

PAGE

MANQUANTE

## Décollement prématuré du Placenta

PAR E. A. RENÉ DE COTRET,

*Professeur de Clinique obstétricale, accoucheur de la Maternité*

Messieurs,

Je vais vous relire l'histoire de cette malade que vous avez vue au No. 20 et qui fera le sujet de notre clinique d'aujourd'hui.

Sédolphe, est âgée de 30 ans ; elle est employée comme commis dans un magasin. Ses parents vivent encore et sont bien portants. Il n'y a aucune tare héréditaire. Elle a marché à 9 mois, a toujours bien marché. Elle a été réglée à 13 ans, et depuis elle l'est régulièrement. Elle est grande, bien faite ; son squelette est normal, il n'y a rien au coeur. Elle a de l'œdème et des varices aux jambes. A la suite d'une grossesse normale et d'un accouchement naturel, il y a 5 ans, elle a bien relevé. Ses dernières règles sont arrivées pendant le mois de juin 1908 ; les premiers mouvements du foetus se sont fait sentir à 3 mois.

Sédolphe est arrivée à la maternité le 17 mars, à 6 heures du soir ; Elle perd du sang depuis le matin. Le col a l'épaisseur du petit doigt, et une dilatation d'un 25 cents ; la poche des eaux est intacte ; les douleurs sont fortes depuis le matin.

A 7 heures p. m. la garde en charge m'appelle, la malade perd beaucoup ; son ventre est dur ; elle a des baillements ; sa face est pâle ; le pouls est petit et rapide ; il y a des pandiculation ; il est impossible de faire le palper vu la distension et la dureté de l'utérus. Le col est grand comme un 50 cents, dur, de l'épaisseur du petit doigt ; les membranes sont continuellement tendues. On ne sent pas de placenta par le toucher. Comme les symptômes généraux deviennent plus graves, je pratique la dilatation manuelle du col, et je fais une version qui n'offre aucune difficulté ; l'enfant est extrait mort. Le placenta suit immédiatement le foetus, une fille qui pèse 7 livres. Le placenta pèse 1 livre. C'est un beau placenta albuminurique (truffé), avec infractus rouges et infractus blancs nombreux. Je souligne cette dernière phrase qui aura une importance vraiment intéressante dans notre clinique d'aujourd'hui.

Le liquide amniotique était abondant. L'examen du placenta et des membranes nous prouve, qu'il était inséré sur le segment supérieur, et que l'hémorragie était due à un décollement prématuré du placenta inséré normalement. Les urines n'ont pu être examinées pendant la grossesse. Les urines au moment de l'accouchement contiennent une quantité énorme d'albumine. On ne peut dé-

couvrir aucune cause de traumatisme pour expliquer ce décollement.

Messieurs, quelle liaison, quel rapport y a-t-il entre ce placenta truffé, albuminurique, aux nombreux infarctus et cet accident, qui en tuant l'enfant comme il l'a fait, aurait pu en même temps amener la mort de la mère ? La liaison en est très intime comme vous le verrez dans un instant, quand je vous aurai décrit les causes, les symptômes, le diagnostic et le pronostic du décollement prématuré du placenta.

Je vous ai dit, quand vous avez assisté aux accouchements que le placenta ne se décolle en général qu'après l'expulsion du foetus ; cependant, dans certains cas, il peut se produire, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, un décollement plus ou moins étendu du placenta, et même un décollement complet du placenta.

On vous a dit au cours théorique d'accouchements que l'insertion du placenta pouvait se faire à différents endroits, à différentes hauteurs de la surface interne de l'utérus, soit sur le segment supérieur, soit sur le segment inférieur. Dans le premier cas il existe une insertion normale du placenta, et dans le dernier, une insertion vicieuse, ou ce qu'on appelle un "placenta praevia." Dans les deux cas il peut y avoir décollement prématuré du placenta, et par suite une hémorragie. Si le placenta est inséré sur le segment inférieur et qu'il se décolle, le sang qui provient du décollement s'écoule presque immédiatement au dehors de l'utérus pour constituer une hémorragie externe ; tandis qu'au contraire, si le placenta est situé en lieu normal, le sang peut s'accumuler entre le placenta et l'utérus pour former un hématome plus ou moins volumineux (c'est l'hémorragie rétro-placentaire) ou une hémorragie interne, ou encore le sang peut se faire jour en dehors en décollant les membranes et produire une hémorragie externe, ou encore donner une hémorragie mixte, c'est-à-dire interne et externe.

Aucune circonstance n'est plus délicate et n'exige autant de présence d'esprit : c'est dans ces moments que l'accoucheur doit montrer toutes ses qualités et, s'il le faut, prendre sur lui la plus lourde responsabilité. L'étude de ce sujet est donc de la plus haute importance ; tous les détails doivent en être gravés dans la mémoire et toujours présents à l'esprit.

Aujourd'hui je vous parlerai seulement "du décollement prématuré du placenta inséré normalement."

On sait que dans les premiers temps de la grossesse, l'oeuf est comme on dit placenta partout ; en d'autres termes, les villosités chorionales sont répandues tout autour de l'oeuf. À partir du quatrième mois, elles s'atrophient partout, sauf au niveau de la caduque sérotine où au contraire elles s'hypertrophient pour constituer le placenta.

Le décollement du placenta inséré en lieu normal est donc possible depuis le quatrième mois jusqu'à la fin de la grossesse, y compris l'accouchement.

Dans le second trimestre de la grossesse (du quatrième au sixième mois) soit avant l'époque de viabilité foetale, si un décollement placentaire a lieu, le sang pro-

gresse de proche en proche et passe entre les membranes et la paroi utérine jusqu'à l'orifice interne pour s'écouler au dehors. C'est alors le type de l'écoulement ordinaire.

Par exception à cette époque le centre du placenta se décolle, tandis que le pourtour reste adhérent. Le sang s'accumule dans la cavité artificielle qui se forme alors aux dépens de la face utérine du gâteau placentaire. Si la région de la matrice sur laquelle s'inséraient les cotylédons est frappée d'atonie, le liquide sanguin va pouvoir s'épancher en quantité plus ou moins notable. L'utérus augmente rapidement de volume, la femme succombe sans avoir eu de perte externe, et on peut croire à une grossesse avancée avec foetus viable et pratiquer l'opération césarienne "post-mortem" comme la chose s'est déjà faite.

D'habitude l'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré se fait pendant les trois derniers mois de la grossesse, comme dans l'insertion vicieuse à laquelle on l'attribue le plus souvent. C'est alors que la perte est mixte. L'hémorragie peut aussi se déclarer pendant le travail à terme. Cette dernière est plus fréquente et moins importante que la première ou celle qui se produit pendant la grossesse.

Les hémorragies rétro-placentaires sont assez fréquentes, si l'on y fait entrer les petites hémorragies de faible importance ou les hémorragies du travail; elles sont au contraire rares quand on ne recueille que les cas graves qui menacent la vie de la mère et de l'enfant.

De "nombreuses causes" ont été invoquées pour expliquer le mécanisme du décollement prématuré du placenta, telles que les suivantes : le traumatisme (externe et accidentel, interne et sous la dépendance de tiraillements exercés sur le placenta au moment de la parturition par un cordon ombilical trop court naturellement ou accidentellement; Pinard cite le cas où le cordon formait un nœud coulant autour d'un des pieds du foetus et celui-ci dans un mouvement brusque avait décollé le placenta tout entier. Pinard se demande encore si dans les présentations du siège, le cordon ne serait pas encore le grand coupable, car le foetus, en s'asseyant sur le cordon, exercerait ainsi une traction capable de décoller le placenta), l'endométrite, l'albuminurie, les infections telles que le paludisme, les cachexies tuberculeuse, cardiaque, etc., les excitations du cerveau et du cœur par des causes diverses, les commotions morales, les fortes émotions, les sensations trop vives, l'anémie profonde, les congestions du bassin, l'hydramnios, la grossesse gémellaire.

"L'albuminurie" doit être placée au premier rang des causes de décollement prématuré du placenta, parce qu'elle produit des hémorragies intra-placentaires qui fusent entre l'utérus et le placenta. En effet le placenta présente généralement les caractères du placenta albuminurique.

Brindeau nous dit que le plus souvent le décollement placentaire se produit uniquement parce que la caduque est malade. En effet les lésions d'endométrite sont or-

dinairement observées dans les cas de décollement; et parmi les causes qui peuvent altérer la caduque, il faut citer principalement l'albuminurie. Pinard nous dit lui aussi que presque toutes les femmes chez lesquelles on a observé le décollement émanent des albuminuriques. Concernant l'étiologie du décollement du placenta, Hartmann dans une thèse publiée en 1908, admet des actions traumatiques et d'autres causes mécaniques, comme des raisons assez rares, mais il attire l'attention sur la coïncidence fréquente avec la nephrite, et il croit qu'elle est capable de provoquer des transformations pathologiques, qui produisent les hémorragies.

Les multipares surtout âgées sont les plus exposées au décollement du placenta.

Les symptômes du décollement du placenta varient suivant l'étendue du décollement et la quantité de sang épanché. Si quelques petits vaisseaux seulement sont déchirés, un caillot se forme, aucun symptôme n'existe et la grossesse n'est pas troublée: c'est ainsi que l'on voit souvent à terme, sur la surface utérine du placenta, des caillots anciens plus ou moins volumineux.

Mais l'écoulement de sang peut continuer et être assez considérable pour mettre en danger la vie de la femme. Le sang peut s'accumuler dans la cavité utérine ou se frayer un passage jusqu'au col pour arriver à l'extérieur. Dans le premier cas, l'hémorragie est "interne invisible, latente, cachée;" dans le second, elle est "externe, apparente," mais dans ce cas la quantité de sang qui sort à l'extérieur est toujours minime par rapport à celle qui reste dans l'utérus. L'hémorragie interne peut être considérable.

Quand l'hémorragie est exclusivement interne, le tableau clinique peut être différent de celui de l'hémorragie externe. Au lieu d'avoir l'attention attirée localement par un écoulement de sang qui se fait à la vulve, on a devant les yeux bien souvent le tableau clinique de la syncope par hémorragie interne.

Quand l'épanchement est considérable, on observe donc les symptômes alarmants de toute hémorragie, quel qu'en soit le siège; le visage pâlit, la peau est roide, visqueuse, couverte de sueur; des paresthésies, des lipothymies, parfois de véritables syncopes se produisent; il survient des palpitations; le pouls est fréquent, filiforme; la malade, plongée dans un état d'anxiété extrême, a peine à respirer, demande de l'air et s'agite en tous sens. Les extrémités sont froides.

Du reste, le plus souvent, l'état général ne correspond pas à la quantité de sang épanché, et il est plus grave que si la femme avait expulsé tout ce sang au dehors. A la perte sanguine viennent s'ajouter en effet les symptômes qui proviennent de la distension rapide de l'utérus.

