

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 SEPTEMBRE 1903

No 7

L'USAGE ET L'ABUS DES MEDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

PAR M. LE PROFESSEUR G. HALLEM (1)

Depuis environ trente ans, la thérapeutique est en pleine voie de rénovation. Il est intéressant de faire remarquer que les progrès qu'elle a réalisés et dont le nombre s'accroît chaque jour, ont pour fondement la conception même du père de la médecine, celle de la *Natura medicatrix*.

Hippocrate avait su reconnaître que la maladie est une lutte engagée par l'organisme contre les diverses causes qui tendent à le détruire; que cet organisme fait les frais de la guérison et ne succombe que lorsqu'il est faible ou insuffisamment armé. Le mérite des auteurs contemporains est d'avoir fourni la démonstration scientifique de la doctrine hippocratique et d'avoir ainsi assigné définitivement à la thérapeutique le but de soutenir l'organisme dans le conflit dont les diverses péripéties constituent la maladie.

La science moderne a fait plus encore; elle a jeté récemment une vive lumière sur les divers moyens de défense dont dispose l'organisme, de sorte que nous entrevoyons maintenant assez clairement quels sont les actes que nous avons à provoquer pour faciliter la guérison. Il ne faut pas se dissimuler que dans les divers processus de défense, mis en œuvre dans les multiples et complexes conditions créées par les maladies aiguës et chroniques, bien des détails restent encore obscurs, inexpliqués. Mais la part de vérité que nous possédons est assez large pour que nous puissions poser, moins vainement qu'autrefois, les questions suivantes :

Quels sont les moyens thérapeutiques utiles; comment agissent-ils ?

(1) Rapport présenté au Congrès de Madrid.

Les premiers médicaments doués d'une action thérapeutique indéniable sont des conquêtes de l'empirisme. Ce sont les agents dits spécifiques : le mercure, l'iode, la quinine.

Chose curieuse, malgré l'ancienneté des découvertes thérapeutiques qui les concernent, la science contemporaine n'a pas pu encore en préciser nettement le mode d'action.

La connaissance des hématozoaires nous permet de supposer avec quelque vraisemblance que la quinine s'attaque à la cause même de la maladie, au germe morbide introduit à l'intérieur des hématies.

L'action du mercure et de l'iode est restée plus mystérieuse; non pas simplement parce que nous ne connaissons pas l'agent pathogène de la syphilis, mais bien par la raison que ces corps peuvent fort bien n'exercer leurs effets que d'une manière indirecte, par l'intermédiaire de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, malgré bien des efforts, le nombre des spécifiques est resté fort limité.

Après l'introduction dans la science des doctrines microbiennes, on a pu croire, avec M. Duclaux, qu'il s'engageait une sorte de lutte pour la vie entre les cellules de l'organisme et les agents pathogènes sur le terrain des besoins nutritifs et penser, avec Bouley, qu'il suffirait pour être maître des maladies infectieuses, de trouver de nouveaux médicaments antimicrobiens qui seraient devenus de nouveaux spécifiques.

Et, cependant, la chimie, incessamment en progrès, a permis d'introduire dans la thérapeutique un nombre considérable de corps sans qu'on ait pu mettre la main sur un nouveau spécifique. Certes on en trouvera. Il semble bien que l'argent, sous forme colloïdale, récemment étudié, soit un médicament de ce genre. Mais cette remarquable conquête relève encore de l'empirisme, et nous pouvons dire que nous ne sommes pas encore en possession d'une méthode scientifique propre à nous guider dans cette voie.

Les seuls procédés ayant un caractère scientifique parce qu'ils découlent de nos connaissances récentes sur les processus morbides sont ceux qui s'adressent à l'organisme lui-même et qui ont pour but d'en exalter les moyens de défense mis en œuvre dans les infections.

Ces procédés se proposent deux actions principales :

1° Exciter les propriétés des leucocytes, des macrophages,

qui absorbent les germes et sont, pour ainsi dire, les grands nettoyeurs du courant sanguin.

2° Produire, par une action chimique, le développement dans l'organisme, d'antitoxines ou de substances désignées sous le nom d'*anticorps*, et qui sont probablement des produits-susceptibles d'être fabriqués par tous les éléments de l'organisme.

Jusqu'à présent, ce sont les sérums thérapeutiques qui semblent avoir le mieux atteint le but désiré. L'introduction de ces remarquables agents complexes, fabriqués par l'organisme des animaux en état de défense, représente le progrès le plus remarquable qui ait été fait dans ces dernières années en thérapeutique. C'est celui qui, en tout cas, a ouvert la voie la plus nouvelle, la plus originale, la plus scientifique.

Jusqu'à présent, la sérothérapie a été d'une fécondité restreinte, et plus riche en promesses qu'en résultats indiscutables. Si elle a devant elle, comme on peut l'espérer, un brillant avenir, elle a été impuissante dans beaucoup de cas et a échoué notamment dans les essais qu'elle a tentés contre le plus grand de nos fléaux, la tuberculose.

En attendant que de nouveaux spécifiques fassent leur apparition, que nous découvrons d'autres sérums actifs, nous sommes là, l'arme au pied pour ainsi dire, ayant comme munitions le nombre incalculable d'engins fournis par l'arsenal thérapeutique moderne. Nous ne manquons pas de médicaments à action intense et éprouvée; notre richesse de moyens est presque surabondante. La difficulté est de les utiliser à propos et sans nuire, et tout médecin expérimenté sait combien elle est grande. Si nous avons souvent la satisfaction de déterminer, surtout dans les états aigus, à la condition de mettre en œuvre avec sagacité la méthode des médications, des effets incontestablement favorables, nos interventions viennent parfois malheureusement compliquer une situation déjà sérieuse.

Voilà un malade dans la force de l'âge qui est pris de délire inquiétant, on trouve dans les urines rares et troubles une assez forte quantité d'albumine. Ce délire pourrait bien être d'origine urémique. Examinons le cas avec plus de soin. Le patient a été pris il y a six semaines d'un rhumatisme subaigu ou plutôt d'un pseudo-rumatisme, pour lequel on lui a fait prendre quotidiennement du salicylate de soude. Son délire n'est autre qu'un délire toxique, le médicament étant mal éli-

miné à cause de l'affection rénale qui en contre-indiquait l'emploi.

Un autre malade, âgé d'environ quarante ans, se plaint de douleurs stomacales, de vomissements fréquents. Il a du dégoût pour les aliments, une langue sale, une vive sensibilité au creux épigastrique, de l'intolérance même pour le lait. Le pouls est irrégulier, mais lent, les pulsations en sont fortes. Le sommeil est agité, troublé par des rêvasseries, l'amaigrissement déjà prononcé.

L'interrogatoire nous apprend qu'il y a environ deux mois, préoccupé par un peu d'essoufflement et des battements de cœur, il a consulté un médecin qui lui a prescrit de la digitale. Depuis cette époque chacune des ordonnances comporte de la digitale sous une forme ou sous une autre. L'examen complet du malade montre, cependant, qu'il s'agit à n'en pas douter d'un cas de gastropathie compliquée de troubles cardiaques, qu'il n'existe aucun signe de lésion du cœur. Le traitement a aggravé la situation en déterminant de la gastrite aiguë et un empoisonnement digitalique.

Chez une autre personne, atteinte de gastropathie avec ptose du rein droit, du côlon transverse et un peu de l'estomac, il est survenu des accès de fièvre qui quoique très irréguliers ont été attribués à du paludisme. Il est juste de dire que la malade avait eu, dix ans environ auparavant, quelques accès nets de fièvre paludéenne. Mise à l'usage de la quinine, puis de composés arsenicaux, ses troubles digestifs s'accroissent et bientôt elle tombe dans un état alarmant de faiblesse et d'amaigrissement. Un examen attentif montre que les accès fébriles sont sous la dépendance d'une cystite déjà ancienne, restée jusqu'à présent méconnue.

