DE L'AVORTEMENT

Nous lisons dans le Précis d'obstétrique de M. M. Ribemont Dessaignes et Lepage, au chapitre des complications de l'avortement : "ces hémorrhagies donnent lieu à des signes généraux plus ou moins marqués (pouls petit, décoloration des téguments, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, etc.); les syncopes et les tendances syncopales sont fréquentes. Il ne faut pas s'effrayer outre mesure de ces hémorrhagies qui, surtout au moment où le placenta est en train de se décoller, s'accompagnent souvent de symptômes généraux plus effrayants en apparence que réellement inquiétants. C'est ce que Pinard appelle la forme syncopale de l'avortement. Ces hémorrhagies sont beaucoup moins graves que celles qui surviennent au cours de la délivrance chez une femme à terme." Ces quelques lignes donnent une idée suffisante de ce qu'il faut entendre par forme syncopale de l'avortement. Comme dans tout avortement, il y a ici hémorrhagie, mais il y a aussi syncope, et le fait particulier est que la syncope ne paraît pas dépendre de l'hémorrhagie, même quand celle-ci par son abondance, peut être rangée parmi les complications. Ce qui légitime l'expression de forme syncopale créée par le professeur Pinard, c'est que la syncope où les phénomènes lipothymiques n'étant pas étroitement liés à une abondante perte de sang et ne présentant pas par eux-mêmes, comme nous le verrons dans la suite, un pronostic sérieux, ne commande pas une intervention qui serait peut-être hâtive. En présence de ces symptômes, il ne faut pas s'effrayer, et il faut savoir attendre.

Lepage, dans son service de l'hôpital de la Pitié, ne manque

jamais l'occasion de faire remarquer à ses élèves les particularités de la forme syncopale quand elle se présente, et c'est lui qui m'a fait connaître cette complication que je n'ai pas eu l'occasion d'observer dans les autres services que j'ai suivis.

Le Dr. Delestre, élève de Pinard, dans son livre sur l'avortement, consacre à la forme syncopale le passage suivant que je citerai en entier : " Chez certaines femmes ayant perdu du sang dans les jours précédant l'avortement, quelquefois même sans cette circonstance, on peut voir pendant le travail et avec une perte de sang minime se produire un état général grave, malaises, vertiges, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, petitesse du pouls, tendance à la syncope. Cet état peut persister jusqu'à l'expulsion du produit de conception. On voit alors tous les symptômes inquiétants disparaître et l'état de la malade se relever rapidement. Il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses impressionnables, parfois anémiées par des hémorrhagies antérieures."

C'est bien autre chose que l'on observe dans le cas d'hémorrhagies profuses comme celles qui accompagnent parfois la délivrance chez la femme à terme. Ici les phénomènes constatés apparaissent nettement comme étant fonction d'une anémie aiguë. Ils constituent un danger imminent, et appellent impérieusement une intervention immédiate.

Nous verrons, en analysant les symptômes de la forme syncopale, qu'ils sont loin de présenter une telle gravité, et, n'étant pas sous la dépendance de l'anémie post-hémorrhagique, permettent l'expectative, et ne doivent pas causer d'alarmes.

Comme je l'ai déjà fait pressentir, et que je vais essayer de vous le démontrer dans la suite, les symptômes de la forme syncopale n'ont en eux-mêmes aucun caractère de gravité. Ils n'appellent pas une intervention urgente ; ils donnent seulement une physionomie particulière à l'avortement. Mais ils peuvent

tromper le praticien qui les ignore, sur le véritable état de la parturicute; et il faut les bien connaître.

C'est le plus souvent entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta, quand l'avortement se fait en deux temps, que se produisent les phénomènes qui nous occupent. Pour être plus précis, je dirai qu'ils semblent apparaître au moment où le placenta commence à s'engager dans l'orifice interne du col, et souvent, ils se répètent tout le temps que dure le passage du délivre à travers le canal cervical pour cesser immédiatement après son expulsion quand il est expulsé en entier. Ils se montrent également pendant la période de forcement du col. Quelquefois c'est au moment de l'expulsion d'un ou de plusieurs caillots que la femme se trouve mal, et pourtant la femme n'est pas anémiée. On observe même des tendances syncopales après la délivrance, bien que la patiente ne perde pas.

Il s'agit souvent d'une syncope complète, unique ou répétée. Mais toutes les femmes ne perdent pas connaissance, et cela n'est pas nécessaire pour créer une forme syncopale de l'avortement. Parfois on constate certaines perturbations, en particulier de l'appareil circulatoire, telles que de simples modifications du pouls.

Certaines femmes accusent un état tout particulier, état de vie ralentie si je puis dire; elles paraissent très fatiguées, comme anéanties; n'ayant plus la force de faire un mouvement, craignant à tout instant de s'évanouir. Elles ont le facies pâle, les traits las; on dirait en un mot, que la vie va les abandonner, et qu'elles n'ont plus qu'un souffle.

Beaucoup de femmes n'ont que des lipothymies, des défaillances. Elles se plaignent de vertiges, de bourdonnement d'oreilles; elles disent ne plus voir, ne plus entendre, et que tout tourne autour d'elles. Chez quelques-unes, il n'existe qu'une grande pâleur du visage, bien qu'elles n'aient pas perdu beaucoup de

sang. D'autres ont des étouffements ou enfin un simple malaise général.

On peut ainsi trouver tous les intermédiaires depuis la perte absolue de connaissance jusqu'au simple malaise, et les troubles les plus variés.

Ce qu'il est intéressant surtout de constater au milieu de tous ces symptômes, c'est l'état du pouls. Il dépasse rarement 100 pulsations, et s'il va au-delà, il ne s'y tient pas et revient vite en bas de 100.