L'examen du ventre permet de reconnaître des signes de la plus haute importance: augmentation rapide du volume de l'utérus; durcissement de sa paroi tout entière; c'est un durété ligneuse; par exception, et en opposition avec cette durété générale, présence d'une masse molasse et pâteuse, répondant à l'accumulation de caillots au niveau du décollement placentaire; quelquefois

modification et irrégularité de la forme de l'organe gestateur ; difficulté de la palpation foetale ; altération et même disparition rapide des bruits cardiaques de l'enfant.

Quand on examine les organes génitaux externes, on s'aperçoit presque toujours que la femme perd un peu de sang. En effet, l'hémorragie n'est généralement pas purement interne, et une partie du sérum plus ou moins teinté s'est fait jour jusqu'au dehors après le décollement des membranes ; quelquefois même l'hémorragie externe est assez considérable et, au milieu du sang liquide, on peut voir quelques petits caillots noirâtres.

Les troubles généraux ont été précédés parfois par une douleur subite, très vive, localisée à l'utérus ou s'irradiant vers les lombes ou les cuisses.

Au toucher, le col peut avoir gardé toute sa longueur mais le plus souvent il est entr'ouvert et dur et le doigt arrivée jusqu'au niveau des membranes qui présentent une tension exagérée et permanente. Cette tension est due à la contracture utérine. À remarquer aussi la dureté du segment inférieur qui s'enfonce comme une "sébile" de bois dans l'excavation (Pinard.)

Le "pronostic" des hémorragies rétro-placentaires varie suivant l'abondance de l'hémorragie. Il est toujours grave pour la mère et surtout pour l'enfant dès que les symptômes généraux apparaissent, et ils se montrent quelquefois très rapidement.

La gravité pour la mère est surtout considérable dans les hémorragies internes, parce que, dans ces conditions, l'attention n'est éveillée que quand les symptômes généraux sont déjà bien marqués.

Dans certains cas le placenta complètement détache glisse peu à peu vers le col pendant l'accouchement et sort avec ou avant l'enfant : c'est ce que Oslander a appelé le "prolapsus du placenta." Voyez la gravité du cas.

La gravité du pronostic est due à plusieurs causes : à l'anémie qui résulte de la perte de sang, aux troubles nerveux qui résultent de la surdistension rapide de l'utérus, à l'infection qui résulte de la putréfaction des caillots. L'infection est plus à craindre parce que généralement on observe ces cas de décollement chez les albuminuriques, femmes qui ont moins de résistance.

Le "diagnostic" des hémorragies rétro-placentaires est généralement facile quand les signes cardinaux existent : douleurs, anémie, augmentation subite de volume et dureté de l'utérus.

On ne peut confondre le décollement du placenta avec l'empoisonnement, la péritonite par perforation, la rupture d'un kyste foetal, parce que dans ces derniers cas, on ne trouve pas les modifications caractéristiques du côté de l'utérus. Dans la rupture utérine, l'utérus n'est pas dur et tendu comme dans le décollement du placenta. Dans l'hydramnios aiguë, l'état général de la femme n'est pas celui d'une hémorragique.

Dans l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, l'utérus n'est ni tendu, ni douloureux, et par le toucher

on arrive souvent sur le gâteau placentaire. Cependant il faut se défier d'une erreur possible : dans le décollement du placenta on peut prendre pour des cotylédons un caillot ayant glissé jusqu'au niveau de l'orifice interne du col.

Quelquefois le décollement du placenta a été méconnu avant l'accouchement, on pourra du moins en faire le diagnostic respectif : par l'examen de la quantité et surtout de la qualité du sang, qui s'écoule au moment de la délivrance, par la forme du placenta recouvert de caillots anciens et qui peut être creusé en cupule, par les traces que le contact prolongé du sang coagulé a laissées à la surface des membranes.

Le traitement du décollement du placenta normalement inséré varie suivant certaines circonstances. Si l'hémorragie a lieu pendant la grossesse et qu'elle est légère (et externe puisque l'interne de ce degré ne peut être reconnue) et même si elle a été plus ou moins abondante et qu'elle a cessé, on prescrira les moyens généraux, c'est-à-dire, repos au lit dans une chambre fraîche et bien aérée, bassin plus élevé que le reste du corps, enlever les vêtements serrés, couvrir peu ; diète plus ou moins complète, boissons froides, acidulées (glace, limonade glacée) ; liberté du ventre, vider la vessie avec la sonde et le rectum au moyen d'un lavement ; tranquillité d'esprit ; éviter le bruit et la lumière ; rassurer la malade par de bonnes paroles.

On ajoutera les calmants généraux et locaux (eau de fleurs d'orange, éther, digitale ou digitaline, opiacés, bromure de potassium, chloral, injections sous-cutanées de morphine ; les injections vaginales chaudes peuvent être utiles.

En présence d'une hémorragie sévère les deux principales indications sont d'après Edgar : 1<sup>o</sup> Chercher à provoquer des contractions fortes et continues de l'utérus ; 2<sup>o</sup> vider l'utérus aussi promptement que possible. La première indication est remplie par la rupture artificielle des membranes, le massage et la compression manuelle de l'utérus et enfin par des injections hypodermiques répétées d'ergot, (30 gouttes de teinture toutes les 15 minutes pour 3 ou 4 doses) ? La seconde indication ou l'accouchement rapide est obtenue par la dilatation instrumentale ou digitale du col et l'emploi de la version, du forceps, ou de la basiotripsie suivant les circonstances. Le professeur Charles, de Liège emploie aussi l'ergot.

Messieurs, à propos d'ergot vous connaissez mon opinion : c'est un remède qui peut avoir quelquefois ses indications entre des mains très habiles, mais c'est un remède le plus souvent excessivement dangereux dont vous devez presque toujours vous priver avant ou au moment de l'accouchement.

Quand les membranes ne sont pas rompues on peut employer le tamponnement vaginal, mais en même temps il faut faire la compression du ventre par un bandage abdominal.

Lorsque les symptômes deviennent graves, il est indiqué de rompre les membranes dans l'espoir d'amener le retrait de l'organe, le resserrement des vaisseaux et les

contractions utérines. Seulement si la matrice reste morte, les conditions deviennent encore moins favorables, puisque la quantité de sang retenue pourra être d'autant plus grande, et il faudra se hâter de terminer l'accouchement.

Ceux qui craignent une perforation prématurée des membranes, peuvent commencer par introduire des ballons dilateurs de plus en plus gros, puis quand la dilatation est suffisante, rompre la poche amniotique, et extraire l'enfant.

Pour Brindeau et Bar, il n'y a qu'une méthode qui permette d'arrêter l'hémorragie, c'est de vider l'utérus; c'est à elle qu'on aura recours dans tous les cas où l'état général sera grave: dilatation artificielle du col avec les ballons, la main ou dilateur.

En l'absence de tout phénomène de travail, chez une primipare gravement et soudainement menacée, si la rupture des membranes et la dilatation artificielle du col paraissent, la première insuffisante et la seconde trop lente, on a la ressource de l'opération césarienne, d'après Pinard.

Il va sans dire que dans tous les cas quelque peu graves, on s'occupera de relever l'état général de la femme par des stimulants internes et externes: les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de cognac, d'huile camphrée, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel.

En terminant une clinique sur l'hémorragie rétro-placentaire, Pinard s'exprime ainsi: "vous vous rappelez que l'hémorragie rétro-placentaire reconnaît le plus ordinairement pour cause l'albuminurie, et que contre l'albuminurie, nous sommes presque tout puissants grâce au traitement prophylactique institué par notre maître à tous, le professeur Tarnier."

Enfin, Messieurs, je vous dirai comme dernier conseil que pendant le travail de l'accouchement, et la délivrance un assistant doit surveiller le retrait de l'utérus; après la délivrance, il faut faire en sorte que l'utérus se contracte bien pour éviter l'hémorragie qui sera d'autant plus à craindre que la femme est déjà affaiblie.

## Cholélithiase et diabète sucré

L'auteur admet que les inflammations des conduits biliaires, en cas de cholélithiase, peuvent se propager au pancréas et donner naissance au diabète; mais il y a des cas où ce dernier peut être provoqué par un trouble de fonctionnement du foie, dans les mêmes conditions.

L'auteur cite un cas où le diabète était absolument subordonné aux modifications pathologiques de la vésicule biliaire, car l'opération de l'empyème de la vésicule fit disparaître définitivement le sucre des urines: la plaie, d'abord compliquée de gangrène, se modifia favorablement à mesure que le sucre diminuait et guérit dès qu'il fut disparu.

Par Hedinger, "Therap. Monatshefte, juillet 1908".

## Les Instituts

### ANATOMO-PATHOLOGIQUES

EN ALLEMAGNE

Nous avons eu, récemment, l'occasion de visiter un certain nombre de villes d'Allemagne et d'y étudier particulièrement ce qui a trait à l'enseignement de l'anatomie pathologique. Aussi, nous sommes-nous proposé, en réunissant ici les notes recueillies çà et là au cours de notre voyage, d'exposer les différentes modifications apportées à cet enseignement dans ces dernières années, tant dans les installations dont il dispose que dans les méthodes nouvelles qu'il emploie.

Nous n'avons nullement l'intention de chercher à établir un parallèle entre les systèmes d'enseignement et de travail en vigueur en France et en Allemagne; c'est là une question délicate, souvent traitée déjà et dont parlait, récemment encore, notre collègue et ami M. Laederich, dans son intéressant "Rapport de voyage de médaille d'or" (1), où il a étudié d'une façon générale l'organisation des études médicales en Allemagne et celle de ses hôpitaux.

Pour nous, il s'agit de nous limiter à un des points particuliers de cette question et de n'envisager que ce qui a trait à l'anatomie pathologique.

Nous avons visité les villes universitaires suivantes: Berlin, Pathologisches Institut (prof. Orth), Anatomopathologisches Institut in Rudolph Virchow's Hospital (prof. von Hansemann); Leipzig (prof. Marchand); Strasbourg (prof. Chiari); Bonn (prof. Ribbert); Halle (prof. Eberth); Giessen (prof. Bostrom). Comme villes non universitaires: Cologne (prof. Jores), siège d'une Académie; Francfort-sur-le-Mein (prof. Albrecht); Dresde (prof. Schmorl) et Nuremberg (prof. Thorel).

C'est pour nous un devoir des plus agréables que d'adresser, dès le début de cet article, nos chaleureux remerciements à ceux dont l'obligeante courtoisie nous a permis de l'écrire, c'est-à-dire à tous les professeurs et directeurs d'Instituts que nous avons visités. Aucun d'eux, malgré leurs pressantes et nombreuses occupations, n'a hésité à nous consacrer le temps nécessaire pour nous faire parcourir leurs installations, nous montrer les plus intéressantes pièces de leurs riches collections, et nous fournir, en un mot, tous les renseignements que nous étions désireux de recueillir. Et, si nous avons rapporté de notre séjour en Allemagne une impression aussi agréable, c'est bien, pour une grande part, à cette constante amabilité que nous le devons.

#### LES INSTITUTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Partout en Allemagne, depuis plus d'un demi-siècle, existent dans les villes universitaires, comme aussi dans un grand nombre de villes non universitaires, des instal-

1. Bulletin du Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine, No 16, 1907, 15 Novembre.

lations spéciales, consacrées à l'enseignement et à l'étude de l'anatomie pathologique.