Sans vouloir multiplier les exemples, en voici encore un que j'ai en ce moment sous les yeux à l'hôpital. Une jeune fille de vingt ans entre dans mon service avec des douleurs stomacales vives et une intolérance gastrique absolue. On songe tout d'abord à un ulcère stomacal. En réalité elle est en état de crise gastrique, ressemblant à celle du tabes. Les douleurs sont intolérables, les efforts de vomissements incessants, l'alimentation est impossible, l'eau seule est supportée et encore à petite dose, l'alimentation par le rectum est impraticable, les lavements alimentaires provoquent des coliques violentes et ne sont

pas gardés. On ne trouve cependant aucun signe de tabes, aucun stigmate d'hystérie. Mais depuis environ dix-huit mois, la malade atteinte de dyspepsie banale, a absorbé un nombre incalculable de médicaments : poudres antiseptiques, alcalins, acides, diverses préparations ferrugineuses, arsenicales, bromures, antipyrine, eau chloroformée, purgatifs divers, tout a été essayé. Il nous paraît évident qu'il s'agit d'une violente crise gastrique d'origine médicamenteuse, comme nous en avons déjà observé d'autres exemples.

Mais me direz-vous, vous nous citez des faits exceptionnels. Je le voudrais bien. Hélas, ce sont des faits de la pratique courante; on en rencontre chaque jour, et j'en pourrais rajouter d'analogues par centaines.

Il est vrai que je m'occupe surtout de malades atteints d'affections chroniques, et je me hâte de dire que dans les maladies aiguës les cas où l'intervention médicale est fâcheuse sont beaucoup plus rares.

Dans les maladies chroniques, de longue durée, la tâche du médecin est réellement très difficile : les malades exigent des prescriptions, et comme celles-ci sont le plus souvent inefficaces, elles sont bientôt remplacées par d'autres, puis par d'autres encore, et cela pendant des années. Souvent aussi les malades continuent, sans avis médical, pendant un temps très long, l'usage d'un médicament qu'ils croient inoffensif. Or, les médicaments même les plus inoffensifs deviennent nuisibles quand on en continue l'usage. En introduisant une certaine variété dans les prescriptions, en changeant la médication très souvent, comme je le vois faire généralement, on ne diminue en rien la nocuité du traitement, on en rend simplement les effets plus complexes.

Est-il besoin de rappeler ici ce que j'ai eu déjà l'occasion d'énoncer : L'empoisonnement lent par les médicaments est le plus grand danger que puisse courir un malade chroniquement atteint.

Lorsque j'ai commencé à m'occuper des maladies de l'estomac, en jasant pour faciliter le diagnostic de l'état anatomique de la muqueuse l'analyse du suc gastrique, on m'a fait cette objection que les résultats analytiques sont variables chez le même malade d'un moment à l'autre, que, par suite, ils sont d'une interprétation douteuse. Cette argumentation m'avait

frappé parce qu'effectivement je rencontrais très fréquemment dans la pratique des malades offrant à un premier examen un type chimique qui ne se maintenait pas ultérieurement.

Je n'ai pas tardé à m'apercevoir que le premier type était en quelque sorte artificiel, c'est-à-dire le résultat d'une modification plus ou moins profonde produite par l'intervention médicamenteuse. Il me suffisait de laisser pendant quelque temps les malades au régime seul, de supprimer tous les médicaments, pour voir se dégager le vrai type morbide, celui de la forme simple de l'affection gastrique; et à partir de ce moment, les analyses du suc stomacal donnaient un résultat d'une remarquable uniformité. Et comment en aurait-il pu être autrement, la constitution du suc gastrique étant avant tout fonction de la structure glandulaire de la muqueuse, ainsi que j'ai pu m'en assurer en faisant l'étude histologique d'au moins cinq cents estomacs.

Les renseignements fournis par les analyses chimiques sont en parfait accord avec ceux que procure l'anatomie pathologique; et, en pathologie gastrique, de même que dans les autres branches de la pathologie, les troubles des fonctions révèlent à l'observateur exercé des lésions anatomiques.

Un suc gastrique abondant, riche en principes chlorés et répondant à l'analyse au type chimique de l'hyperpepsie, est fourni par une muqueuse dont les glandes sont volumineuses et remplies de cellules en voie de prolifération.

Au contraire, un suc stomacal peu abondant, d'une acidité faible ou même nulle, ne contenant guère que du chlore minéral, indique une atrophie glandulaire très avancée. Entre la gastrite parenchymateuse pure avec hypertrophie glandulaire et l'atrophie complète de la muqueuse stomacale, types extrêmes correspondant, d'une part, aux chiffres analytiques les plus élevés, de l'autre, aux plus bas, on trouve un grand nombre de lésions plus ou moins complexes, se révélant par des types chimiques en quelque sorte intermédiaires.

Les irritations produites par les substances toxiques et médicamenteuses provoquent généralement des processus mixtes, à la fois parenchymateux et interstitiels, à marche aiguë ou subaiguë. Dans quelques cas la substance toxique détermine une modification du protoplasme cellulaire, une sorte de dégénérescence sans destruction des éléments. Il résulte de ces divers

modes d'action, qu'en cas d'usage non trop prolongé de l'agent toxique une partie des lésions est susceptible de disparaître. De ce nombre sont les infiltrations lymphoïdes et leucocytaires intertubulaires, certaines dégénérescences. Comme ces lésions entraînent presque toujours une diminution de la sécrétion du suc gastrique et une dépression des produits chlorés, le plus habituellement les modifications attribuables aux agents toxiques et médicamenteux consistent en un type hypopeptique dont l'origine peut être souvent reconnue à certaines particularités, telles que, par exemple, l'élévation du chlore total malgré l'absence d'acide chlorhydrique libre, et la faible proportion du chlore organiquement combiné.

La suppression des agents toxiques et médicamenteux entraîne donc le plus souvent la transformation d'un type hypopeptique en un type hyperpeptique.

Les boissons alcooliques sont au nombre des irritants capables de déterminer au début des lésions mixtes, et il n'est pas rare de voir dans la gastrique alcoolique un type fortement hypopeptique être remplacé au bout d'un certain temps de régime lacté par un type hyperpeptique. L'usage des médicaments fournit très fréquemment l'occasion d'observer des variations tout aussi accentuées. Chez certains malades à un état apeptique presque absolu s'est substitué, après une suppression suffisamment prolongée de tout médicament, un type nettement hyperpeptique.

Il serait très intéressant de connaître les effets gastriques des médicaments les plus importants. Cette recherche est difficile pour diverses raisons. D'abord, il est rare qu'un malade s'en tienne à l'usage exclusif d'un médicament. La plupart des gastropathes essayent successivement ou conjointement plusieurs agents. J'ai l'habitude de me faire donner par mes malades la liste aussi complète que possible de leurs prescriptions. Cela m'a permis de voir que certains malades avaient pris jusqu'à quinze ou vingt médicaments différents, quelques-uns peu actifs, il est vrai, mais souvent plusieurs autres capables d'impressionner le processus digestif. Cependant, on rencontre des cas relativement simples où les malades s'en tiennent pendant longtemps à l'usage exclusif d'un seul agent médicamenteux. Tel est le cas, par exemple, des gastropathes que j'ai appelés *alcalinophages*, malades qui ont pris la funeste

habitude de se gorger de bicarbonate de soude et d'eaux minérales alcalines fortes. A ce propos, je rappellerai que la saturation alcaline, loin de diminuer la production de l'acide chlorhydrique libre, provoque l'hyperchlorhydrie la plus accentuée et la plus typique que l'on puisse observer. Cette action est parfois si intense que le suc stomacal devient une sorte de solution d'acide chlorhydrique libre. Pour vous en convaincre, permettez-moi de reproduire ici une analyse que j'ai déjà publiée. C'est l'exemple le plus remarquable d'hyperchlorhydrie de ma collection. Elle concerne un malade qui prenait chaque jour depuis plusieurs mois de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude.