Le plus souvent le pouls reste normal quant au nombre de pulsations ou même il est ralenti. Le pouls ralenti coïncide plus particulièrement avec cet état tout spécial des femmes, état de prostration, d'anéantissement dans lequel il semble qu'elles aient le minimum de vie, ce qui n'est d'ailleurs qu'une impression.

Maintenant il est bon de remarquer que ces divers symptômes coïncident le plus souvent avec une perte de sang peu abondante, celle qui accompagne d'ordinaire un avortement. Il ne faut donc pas s'étonner de les rencontrer chez des femmes qui n'ont qu'une hémorrhagie légère, et surtout ne pas s'alarmer. Il arrive qu'ils se produisent chez des perturbées qui ont perdu une grande quantité de sang et qui sont déjà anémiées. Même dans ce cas, ils ne sont pas un indice de danger, n'étant pas liés étroitement à l'hémorrhagie.

Voici deux observations dues à l'obligeance de M. le Dr. Lepage, accoucheur à la Pitié, absolument caractéristiques de la forme syncopale de l'avortement. Mieux que mes descriptions imparfaites, elles vous feront comprendre ce qu'est la complication dont il est question.

En mars 19... le Dr. Lepage est appelé un vendredi soir, à 8 heures, auprès de la femme d'un de ses amis, ancien interne des hôpitaux qui lui écrit : "Aie la bonté de venir immédiate-

ment auprès de X (sa femme) qui se meurt d'hémorrhagie ; elle sera peut-être morte quand tu arriveras. Le Dr. Lepage se rendit sur-le-champ à cet appel si angoissant. Il se trouva en présence d'une femme, primipare de 23 ans, enceinte de $3\frac{1}{2}$ mois, et qui le matin, avait expulsé un embryon. Dans l'après-midi, les contractions utérines étaient survenues, en même temps que se produisait un écoulement sanguin de quantité modérée. Le pouls était à 80, et la femme un peu pâle, se plaignait de sensations de défaillance, et avait à deux ou trois reprises perdu connaissance.

Au toucher, Lepage constatait du tissu placentaire en voie d'engagement dans le col. Connaissant dès cette époque, pour les avoir appris du professeur Pinard, les signes qui accompagnent assez souvent ce décollement du placenta post-abortum il rassura son ami, et lui conseilla l'expectation en usant des injections vaginales chaudes et répétées.

La nuit se passa sans incident ; les contractions utérines furent moins fréquentes. Dans la journée du samedi, le Dr. X fit appeler auprès de sa femme le Dr. Doléris qui fut d'avis de pratiquer le curettage utérin pour extraire le placenta. Rendez-vous fut pris pour le dimanche à 8 heures du matin pour cette opération à laquelle le Dr Lepage devait assister comme aide.

Dans la nuit du samedi au dimanche le Dr. X se ravisa, et craignant de laisser pratiquer une opération à sa femme pria le Dr Doléris d'y surseoir. Dans la journée du dimanche, l'écoulement sanguin fut peu abondant ; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le professeur Pinard vit cette dame en consultation le lundi, et conseilla l'expectation, se basant sur l'état général satisfaisant, l'absence de température et de nouvelle hémorrhagie. Le mardi soir, la femme expulsa son placenta après avoir souffert pendant deux heures, et avoir présenté quelques tendances

syncopales qui ne pouvaient s'expliquer par un écoulement sanguin alors modéré.

Cette dame se rétablit sans incident, et est accouchée deux fois depuis dans des conditions normales.

Cette observation présente un réel intérêt au point de vue pratique. On y voit l'affollement que peuvent produire ces accidents dûs à l'avortement à forme syncopale, non seulement dans une famille, mais chez un médecin des plus distingués et des plus instruits comme l'est le mari de cette dame au dire de Lepage.

Le dimanche matin, 12 janvier 19.., le Dr. Lepage est envoyé par le Pr. Pinard auprès d'une dame étrangère venue à Paris pour soigner son estomac, et atteinte à ce moment d'une hémorrhagie.

Les dernières règles ont eu lieu en septembre. M. Pinard qui a vu la malade a reconnu une grossesse, mais a émis des doutes sur la vitalité de l'œuf. Lorsque le Dr. Lepage arrive auprès d'elle, il trouve une femme en travers du lit, jambes et cuisses pliées, tête basse, ayant une vessie de glace directement sur le ventre, gardant d'après l'ordre du médecin traitant une immobilité absolue par crainte de syncope mortelle. La malade est sur un lit taché de sang, a eu des injections chaudes, deux piqûres d'ergotine et un sac de glace sur le ventre. Elle a des tendances syncopales qui effraient le médecin et l'entourage de la malade. Le pouls est à 66.

Lepage fait lever la malade et la fait asseoir dans un fauteuil pendant que l'on refait le lit.

Ensuite la malade est examinée : l'utérus est un peu gros, et remonte au-dessus de la symphyse ; col entr'ouvert dans lequel est sentie une masse dure. Il y a suintement sanguin et des nausées.

A force d'interrogations et après avoir demandé à voir les

linges tachés de sang, Lepage finit par constater qu'un embryon a été expulsé ; quant au placenta, il est impossible de savoir s'il est rendu. La femme ne perdant plus, et son pouls n'ayant jamais dépassé 70, elle est laissée en repos, sans même qu'on lui fasse d'injections chaudes

Quatre jours après, la femme continuant à perdre du sang et ayant une température qui s'élève à 38 degrés, Lepage ayant senti une masse résistante qui s'engage dans le col, fait sans anesthésie, le curage digital et extrait une masse de tissu placentaire.