Que ces Instituts soient construits dans l'enceinte même ou à proximité de l'hôpital qui renferme les services cliniques ou qu'ils avoisinent le principal hôpital (dans les villes non universitaires), ils occupent toujours une place prépondérante, quoique relative à la grandeur de la ville où ils sont situés et de l'hôpital dont ils dépendent. Si quelques-uns d'entre eux sont déjà d'anciens bâtiments, la plupart sont incessamment l'objet d'agrandissements ou d'améliorations. Ainsi tout récemment, à Berlin comme à Leipzig, des constructions superbes, grandioses même, ont remplacé des Instituts trop vieux et devenus impropres à leur destination.

Mais il s'agit là de grandes villes d'Universités. Or, c'est une chose digne de remarque que les villes universitaires ne sont pas les seules à avoir des Instituts anatomo-pathologiques; un certain nombre de villes, bien que n'ayant pas d'établissements d'enseignement officiel, ont tenu à honneur de devenir un centre de recherches anatomo-pathologiques en fondant, elles aussi, des Instituts. Cette très louable ambition étonne peu, quand il s'agit par exemple de Dresde qui est une capitale, mais elle devient tout à fait méritoire pour d'autres villes. C'est ainsi qu'à Francfort-sur-le-Mein, à Cologne, à Nuremberg, les municipalités ont créé des Instituts anatomo-pathologiques qui peuvent, et parfois avantageusement, soutenir la comparaison avec ceux des villes universitaires.

À Francfort, dans la fondation Senckenberg, un Institut a été construit qui, sans être aussi imposant que ceux de Berlin ou de Leipzig, peut cependant être à bon droit considéré comme un modèle du genre; ce fut l'œuvre du regretté professeur Albrecht, mort tout jeune il y a quelques semaines, et dont nous avons pu apprécier le très grand talent; nous lui adressons ici un suprême et sincère hommage.

Nous ne pouvons quitter cette admirable fondation Senckenberg sans dire quel puissant intérêt nous avons éprouvé en visitant, sous la conduite du professeur Ehrlich, le laboratoire où il développe, avec M. Apolant, ses remarquables études sur le cancer des souris.

C'est encore dans cette même fondation Senckenberg que se trouve le laboratoire du professeur Edinger; il nous en fait les honneurs avec tant d'amabilité, que nous regrettons doublement que le cadre de cet article ne nous permette pas de rappeler tout ce qui nous y a frappé.

À Cologne, qui pas plus que Francfort n'est une ville d'Université, dans l'hôpital de Lindenburg, on édifie actuellement un Institut anatomo-pathologique qui, grâce à la collaboration éclairée et incessante du professeur Jores, de la municipalité et de ses architectes, atteindra sans conteste le summum des perfectionnements modernes.

Qu'ils dépendent ou non d'une Université, d'une façon générale, la distribution et l'organisation intérieure de ces Instituts sont à peu près les mêmes partout. Ils comprennent d'après les types les plus modernes: des

salles pour le dépôt et la conservation des cadavres; des salles d'autopsie; des salles et des laboratoires pour la microscopie; une ou plusieurs salles de musée; des laboratoires de photographie, de radiographie, de radioscopie; des laboratoires de bactériologie; des laboratoires de chimie; une bibliothèque avec salles de lecture; des salles pour la vivisection; enfin des amphithéâtres, salles de cours, de démonstration, des cabinets de professeurs et assistants, sans compter les chambres pour le logement du personnel.

Les salles de dépôt des cadavres sont aménagées dans les sous-sols; ce qui permet, entre autres avantages: d'abord d'utiliser des caves qui, bien souvent, dans les bâtiments universitaires surtout, ne servent à rien, puis de conserver les cadavres à une température peu élevée, principalement en été; enfin, de pouvoir transporter les cadavres de l'hôpital à l'Institut, hors des regards des malades. Des galeries souterraines réunissent, en effet, le sous-sol et les différents bâtiments hospitaliers, et le transfert s'y effectue au moyen de wagonnets ou de charriots. Les caves, d'autre part, sont reliées par un ascenseur aux divers étages. Des glacières, réservées soit aux pièces anatomiques, soit aux cadavres entiers; sont installées non loin des salles de dépôt, de même que des balances pour peser les corps et des tables pour les mesurer.

À proximité, se trouve la salle destinée à la reconnaissance des corps par les familles. Le Rudolph Virchow's Hospital de Berlin nous en offre le type exemplaire. Là, le cadavre est exposé dans une petite pièce entièrement fermée par une glace transparente à travers laquelle les parents viennent reconnaître le défunt. On voit les avantages manifestes, tant hygiéniques que pratiques, offerts par cette disposition.

D'un autre côté, c'est la chapelle; plus loin, la salle d'autopsie pour les cas susceptibles d'être contagieux; ailleurs les magasins réservés à la verrerie, les salles pour la préparation des pièces microscopiques et des os; ailleurs enfin, les locaux pour les animaux. Ajoutons que, dans les Instituts modernes, les sous-sols sont entièrement recouverts de carreaux blancs, ce qui donne la plus large clarté et permet le nettoyage à grande eau de toutes les pièces.

Les salles d'autopsie, en nombre variable suivant la grandeur des bâtiments, sont installées au rez-de-chaussée et toujours, si cela est possible, du côté nord ou nord-ouest. Elles sont spacieuses, bien éclairées et aérées à l'aide d'appareils de ventilation. Les immenses baies par lesquelles elles prennent jour se trouvent disposées de façon à s'ouvrir très largement, de haut en bas, suivant le système des fenêtres à guillotine. Des tables tournantes, en marbre ou en caoutchouc durci, avec dispositifs d'eau chaude et d'eau froide sur chaque table; des armoires en verre pour les instruments, des appareils tels que scie électrique circulaire ou à ruban pour scier les os; des lavabos à pédale, etc..., complètent l'aménagement de ces salles où tout est si propre, si lumineux, si clair, qu'on s'imagerait volontiers pénétrer dans une

salle d'opération, n'était la légère odeur "sui generis" dont l'atmosphère est imprégnée.

A l'entrée de la salle d'autopsie, les assistants et les étudiants ont une garde-robe pour ranger leurs blouses et leurs tabliers.

Les services de la microscopie sont généralement situés au premier étage. Outre les laboratoires, ils comprennent une salle très vaste où se font les cours et les travaux pratiques. Celle de Leipzig nous a particulièrement frappé : c'est certainement ce qui a été conçu de mieux pour faciliter à un grand nombre d'élèves les études au microscope. Vaste et rectangulaire, cette salle contient 80 places ; elle reçoit son éclairage par un des grands côtés au moyen d'immenses baies ; les tables qui la meublent sont disposées en gradins, de telle sorte qu'au dernier rang la lumière est aussi bonne qu'au premier. Le sol, enfin, est bétonné, pour que la stabilité soit parfaite et l'entretien facile.

Le Musée, ou salle de collections, occupe partout une place importante. A Berlin, il est installé dans un corps de bâtiment spécial du Pathologisches Institut de l'Hôpital de la Charité. Les riches variétés de pièces anatomiques qu'il possède (il renferme environ 20,000 préparations) en font, sans contredit, un établissement unique au monde. La collection de Leipzig est également d'importance : en 1906, elle comptait 2.838 pièces, et s'est, depuis cette époque, beaucoup enrichie.

Des laboratoires de chimie et de bactériologie, pourvus chacun d'un personnel spécial, permettent aux anatomo-pathologistes de compléter leurs recherches et de poursuivre leurs investigations.

Des salles de lecture et une bibliothèque comprenant, en sus des ouvrages classiques, les collections des périodiques de tous pays, les cahiers des protocoles d'autopsie classés par années, dispensent les élèves et les assistants d'avoir recours, pour leurs recherches bibliographiques, à la bibliothèque centrale de l'Hôpital ou de l'Université.

Signalons encore les laboratoires de photographie, de radioscopie, de radiographie, etc., dont aucun Institut moderne ne saurait se passer.

La vivisection y occupe également une place assez grande ; partout, en Allemagne, on a compris la nécessité de faire toute l'expérimentation courante de laboratoire selon les règles de l'asepsie moderne. Aussi, outre la salle d'opérations, en trouve-t-on d'autres, parfaitement aménagées, pour la conservation des animaux opérés. Lorsque, comme à Cologne, ces salles sont de plein pied, on a même réservé pour chaque espèce d'animaux un petit enclos en plein air leur permettant de prendre librement leurs ébats.

Les Instituts anatomo-pathologiques comprennent plusieurs amphithéâtres où ont lieu les cours théoriques, les cours de démonstration, les autopsies, etc. Leur aménagement est des plus sobres, mais aussi des plus pratiques.

Il nous reste enfin à mentionner les nombreuses salles destinées aux professeurs, aux assistants, les cham-

bres du personnel, y compris les salles de bains pour les garçons d'amphithéâtre ; car on porte grande attention à ce que ces serviteurs employés à une besogne pénible puissent, une fois celle-ci terminée, prendre tous les soins de propreté indispensables.

#### MOYENS ET METHODES UTILISES EN VUE DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis longtemps, en Allemagne, et de tous côtés, — qu'il s'agisse de l'Empire, des États confédérés ou même des Villes, — on s'est imposé, d'un commun accord, de lourds sacrifices en vue de l'enseignement public et notamment de la branche qui nous intéresse. C'est ainsi que, non seulement les Instituts anatomo-pathologiques ont pu être installés dans des locaux parfaitement appropriés, mais qu'ils possèdent un budget annuel leur permettant de faire face à toutes les dépenses exigées par leur fonctionnement normal. A Leipzig, par exemple, le budget total de l'Institut anatomo-pathologique est de 24,000 marks par année (y compris le chauffage, l'éclairage et les traitements du personnel secondaire) ; à Dresde, de 10,000 marks, pour la partie scientifique seulement, les gros frais généraux étant supportés par l'Hôpital.

Pour assurer ce fonctionnement, tout Institut possède un personnel secondaire considérable (garçons, préparateurs, etc.), et de nombreux assistants. Ces derniers sont divisés en deux catégories : les assistants proprement dits (premier, deuxième, etc.), dont le nombre varie suivant l'importance de la Faculté, et qui s'occupent spécialement de l'histologie pathologique ; et les prosecteurs, plus ou moins nombreux pour la même raison, dont la mission consiste à pratiquer les autopsies et à en établir le protocole. Dans les grands Instituts, comme ceux de Berlin et de Leipzig, plusieurs prosecteurs sont occupés, dès sept ou huit heures et durant toute la matinée, aux autopsies. A la fin de la matinée, le professeur fait sa "visite" à la salle d'autopsie, examine les pièces, demande qu'on lui lise le protocole d'un cas intéressant, corrige et parachève les diagnostics anatomiques erronés ou insuffisants.

Quant au matériel nécessaire aux autopsies, il est toujours considérable, l'Institut se trouvant placé dans le plus grand hôpital de la ville et ayant à pratiquer les autopsies consécutives aux décès survenus dans tous les services. Indépendamment de sa richesse, ce matériel est des plus variés : il comprend des hommes, des femmes et des enfants. A Cologne, au Lindenburg Hospital, on fait environ 1,000 autopsies par an ; à Leipzig, on en compte 1.500, et davantage à Berlin.