Analyse du suc stomacal extrait une heure après le repas d'épreuve.

4 juin 1897. Liquide abondant, fluide, filtrant facilement :

$$\begin{array}{rcccl} T = 0,577 & H = 0,453 & \} & 0,493 & A = 0,456 \\ F = 0,094 & C = 0,030 & \} & & a = 0,10 \\ & T & & & \\ & \frac{T}{F} & = & 6,13 & \end{array}$$

Traces de peptones, pas de réaction des acides gras.

Après six semaines de suppression des alcalins, on obtient les résultats suivants :

21 juillet 1897. Liquide assez abondant, mal émulsionné.

$$\begin{array}{rcccl} T = 0,459 & H = 0,255 & \} & 0,324 & A = 0,441 \\ F = 0,135 & C = 0,069 & \} & & a = 1,24 \\ & T & & & \\ & \frac{T}{F} & = & 3,40 & \end{array}$$

Peu de peptones, réaction faible de l'acide acétique.

Par quel processus le bicarbonate de soude détermine-t-il une semblable modification du suc stomacal ? Il est difficile de répondre à cette question, mais on pourrait en chercher la solution à l'aide d'expériences sur les animaux.

Je ferai simplement remarquer que le suc stomacal acquiert, dans ce cas, une constitution chimique analogue à celle du suc gastrique pur, obtenu dans l'estomac isolé, non excité par la présence d'aliments.

Voici, en effet, l'analyse d'un suc gastrique de chien, fourni obligeamment par M. Frémont. Elle a été faite dans mon laboratoire par M. Carrion, le 25 novembre 1897.

$$\begin{array}{r} T = 0,554 \quad H = 0,357 \\ F = 0,120 \quad C = 0,077 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{r} T \\ F \end{array}} \right\} 0,434 \quad \begin{array}{l} A = 0,392 \\ a = 0,45 \end{array}$$

$$\frac{T}{F} = 4,61$$

Il s'agit, on le voit, d'un liquide très acide, dans lequel l'acidité totale est due presque exclusivement à de l'acide chlorhydrique libre.

L'analogie de ces analyses est frappante, bien que les chiffres trouvés chez l'homme alcalinophage soient plus élevés.

On peut supposer que, dans la saturation alcaline, la grande richesse du suc stomacal humain en chlore est la conséquence d'une modification humorale par absorption médicamenteuse. Mais l'analyse ne montre pas seulement une grande richesse du liquide en chlore total ($T=0,577$); elle est non moins remarquable par le fait que ce chlore s'y trouve presque exclusivement sous forme d'acide chlorhydrique libre ($H=0,453$). Le même phénomène se produit, il est vrai, ainsi que nous venons de le voir, dans le suc gastrique de l'estomac isolé du chien, mais dans des conditions bien différentes, puisque chez l'homme, il s'agit non de suc gastrique pur, mais de suc stomacal sécrété en présence d'une masse alimentaire. Nous devons en conclure que, chez l'homme alcalinisé, il est survenu une modification cellulaire des épithéliums glandulaires, telle qu'il se produit une sorte d'arrêt du processus de peptonisation, ainsi qu'en témoignent la diminution considérable du chlore combiné ($C=0,030$) et la faible valeur acide de ce produit ($a=0,10$).

Les alcalins semblent, on le voit,—que cette action soit directe ou indirecte, par voie sanguine—produire une sorte de dégénérescence cellulaire. Et si je suis revenu sur ce cas particulier d'action médicamenteuse, c'est qu'il me paraît propre à montrer que l'usage des médicaments n'amène pas seulement des effets irritants locaux, c'est-à-dire de la gastrite médicamenteuse, mais souvent aussi, et peut-être après absorption du médicament, des altérations protoplasmiques des éléments glandulaires.

Dans nombre de cas, à ces phénomènes déjà complexes portant sur l'estomac viennent s'ajouter d'autres manifestations morbides résultant de l'action des substances ingérées sur le reste de l'organisme et particulièrement sur le système nerveux.

L'abus des médicaments est donc capable de déterminer, non seulement une gastrite médicamenteuse plus ou moins superficielle ou profonde, passagère ou durable, mais un véritable empoisonnement chronique, faisant revêtir à une maladie d'abord simple, une forme sémiologique complexe, souvent grave.

Il ne serait pas hors de propos de tracer ici un tableau général de ces effets médicamenteux, dont la connaissance n'est pas suffisamment vulgarisée.

Dans les maladies chroniques, l'intoxication médicamenteuse est la cause habituelle des formes nerveuses et peut-être aussi, quand il ne s'agit pas de cancer, des troubles de la nutrition.

Chez les gastropathes, c'est elle qui suscite, avec le plus de fréquence, les formes que j'ai désignées sous le nom de gastro-névroses organopathiques. Parmi ces formes, celle qui lui est liée le plus directement, est la forme douloureuse. Les maladies de l'estomac, ainsi que celles des autres viscères, sont rarement douloureuses. Les lésions les plus sérieuses, voire l'ulcère et le cancer, sont souvent latentes. Que l'usage des médicaments intervienne, et la douleur ne tardera pas à apparaître. A elle seule, la médication peut engendrer la grande crise gastrique, parfaitement caractérisée. Cette cause n'est même pas étrangère à la production des crises rattachées à une origine centrale, telles que celles du tabes. Chez nombre de tabétiques, ainsi que je l'ai fait remarquer, la suppression des médicaments suffit souvent pour que les crises gastriques s'éloignent et ne reparassent plus.

Parmi les autres troubles nerveux provoqués par l'abus des drogues, je citerai encore les vomissements et les crises d'éruption.

S'il est parfaitement avéré que les symptômes cérébraux qui viennent fréquemment compliquer les gastropathies exigent une prédisposition du sujet aux névroses, il n'en est pas moins certain que l'action médicamenteuse prend une large part soit au développement des formes neurasthéniques et hypocondriaques, soit plus simplement à l'accentuation des phénomènes nerveux.

Et lorsqu'on voit des gastropathes s'affaiblir progressivement et s'amaigrir tout en mangeant une quantité suffisante d'aliments, il est bien rare que les troubles de la nutrition générale

ne soient pas la conséquence d'une intoxication médicamenteuse.

Les mêmes faits s'observent dans les autres maladies chroniques, et notamment chez les tuberculeux. Que voit-on chez ces derniers malades quand on cherche à exciter le mouvement nutritif, à combattre la toux, la fièvre, les sueurs à l'aide de prescriptions médicamenteuses ? Les agents thérapeutiques, impuissants à entraver l'évolution de la maladie, ne tardent pas à faire diminuer l'appétit et à produire des troubles digestifs nuisibles. Ces faits sont maintenant reconnus par les praticiens de tous les pays et il serait inutile de les appuyer sur de nouvelles preuves. C'est pour ces diverses raisons que la thérapeutique moderne tend, dans le traitement des maladies chroniques, à abandonner les pratiques du passé et à appliquer les principes que nous avons précédemment exposés, c'est-à-dire à laisser de côté les agents perturbateurs des fonctions pour se préoccuper de soutenir les actes de défense.

Elle a reconnu—et en cela elle a fait un progrès considérable, —que les procédés propres à atteindre le but devaient mettre en œuvre, avant tout, les modificateurs généraux et, en quelque sorte, normaux, des fonctions de nutrition et d'assimilation.