Les jours suivants, l'écoulement sanguin est insignifiant. La température revient à la normale, et la femme se lève le 3 février sans autre accident.

Nous verrons dans un instant que la cause de la syncope est presque toujours la même, et qu'elle se rattache à un épisode pour ainsi dire physiologique de l'avortement. Mais il nous faut chercher tout d'abord si cette cause ne pouvait être rapportée soit à la constitution générale de la femme ou à son tempérament, soit aux circonstances qui ont précédé ou accompagné la fausse couche.

Il n'est pas nécessaire que la femme ait une lésion viscérale, cardiaque ou pulmonaire pour présenter les symptômes que j'ai décrits. Dans les observations que j'ai recueillies chez Bar, Bonnaire, Boissard, Doléris et Lepage, aucune affection organique n'est signalée, et ces accoucheurs déclarent avec Pinard, qu'il n'y a pas de relation entre l'état constitutionnel de la femme et les signes de la forme syncopale. Budin se range aussi à cet avis.

Pour Delestre, "il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses, impressionables, parfois anémiées par des hémorrhagies antérieures." Ce serait pour la première catégorie, une question de tempérament, et il est possible en effet qu'une femme impres-

sionnable ait des syncopes à la vue du sang, ou parce que la fausse couche est pour elle une contrariété, parce qu'elle en connaît et en redoute les complications. Mais en réalité, il y a ici autre chose que cela, puisque dans la plupart des observations, on remarque la cessation brusque des phénomènes aussitôt que la femme est délivrée. Quant à l'anémie consécutive à une perte abondante ou à des pertes répétées, elle accroît sans doute la susceptibilité de la femme, elle aide peut-être à la mise en jeu des réflexes vaso-moteurs ou autres, mais elle n'est encore qu'une cause prédisposante.

La douleur peut-elle être l'agent provocateur des phénomènes syncopaux dans l'avortement? Dans les faits observés, il n'est guère possible de trouver une relation de cause à effet entre la douleur et la syncope, car la plupart du temps, la femme ne souffre pas au moment où elle perd connaissance.

Pinard, Lepage croient que ces symptômes sont attribuables à des phénomènes réflexes dus à la distention du canal cervical et en particulier de son orifice interne, par les annexes du foetus. Nous ne voyons pas ici en effet, comme dans l'accouchement à terme, le foetus préparer la voie pour le passage ultérieur du délivre; il est encore trop petit et trop malléable pour façonner les parois du col de façon que le placenta qui ne présente pas les mêmes caractères physiques, puisse franchir le canal cervical sans éprouver de résistance. Mauriceau disait déjà: "La nature ne peut se délivrer de l'arrière-faix, parce que le corps des avortons étant très petit et mollasse, comme il arrive ordinairement en ces sortes de fausses-couches, et n'ayant fait d'ouverture de la matrice qu'à proportion de sa petitesse, cette ouverture ne répond pas à la grosseur plus considérable de l'arrière-faix." Et cela tient à ce qu'au début de la grossesse, le col utérin n'a subi qu'un commencement de ramollissement, localisé à une petite portion du museau de tauche.

Nous avons vu que les lipothymies, les défaillances, les syncopes, semblaient débiter à l'instant où le placenta tente de forcer l'orifice interne du col, et que souvent ces accidents duraient ou se répétaient tout le temps que dure le travail de la délivrance, pour cesser immédiatement. Il n'est pas toujours possible de se rendre un compte exact de cette coïncidence du début, au moins par le toucher ; mais il est toujours facile de suivre le parallélisme de ces deux ordres de faits : cheminement lent du placenta à travers le col, et phénomènes syncopaux. Je pourrais vous citer ici des observations qui seraient la contrepartie des précédentes, et dans lesquelles nous verrions que le placenta étant resté complètement adhérent au fond de l'utérus, et le col par conséquent n'ayant subi aucune tentative d'effraction, la femme n'a présentée aucune défaillance, bien qu'ayant perdu beaucoup de sang. *Sublâtâ causâ, tollitur effectus.*

Mais, je ne m'attarderai pas à vous citer ces observations, car je ne ferais qu'augmenter la longueur de ce travail, sans y ajouter le moindre intérêt, car ces derniers faits sont bien connus.

Nous sommes donc en présence d'une action réflexe dont le col de l'utérus est le point de départ, et je vais essayer d'indiquer par les données anatomiques et physiologiques quelle est la marche de ce réflexe.

Je m'appuierai sur l'étude qui a été faite de phénomènes tout à fait comparables, lesquels se produisent quelquefois pendant les tentatives criminelles d'avortement. Belin relate 6 observations de femmes qui ont eu des symptômes semblables à ceux que j'ai décrits, et qu'il attribue à la distension brusque du canal cervical par le liquide de l'injection qui a servi à provoquer l'avortement, ou par la canule elle-même ; cette violence étant poussée vigoureusement, " le canal cervical, dit-il, pourra être brusquement dilaté, et cette violence retentira sur toute la

longueur du col et particulièrement sur son orifice interne. Or nous savons que le col, et surtout cette dernière partie reçoivent des filets nerveux que le professeur Richet a pu suivre." Il est donc permis de supposer avec le professeur Ollivé que ces conditions peuvent favoriser la syncope.

Normalement, la partie intra-vaginale du col utérin, le museau de tanche est fort peu sensible. L'orifice interne, au contraire, reçoit toujours des filets nerveux, et le professeur Richet qui a étudié d'une façon spéciale l'innervation de l'utérus, a pu même les suivre jusque vers le milieu de la hauteur du col. Ce sera donc souvent de cette partie de l'organe que proviendra l'irritation.