Ainsi doté d'un personnel nombreux, de crédits importants et d'un riche matériel, l'Institut anatomo-pathologique, peut offrir aux étudiants, aux travailleurs nationaux ou étrangers des ressources d'enseignement et de recherches les plus variées et les plus complètes et qui sont :

LES AUTOPSIES.—La place et l'importance données

au manuel opératoire de l'autopsie sont très grandes en Allemagne. C'est presque un acte chirurgical, réglé comme une opération, accompli suivant différents temps décomposés et se succédant toujours dans le même ordre. Dans la plupart des Instituts, c'est le procédé de Virchow qui est encore en vigueur ; ailleurs, c'est telle ou telle autre méthode qui est adoptée, soit pour un point spécial, soit pour toute l'autopsie ; et cette méthode est constamment et rigoureusement appliquée par les professeurs.

Les autopsies, pratiquées ainsi systématiquement, fournissent un matériel considérable destiné soit aux collections anatomo-pathologiques du musée, soit aux travaux pratiques, soit enfin aux recherches personnelles.

Signalons en passant la faculté qu'on a, dans certaines villes allemandes, de pouvoir pratiquer les autopsies quelques heures après la mort, et le profit qu'on peut tirer de cette liberté d'action, au point de vue des recherches histologiques ultérieures.

**LE MUSÉE.**—Chaque Institut possède son "musée anatomo-pathologique" qui renferme non seulement des pièces rares et intéressantes, mais aussi un grand nombre, des types courants et usuels pour servir à l'enseignement et à la démonstration.

Depuis plusieurs années, presque toutes les pièces sont conservées dans le liquide de Kayserling, qui a remplacé les anciens liquides fixateurs ou conservateurs, et, pour donner aux préparations encore plus de relief, on les fixe sur des plaques de verre de couleur, en choisissant les tons complémentaires. S'il s'agit de cavités ou d'organes creux (la vésicule biliaire ou kyste,) on les remplit de gélatine, qui maintient les parois à leur place sans gêner en rien l'aspect extérieur ; la gélatine, très transparente, est pour ainsi dire invisible.

La gélatine est encore utilisée comme milieu conservateur, après le passage dans les trois liquides de Kayserling. On conserve ainsi de petits fragments d'organes, tels que : caverne pulmonaire, nodule cancéreux du foie, etc., dans des boîtes de Pétri, dont la fermeture hermétique est obtenue au moyen de plâtre coulé dans l'interstice qui sépare le couvercle de la boîte. Le tout est ensuite luté, à l'aide de cire par exemple. On a ainsi de petites pièces faciles à manier, commodes à transporter, et très utiles pour les cours et les démonstrations. (1)

Les préparations osseuses sont également très nombreuses. Partout, il existe, pour la macération et dégraissage des os, des appareils perfectionnés qui permettent d'obtenir des pièces d'une blancheur vraiment admi-

1. Voici la formule de ce milieu conservateur que nous devons à l'extrême obligeance du professeur Thorel de Nuremberg.)

1e Dissoudre 100 grammes de gélatine blanche dans 1,000 centimètres cubes d'eau, jusqu'à ce que la gélatine soit bien dissoute ; 2e ajouter 1,000 centimètres cubes de glycérine ; 3e ajouter à la solution un blanc d'oeuf battu en neige ; 4e filtrer le tout sur un filtre et ajouter ensuite 10 gouttes d'acide phénique.—Le mélange est solide ; avant de s'en servir, faire dissoudre au bain-marie.

nable. A côté des os secs, on en conserve beaucoup d'autres dans le formol ou dans l'alcool.

Toutes les pièces de ces collections sont rangées dans des vitrines qui sont boisées de la salle des cours ; on voit d'ici les services divers qu'elles peuvent rendre, tant aux élèves qu'aux professeurs. En certains endroits (à Berlin entre autres) une partie du musée est ouverte au public un jour de la semaine, et cela dans une intention prophylactique, afin de lutter par l'exemple contre l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose.

En terminant ce qui a trait aux Instituts anatomo-pathologiques, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer combien est grande, en Allemagne, l'importance accordée à l'anatomie pathologique macroscopique, à laquelle on ne refuse ni l'espace, ni le temps, ni l'argent, et qui, même, dans la partie enseignement, tient à coup sûr la première place.

**L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE.**—D'une façon générale, et autant qu'il est possible d'en juger dans une visite aussi rapide, les méthodes générales de technique pour l'histologie pathologique ne nous ont pas semblé différer notamment de celles que nous connaissons. Néanmoins, nous souvenant de ce qui existait il y a douze ans, alors que nous avons eu l'occasion de passer quelques mois comme étudiant à l'Institut de Strasbourg, sous la direction du professeur V. Recklinghausen, nous avons pu constater que l'enseignement de l'histologie pathologique y avait subi de notables modifications. D'une façon générale, l'examen des pièces fraîches (examen extemporané) garde toujours son importance, et la méthode des coupes par congélation qui a remplacé celle des coupes à main levée, est d'un emploi constant, aussi bien pour les travaux personnels que pour les travaux pratiques. De ces derniers, il va être parlé dans un instant.

Pour les démonstrations, il est fait actuellement, en Allemagne, un constant usage des appareils de projections, soit notamment de ceux de Zeiss ou de Leitz qui permettent de faire l'épiscopie, la diascopie et la projection microscopique. Ces appareils rendent de réels services : aussi, à Berlin, en trouve-t-on, non seulement dans la salle des cours, mais encore dans la salle des travaux pratiques d'histologie.

**LES MÉTHODES PHOTOGRAPHIQUES.**—Le perfectionnement des appareils photographiques, les inventions nouvelles dont cette science physique s'est enrichie dans ces dernières années, sont largement mis à contribution en vue de l'enseignement et des recherches anatomo-pathologiques : microphotographies des plus démonstratives, comme celles de l'admirable collection du professeur Schmorl : photographies stéréoscopiques de pièces anatomiques ; ou encore radiographies de pièces préalablement injectées, ou enfin photographies en couleurs suivant le procédé Lumière.

**COMMENT EST FAIT L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.**—Voyons maintenant comment sont utilisées, en Allemagne, en vue de l'instruction proprement dite des élèves, les res-

sources dont on dispose, et comment y est organisé l'enseignement de l'anatomie pathologique.

Dans les villes non universitaires, mais académiques, comme Cologne, les élèves sont des médecins qui y accomplissent leur année de pratique obligatoire "praktisches Jahr," et qui viennent à l'Institut anatomo-pathologique suivre des cours de perfectionnement. Ces cours ont lieu deux fois par année, en Mai et en Octobre, et durent trois semaines. De même à Francfort, à Dresde comme à Nuremberg, ce sont des médecins de la ville qui viennent suivre pendant quelques semaines des cours de démonstration; à Francfort, en particulier, cet enseignement est très apprécié. Ou bien encore on ne saurait trop louer cette manière de faire: deux ou trois fois par mois le directeur de l'Institut anatomo-pathologique donne, dans la soirée, à l'intention des médecins de la ville, une conférence familière dans laquelle il montre les cas curieux dont l'autopsie a été faite dans la semaine (conservation à la glacière,) ou bien des préparations histologiques colorées suivant les méthodes nouvelles, etc., etc. De la sorte, les médecins sont tenus au courant des progrès de l'anatomie pathologiques sans qu'il en coûte grand effort.

On saisit sans peine l'intérêt primordial que peuvent avoir des praticiens à être ainsi mis à même de connaître les méthodes nouvelles, les découvertes les plus récentes, et à prendre contact avec les spécialistes de telle ou telle branche de la médecine.

Dans les villes universitaires, cet enseignement est facilité par le fait que le nombre même des étudiants n'est jamais considérable, vu la multiplicité des centres universitaires et le principe de la décentralisation qui fleurit largement chez nos voisins de l'Est. C'est ainsi que, dans chaque Institut, on ne compte habituellement, par semestre, qu'un groupe d'élèves inférieur à 100 pour les travaux pratiques (40 à Bonn, 80 à Leipsig). A Berlin, exceptionnellement, leur nombre atteint 200. Cette situation rend possible un mode d'enseignement où la partie pratique occupe la place prépondérante. Pour donner ici un point de comparaison, nous dirons qu'à Paris il y a environ 400 à 450 étudiants appelés à suivre les travaux pratiques pendant le semestre d'hiver.

L'étude de l'anatomie pathologique porte sur les cinquième et sixième semestres, c'est-à-dire durant une année, quelquefois une année et demie. Elle comprend une "partie théorique et une partie pratique," qui est de beaucoup la plus importante.

La partie théorique, c'est le cours magistral qui est de cinq ou six heures par semaine et qui, réglementairement est divisé en deux parties: anatomie pathologique et pathologie générale (un semestre), anatomie pathologique (un semestre).

L'anatomie pathologique générale est enseignée pendant le semestre d'hiver; elle occupe une grande partie du programme, et cela se comprend, car là pathologie générale et la parasitologie ne font pas, comme chez nous l'objet de chaires spéciales, et sont professées par l'anato-

mo-pathologiste. Aussi le semestre d'été, qui ne compte que trois mois en Allemagne, est-il insuffisant pour terminer le cours, et fréquemment deux semestres d'été sont indispensables pour traiter complètement l'anatomie spéciale.

L'impression qu'on éprouve en suivant ça et là, ainsi que nous avons pu le faire, quelques cours en Allemagne, c'est que les leçons y sont peu doctrinales, mais essentiellement pédagogiques et plutôt élémentaires. Le professeur ne cherche nullement à montrer sa science; son seul but est d'apprendre aux étudiants ce qu'il est nécessaire qu'ils sachent.

La partie pratique de cet enseignement est, comme nous l'avons dit, beaucoup plus importante que la partie théorique. Elle comprend le "cours d'autopsie, le cours de démonstration de pièces macroscopiques et le cours de microscopie pratique.

Le "cours d'autopsie" est fait une ou deux fois par semaine. Les étudiants y apprennent à pratiquer eux-mêmes une autopsie et à en établir le protocole. A cet effet, trois élèves sont appelés pour un cadavre: l'un est chargé de l'autopsie de la cavité crânienne, le second de celle du thorax, le troisième de celle de l'abdomen. Ainsi, lorsqu'un élève a été appelé trois fois, il a pratiqué une autopsie complète. Dans les petites Universités même, où les élèves sont peu nombreux, chaque élève arrive à faire deux ou trois autopsies par semestre.

Le "cours de démonstration" qui a lieu deux ou trois fois par semaine, et pendant une heure et demie à deux heures, est fait par le professeur aidé de ses assistants. Les élèves sont divisés en petits groupes de 10 (ou moins) pour les démonstrations des pièces macroscopiques.