L'air pur, la lumière solaire, les agents thermiques, les aliments sont les stimulants normaux de l'organisme et les sources auxquelles nous puisons nos éléments d'entretien et d'activité. Ces agents, dits de l'hygiène, sont aussi ceux qui conviennent à l'organisme souffrant, en lutte avec une cause incessante d'augmentation de dépense et de déperdition de forces.

Ménagez donc avec le plus grand soin le tube digestif si vous voulez suralimenter vos malades ; écarter-en toute cause d'irritation et de fatigue. Craignez aussi tout trouble du système nerveux central par action médicamenteuse, capable de porter atteinte aux fonctions d'assimilation et de produire une dépression nerveuse.

Aux aliments alibiles, il faut joindre un certain nombre de corps qui entrent dans la constitution de nos humeurs et de nos tissus et sont, par suite, plutôt des aliments que des médicaments. Ce sont les principes de l'alimentation minérale, entrant dans la composition de nos aliments en proportion généralement suffisante chez les malades non rationnés, tels le chlorure de sodium, le fer, les phosphates, etc., etc.

Il s'agit, cependant, de vrais médicaments dont il faut connaître les formes, les doses, le mode d'emploi.

Lorsqu'ils sont à l'état dissous, convenablement dilués et que les solutions en sont utilisées à jeun, ils constituent les éléments d'une médication que je nomme *dialytique* et que je considère comme productrice d'effets extrêmement importants, encore insuffisamment connus et expliqués.

Les agents de cette médication nous sont livrés d'ailleurs à profusion par la nature sous la forme des eaux minérales naturelles, dont la réputation est si ancienne et si universelle dans la cure des maladies chroniques. En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons opposer aux états chroniques, non justiciables d'une médication spécifique ou sérothérapique, les modificateurs dits de l'hygiène : l'alimentation, l'air et les conditions particulières de la vie réalisées par le climat, les agents physiques (thermiques, électriques), le repos et les exercices, et l'emploi judicieux des cures hydrominérales ou des solutions salines artificielles pouvant, dans certains cas, y suppléer.

En ce qui concerne la tuberculose, les considérations que nous venons de faire valoir sont favorables aux cures prolongées, de repos au grand air, aidées de la suralimentation, telles qu'elles sont actuellement instituées dans les sanatoriums. Nous croyons devoir ajouter qu'on doit s'abstenir, pendant ces cures, de faire prendre des médicaments et qu'il est nécessaire de s'inquiéter, plus qu'on ne le fait d'ordinaire, des fonctions du tube digestif dont les dérangements sont parfois un obstacle à l'emploi d'un régime fortement réparateur.

La musique en général est puissante à exciter, à calmer, à dériver les passions. Il n'est point jusqu'aux actes de la vie organique qui ne se ressentent de son influence; aux sons d'une musique vive, le pouls s'accélère, le visage se colore. Les symphonies que l'on exécute pendant les repas, les concerts qui leur succèdent, concourent à la régularité de la digestion.

La définition est la racine par laquelle tout l'arbre de la science humaine végète et se soutient; car définir les choses c'est indiquer la nature de leurs essences.

L'HYSTÉRIE INFANTILE

PAR M. LE PROFESSEUR JOLLY.

Tantôt l'hystérie se manifeste sous forme de troubles mentaux, tantôt elle provoque des phénomènes localisés.

Très souvent les enfants se plaignent de douleurs dans divers points du corps, dans les membres, particulièrement dans les articulations; ces douleurs s'accompagnent ordinairement de tendance à la contracture, rarement de paralysies. Dans la grande majorité des cas, les deux côtés du corps sont affectés simultanément, mais il peut se produire aussi des monoplégies ou des hémiplégies.

A ces symptômes s'ajoute parfois du tremblement qui peut être la première manifestation, surtout quand il s'agit d'hystérie traumatique.

Des spasmes des muscles de la parole et de la respiration se produisent sous forme de cris aigus, de sanglots. La parole peut être confuse, bredouillée, ou le malade peut devenir complètement muet, et cette mutité peut même s'accompagner de surdité.

Dans quelques cas observés par M. Jolly il y avait de la cécité hystérique.

Pour l'anesthésie de la peau ou des parties profondes, elle est d'ordinaire peu marquée : anesthésie, analgésie, rétrécissement du champ visuel.

Les attaques hystériques sont généralement caractérisées par des cris, des rires et des mouvements convulsifs. Il y a habituellement une perte légère de connaissance; mais, en règle générale, le malade conserve le souvenir de ce qui s'est passé.

Le meilleur traitement consiste dans l'isolement, l'hydrothérapie, les courants faradiques.

Quant à la cause de l'hystérie, M. Jolly a constaté que dans la plupart des cas observés, il existait une disposition nerveuse des parents, à laquelle s'ajoutait souvent quelque maladie débilitante, une mauvaise nourriture, de l'anémie ou de mauvaises conditions morales. Le genre d'éducation et l'imitation exercent aussi une influence puissante.

L'ignorance est une des sources la plus féconde de tous les abaissements.

**PLACENTA INSERE SUR LE SEGMENT INFERIEUR DE
L'UTERUS — HEMORRAGIE GRAVE AU DEBUT DU
TRAVAIL — DU TRAITEMENT DE CES HEMORRAGIES**

PAR M. LE DOCTEUR L. JACOB

Dans la nuit du 1er au 2 mars dernier, nous fûmes appelé par un de nos confrères qui se trouvait en présence d'une hémorragie grave survenue chez une femme au terme de la grossesse et au début du travail de l'accouchement.

Nous arrivâmes auprès de cette femme vers 4 heures du matin; les douleurs avaient commencé vers 8 heures du soir, Depuis ce moment cette femme perdait sans discontinuer une quantité notable de sang : des injections vaginales très chaudes avaient été en vain et sans cesse prodiguées par notre confrère. La situation s'aggravant, il avait été amené à pratiquer sous la peau une injection de sérum artificiel d'un demi-litre environ et à demander notre concours.

A notre arrivée la situation était très grave : le pouls à peine perceptible, les téguments très pâles, les membres froids, les yeux vitreux : cette femme était exsangue.

Au palper, impossible de rien distinguer; l'utérus est peu volumineux; son fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il se trouve en état de contraction permanente. L'auscultation ne nous donne aucune indication et nous faisons nos réserves exprimés sur la vie de l'enfant.

L'aseptie des mains assurée, le toucher nous montre que la dilatation atteint à peu près le diamètre d'une pièce de 5 francs. En explorant l'orifice dilaté nous remarquons qu'il est entièrement rempli par une surface irrégulière : ce sont les cotylédons du placenta. Cette masse charnue sépare notre doigt de la partie fœtale qui se présente et, *remarque importante*, en examinant tout le segment inférieur de l'utérus, nous nous rendons compte que cette masse charnue se prolonge en haut et en arrière; c'est dans cette portion du segment inférieur de l'utérus que la masse qui sépare le doigt de la partie fœtale se présentant a le plus d'épaisseur.

Avec prudence, mais aussi rapidement que nous le pouvons, nous introduisons l'index et le médius dans l'utérus, immédiatement en arrière du bord antérieur de l'orifice. Dans cette direction nous enfonçons progressivement les deux doigts dont

l'extrémité se dirige vers la face postérieure de la symphyse pubienne. C'est ainsi que, la masse cotylédonnaire ayant été longée puis franchie, nous arrivons sur une surface lisse : les membranes. Sur les deux doigts conducteurs, faisant alors glisser la pointe d'un perce-membrane, et après deux ou trois tentatives infructueuses (tant les membranes sont résistantes) nous parvenons enfin à perforer. L'ouverture faite, l'index y est introduit et nous déchirons transversalement les membranes *aussi largement* que nous le pouvons. Le liquide amniotique s'écoule. Avant de se retirer, notre doigt peut sentir la tête fœtale qui appuie sur l'orifice utérin et en même temps sur le placenta, faisant ainsi office de tampon et de tampon actif en appuyant de haut en bas, de dedans en dehors.