Comment se propage-t-elle et où aboutit-elle? L'utérus reçoit des filets nerveux provenant de la portion lombaire et sacrée du grand sympathique et des 3ième et 4ième nerfs du plexus sacré. Mais ces nerfs n'abordent pas directement l'utérus, et ils contribuent avant de l'atteindre, à la formation de trois plexus : le plexus hypogastrique, le plexus lombo-aortique et le plexus ovarique. Le premier reçoit des anastomoses du plexus mésentérique avec lequel se continue également le plexus lombo-aortique. Le plexus ovarique reçoit de nombreux filets du plexus solaire et du plexus rénal. J'ajoute que le plexus mésentérique est en relation avec un ganglion situé à la racine de l'artère mésentérique inférieure, le ganglion mésentérique inférieur, lequel s'anastomose en dehors avec le deuxième ganglion lombaire et a été considéré par Frankenhaüser comme le principal centre des mouvements de l'utérus. Il faut remarquer en outre que d'après Testut, "plexus solaire, plexus lombo-aortique, plexus hypogastrique ne sont pas aussi distincts sur le sujet que dans les descriptions. Ils forment comme le tronc nerveux dont ils émanent, un grand tout, divisé seulement pour la commodité de l'étude.

“ Il résulte de là, dit Belin, que l'utérus est lié sympathiquement à un grand nombre d'organes. Aussi, après son excitation, peut-on voir apparaître des phénomènes réflexes très variés.”

La sensation partie de l'utérus peut avoir comme résultat soit des phénomènes d'excitation, soit au contraire des phénomènes d'inhibition. Il y a phénomènes d'excitation lorsque la sensation transmise par les nerfs centripètes partant de l'utérus est peu intense et ne dépasse pas l'un des centres moteurs de l'organe. Il y a phénomènes d'inhibition lorsque l'excitation ayant pour point de départ l'utérus, est suffisamment vive pour se propager au-delà.

Dans le premier cas, l'un des centres moteurs, soit lombaire, soit méésentérique, recevant une impression convenable réagira à la façon de tous les centres moteurs, c'est-à-dire, en provoquant une contraction musculaire, dans le cas présent, une contraction utérine. Si l'impression, douloureuse ou non, a dépassé ces centres, le même réflexe moteur pourra encore se produire sur d'autres organes. Enfin, dans des circonstances physiologiques particulières, l'excitation provenant de l'utérus, pourra donner lieu à des phénomènes réflexes inhibitoires. Contractions utérines, nausées, vomissements, céphalalgie, vertiges, pâleur et refroidissement, syncope, tels sont les principaux symptômes que l'on peut observer à la suite d'excitation de l'utérus.

Supposons que l'impression partie de l'utérus s'engage dans le plexus solaire, et dans les nerfs splanchniques, elle pourra en effet produire un réflexe vaso-moteur : ce sera par exemple une vaso-dilatation abdominale intense, et cela amènera une déviation importante et un ralentissement du courant sanguin, d'où pâleur et refroidissement cutané. Les vaso-moteurs des membres pourraient d'ailleurs être excités de façon à augmenter ses effets. Dans le cas de syncope, l'impression partie de l'utérus est trans-

mise par la moëlle jusqu'au bulbe, et on a le plus souvent une syncope cardiaque.

On rencontre de fréquents exemples de ces phénomènes réflexes en pathologie. C'est ainsi que des ulcérations du col provoquent des palpitations et de l'essoufflement. Je connais quelques observations de ce genre où les accidents cardiaques renferment tous les degrés de la défaillance, depuis la lipothymie jusqu'à la syncope complète.

" Il est possible encore, dit Belin, que l'impression partie de l'utérus agisse sur le pneumogastrique par l'intermédiaire du plexus abdominal." L'on ne peut rejeter tout à fait cette idée, connaissant les expériences de Brown Séquart qui parvient à provoquer l'arrêt du cœur par l'écrasement du ganglion semi-lunaire, et en se rappelant les rapports intimes des différents plexus de l'abdomen.

Ce qui précède me paraît éclairer suffisamment l'esprit sur ce qui se passe dans l'avortement à forme syncopale. Nous sommes là en présence de phénomènes réflexes mis en branle par la lutte qu'exerce le délivre contre l'orifice interne du col au moment où il tente de forcer la passe. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que le placenta soit volumineux pour que le réflexe se produise, car on observe même plus souvent la forme syncopale dans les avortements des premiers mois.

Quelle conduite faut-il tenir dans ces circonstances ? Je serai bref, car nous avons vu amplement déjà que les symptômes de la forme syncopale sont dépourvus de gravité. Mais il est utile pour le praticien d'avoir présent à la mémoire les faits du genre de ceux que j'ai décrits, afin que, dans les circonstances analogues, il sache à quoi s'en tenir et qu'il ne perde pas la tête.

C'est dans cet esprit que le professeur Pinard a créé une forme syncopale de l'avortement, afin de prévenir les accoucheurs contre une intervention trop hâtive et inopportune. Les

choses se passent toujours bien, et s'il n'y a pas d'hémorragie vraiment abondante, tandis que le placenta achève de se détacher, il faut laisser la délivrance se faire d'elle-même. Néanmoins, si elle traîne en longueur, si la femme s'inquiète, si son entourage surtout presse le médecin d'en finir, il pourra achever la délivrance par l'extraction manuelle, suivie d'un curage digital ou d'un curetage à la curette moussé immédiat s'il y a lieu.