Le cours de microscopie pratique, se fait en été, deux ou trois fois par semaine. Il dure deux heures. Le nombre relativement restreint des élèves qui le suivent permet d'user d'un système réalisant à coup sûr ce qui peut se faire de mieux dans le domaine pratique de l'enseignement anatomo-microscopique. Chaque élève occupe une place déterminée à une table, dispose d'un microscope de quelques petits instruments et de différents réactifs tels que: acide acétique, sérum artificiel, iodure de potassium, etc. Dès les premières séances du cours, les élèves sont exercés à l'examen extemporané des liquides, des tumeurs, du pus, etc. Plus tard, ils reçoivent des coupes de pièces incluses dans la celloïdine, colorées ou non, qu'ils doivent monter et étudier. On leur en donne 3, 4 ou 5 à chaque séance.

Au commencement de la séance, le professeur expose brièvement à ses auditeurs, au moyen de sommaires dessins schématiques exécutés au pastel sur du papier ou au tableau noir, ce qu'ils doivent voir sous leur microscope. Puis suivi de ses assistants, il passe dans les rangs pour donner à chacun les explications complémentaires dont il peut avoir besoin. L'élève "doit dessiner" toutes ses préparations; méthode excellente, à laquelle on attache partout une grande importance, car

c'est d'après le dessin que les assistants peuvent voir si l'interprétation des coupes est exacte formuler leurs remarques. Au surplus, on comprend aisément quels services peut rendre l'habitude du dessin pour les recherches personnelles ultérieures.

Pour en finir avec l'enseignement de l'anatomie pathologique, il nous reste à dire un mot des cours de vacances.

Les vacances universitaires sont longues en Allemagne elles durent, en effet, quatre mois. On sait le succès remporté et l'extension prise dans toutes les Universités par les cours de vacances, soit par les élèves de l'Université qui désirent compléter leur instruction, soit par des étrangers.

Un tel enseignement de l'anatomie pathologique ainsi qu'il ressort de l'exposé que nous venons de faire, est certainement très complet. La meilleure preuve qu'il donne d'excellents résultats dans la pratique, et que l'étudiant qui en a suivi avec assiduité les différentes parties y acquiert de solides connaissances, est fournie par l'énoncé des épreuves imposées aux examens qui terminent les études médicales. A Berlin, par exemple, voici quel en est le détail : l'élève est appelé à subir deux examens théoriques. Il doit d'abord faire l'autopsie d'une des cavités du corps, rédiger le protocole et effectuer la démonstration des pièces macroscopiques qu'il a enlevées. On lui donne ensuite trois préparations histologiques colorées qu'il est chargé de monter dans le baume de Canada et de décrire. Quant à la troisième partie de l'épreuve, elle est orale et théorique.

Par ce qui précède, on conçoit combien considérable est la place faite à l'anatomie pathologique dans les études médicales. Le grand essor donné en Allemagne à cette science par Virchow est aujourd'hui à son apogée ; les sacrifices que se sont imposés les pouvoirs publics, la création ou l'installation en maints endroits d'Instituts, sont autant de causes qui ont suscité toute une pléiade de spécialistes distingués, disciples médiats ou immédiats du Maître.

L'anatomie pathologique a conquis en Allemagne, pour le plus grand bien des élèves et des recherches scientifiques, son individualité propre, son organisation personnelle ; telle est, résumée, l'impression qu'on retire d'un voyage comme celui que nous venons de faire.

Dr ROUSSY.

In La Presse Médicale.

Ces notes rencontrent si parfaitement ce que nous avons nous-même constaté, lors de nos différents séjours en Allemagne, que nous avons cru intéressant pour nos lecteurs de voir jusqu'à quel point l'on poussait ces études aux pays transrhénans.

E. SAINT-JACQUES.



## Clinique Médicale

### La séméiologie du hoquet

Le hoquet, dit Eloy (Dict. encycl. des Sc. méd.,) est "une contraction subite et spasmodique du diaphragme, déterminant une secousse des parois abdominale et thoracique, et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte." Il est dit "incoercible" lorsqu'il est "opiniâtre, rebelle, prolongé, chronique ; ce qui le caractérise, c'est sa durée et sa répétition."

Au point de vue physiologique, le hoquet est le "cri de détresse du nerf phrénique." C'est donc dans le domaine viscéral de ce nerf qu'il faudra rechercher ses causes déterminantes. Nombreuses sont les occasions où l'on peut observer du hoquet, et en particulier du hoquet incoercible ; il est de première importance pour le clinicien, d'avoir présente à l'esprit les diverses affections qui donnent lieu au hoquet, de manière à accorder à ce phénomène toute sa valeur séméiologique, M. Pierre Denance, dans une thèse récente (Henri Jouve, 1908,) a parfaitement groupé et mis en lumière ces affections ; variées où le hoquet incoercible prend une place prépondérante. Avec lui nous allons les passer en revue.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le hoquet est un "épiphénomène" d'une importance secondaire, noyé au milieu de désordres plus ou moins graves, mais dominants ; ou bien le hoquet "domine l'ensemble symptomatique."

#### I.—LE HOQUET EST UN EPIPHENOMENE, AU COURS D'UNE AFFECTION DONNEE

A. "Hoquet dans les affections des organes thoraciques.

Le hoquet peut se rencontrer : 1<sup>o</sup> Au cours des "pleurésies diaphragmatiques." Il est généralement spontané, quelquefois provoqué par la pression sur l'épigastre malade ; il est très douloureux.

2<sup>o</sup> Au cours de la "pneumonie ; il est d'ailleurs peu fréquent, apparaît vers le cinquième jour ; il est violent, pénible, douloureux. Il traduirait, pour M. Denance, une inflammation concomitante de la plèvre médiastine ou diaphragmatique (pleuro-pneumonies, pleurésies parapneumoniques.) Le pronostic de ces pleurésies parapneumoniques étant relativement bénin, il s'ensuit que l'apparition du hoquet dans ces conditions n'a pas une signification particulièrement grave.

3<sup>o</sup> Le hoquet peut également s'observer au cours de la "laryngite," de la "coqueluche," même dans la "tuberculose pulmonaire (Jamy) "

4<sup>o</sup> Très fréquemment il est un des signes de "l'adénopathie trachéo-bronchique ou des tumeurs du médiastin."

5<sup>o</sup> Le hoquet est un symptôme banal de la péricar-

dite ;" il est alors très douloureux, la douleur étant réveillée par la pression du nerf phrénique aux points classiques (entre les deux chefs du sterno-cléidomastoïdien, bouton diaphragmatique, etc.)

B. "Hoquet dans les affections des organes abdominaux.

Le hoquet peut se observer :

1e Dans les maladies du foie : hépatites, lithias biliaire, et surtout colique hépatique.

2e Dans les maladies de la rate : splénomégalie primitive, ou secondaire (paludisme.)

3e Dans les affections "genito-urinaires," néphrites, cystites, calculs vésicaux, cancer de la prostate.

4e Dans les affections "utérines": métrites, saignantes s'accompagnant d'un certain degré d'inflammation péritonéale.

...

5e Dans les affections "du péritoine": symptôme banal au cours des "péritonites" surtout "généralisées."

C. "Hoquet dans les affections du tube digestif."

1e Le hoquet se rencontre assez fréquemment dans les cas de "corps étrangers" de l'oesophage ; plus fréquemment encore dans les "sténoses oesophagiennes" dues surtout au "cancer du cardia."

2e On le trouve également très tenace, par crises, revenant après les repas dans les cas de "cancer," ou ulcère de l'estomac," ainsi que dans "l'hyperchlorhydrie." Il est alors de nature réflexe et dû à l'irritation de la muqueuse ulcérée.

3e Le hoquet se rencontre encore dans certaines affections intestinales, en particulier la "dysentérie et les parasites intestinaux."

D. "Hoquet dans les maladies du système nerveux."

1e Le hoquet peut se rencontrer dans certaines affections "des nerfs périphériques" : névralgie phrénique, sciatique (Huchard).

2e Plus rarement dans certaines "affections médullaires": signe prémonitoire de tabès (Daumie), survenant alors par crises analogues aux crises laryngées.

3e Assez rarement aussi dans certaines "affections encéphaliques," tubercule de la protubérance ou du bulbe (Lamy et Cléret,) méningite tuberculeuse (Gandy et Levy-Valensi.)

E. "Hoquet dans les maladies générales."

1e Le hoquet a été rencontré dans bien des "maladies infectieuses," en particulier la "fièvre typhoïde"; il apparaît alors dans le 2e ou 3e septénaire ; il indique que le péritoine est en jeu (Dieulafoy,) mais peut exister en dehors d'une perforation typhique, ou d'une appendicite paratyphique ; il est donc important à connaître. Peut-être serait-il dû à l'action de la toxine typhique sur le bulbe. On l'a encore signalé dans certaines scarlatines toxiques, dans le "zona (Variot), le "paludisme," le "scarbut," la "fièvre jaune," la "rage."

6e Le hoquet incoercible a été signalé dans certaines "intoxications": par le "plomb" (coliques de plomb), par le tabac (spasme diaphragmatique egusé par la Nicotine, Huchard) ; par l'alcool : ivresse.

3e Le hoquet enfin se rencontre dans certaines "ca-

chexies" (cachexie cancéreuse), à la suite d'abondantes hémorragies (saignées, délivrance), dans l'agonie.

## II.—LE HOQUET EST LE SYMPTÔME DOMINANT.

Le hoquet peut se présenter au médecin comme un phénomène "isolé." Il faut tout d'abord se rappeler que toutes les maladies organiques peuvent être latentes et par conséquent les rechercher soigneusement. Si l'on ne trouve aucune de ces affections, le hoquet peut être :

1e "D'origine digestive": distension rapide de l'estomac surtout par de l'eau gazeuse, ou repas trop copieux. Le hoquet peut alors continuer même lorsque le trouble gastrique, cause initiale, a disparu. Ou bien au contraire, l'estomac étant vide, ingestion à jeun de liquides fortes ou de vomitifs ;

2e Dû à une "auto-intoxication," en particulier à l'urémie ; il est quelquefois alors symptôme précoce, avant-coureur de la grande crise d'urémie.

2e Dû à une "auto-intoxication," en particulier à l'urémie par l'auto-intoxication gravidique, et comparable aux vomissements incoercibles ;

4e D'origine "menstruelle": établissement de la menstruation, suppression des règles, dysménorrhée ;

5e Le hoquet peut être enfin dû à "l'hystérie," évidente ou cachée. Il peut alors être provoqué par un traumatisme, par une émotion, par l'imitation. Il peut "succéder, précéder," ou remplacer les autres phénomènes de l'hystérie. Aussi son diagnostic est-il quelquefois très délicat. Il s'arrête durant le sommeil, est au contraire très tenace pendant la veille, mais peut guérir par suggestion. Le hoquet a encore été observé au cours de la "chorée" et de "l'épilepsie."

On a signalé quelques cas de hoquet "traumatique," mais il est vraisemblable qu'il s'agit d'une manifestation hystérique.