Nous exprimons, à ce moment, l'espoir que l'hémorragie va s'arrêter.

Et en effet une injection vaginale antiseptique (à l'aniodol) chaude et prolongée ayant été pratiquée, nous eûmes la satisfaction de faire constater qu'il n'y avait plus aucun écoulement sanguin.

Pour hâter l'expulsion et provoquer les contractions utérines, le gros ballon de Champetier est alors mis en place dans le vagin et gonflé. De ce moment les douleurs s'accroissent : une demi-heure après, l'expulsion du ballon se produit et bientôt la tête suit. Nous extrayons alors un enfant d'un volume sensiblement inférieur à la moyenne (3 lbs environ) nullement macéré mais malheureusement mort. Toutes les tentatives pour le ramener à la vie (traction rythmée de la langue, insufflation) quoique prolongées demeurent sans résultat. La délivrance provoquée sans tarder " par expression " ne donne lieu à aucune difficulté.

Notre rôle était terminé. Après avoir conseillé de ne rien négliger pour maintenir l'asepsie du vagin et pour relever l'état général de l'accouchée (doses élevées de sérum artificiel : un litre et même davantage) nous quittons cette femme, bien convaincu que si toutes les prescriptions sont observées, les suites de couche seront physiologiques.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de cette femme. Mais quoi qu'il soit arrivé dans la suite, cette observation peut donner lieu à quelques réflexions concernant le mécanisme de pareilles hémorragies et leur traitement.

Ce mécanisme a été bien mis en lumière par le professeur Pinard qui est revenu sur cette question à maintes reprises. Ce qui provoque l'hémorragie dans le cas de *placenta inséré sur le segment inférieur*, c'est le tiraillement exercé sur ce placenta par les membranes, tiraillement qui se produit ici dans des conditions très différentes de celles qui se trouvent réunies dans le cas de placenta haut inséré.

A.—Dans ce dernier cas (placenta haut inséré) au moment de la contraction utérine, la pression à l'intérieur de l'œuf augmente; cette pression pousse les membranes tendues par le liquide amniotique à se frayer un passage à travers l'orifice utérin et à effectuer la dilatation. Cette pression a donc bien pour effet de tendre les membranes; mais avant d'arriver à leur faire exercer des tiraillements au niveau de leurs insertions sur le placenta, elle met d'abord en œuvre leur *élasticité*. Cette élasticité est plus ou moins grande suivant les cas, c'est vrai. Cependant elle existe toujours. Et la pression à l'intérieur de l'œuf n'est généralement ni assez forte ni assez prolongée pour déterminer un tiraillement des membranes susceptible d'amener un décollement plus ou moins étendu du placenta.

B.—Au contraire quand le placenta est inséré sur le segment inférieur (et plus il est inséré près de l'orifice utérin), les conditions sont très différentes. Au moment où la contraction utérine élève la pression à l'intérieur de l'œuf, les membranes se tendent; mais comme la distance qui sépare le point de *pression maxima* (centre de l'orifice utérin) et le placenta est d'autant plus courte que l'insertion du placenta est plus proche de l'orifice, il en résulte que l'élasticité des membranes ne peut plus s'exercer que sur une portion peu étendue de celles-ci et cette élasticité à elle seule n'est plus capable (s'exerçant sur un champ d'action restreint) de leur permettre de s'allonger assez pour faire équilibre à la pression intérieure. La limite de l'extensibilité des membranes est vite atteinte, et quand cette limite est atteinte, de deux choses l'une: ou bien les membranes se rompent quand elles ne sont pas trop résistantes (ruptures intempestives ou prématurées des membranes, si fréquentes dans les placentas bas insérés) ou bien les membranes résistant à la pression entraînent le placenta en le décollant d'une partie plus ou moins étendue de ses insertions utérines: l'hémorragie se produit.

En présence de l'hémorragie, que faire ? Se rappeler son mécanisme et en déduire le traitement.

Si le tiraillement du placenta bas inséré par les membranes est bien la cause de l'hémorragie, il faut avant tout "rompre les membranes" : elles ne pourront plus, une fois rompues, exercer le tiraillement.

Mais pour rompre les membranes, il faut d'abord les atteindre.

Et c'est sans doute parce qu'on s'est heurté quelquefois à cette première difficulté qu'on a voulu employer d'autres moyens pour combattre les hémorragies.

Parmi ces moyens l'un d'eux a eu et a encore de trop nombreux partisans pour que nous négligions d'en parler : c'est le tamponnement. Le tamponnement est incontestablement, encore aujourd'hui, l'un des moyens les plus fréquemment proposés et les plus fréquemment employés pour combattre les hémorragies dites aux placentas bas insérés.

Eh bien, nous n'hésitons pas à déclarer que ce moyen de traitement doit être absolument rejeté.

D'abord le tamponnement est douloureux, très douloureux. Ses partisans eux-mêmes ne le nient pas. Et si vous aviez par hasard encore un doute, interrogez quelques femmes l'ayant subi : vous serez fixé. Pour le bien faire, il faudrait d'abord endormir la parturiente. À ce point de vue, la rachicocainisation nous réserve peut-être des surprises et pourra être d'un heureux secours aux partisans du tampon. Quel que soit le rôle réservé en obstétrique à ce mode d'anesthésie, il est cependant probable qu'il trouvera son emploi dans des circonstances plus favorables à le faire valoir, et en tous cas, avant que l'emploi de ce mode d'anesthésie se soit généralisé, il est peut-être peu raisonnable de songer au chloroforme chez une femme qui a déjà perdu beaucoup de sang et qui en tous cas se trouve toujours affaiblie.

Etre douloureux ce n'est d'ailleurs pas tout ce qu'on reproche au tamponnement : souvent il est inefficace. Des femmes atteintes d'hémorragie de moyenne intensité sont mortes *malgré le tamponnement*. Et cela n'a rien qui puisse nous surprendre. En effet, qu'on fasse le tamponnement seulement vaginal et intra-utérin (comme cela est conseillé), comment ce tamponnement agirait-il sur le tiraillement exercé par les

membranes sur le placenta ? Allons plus loin : en essayant de pratiquer le tamponnement intra-utérin, nous ne craignons pas d'affirmer qu'on sera forcément amené à augmenter le décollement du placenta en insinuant des tampons entre l'utérus et le placenta. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de la même objection dans le cas où l'on recherche les membranes pour les perforer.

En tous cas, et sans tenir compte de plus que pour être bien fait (ce qui est rare) le tamponnement demande pas mal de temps pour être "préparé" et "appliqué," nous reprochons encore au tamponnement d'être dangereux, en ce sens que s'il est impuissant à arrêter l'hémorragie, il n'en est cependant pas moins capable de la masquer derrière sa barrière de tampons pendant un temps d'autant plus long qu'il est mieux fait et l'accoucheur peut ainsi, trompé par les apparences, perdre un temps précieux.

En somme, c'est parce qu'il est toujours douloureux, souvent inefficace et quelquefois trompeur, que nous n'hésitons pas, dans les cas d'hémorragie pour placenta bas inséré, à préférer de beaucoup au tamponnement la rupture large des membranes.

Contre ce moyen thérapeutique, nous le répétons, la principale objection que l'on ait formulée, c'est la difficulté que l'on a parfois à trouver les membranes pour les rompre.

Comment devra-t-on les chercher ? Nous allons le voir et en même temps répondre à cette autre objection que dans la recherche des membranes on sera exposé (tout comme dans le tamponnement intra-utérin), à augmenter l'aire de placenta décollé par l'exploration du doigt introduit dans l'orifice utérin plus ou moins dilaté.