La seule indication urgente est l'hémorragie profuse, et à ce sujet Pinard dit : " ou bien le pouls est au-dessus de 100, ou bien il est au-dessous. Est-il au-dessus de 100? intervenez immédiatement. Attendez au contraire s'il est au-dessous." Or, nous avons vu que le pouls dans la forme syncopale, est le plus souvent non accéléré ou même ralenti. Il est vrai qu'il peut subir des changements brusques chez la même femme à de courts intervalles. Dans les hémorragies graves il reste accéléré, et de plus, il est mou, dépressible et bientôt filiforme ; il commande l'intervention. C'est un peu affaire de coup d'œil, et le vieux clinicien ne s'y laisse pas tromper.

J'ajouterai que si l'on croit devoir abandonner à elle-même la marche de l'avortement, il est toutefois indiqué, pour calmer la malaise de la femme qui a des tendances syncopales, de lui administrer des boissons alcoolisées, de lui faire respirer de l'éther, ou même de lui pratiquer des piqûres de caféine et d'éther. On aura soin également qu'elle se tienne dans le décubitus dorsal et qu'elle ait la tête basse placée.

P. A. GASTONGUAY E. D.

Paris, 24 mai 1906.



MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DE
QUÉBEC PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1906.

Chirurgie de la tête et du cou.

- 1° Plaie par instrument tranchant, de la joue 1.—Désinfection et Suture.
- 2° Naevus sur le front 1.—Ablation.
- 3° Kyste sébacé de la joue 1.—Ablation.
- 4° Adénome de la joue 1.—Ablation.
- 5° Cancer de la langue. 1.—Résection de la partie malade.
- 6° Cancer du maxillaire inférieur 1.—Résection de la moitié gauche du maxillaire et ablation de ganglions du même côté.
- 7° Ganglions tuberculeux suppurés de la région sous-maxillaire 1.—Curettage et cautérisation au thermo-cantère.
- 8° Ganglions tuberculeux suppurés du cou 1.—Ablation.
- 9° Hématome suppuré de la nuque 1.—Ouverture et drainage.
- 10° Mal sous-occipital 1.—Appareil plâtré.
- 11° Plaie contuse du cuir chevelu 1.—Désinfection, hémostase et suture.

Chirurgie du membre supérieur

- 1° Doigts coupés ou écrasés 4.—Désinfection, suture et embaument à l'alcool.
- 2° Plaie par instrument de la face postérieure de l'avant bras 1.—Désinfection, suture tendineuse et suture de la peau.
- 3° Panaris sous-périosté du médius droit 1.—Ouverture.
- 4° Phlegmon de la main 1.—Ouverture et enveloppements humides.

- 5° Furoncle du bras 1.—Ablation au thermo-cautère.
- 6° Luxation en arrière du coude et fracture de la tête du radius 1.—Réduction de la luxation et appareil plâtré.
- 7° Sarcome à base d'implantation sur l'apophyse coronoïde du cubitus 1.—La tumeur ayant été enlevée deux fois toujours avec récédive la désarticulation de l'épaule est faite.
- 8° Abscess tubéreux de l'aisselle 1.—Résection des parties malades.
- 9° Ganglions tuberculeux de l'aisselle 1.—Ablation.
- 10° Tuberculose de l'épaule 1.—Ablation de séquestres et drainage.
- 11° Tuberculose de la clavicule 1.—Curettage et cautérisation.

Chirurgie du thorax

- 1° Tuberculose costale 3.—Curettage, ablation de séquestre, cautérisation.
- 2° Cancer du sein 4.—Amputation du sein et évidement de l'aisselle.
- 3° Tumeur du sein de nature inconnue 1.—Ablation de la tumeur.
- 4° Lipôme dans la région de l'omoplate 1.—Ablation.
- 5° Anthrax sur la poitrine 1.—Ablation au thermocautère.

Chirurgie de l'abdomen

- 1° Lithiase biliaire 1.—Cholécystostomie.
- 2° Sarcôme de la fosse iliaque gauche intéressant l'intestin 1.—Laparotomie exploratrice.
- 3° Eventration post-opératoire.—cure radicale par ablation de la cicatrice et suture séparée de chaque couche.
- 4° Hernie inguinale 1.—Cure radicale.
- 5° Hernie crurale étranglée 2.—Cure radicale de l'une et anus artificiel de l'autre 1.—Le dernier malade est mort de

péritonite par gangrène de l'intestin et épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale produits avant l'opération.

6° Laparotomie pour adhérences intestinales

7° Obstruction intestinale par une scydale de la grosseur d'une tête de fœtus.—Laparotomie et extraction de la tumeur par entérotomie.

8° Appendicite 12.—Appendicectomie, drainage pour cinq cas avec abcès.

Chirurgie de l'anus et du rectum

1° Hémorroïdes 3—Dilatation anale et ablation des hémorroïdes au thermo-cantère.

2° Fistule anale 1.—Débridement.

Chirurgie des organes génito-urinaires

1° Métrite hémorrhagique 2.—Curettage.

2° Métrite catarrhale 1.—Curettage.

3° Métrite et polypes muqueux 1.—Curettage.

4° Métrite et col conique 1.—Dilatation et curettage.

5° Polype utérin 1.—Ablation et curettage.

6° Prolapsus utérin 1.—Amputation susvaginale du col, colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie.

7° Fibrôme utérin 3.—Hystérectomie sub-totale par voie abdominale.

8° Grossesse extra-utérine interstitielle rupturée 1.—Laparotomie, salpingectomie.

9° Gros kyste de l'ovaire 1.—Ovariectomie.

10° Ovaires kystiques 1.—Ovariectomie.

11° Ovaires kystiques et ménorrhagie 1.—Hystérectomie sub-totale.

12° Fistule vésico-vaginale 1.—Suture.