Le hoquet est un phénomène extrêmement fréquent chez les "nourrissons": tantôt transitoire, capricieux ; tantôt régulièrement après chaque tétée. Il s'observe surtout dans les trois premiers mois de la vie et chez l'enfant nourri au sein. Il est souvent précédé de régurgitations. Il se voit plus fréquemment chez les enfants sains, robustes ; présentant une belle courbe de poids ; sa signification a été diversement interprétée ; il indique, d'après Denance, une surcharge de l'estomac ; il serait un signe avant-coureur de la suralimentation qu'une surveillance attentive permettra ainsi d'éviter.

PRONOSTIC.—1e Le hoquet est un signe de "mauvais augure" dans bien des affections intestinales : péritonite, étranglement herniaire, occlusion intestinale. Il serait également très grave dans les maladies encéphaliques, et dans la tuberculose pulmonaire (Lamy).

2e Le hoquet serait un signe de "bon augure" chez les nourrissons (Parrot) ; en réalité le hoquet des nourrissons n'a aucune valeur pronostique (Marfan).

3e Dans le plus grand nombre des maladies, le hoquet est un symptôme "indifférent": son pronostic se confond avec celui de la maladie causale.

Traitement.—Le traitement curatif du hoquet

## Pédiatrie

### Infections ombilicales et lésions hépatiques chez le nouveau-né

comporte deux parties : le "traitement étio-pathogénique" traiter par exemple l'hyperchlorhydrie, l'auto-intoxication gravidique, le tabagisme, le paludisme, etc.

2<sup>e</sup> "traitement symptomatique."

A. "Médicamenteux"—Ce sont les antispasmodiques : extrait de belladone, jusquiame, valériane de zinc ; par exemple :

Extrait de Belladone . . . . . 2gr.  
Camphre . . . . . 1gr.  
Sirop gommeux . . . . . q. s.

F. s. a. 60 pilules.—Faire prendre le 1<sup>er</sup> jour 2 pilules ; le second jour 3, en augmentant jusqu'à 6 dans les 24 heures.

Ou bien :

Valérianate de zinc . . . . . 0gr. 05  
Extrait de belladone . . . . . 0gr. 02  
Extrait mou de quinquina . . . . . q. s.

Pour une pilule.—F. s. a. 10 sembl.—Prendre 2 de ces pilules par jour.

B. "Non médicamenteux."

On peut essayer "l'irritation périphérique" : compresses chloroformées sur l'épigastre, pulvérisations d'éther sur le cou et l'épigastre (Rose) ; faire boire lentement en se pinçant le nez (Varangot) ; faire tirer fortement la langue (Lépine) ; compression circulaire forte du poignet (Piretti) ; compression du cubital dans la gouttière olécrânienne ; pression énergique et prolongée de la pulpe du petit doigt contre celle du pouce (Pauzat, in J des pratic., 1895, p. 244).

On a encore proposé la "gêne mécanique des mouvements diaphragmatiques" : retenir la respiration ; expiration forcée ; éternuements ; pelote de linge sur l'épigastre fortement serrée, etc. Mathieu a proposé de modifier "l'oxygénation sanguine" en faisant faire 40 à 50 inspirations rapides : l'excitabilité bulbaire se trouve ainsi modifiée.

On peut "comprimer directement les phréniques, entre les deux chefs inférieurs des sterno-mastoïdiens. La "galvanisation" des phréniques (un pôle au cou, l'autre aux insertions du diaphragme) a également donné des succès.

Enfin la "suggestion", sous toutes ses formes, aimant frayeur, émotion vive, donnera des résultats inattendus, là où d'autres moyens auront échoué.

Macé de LEPINAY.

In Journal des Praticiens.



En 1899, M. Porak a attiré l'attention sur les formes "latentes" de l'infection ombilicale. Plus tard, Porak et Durante ont repris cette question des infections ombilicales chez le nouveau-né. Enfin, récemment, Durante et Burnier ont publié de nouveaux faits qui viennent appuyer la conception si intéressante de Porak. L'étude histologique du foie dans les infections ombilicales a été remarquablement faite par Durante, que nous prendrons pour guide dans cette revue générale.

Sans doute, depuis longtemps, on connaissait les infections ombilicales des nouveaux-nés et on leur accordait une grande importance. Mais les livres classiques ne parlaient que des lésions externes, visibles, objectives de la région ombilicale : fungus, funiculite, ulcération, érysipèle, etc. Quand on ne voyait rien à l'ombilic, on écartait toute idée d'infection ombilicale.

Porak a eu le très grand mérite de montrer que l'infection ombilicale peut avoir des conséquences immédiatement ou tardivement graves avec des lésions imperceptibles. Une infection de l'ombilic même légère et méconnue peut toucher profondément le foie. Cette infection peut agir lentement, dans certains cas, entraînant des troubles de la nutrition générale du nourrisson jusqu'alors inexplicables.

Les examens anatomiques auxquels s'est livré M. Durante ont vivement éclairé ces faits obscurs. Les lésions hépatiques sont habituelles dans l'infection ombilicale. On peut en décrire une forme aiguë et une forme chronique, pouvant résulter l'une et l'autre soit des microbes apportés par la veine ombilicale, soit des toxines émancées du foyer ombilical.

1<sup>o</sup> FORME AIGUE.—Les abcès sont rares, car la mort survient trop rapidement pour qu'ils aient le temps de se former. Par contre, ce qui est commun, c'est l'hépatite infectieuse diffuse résultant de la culture dans le foie de microbes peu virulents, qui permettent une certaine défense de la glande. En pareil cas, on trouve au microscope soit des nodules inflammatoires miliaires, soit une infiltration cellulaire diffuse.

On avait décrit jadis, dans le foie du nouveau-né, des noyaux considérés comme des éléments hématopoiétiques. Or, quand ils sont très nombreux, les noyaux sont en rapport probablement avec une hépatite diffuse d'origine ombilicale.

L'hépatite dégénératrice est une forme fréquente. Les toxines sécrétées par les microbes, dans le foie ou dans les foyers de la veine ombilicale, amènent la mort des cellules hépatiques, qui subissent une dégénérescence et une nécrose aiguës. Cette lésion débute autour des vais-

seaux sus-hépatiques pour s'étendre progressivement vers les cellules entourant les espaces portes. Ces cellules sont les dernières atteintes.

Souvent le syndrome hépatique est noyé dans la symptomatologie d'une septicémie aiguë ; mais parfois on peut saisir les symptômes d'une insuffisance hépatique aiguë sous forme d'ictère bronzé. Durante croit qu'il faut chercher dans l'ombilic la cause de cette maladie propre aux nouveau-nés et qui doit sa caractéristique tant à la porte d'entrée spéciale qu'à l'âge du malade.

20 FORME CHRONIQUE.—On peut supposer la présence, dans le foie, de microbes moins abondants et moins virulents ; le plus souvent la forme chronique est déterminée par des foyers ombilicaux agissant à distance sur le foie par leurs toxines. Là, le tableau clinique est plus obscur que dans la forme précédente. Or bien il y a une phase subaiguë avec fièvre, ou bien les troubles de la sécrétion hépatique sont insidieux et progressifs. Quand il y a eu de la fièvre au début, elle tombe, l'ictère disparaît et fait place à une pâleur durable. Plus tard, il se produit de la dyscholie ou de l'acéholie occasionnant des symptômes intestinaux. Poids stationnaire, selles mal liées, peu colorées ou même blanchâtres. L'enfant dépérit et meurt subitement, quand il ne succombe pas à une dyspepsie prolongée.

Que trouve-t-on à l'autopsie de ces cas chroniques ? Une atrophie jaune, une dégénérescence graisseuse intense du foie, dont la cause échappe, si l'on n'a pas vu la poussée parfois très légère d'ictère fébrile du début, si l'on ne trouve pas la trace de l'infection ombilicale. Il doit y avoir, d'ailleurs, dans l'infection chronique comme dans l'infection aiguë, une forme scléreuse à côté de la forme dégénérative. M. Durante tend à englober, dans cette forme scléreuse, les foies durs, plus ou moins cirrhotiques, de la première année, sans étiologie suffisante. Mais ce n'est encore qu'une hypothèse, et de nouveaux faits sont nécessaires pour affirmer l'évolution de cette hépatite chronique interstitielle d'origine ombilicale. Il y a des degrés de gravité dans l'infection ombilicale : s'il y a des cas mortels, il y a aussi des cas bénins. Quand les microbes sont très peu virulents, quand, fixés à l'ombilic, ils ne forment pas de pus et sont détruits rapidement, les lésions du foie sont minimes, discrètes, curables. Mais ces lésions des premiers mois de la vie ne vont pas sans affaiblir la résistance de la glande hépatique et sans troubler le fonctionnement intestinal ; elles donnent la clef d'affections qui pourront évoluer plus tard. Et, pour rendre sa description plus claire, moins abstraite, M. Durante rapporte deux observations, l'une de la forme aiguë, l'autre de la forme chronique.

I. Il s'agit d'un enfant qui a succombé avec des localisations septiques multiples. La plus grande partie du foie est profondément dégénérée ; les cellules hépatiques, nécrosées, mortifiées par l'action d'une toxine très virulente sans avoir pu réagir, sont fragmentées en petits blocs qui se colorent mal. Ces zones dégénérées, qui sont tachées d'huile autour des veines sus-hépatiques pla-

cées au centre, ont fusionné les unes avec les autres et intéressent les trois quarts du parenchyme hépatique. Entre les débris cellulaires, dans les capillaires, on retrouve des streptocoques nombreux. Les éléments conjonctifs ont peu réagi, et l'on ne rencontre que de très rares et très petits nodules infectieux. Les espaces portes normaux sont entourés de trois à quatre rangées de cellules bien conservées qui se colorent normalement. Ils constituent de petits lobules polygonaux à centre biliaire, perdus au milieu des zones dégénérées et réalisant un type de foie interverti.

En somme, hépatite dégénérative rapide et intense à début sus-hépatique.

II. Un enfant né le 30 juin 1907 est apporté le jour même au pavillon des Débiles de la Maternité. La veille de la chute du cordon, avec de petits points mis à nu à sa base, l'enfant présente de l'ictère. Déjà, la veille, on avait noté 370,9. L'ictère, devenu très intense deux jours après, disparaît en huit jours. Augmentation régulière de poids ; du quatorzième au dix-septième jour, faibles élévations thermiques ; poids stationnaire ensuite pendant près de trois semaines. Du 9 au 31 août, augmentation normale. A partir du 1<sup>er</sup> septembre, courbe stationnaire, selles mal digérées, jaune vertes, glaireuses, sans diarrhée véritable. L'on donne en vain du sérum, de l'eau de Vichy, etc.

A partir du 28 octobre, baisse de poids, œdème le 18 novembre ; mort le 2 décembre. A l'autopsie, le foie est gros, quoique d'un poids léger (150 grammes) ; il est gras, jaune-citron, mou comme du mastic. Omphalocèle effacée, sans cupule, cicatrice très mince. A la face interne, les vaisseaux ombilicaux sont vides, peu apparents. Mais, sous le péritoine épaissi, on voit une large tache ocre (5 à 6 centimètres de long sur 3 à 4 de large). Au microscope, on constate que le foie est transformé en tissu adipeux. On voit les espaces portes avec leur tissu conjonctif et leurs vaisseaux ; mais les canaux biliaires sont peu reconnaissables. Tout le reste de la glande a l'aspect d'un tissu lipomateux sans distinction possible des lobules ni des cellules. Chaque cellule hépatique est transformée en une vésicule adipeuse nucléée, sans protoplasma notable.