Il est certain, en effet, que l'exploration faite pour rechercher les membranes à l'intérieur de l'utérus, dans un segment où elles ne sont pas, et où au contraire s'insère le placenta, a manifestement pour conséquence d'augmenter le décollement placentaire. Mais cela revient à dire que le praticien, avant d'introduire les doigts dans l'utérus, devra s'être préoccupé du choix de la région où les membranes seront le plus facilement accessibles.

Que les cotylédons placentaires obstruent plus ou moins l'orifice dilaté ou qu'on ne les trouve pas directement sous le doigt, il faudra *avant tout* avec la pulpe de l'index, explorer

tout le segment inférieur de l'utérus dans les différentes régions antérieure, postérieure, latérale; et, le plus souvent, il sera facile (comme dans notre cas), de se rendre compte du lieu d'insertion du placenta par l'épaisseur de la masse séparant le doigt explorateur de la partie fœtale qui se présente. L'exploration du segment inférieur de l'utérus a donc dû permettre de constater le lieu d'insertion du placenta. Le doigt ne sera par conséquent introduit dans l'utérus que dans une direction opposée à celle de l'insertion placentaire.

Admettons qu'on se soit trompé et qu'en introduisant le doigt dans l'utérus on voie que l'hémorragie augmente; ce sera la preuve de l'erreur et il faudra chercher les membranes dans une autre direction; en continuant les recherches de ce "mauvais côté," on ne ferait qu'augmenter le décollement placentaire et par suite l'hémorragie. Et c'est précisément encore une supériorité de la déchirure large des membranes sur le tamponnement. Quand on est à ce point du manuel opératoire, *pour bien tamponner*, il faut bourrer de tampons l'espace qui sépare de ses insertions utérines la portion de placenta décollé, au risque d'augmenter le décollement. Au contraire quand on explore la même région dans le but d'aller chercher les membranes pour les rompre, il faut au plus tôt retirer le doigt de cette *zone dangereuse*.

Ici nous sommes redevables au professeur Pinard d'une remarque de grande utilité : le plus souvent dans ces cas le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus. Ce sera donc dans la partie antérieure, directement en arrière de la lèvre antérieure de l'orifice utérin, que l'on devra de préférence porter le doigt qui recherche les membranes. Ce n'est pas à dire que les insertions latérales ou antérieures ne puissent se présenter : un grand nombre d'auteurs en ont cité des exemples. Mais pour notre compte (et par une coïncidence au moins heureuse) dans les cas où nous avons vu intervenir et où nous sommes intervenu nous-mêmes dans le but d'aller rompre les membranes, nous les avons toujours vu trouver ou trouvées sans difficulté en les recherchant dans la région sus-indiquée, derrière la symphyse. Mais il est bien entendu que cette indication, très précieuse à notre avis, ne doit en aucune manière dispenser de l'exploration préalable de tout le segment inférieur de l'utérus, avant l'introduction des doigts dans sa cavité; il suffit qu'elle abrège souvent les recherches.

Nous concluerons donc sans hésiter au rejet du tamponnement et à l'efficacité souvent merveilleuse de la déchirure large des membranes, pratiquée comme nous l'avons dit.

Les membranes une fois déchirées, quand le fœtus se présente longitudinalement, par la tête ou le siège, et qu'il vient faire tampon de dedans en dehors, il n'y a plus qu'à attendre : la dilatation va se compléter et l'accouchement se faire spontanément.

Quand le fœtus se présente transversalement, il faut le ramener de préférence par les manœuvres externes, au besoin par la version par manœuvres internes, en position longitudinale.

Que l'on applique alors le grand ballon de Champetier dans le vagin pour préparer cette voie; que l'on applique même, suivant l'état de dilatation, le petit ballon de Champetier ou le moyen au-dessus de l'orifice utérin : peu importe.

Quand la situation devient grave, soit par les proportions que prend l'hémorragie, soit par sa continuité, ce qu'il faut à tout prix c'est arrêter la perte de sang. Pour y arriver nous ne pensons pas que la thérapeutique si bien mise en lumière par Pinard et sur laquelle nous insistons encore une fois aujourd'hui, la rupture large des membranes, puisse être mise en parallèle avec les autres moyens thérapeutiques proposés et mis à l'épreuve pour combattre cette complication redoutable des placentas dits prævia.

Toutes les formes de la propriété concourent au bien commun. La petite propriété est un enseignement vivant; elle apprend au travailleur des champs et à l'artisan que chacun peut conquérir, par le travail et l'épargne, une motte du sol national. La grande propriété est seule en mesure de faire certaines expériences dispendieuses, dont les petites propriétés utilisent ensuite les heureux résultats.

Aujourd'hui le courant roule à l'unité politique par les chemins de fer et le commerce; aux jouissances matérielles par l'accroissement furieux et à tout prix des fortunes; aux améliorations économiques par la division du travail.

LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE TYPHOÏDE

PAR M. LE DOCTEUR LOOMIS

M. Loomis a fait une étude comparative des traitements systématiques de certaines maladies dans quatre des plus grands hôpitaux de New-York (Presbyterian, Roosevelt, New-York et Bellevue). En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les différences sont minimales, le traitement général est sensiblement le même partout, et peut être ainsi résumé :

Le régime est systématiquement le lait, quelquefois coupé d'eau de chaux. Quand la température a atteint la normale, on ajoute au régime : des œufs, de la volaille, et finalement une côtelette au bout de quatre jours.

Quand la *médication stimulante* est indiquée du fait de la faiblesse du pouls et du cœur et de l'état général du patient, du whisky est ordonné à la dose de 15 grammes. La strychnine est administrée seulement si le whisky est mal supporté ou n'agit pas. La digitale est réservée aux cas où la défaillance du cœur droit s'accuse par l'œdème pulmonaire, la cyanose des extrémités, etc.; elle est administrée de préférence par la voie hypodermique.

Le *bain de Brand* est donné dans tous les cas où la température atteint 103°. Il est donné toutes les quatre heures, avec cette remarque que les bains de huit heures du matin et de minuit sont habituellement supprimés. La technique suivante est adoptée : Le patient reçoit avant le bain une cuillerée à soupe de whisky étendu d'eau et un verre de lait chaud après. La température du bain, d'abord de 71°, est graduellement ramenée à 64° par l'addition de glace. Une compresse froide ou un sac de glace est appliqué sur la tête. Le bain dure quinze minutes pendant lesquelles le malade est constamment frictionné. A la sortie du bain le patient est séché dans un drap et enveloppé ensuite dans des couvertures. La température est prise une demi-heure après et indiquée par un point rouge sur la feuille de température.

Certains *symptômes spéciaux* sont traités de la façon suivante :

1° Céphalalgie : sac de glace, acétanilide, caféine; 2° insomnie : trional; 3° constipation : hors la dose initiale de calomel administrée au début de la maladie, aucun cathartique ne sera

administré; les intestins seront vidés, si cela est nécessaire, au moyen d'un lavement quotidien; 4° tympanite : sac de glace, térébenthine à l'intérieur (?); 5° hémorragie : lait en quantité restreinte; lavements astringents, sac de glace; 6° perforation : opération.

Quand la *convalescence* est établie le patient peut être autorisé à s'asseoir dans son lit quand la température a été normale une semaine, à se lever quand elle est normale depuis dix jours. Il peut sortir quinze jours après qu'il s'est levé pour la première fois. Il est autorisé à revenir à l'alimentation ordinaire trois semaines après le moment où la température est redevenue normale.

Pour la *désinfection* : une solution à 1/40 de formaldéhyde est employée pour la désinfection des selles du patient; le linge du malade et les draps du lit sont immergés dans une solution d'acide phénique à 1/20 avant d'être envoyés au lavage; une solution de sublimé au millième est employée par la garde-malade pour le lavage de ses mains.

DR. ELLE.