13° Polype gangréné de la vessie sortant à travers l'urèthre chez une femme 1.—Ablation et cautérisation.

14° Hydrocèle 1.—Retournement de la vaginale.

15° Calculs de l'urèthre, incrustations des parois de la vessie 1.—Cystostomie suspubienne et uréthrotomie externe.

Chirurgie du membre inférieur

1° Abscès du psoas 1.—Ouverture et drainage.

2° Récidive cancéreuse dans les ganglions inguinaux 1.—Ablation.

3° Corps étranger de la cuisse 1.—Extraction.

4° Ecrasement de la cuisse et du bras 1.—Récection des lambeaux et embaumement.

5° Luxation de la hanche et fracture du col 1.—Réduction et appareil de Tillaux.

6° Tuberculose du genou 1.—Ponction et injection d'éther iodoformé.

7° Tuberculose du genou et de la hanche 1.—Désarticulation de la hanche.

8° Un malade qui à la suite d'une chute se présente pour une fracture ouverte de la cuisse, une fracture de la rotule, des deux poignets, du maxillaire inférieur et de la base du crâne. Il est mort trois heures après l'accident, son état n'ayant permis aucune intervention.

De ces 89 malades quatre sont morts ; un souffrait de hernie étranglée, un de tuberculose du genou et de la hanche, un d'écrasement de la cuisse et du bras et l'autre de fractures multiples ci-haut mentionnées.

Le cas de fistule vésico-vaginale est parti non guéri. Les autres malades ont laissé l'hôpital guéris, ou en voie de guérison ; quelques-uns encore sous traitement à l'hôpital sont en voie de guérison.

DR. ACHILLE PAQUET

Médecin-Interne de l'Hotel-Dieu Que.

Revue des Journaux

THERAPEUTIQUE CLINIQUE

PATHOGÉNIE, SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES CHALEURS EXCESSIVES
(COUP DE SOLEIL ; COUP DE CHALEUR).

1. *Considérations historiques ; pathogénie.*—Il va sans dire que la connaissance des accidents causés par les chaleurs excessives remonte aux âges les plus reculés de l'humanité. La bible les mentionne d'une façon explicite, en maints chapitres. Des passages nombreux leur sont consacrés dans les écrits des médecins de l'antiquité. Toutefois, c'est surtout à partir du dix-huitième siècle qu'ils firent l'objet de publications spéciales, plus ou moins étendues. Rien d'étonnant à cela, quand on tient compte de ce que l'avènement de la médecine militaire ne remonte pas sensiblement plus haut. Or, c'est surtout aux armées, que dans nos pays d'Europe, les occasions d'observer les accidents susdits s'offrent avec une fréquence déplorable. Aussi bien, c'est à des médecins militaires et à des médecins français surtout, que nous sommes redevables des travaux sur les accidents en question, dignes d'être pris en considération. Une mention spéciale revient aux publications de De Meyseréy (*La Médecine d'armée*, Paris, 1754), et de J. Colombier, qui, dans le tome II (p. 35), de sa *Médecine militaire*, a consacré un chapitre spécial aux " coups de soleil."

Dès l'époque à laquelle je fais illusion, on avait reconnu la nécessité d'établir des distinctions et des catégories, entre les accidents multiples, confondus sous l'étiquette *d'insolation*, que les chaleurs excessives sont susceptibles de produire. Colombier, qui a introduit l'expression de *coup de soleil* dans le langage médical, rattachait les accidents qu'il a décrits sous ce nom, à l'*apoplexie* et à la *phrénésie*. L'apoplexie, presque toujours mortelle, ne différait en rien, de l'apoplexie sanguine vulgaire (hémorrhagie cérébrale), autant que Colombier en avait pu juger à l'ouverture des cadavres. Quant à la phrénésie, Van Swieten, dans sa description abrégée des maladies des armées (traduction française, Vienne 1754) l'avait décrite en ces termes : " Un délire continuel et accompagné de fièvre aiguë . . . Une chaleur extrême et un mal de tête violent et inflammatoire précédant d'ordinaire la phrénésie. Les yeux et le visage sont rouges ; lorsqu'on interroge les malades, ils répondent avec férocité ; ils amassent les flocons de leurs couvertures . . . La phrénésie est, au reste, très dangereuse, et souvent c'est une véritable inflammation des méninges et quelquefois même du cerveau."

Bref les accidents causés par les chaleurs excessives étaient imputés à des lésions intra crâniennes—*congestion* ou *hémorrhagie cérébrale* ; *méningite* ou *encéphalite*—et dans les traités modernes de pathologie on trouve encore des reflets de cette conception pathogénique. Cependant, vers le milieu du siècle dernier, Steinkühl (*Journal der prakt. Arzneykunde*, 1849, t. XLIX p. 35), ayant eu l'occasion d'autopsier deux moissonneurs, morts des suites d'une insolation, ne trouva pas traces d'une méningite ou d'un hémorrhagie cérébrale ; pour rentre compte de l'issue mortelle, dans les deux cas en question, il invoqua l'*asphyxie*. Des constatations analogues furent faites par des médecins anglais, qui exerçaient aux Indes. L'un d'eux, Russel (Un coup de soleil, *London Medical Gazette*, 1836, t. XVIII, p. 71), crut

pouvoir conclure en ces termes : " il est évident que le premier et le principal siège du mal (chez les victimes de l'insolation), est dans la cavité thoracique et non dans la cavité crânienne." Pour ce qui est de la nature de ce mal, on incriminait la *congestion* et l'*apoplexie pulmonaires*.