Voilà donc un type de la forme chronique avec troubles digestifs et cachexie par dégénérescence progressive du foie. Cette forme a duré cinq mois ; elle est en outre intéressante par l'intensité de la dégénérescence graisseuse ou mieux de la transformation adipeuse du foie. Les cellules hépatiques, qui ont résisté à l'infection initiale, sont distendues par une large gouttelette de graisse et transformées en une vésicule adipeuse nucléée. Cette transformation adipeuse résulte d'une irritation chronique de la cellule. La cellule, bien que modifiée profondément, n'est pas morte, et le protoplasma qui persiste autour du noyau explique peut-être la longue survie de l'enfant. En somme, on a trouvé, chez cet enfant, les traces anatomiques et cliniques d'une infection ombilicale initiale qui a dû se produire au moment de la chute du cordon.

Au point de vue anatomique, l'ombilic, effacé et sans cupule, résulte probablement d'une ulcération des lèvres du bourrelet, plus tard accolées et cicatrisées, tandis que le tissu conjonctif profond, enflammé, se scléropait et faisait rétracter le bourrelet normal. La tache ocreuse signalée plus haut révèle de son côté une irritation péritonéale.

Cliniquement, l'infection a été indiquée par la fièvre passagère et l'ictère, qui ont marqué la chute du cordon.

Quand, chez un nouveau-né, la fièvre et l'ictère se montreront au moment de la chute du cordon, il faudra penser à une infection ombilicale. Fièvre et ictère peuvent être légers, éphémères, insignifiants à l'apparence ; ils existent presque toujours dans les infections de l'ombilic.

L'ictère surtout a une importance capitale. M. Durante pense, et nous sommes absolument de son avis, qu'une notable proportion des ictères des nouveau-nés relève de l'infection ombilicale. Cet ictère, on le retrouve dans toutes les infections de l'ombilic, même dans celles qui guérissent. On peut le comparer à la fièvre passagère que les accouchées attribuent à la montée du lait, fièvre de lait des anciens auteurs, que tout le monde reconnaît aujourd'hui comme d'origine infectieuse.

"La plupart des ictères des nouveau-nés survenant au moment de la chute du cordon seraient à l'ictère bronzé ce que le frisson de l'accouchée est à la grande infection puerpérale."

Les remarquables travaux de MM. Porak et Durante sur les infections ombilicales et sur les relations avec l'ictère des nouveau-nés et les lésions hépatiques des premiers mois ont projeté une vive lumière sur ce coin obscur de la pathologie infantile.

En nosologie, ils nous montrent qu'il faut reléguer à l'arrière-plan les anciennes théories mécaniques de l'ictère hépatogène ou hémotogène. L'infection ombilicale explique tout. En pratique, ils nous avertissent que nous ne ferons jamais trop pour protéger le cordon ombilical contre les infections venues du dehors ; la propreté absolue, l'asepsie sont de rigueur dans toutes les manipulations auxquelles l'ombilic est exposé, depuis la naissance jusqu'à la chute du cordon et à la formation complète de la cicatrice.

À l'omphalite des anciens auteurs, au phlegmon, à l'érysipèle, au fungus, à la suppuration de l'ombilic, que tout le monde peut voir, il faut ajouter des infections latentes, non moins graves que les précédentes et susceptibles d'entraîner des accidents aigus, subaigus ou chroniques. Dans la forme aiguë, c'est la septicémie hépatique et générale, c'est l'ictère bronzé, c'est la mort à bref délai.

Dans la forme subaiguë, c'est l'ictère plus ou moins foncé, avec perte de poids, troubles digestifs, etc. Guérison possible dans les cas légers.

Dans la forme chronique, ictère léger ou passager, dégénérescence graisseuse du foie, dyspepsie, amaigrissement ; guérison possible, mort fréquemment. Le dia-

gnostic de ces infections ombilicales latentes est des plus difficiles, car l'examen direct de l'ombilic donne peu de renseignements. C'est aux symptômes hépatiques qu'il faut s'adresser, et en particulier à l'ictère, qui, même léger ou éphémère, doit attirer l'attention. L'infection ou l'intoxication du foie par la voie ombilicale et secondairement l'intoxication digestive, la septicémie générale, résument les principales étapes et tous les dangers de l'infection ombilicale.

(Ex. Arch. de Médecine des Enfants.)

## Sociétés Médicales

### Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 16 MARS 1909

Présidence de M. Villeneuve

MEMBRES PRÉSENTS : Messieurs Bourgeois Latreille, Villeneuve, F. de Martigny, Garceau, Dion, Fournier, Falardeau, Décarie, Boucher, Brisset, Grenier, Cléroux, Malouf, Hingston, Bourgoin, Verner.—

En l'absence du président et du vice-président, M. Villeneuve est élu président protempore.

PROCES-VERBAL.—Le rapport de la séance précédente est lu et adopté.

PRESENTATION DE PIÈCE.—Mr F. de Martigny présente un fibrome utérin suppuré, qu'il a enlevé à une femme de 45 ans. La tumeur évoluait en silence, sans troubler la malade. Celle-ci, au début de l'automne 1907, contracte une fièvre typhoïde, et son médecin, le Dr Dion, découvre, en l'examinant, la masse abdominale, qu'il juge pour le moment inoffensive. La dothiëntérie suit un cours normal et dure six semaines, mais bientôt, la convalescente fait des poussées fébriles et ressent des douleurs dans le bas-ventre ; les symptômes s'aggravent et nécessitent l'opération, en mai 1908. La malade est guérie ; elle avait un fibrome utérin extra-cavitaire, suppuré, adhérent au péritoine et à l'intestin.

Ce qui fait l'intérêt du cas, dit en terminant le Dr de Martigny, c'est sa rareté. Pozzi ne cite, en effet, qu'un seul cas de fibrome utérin suppuré, opéré et guéri.

Sur proposition du Dr de Martigny, le Dr Latreille accepte de faire l'examen histologique de la pièce, et de faire rapport.

TERATOLOGIE.—M. Brisset fait une étude sur la classification des monstres, dont il présente deux spécimens très intéressants :

Le premier venu à terme, chez une jeune fille de 15 ans, sans antécédents particuliers, est un monstre unitaire autosite hyperencéphalique, avec canal vertébral intè-

gre. Le cerveau, complètement hernié, s'étale en appendice sur un crâne très atrophié.

L'accouchement, aidé de la version, fut difficile, car l'enfant était gros, en plan latéral, et retenu par les contractions de l'anneau de Bandl.

Le toucher ptéalable donnait la sensation d'une masse molle, ayant les caractères du placenta praevia, mais sans cotylédons, ce qui pouvait laisser deviner une présentation de cerveau hernié.

L'autre monstre est un unitaire autosite sphéno-céphalique, pouvant compter cinq mois de vie intra-utérine. Le type en rare, Geoffroy St Hilaire ne l'a rencontré que chez le mouton. Il présente les malformations suivantes: le crâne ployé à la région palatine, fait se rapprocher les dents de la ligne médiane, les oreilles voisines aussi l'une de l'autre, ont une caisse tympan commune, le nez est effilé et allongé, l'apparence de la bouche est celle d'un bec d'oiseau.

M. DECARIE félicite le conférencier et ajoute quelques remarques sur les divers processus tératogéniques qui sont à l'origine de ces difformités.

M. LATREILLE, durant son séjour à Baudelocque, eut l'occasion de voir deux monstres exencéphaliques. Pinard croyait possible le diagnostic de ces cas, pendant la grossesse, il citait parmi les symptômes, l'hydramnios considérable, la mauvaise présentation et surtout les mouvements convulsifs du fœtus, perceptibles à la palpation. Le Dr Latreille demande au Dr Brisset, s'il n'a pas relevé ces symptômes.

Le Dr BRISSET répond, que n'étant pas prévenu, au moment de l'examen, il n'a pas recherché les mouvements convulsifs, qui peuvent d'ailleurs survenir au cours de plusieurs maladies fœtales. Tout qu'au plan latéral, il n'est pas une coïncidence, mais le fait de la monstruosité; le fœtus n'ayant pas de sommet, se met en position indifférente, ce qui peut être position latérale. Enfin la malade avait beaucoup d'hydramnios, et l'examen n'était possible que par la voie vaginale.

**ALCOOLISME ET FOLIE.**—Le Dr Dion termine l'ordre du jour, par la lecture d'un travail de statistiques sur les rapports de l'alcoolisme avec la folie. Ses observations portent sur 847 aliénés mâles. Il a retracé 319 buveurs modérés ou immodérés, sur un total de 689 malades, à antécédents personnels connus, soit une proportion de 46,29 p. c. Mais l'alcoolisme de l'individu, n'est pas l'unique facteur, dans la pathogénie des divers états mentaux, et le plus souvent, il faut remonter à l'ascendance, pour en découvrir l'origine première, comme le prouve la statistique suivante; en effet, sur l'ensemble des cas observés, et dont les antécédents héréditaires sont connus (soit 585), 42,29 p. c. subissent l'hérédité alcoolique directe, associée ou non à l'hérédité mentale ou nerveuse; 11,96 p. c. l'hérédité alcoolique collatérale, associée ou non à l'hérédité alcoolique seule, et 11,96 p. c. l'hérédité alcoolique collatérale, associée ou non à l'hérédité mentale ou nerveuse.

Les patientes recherches du Dr Dion établissent, que si l'alcool est funeste pour le cerveau des individus primitivement non tarés, il devient foudroyant, même à doses modérées, pour l'intelligence des enfants, dont la souche est malade ou empoisonnée.

M. VILLENEUVE félicite l'auteur. Son travail est le premier du genre, dans la province de Québec; il abonde dans ses conclusions. La statistique serait encore plus lamentable, ajoute-t-il, si nous connaissions davantage les antécédents des aliénés. En les recherchant avec un soin spécial, depuis le début de la présente année, il a constaté que 50 p. c. des cas de folie observés, dépendent de l'alcoolisme chez l'individu ou les ascendants. Le Dr Villeneuve termine en rapportant l'histoire d'une famille de neuf enfants, dont le père buveur par intervalles, avait donné naissance à quatre idiots, dans ses crises d'éthylisme, et à cinq enfants, sains d'esprit, dans ses moments de sobriété.

A 11 heures la séance est levée.

Ludovic VERNER, M.D

## NOTES THERAPEUTIQUES

### Le pyramidon dans le traitement de la fièvre typhoïde

Le pyramidon est un dérivé méthylé et amidé de l'antipyrine, mais trois fois plus actif qu'elle. Il est analgésique, antipyrétique et excitant des échanges organiques, d'où élévation du rapport azoturique.

Au point de vue de l'appareil circulatoire, le pyramidon n'est nocif ni pour les globules, ni pour les vaisseaux. La pression augmente, le pouls se ralentit. Le collapsus signalé parfois ne se produit qu'avec des doses trop élevées.