CONTRE LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE

A l'occasion de l'ouverture des classes il est bon que les médecins consultants des écoles ou des maisons d'éducation rappellent aux directeurs ou directrices, les lois hygiéniques qu'il faut suivre pour empêcher la propagation des maladies contagieuses et spécialement la tuberculose la plus *évitable* et la plus *meurtrière*.

Il incombe aux médecins le devoir de dire et de redire que la santé des élèves réclame :

- 1° Que les locaux malsains soient supprimés.
- 2° Que les écoles nouvelles soient largement aérées et éclairées.
- 3° Que le nombre de classes par école ne soit jamais supérieur à 9.
- 4° Que le nombre des élèves "inscrits" dans une classe ne soit jamais supérieur à la quantité d'air nécessaire pour chaque personne. (12 pieds cubes).
- 5° Qu'aucune société ne soit autorisée, sous aucun prétexte, à disposer des locaux scolaires; que toutes les œuvres complé-

mentaires de l'école soient sous la direction et la surveillance du personnel scolaire.

6° Que le balayage à sec et l'époussetage soient absolument interdits, et que les vieux rideaux, serviettes et torchons usés soient brûlés.

7° Qu'on effectue au moins une fois par an un lessivage complet des murs et cloisons; que les travaux de peinture et nettoyage soient effectivement surveillés.

8° Que les désinfections soient complètes et non bornées aux parquets.

9° Que les cours de récréation soient très propres ou si possible asphaltées.

10° Que les murs et cloisons des classes soient en peinture laquée.

11° Qu'on laisse pénétrer le plus possible le soleil et la lumière dans l'école.

12° Que les fournitures scolaires malpropres ayant déjà servi, ne passent pas indéfiniment entre les mains d'autres enfants.

13° Que le nettoyage des enfants malpropres soit effectivement exigé des parents.

14° Que les enfants débiles soient examinés par le médecin et éloignés dès qu'ils deviennent dangereux.

15° Que tous les professeurs soient examinés, avant leur entrée en service, spécialement au point de vue des voies respiratoires.

16° Que les instituteurs et institutrices atteints de tuberculose soient éloignés de l'école dès le début de la maladie.

17° Que dans les grands pensionnats les notions élémentaires de l'hygiène enseignées et connues reçoivent une scrupuleuse application dans les dortoirs infectes, les réfectoires dégoutants et les salles d'études soporifiques.

DR. LECAVELIER.

La production agricole est la véritable forme du travail national.

Si nous avons une meilleure intuition de nos intérêts nous demanderions davantage à la terre, unique source de toute richesse. Nous aurions moins de *prolétaires* dans les villes et plus de *robustes travailleurs* à la campagne.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LE PRONOSTIC ET LA CURABILITE DE L'EPILEPSIE, BASEES SUR LES RESULTATS DU TRAITEMENT

PAR M. LE DOCTEUR W. A. TURNER

Ce travail est basé sur l'observation de 366 cas et seuls ont été retenus les cas d'épilepsie idiopathique qui ont été observés et traités pendant au moins deux ans. Tous les cas d'épilepsie symptomatique et ceux qui présentaient des complications ont été éliminés de cette statistique.

Les observations ont été divisées en trois séries en se basant sur la façon dont les malades ont réagi au traitement, avec succès ou non, à savoir : arrêt, amélioration ou continuation de l'épilepsie. L'influence des diverses conditions qui peuvent modifier le pronostic a été mentionnée en détail, et les résultats des observations ont été établis en pourcentages.

L'épilepsie est plus fréquemment familiale dans les cas où la maladie n'a pas été modifiée par le traitement; mais une histoire d'épilepsie héréditaire n'élimine pas nécessairement la possibilité d'arrêt ou d'amélioration de l'affection dans un cas donné.

L'âge où débute l'épilepsie a une grande influence sur le pronostic. Les cas les moins satisfaisants sont ceux où elle débute avant l'âge de dix ans; ce sont ceux qui présentent le plus petit pourcentage de guérisons. Lorsque la maladie commence entre les âges de quinze et de vingt ans, on trouve un pourcentage égal d'arrêt et de continuation de la maladie. Si la maladie commence entre vingt-cinq et trente-cinq ans il y a un grand nombre de chances pour qu'elle ne s'améliore pas; après cet âge, le nombre des cas où l'on constate l'arrêt de l'épilepsie augmente.

La durée de la maladie au moment du traitement influence le pronostic de telle sorte que les chances d'arrêt ou d'amélioration sont beaucoup plus grandes dans les cinq premières années que dans les cinq suivantes. On peut toutefois obtenir l'arrêt de la maladie dans des cas de vingt ou trente années de durée.

La fréquence des attaques influence le pronostic : le plus grand pourcentage de continuation de la maladie, et conséquemment le plus petit pourcentage d'arrêt, s'observe chez les

épileptiques qui sont sujets à des attaques journalières ou hebdomadaires; inversement, les cas d'arrêt sont le plus fréquents chez les malades dont les attaques se produisent une ou deux fois par an.

Les malades qui ont de grandes attaques sont plus sensibles au traitement que ceux qui ont de grandes et de petites attaques, et surtout que ceux qui ne sont atteints que du petit mal.

Le mariage tantôt aggrave et tantôt améliore l'épileptique, mais il est sans influence dans la majorité des cas. La grossesse a peu d'influence et quelquefois elle semble donner un répit temporaire; d'autre part, l'état puerpéral semble favoriser le retour des attaques, ainsi que la lactation.

Les attaques d'épilepsie paraissent en général irrégulières quant à leur périodicité; on a décrit cependant des types "croissants" ou "décroissants" suivant que les attaques augmentent ou diminuent de nombre pendant un laps de temps limité ou que les intervalles entre les attaques augmentent ou diminuent régulièrement. Le traitement peut transformer un cas du type croissant en cas du type décroissant. De longues rémissions, soit dues au traitement, soit spontanées, ne sont pas rares, et elles peuvent durer des années; elles ont une valeur pronostique favorable, mais cet arrêt ne peut être considéré comme synonyme de guérison.

D'après ses statistiques, Turner pense qu'une période de rémission d'au moins neuf ans est nécessaire pour qu'on puisse considérer la guérison de l'épilepsie comme certaine: d'après lui, 10,2 pour 100 des épileptiques sont curables. Ces derniers cas concernent des individus présentant peu ou pas de troubles mentaux, quoique leurs attaques puissent remonter à une époque reculée. Dans les cas où l'arrêt de l'épilepsie eut lieu les attaques cessèrent, dans plus de 50 pour 100 des cas, pendant la première année de traitement continu.

Le rythme gouverne aussi et instinctivement les actes de la locomotion; il règle les marteaux du forgeron qui chantent sur l'enclume, les fléaux des moissonneurs, les rames du batelier, les bras et les jambes du nageur, etc. Tout est rythme dans la nature, et l'on peut dire que la musique est le chant, dans ce qu'il a de plus pur, des vibrations qui remuent l'Univers.

LA FECONDITE ET LA DESCENDANCE DES TABETIQUES

A priori et d'après ce que nous savons sur les rapports entre le tabes et la syphilis, il était à supposer que l'ataxie locomotrice se rencontrerait plus rarement chez les gens mariés que chez les célibataires exposés aux aléas des rencontres accidentelles. Or, il suffit de se reporter à la statistique personnelle que M. Pitres publie pour voir que le tabes est infiniment plus fréquent chez les gens mariés que chez les célibataires. En effet, sur les 240 cas de tabes observés par M. Pitres, nous trouvons 31 célibataires et 209 mariés, ce qui veut dire que le tabes se rencontre avec une fréquence de 13 pour 100 chez les premiers et de 87 pour 100 chez les seconds.