Un peu plus tard, un nouvel élément pathogénique fit son entrée en scène : l'*hyperthermie*, fut constatée pour le première fois, chez des victimes du coup de soleil, par le médecin anglais Taylor (*The Lancet*, 1858, vol. II, 1er et 21 octobre). Puis un médecin de Bonn, le Dr. Obernier, publia (1867), les résultats de ses recherches, qui avaient eu pour objet de faire ressortir la part qui revient à l'*effort musculaire*, dans la production de cette hyperthermie.

Les expériences subséquentes de Vallin (*Archives générales de médecine*, 1870, vol. I), mirent en pleine lumière les différences qu'on est à même de relever dans les effets délétères de l'échauffement, chez les animaux dont le corps tout entier est exposé à l'action d'une température excessive et chez ceux dont la tête seule est soumise aux radiations d'une source de chaleur intense. Dans les cas de la première catégorie, où l'échauffement est rapide, général, " la température du sang s'élève à 45° et la mort a lieu, après quelques convulsions, par la coagulation du ventricule gauche et la distention du système veineux. Dans ceux de la seconde catégorie, où l'échauffement est plus lent et porte surtout sur les centres nerveux, " la température du sang ne s'élève que faiblement ; la mort semble reconnaître pour cause un trouble profond de l'innervation et consécutivement l'arrêt du cœur, dans le relâchement, comme après l'excitation du nerf pneumogastrique." Vallin concluait, en fin de compte, que " ces deux modes de production d'accidents correspondent assez bien à ce que les auteurs ont décrit sous les noms de forme sthénique

et forme asthénique de l'insolation," ou encore ajouterai-je pour ma part, au *coup de chaleur* et au *coup de soleil*.

Dans la monographie de Jacobasch (*Sonnenstich und Hitze-schlag*; Berlin, 1878), la distinction du *coup de soleil* et du *coup de chaleur*, reçoit sa consécration définitive ; elle est aujourd'hui classique :

Il est entendu que le terme *coup de soleil* s'applique aux accidents causés par l'action directe de la radiation solaire sur la tête ou sur la nuque insuffisamment protégées. Il est entendu que les accidents de cette catégorie se produisent toujours alors que le soleil brille en son plein. Il est entendu qu'ils sont relativement très rares dans nos pays de la zone tempérée, contrairement à ce qui a lieu dans la zone torride, et qu'au point de vue de la nature et du siège des lésions qui sont en jeu, ils correspondent à ce que nos devanciers ont décrit sous le nom de *phrénésie*.

Il est entendu, d'autre part, que le terme *coup de chaleur* s'applique à la grande masse des accidents causés par les chaleurs excessives dans nos climats d'Europe ; il est entendu qu'ils se produisent de préférence par les temps orageux, sous un ciel couvert, et qu'on les observe surtout chez des personnes qui, chaudement habillées, ou enserrées dans des vêtements qui leur étreignent certaines parties du corps, se livrent à des marches ou à des exercices musculaires forcés. Ainsi s'explique leur fréquence, relativement si grande, chez les troupes en marche, en manœuvres. Il est entendu que ces accidents relèvent d'une pathogénie complexe, et qu'en tête des facteurs pathogéniques qui interviennent dans leur développement figurent : *l'hyperthermie, l'asphyxie, la paralysie cardiaque, l'anémie et la congestion cérébrale, l'auto-intoxication*.

Pour ce qui est de l'hyperthermie, dont le rôle paraît être majeur, en l'espèce, des éléments multiples concourent à son

développement ; au nombre de ceux-ci le travail musculaire exagéré, la *suppression des fonctions sudorales de la peau*, la sidération des centres bulbaires régulateurs de la calorification entrent en première ligne. Notons, en passant, qu'à s'en rapporter aux observations faites par des médecins militaires, chez les troupes en marche, le *coup de chaleur* ferait surtout des victimes parmi les hommes les plus musclés, c'est-à-dire parmi ceux qui fabriquent le plus de calorique, quand ils se livrent à un exercice tant soit peu forcé. Ce fait a été explicitement relevé dans la thèse inaugurale du Dr Dalke (Berlin 1887). On conçoit, dès lors, que Laveran soit allé jusqu'à prétendre (*Académie de Médecine*, 27 novembre 1894), que l'hyperthermie suffisait à elle seule pour rendre compte des accidents du coup de chaleur. Toutefois, quand on compulse les principaux travaux publiés sur ce sujet, on n'est pas long à se convaincre de la nécessité de faire entrer en ligne de compte les autres facteurs mentionnés ci-dessus.

* * *

II. *Symptomatologie*.—Une autre conclusion se dégage de la lecture d'un nombre tant soit peu considérable d'observations se rapportant au *coup de chaleur* ; c'est que la symptomatologie des accidents ainsi dénommés est loin d'être univoque ; le tableau clinique comporte des variantes. Dans son excellente monographie consacrée à l'étude du coup de chaleur chez les troupes en marche, Hiller (*Der Hitzschlag auf Märshen*, Berlin, 1902), distingue trois formes cliniques, à savoir.