Le pyramidon agit aussi sur les fermentations intestinales, activité hépatique. La ventilation pulmonaire devient plus active. La température s'abaisse de 2 à 2,5 pour des doses de 20 à 30 centigrammes. Elle descend de plus de trois degrés sans inconvénient. Il se produit alors des sueurs abondantes, peu désagréables. Il existerait, mais pas souvent, de la polyurie. Si donc, on le compare à l'acétaniline qui attaque l'hémoglobine, à l'antipyrine qui entrave la nutrition et diminue les urines, à la quinine qui n'est antipyrine qu'à dose élevée—le pyramidon prend alors une valeur supérieure à celle de tous les antipyrétiques, car dans la fièvre ty-

phoïde, il faut lutter contre la température élevée et contre l'intoxication du milieu.

L'auteur, brandiste convaincu, ne croit pas que le pyramidon puisse remplacer la méthode des bains froids, mais il la supplée dans ses contre-indications : complications intestinales, hémorragies, péritonite, perforation ; phénomènes cardiaques, péricardite, myocardites, affections valvulaires non compensées ; phtisie ; œdème du larynx ; obésité chez les sujets âgés ; difficultés pratiques du traitement hydrothérapique.

Il faut aussi user du pyramidon dans les lièvres peu graves et aussi quand la température se maintient à 40 degrés malgré les bains, ou encore à la fin de la déservescence quand celle-ci traîne avec de grandes oscillations.

Le traitement qui paraît le meilleur c'est la méthode de Brand associée au pyramidon. On donne 25 ou 30 centigrammes toutes les trois heures quand, malgré les bains, la fièvre arrive à 40 degrés, en cachets, potion ou suppositoires.

L'étude des diverses statistiques reste favorable à la médication réfrigérante, mais l'emploi du pyramidon vient après elle comme le plus efficace des antipyrétiques.

(Vinay. Lyon médical, 11 octobre 1908).

\* \* \*

### Etat de la question du sérum antiméningococcique

Ce sérum a été obtenu par les injections progressives croissantes de cultures de méningocoque de Weichselbaum, faites avec le cheval, d'abord par la voie intraveineuse. Les premiers résultats indiquent une réduction de la mortalité de 53 à 25 p. 100 (Koemer) sur 142 cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique de Flexner, il y a 295 guérissons, c'est-à-dire 67 p. 100.

Ces chiffres constituent un argument éloquent en faveur de l'emploi du sérum et s'il était prouvé d'une façon définitive que la mortalité tomba un tiers de ce qu'elle était jadis, la découverte du sérum antiméningococcique pourrait prendre rang à côté de celle du sérum antidiphthérique. Mais il est un fait dont l'importance est capitale : c'est qu'il est peu de germes qui aient une virulence aussi variable que le méningocoque. Tantôt il subit une exaltation de virulence vraiment formidable ; tantôt, la maladie est plus bénigne : M. Cohen rappelle à ce sujet les cas de méningite cérébro-spinale qu'il a présentés guéris il y a trois ans ; de six enfants atteints de cette affection, aucun n'avait succombé. Il faudra donc, pour aboutir à une conclusion définitive, réunir durant plusieurs années encore toutes les méningites cérébro-spinales traitées par le sérum sans négliger d'étudier pour chaque cas en particulier l'action du sérum sur l'évolution de l'affection.

On injecte une dose de 20 à 30 cc. en deux fois : la dose totale a pu s'élever à 300 et même à 500 cc. observer d'effets fâcheux.

Il est probable que le sérum est bactéricide et non an-

ti-toxique, car le méningocoque n'a qu'un endotoxine qu'il ne cède qu'après sa mort. Enfin, avant d'injecter il faut s'assurer du diagnostic bactériologique.

\* \* \*

### Principes du traitement de la diarrhée

Avant d'entreprendre avec efficacité le traitement d'un cas de diarrhée, il est essentiel de diagnostiquer aussi exactement que possible la cause du symptôme.

Dans la grande majorité des cas de diarrhée aiguë il existe une cause irritante qu'il s'agit d'abord de faire disparaître. Souvent il ne sera pas nécessaire d'intervenir il suffira d'attendre. Un enfant qui a de la diarrhée pour avoir mangé des pommes vertes les évacuera spontanément et sera rétabli dans la suite. Si cependant il y a lieu de faire un traitement actif dans un cas sérieux de ce genre, il sera bien de donner d'abord 30 grammes d'huile de ricin, de prescrire le repos au lit et de ne permettre aucun aliment solide le reste de la journée ; on donnera seulement de l'eau pure et on appliquera des flanelles chaudes sur l'abdomen, si le malade se plaint de fortes coliques. La teinture d'opium est un bon moyen de les calmer ; si, d'autre part, il y a tendance au collapsus on donnera des gâteaux chauds.

Dans le cas de diarrhée aiguë accompagnée de vomissements, de diarrhée estivale chez les enfants les indications seront les suivantes :

Combattre le collapsus et prévenir la perte de poids ; évacuer de l'intestin toutes les matières irritantes qui peuvent s'y trouver : ne pas fournir d'aliments aux micro-organismes vivant dans l'intestin ; empêcher le développement des micro-organismes par l'emploi de médicaments antiseptiques ; combattre toute irritation de la muqueuse intestinale.

Le malade dans les cas sérieux, doit porter de la flanelle sur la peau. La température de la chambre doit être au moins de 20 degrés. C'est surtout chez les petits enfants qu'il faudra prévenir toute perte de chaleur corporelle en écartant toute cause de refroidissement.

Pour combattre la déperdition de liquide et la deshydratation, il faut donner de l'eau sous diverses formes. Si l'estomac ne peut supporter l'eau, on donne des lavements d'eau saline à la température de 42 degrés, en injectant le liquide lentement.

Enfin, on peut recourir aux injections salines sous-cutanées.

Pour éliminer de l'intestin les matières irritantes rien ne vaut l'huile de ricin donnée à doses laxatives.

L'alimentation ne doit être reprise qu'au bout de vingt-quatre heures avec des aliments laissant peu de résidus.

Parmi les antiseptiques intestinaux l'auteur cite le sulphopgénate de zinc et l'essence de cannelle en capsules.

Les préparations tanniques sont indiquées contre la diarrhée chronique.

Contre la diarrhée causée par l'accumulation des matières, on emploiera l'huile d'olive chaude injectée lentement dans l'intestin. Le traitement de la diarrhée de la colite muqueuse est d'abord celui de cette dernière affection.

(The Hospital, 14, 21 nov. 1908).

## Bibliographie

Septième édition revue et augmentée du *Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique*, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris.—1 volume grand in-8, de XVI-1726 pages—Relié toile 25 francs.—Lib. Masson.

Le traité de M. G. Lyon est si répandu qu'il est presque superflu de rappeler la forme essentiellement utile qu'il a revêtue et les services considérables qu'il peut rendre aux praticiens. Son titre, dans lequel sont associés les mots "clinique et thérapeutique," résume parfaitement l'esprit dans lequel il est écrit : ce n'est pas un simple formulaire longuement développé, ni une étude purement thérapeutique, c'est en même temps un véritable traité de clinique dans lequel le côté descriptif tient une place importante et donne un intérêt d'autant plus grand à l'application des méthodes de traitement. Grâce à ces qualités il est rapidement devenu classique et, en moins de douze années, sept éditions françaises ont été publiées, ainsi que des traductions en plusieurs langues. Dans la septième édition figurent quelques chapitres nouveaux consacrés aux paresthésies pharyngées, aux pleurésies hémorragiques, aux paralysies du voile du palais, aux trypanosomiases. D'autres chapitres ont été complètement remaniés, par exemple les auto-intoxications d'origine intestinale, les entéro-névroses, les indications du régime déchloruré dans le mal de Bright, les albuminuries orthostatiques, la leucémie, etc.—Ainsi modifié, le "Traité de clinique thérapeutique" se présente non comme une simple réédition, mais comme un nouveau livre dont le caractère essentiellement pratique assurera, une fois de plus, le succès.

\* \* \*

Cinquième édition revue et augmentée, du *Formulaire Thérapeutique*, par G. Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. P. Loiseau, ancien préparateur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, avec la collaboration de : L. Delherm et Paul-Émile Lévy, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 volume in 18 de 761 pages, tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. . . 7 francs.

Le grand succès qui a accueilli le "Traité de clinique thérapeutique" de l'an des auteurs se retrouve pour ce petit volume élégant et portatif, véritable "vade-mecum" du praticien. Celui-ci n'y trouvera pas seulement mentionnés les remèdes nouveaux avec les indications qu'ils comportent ; tous ces renseignements figurent dans la première partie du livre où les remèdes qui ont cours sont mentionnés dans un article substantiel et clair. La seconde partie du volume ajoute à l'intérêt. Le praticien

y trouvera des aperçus rapides sur les divers moyens hygiéniques et physiques : l'opothérapie, la sérothérapie, les régimes alimentaires, l'antiseptie et l'asepsie, la désinfection, l'électrothérapie, la photothérapie, la psychothérapie, la climatothérapie, la massothérapie, etc., les stations minérales, enfin des documents d'analyse biologique de l'urine, du lait, du sang et du suc gastrique. La cinquième édition du formulaire de Lyon et Loiseau continue ainsi à présenter un tableau exact de la pharmacologie et de la thérapeutique modernes.

x Ces ouvrages sont en vente chez tous les libraires-correspondants que la "Librairie Masson & Cie" possède dans les principales villes de l'étranger.

La "Librairie Masson & Cie" peut les adresser, franco de port, contre envoi de leur montant en un mandat-poste ou en une valeur sur Paris.

\* \* \*

Ce qu'il faut savoir d'hygiène, par R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, et H. Bourges, ancien chef du laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. petit in-8, de VI 333 pages, avec figures dans le texte. 4 fr.

Bien que le mot d'hygiène soit prononcé à tout propos en France, il est aisé de constater que l'éducation générale, en cette matière, est encore très incomplète, même sur les points les plus élémentaires. Cependant il existe en France, depuis le 15 février 1902, une loi destinée à protéger la santé publique. Mais l'application de cette loi demeurera pratiquement vaine tant que le public n'en aura pas saisi l'utilité et ne sera convaincu qu'il doit en retirer un bénéfice considérable. Le moment est donc bien choisi pour faire connaître ce petit livre destiné à mettre les notions fondamentales de l'hygiène à la portée de tous en les exposant avec clarté et précision.

Les auteurs ont écarté systématiquement les termes, par trop scientifiques ou techniques et multiplié les figures et croquis afin d'abrégier les descriptions. Enfin, ce sont seulement les questions d'hygiène qui se posent chaque jour, dans la vie courante, que ce livre s'efforce de rendre accessibles au public : les conditions hygiéniques du milieu, naturel (atmosphère et sol), la façon de rendre une habitation saine, de régler rationnellement l'alimentation, d'assurer le développement physique du corps de mettre l'organisme à l'abri des maladies transmissibles. Les auteurs de ce petit ouvrage sauront intéresser leurs lecteurs à l'observation des règles qui sauvegardent la santé : ils auront ainsi un but utile.