1° Une *forme asphyxique* ; des sueurs profuses préludent à l'attaque. Celle-ci débute par un abattement extrême. Les mouvements respiratoires s'accroissent et deviennent de plus en plus superficiels. Le cœur se met à faiblir. La pâleur du visage contraste avec la cyanose des lèvres et des oreilles. Le

regard est d'une fixité étrange. La peau est devenue absolument sèche. Le malade voit troublé devant ses yeux; ses oreilles bourdonnent; il ne se tient plus d'aplomb; il titube, il chancelle, il tombe comme une masse inerte, sans connaissance. Sa figure est maintenant d'une pâleur cadavérique; la respiration, superficielle, suspicieuse, s'interrompt par moments; le pouls est imperceptible. Si une intervention appropriée ne se produit pas à temps, le malade est voué à une mort certaine;

2° Une *forme paralytique et dyscrasique*. Elle débute d'emblée par une perte subite de la connaissance. Le malade est dans un état comateux; sa figure est blême; les oreilles et les lèvres sont cyanosées; la peau, absolument sèche, est brûlante; la sensibilité et les mouvements réflexes sont abolis. La température interne marque 40°5, ou davantage. Par instants, le malade est pris de nausées; aux soubresauts et aux secousses musculaires du début font suite de véritables convulsions. Les mouvements respiratoires, très superficiels, finissent par s'arrêter et le malade succombe en état d'asphyxie, si on n'intervient pas à temps.

3° Une *forme psychopathique*. Les troubles psychiques dominant le tableau morbide. Le malade vient en proie à des hallucinations, à des manifestations délirantes, qui revêtent de préférence les dehors du délire des persécutions. Cette forme se rencontre surtout chez des sujets qui ont abusé des boissons alcooliques. Elle peut avoir comme dénouement une tentative de suicide.

Une statistique, publiée par Hiller, nous renseigne sur la fréquence relative de ces trois modalités cliniques du coup de chaleur. Sur un total de 470 cas :

329	=	70%	se rapportaient à la première forme.
119	=	25,3%	— — — seconde —
22	=	4,7%	— — — troisième —

Le dénouement s'observe dans un sixième environ des cas (95 décès sur 568 cas; Hiller). Soit dit en passant, l'obésité constitue une circonstance qui aggrave singulièrement le pronostic du coup de chaleur.

* * *

III. *Traitement.* — En présence d'une victime du coup de chaleur, la première chose à faire est de transporter l'intéressé dans un endroit abrité contre le soleil et, autant que possible, dans un lieu habité, maison ou ferme: entre temps, on l'aura mis à l'aise, en le déboutonnant, en le débarrassant des vêtements et accessoires qui l'étreignent, le gênent ou lui donnent trop chaud. En cas de danger pressant, on revêtira le malade sur place, et on lui prodiguera *illico* les premiers secours.

On humectera la bouche du malade avec un linge mouillé; on lui appliquera sur le front, un linge imbibé d'eau froide.

Si le cœur est défaillant, s'il y a imminence de paralysie cardiaque, on pratiquera une injection sous-cutanée d'éther, en admettant qu'on soit outillé en conséquence. Un lavement de café noir constitue également un excellent moyen de réveiller l'énergie défaillante du cœur.

Si le malade est en état d'asphyxie, on procédera sans retard à des manoeuvres de respiration artificielle.

Si la respiration est simplement ralentie et superficielle, on aura recours aux excitations cutanées; frictions énergiques sur tout le corps; on fera alterner ces frictions avec des aspersions d'eau froide.

Pour combattre l'hyperthermie, on aura recours au bain froid, en ne craignant pas d'employer de l'eau à très basse température. A défaut d'une baignoire, on remplacera le bain, par un enveloppement dans le drap mouillé, ou par des lotions et des affusions froides; elles tendent à rétablir les fonctions sécrétoires de la peau et des reins, sans compter qu'elles stimulent énergiquement les centres nerveux, par voie réflexe.

Un moyen héroïque de combattre les accidents imputables au coup de chaleur consiste à faire une saignée abondante, de 250 à 300 grammes. La phlébotomie répond, on ne peut mieux

aux deux principales indications à remplir en pareilles circonstances : elle atténue à la fois l'hyperthermie et l'auto-intoxication.

Aussi bien, la notion de l'influence dépressive qu'exerce la saignée sur la calorification, remonte aux âges les plus reculés de la médecine. D'autre part, des recherches expérimentales, qui datent du dernier siècle, nous ont révélé dans les émissions sanguines un moyen, aussi énergique que rapide, de remédier aux auto-intoxications, et sur ce chapitre, l'observation clinique a corroboré les enseignements de l'expérimentation. La saignée figure en tête des moyens d'urgence à mettre en œuvre pour dissiper les manifestations de l'urémie à forme convulsive. A ce propos, le professeur Ch. Bouchard a fait remarquer, dans ses leçons sur les auto-intoxications, qu'une saignée de 32 grammes soustrait à l'organisme autant de matières extractives que 280 grammes de liquide diarrhéique et que 100 litres de sueur.

Il y a tout avantage à faire suivre la saignée, d'une injection de sérum artificiel, ou d'eau salée (7, 6 à 0,9 0/0), quand les circonstances le permettent, c'est-à-dire quand on a sous la main tout ce qu'il faut *ad hoc*. Dans un opuscule récent, le Dr. Bonnette a préconisé la saignée suivie d'une injection de sérum artificiel comme le moyen héroïque par excellence pour combattre les accidents causés par le coup de chaleur.

Une fois le malade hors de danger, on s'occupera de le faire transporter à son domicile, ou dans un hôpital ou dans une maison voisine, de telle sorte qu'il soit assuré de recevoir les soins ultérieurs que nécessite son état. Les bains seront continués, si cela se peut, mais on recommandera d'élever progressivement leur température, jusqu'à les faire prendre tièdes. Autant que possible, le malade devra être installé dans une chambre bien aérée, loin de tout bruit. Il sera maintenu au repos absolu. On lui prescrira une alimentation légère, et comme boisson, du lait coupé d'eau de Vichy, ou de la limonade citrique. On interdira toute boisson alcoolique.

Quand la forme psychopathique est en jeu, l'internement du malade dans un asile spécial s'impose parfois comme une nécessité.