Il est difficile de dire à quoi tient cette grande fréquence du tabes chez les mariés. Ce qui est certain, c'est qu'elle a été constatée par bon nombre d'autres médecins, par Byrom-Bramwell entre autres, qui, dans sa statistique personnelle portant sur 365 tabétiques, note 85 pour 100 de gens mariés et 15 pour 100 de célibataires.

Le groupe de tabétiques mariés de la statistique de M. Pitres prête à des considérations non moins intéressantes.

Il comprend 209 malades, et le premier fait qui frappe, c'est la rareté extrême du tabes conjugal, rareté telle que, sur 400 observations personnelles d'ataxie locomotrice, M. Pitres n'a rencontré que 2 cas de tabes conjugal, et encore ne les fait-il pas entrer dans sa statistique de ménages tabétiques.

Dans ceux-ci, un seul des conjoints était donc tabétique : 148 fois l'homme, 61 fois la femme. Un fait qu'il importe de rapprocher de la rareté du tabes chez les célibataires, c'est que, sur ces 209 cas, le tabes s'est déclaré 182 fois (chez 124 hommes et 58 femmes) après le mariage, et 27 fois seulement les malades présentaient déjà des symptômes non douteux de tabes au moment où ils se sont mariés.

La statistique de M. Pitres contredit encore les idées théoriques relativement à la fécondité des tabétiques et au sort de leurs enfants.

Ainsi, sur les 209 tabétiques mariés, M. Pitres compte 42 qui n'ont jamais eu d'enfants. Cela fait une proportion de 1 ménage stérile sur 5. D'un autre côté, 32 ménages tabétiques ont donné naissance à 67 enfants, dont 46 mort-nés et 21 morts plus ou moins longtemps après avoir vu le jour. Mais si,

comme le fait Bertillon dans ses statistiques globales, on réunit les tabétiques sans enfanté en un seul groupe de ménages stériles, on trouve que la stérilité se rencontre avec une fréquence de 35 pour 100 parmi les tabétiques contre une fréquence de 16 pour 100 seulement dans l'ensemble de la population de la France. Autrement dit, les ménages tabétiques sont seulement deux fois plus souvent stériles que les ménages non tabétiques.

La mortalité parmi les enfants tabétiques est élevée; mais ce qui est particulièrement curieux, c'est que cette mortalité est particulièrement élevée chez les enfants qui naissent *avant* l'écllosion du tabes chez les parents.

Ainsi, en réunissant la mortalité des enfants dans les ménages pseudo-stériles, c'est-à-dire n'ayant pas conservé d'enfants vivants, et dans les ménages ayant conservé des enfants vivants, M. Pitres arrive au chiffre de 40,70 pour 100, qui indique la léthalité générale des descendants des tabétiques. Or, en envisageant séparément la mortalité parmi les enfants nés *avant* le tabes des parents et la mortalité parmi les enfants nés *après* le tabes, M. Pitres trouve une léthalité de 44 pour 100 chez les premiers contre une mortalité de 28 pour 100 chez les seconds. Ce fait, tout à fait paradoxal, ne s'explique qu'en admettant que la cause—presque toujours la syphilis—dont dépend la grande mortalité des enfants des tabétiques se fait déjà sentir chez les parents avant de provoquer chez ceux-ci les symptômes de tabes.

On aurait pu croire encore que les enfants de tabétiques qui échappent à la mort doivent présenter des stigmates de dégénérescence et une résistance amoindrie envers les maladies. Il n'en est rien.

M. Pitres a pu, en effet, suivre 286 rejetons issus de parents tabétiques et dont plusieurs ont déjà dépassé la vingtième année. Aucun d'eux n'est atteint de tabes, de maladie de Friedreich, ni d'aucune autre affection des centres nerveux. Aucun ne porte des stigmates grossiers de dégénérescence physique ou mentale. Aucun n'est idiot ou épileptique. Aucun ne présente de symptômes de syphilis héréditaire tardive. A part quelques très rares exceptions, ils sont bien constitués, leur développement physique et intellectuel se fait normalement. Quelques-uns ont des maladies évidemment indépendantes de leur hérédité. En immense majorité ils sont sains de corps et d'esprit.

LES ATROPHIES MUSCULAIRES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Au point de vue clinique, elle se caractérise par une atrophie musculaire affectant surtout les membres supérieurs et inférieurs. Tandis qu'aux membres supérieurs, elle atteint surtout les muscles des extrémités, aux membres inférieurs, la cuisse et la jambe y participent de préférence.

L'atrophie n'est pas massive, elle procède pièce à pièce et respecte toujours, dans le muscle malade, un assez grand nombre de fibres. Elle s'accompagne de contractures et de paralysies. Il n'y a pas, en général, de contractions fibrillaires, et les réactions électriques sont peu troublées.

Une série de signes, attestant la gravité du processus, contribuent à donner à cette forme de sclérose en plaques une physiologie particulière : ce sont des troubles sphinctériens accentués, des troubles trophiques, des troubles mentaux, qui accompagnent presque toujours l'amyotrophie, tandis que tout ou partie des signes classiques de sclérose en plaques peuvent manquer.

Comme substratum anatomique, on observe, au niveau des plaques de sclérose qui occupent la substance grise, une atrophie des grandes cellules radiculaires antérieures, pouvant aller depuis la simple lésion des éléments chromatophiles, l'envahissement du corps cellulaire par des amas pigmentaires, la diminution de volume et de nombre des prolongements jusqu'à la transformation de la cellule en un bloc pigmentaire.

Quelquefois, il existe une lésion destructive de la substance grise de la corne antérieure avec disparition complète, à ce niveau, des tubes nerveux et des cellules nerveuses.

Parallèlement à ces lésions, on observe l'atrophie simple, sans sclérose, des racines antérieures; histologiquement, il s'agit d'une atrophie du tube nerveux : chaque fascicule est constitué presque uniquement par des tubes grêles; le cylindre-axe ne présente que des lésions minimales, il est seulement plus petit.

Il peut donc exister, dans la sclérose en plaques, une véritable poliomyélite antérieure atrophique; et même le processus peut arriver jusqu'à la destruction du tissu nerveux de la substance grise, ainsi que Babinski l'avait déjà démontré pour les faisceaux blancs.

Comparant ces résultats anatomiques aux phénomènes cli-

niques observés, l'on est en droit de conclure à l'existence d'une amyotrophie progressive spéciale dans la sclérose en plaques, notion nouvelle dont on ne saurait méconnaître l'importance.

LES PERILS ET LES COMPLICATIONS DES FIBROMES APRES LA MENOPAUSE.

PAR M. LE DOCTEUR SUTTON

Les troubles dus à la présence des fibromes utérins après la ménopause sont des troubles de présence ou des troubles dégénératifs. Parmi les premiers on peut placer les hémorragies utérines et l'accroissement en volume même après la cessation des règles, fait exceptionnel, mais pouvant se produire. Dans d'autres cas, le fibrome, d'abord très volumineux, diminue et tombe dans le petit bassin où il s'incarcère : c'est ainsi que Sutton rapporte l'observation d'une femme à laquelle il dut faire une hystérectomie à cinquante-cinq ans pour rétention d'urine due à un fibrome qui, de temps en temps, tombait dans le petit bassin et empêchait la malade d'uriner. Arnott rapporte un cas plus exceptionnel encore : une femme de soixantedouze ans fit une chute sans importance et mourut en trente-six heures ; à l'autopsie, on trouva une perforation d'une anse d'intestin placée entre la paroi du ventre et un gros fibrome calcifié.

Les troubles dégénératifs des fibromes sont nécrotiques ou septiques. La nécrose est due à l'insuffisance de l'irrigation sanguine de ces masses fibreuses et les agents septiques trouvent alors un terrain tout préparé pour leur évolution. Il est difficile de savoir par où ces agents de la suppuration pénètrent dans le fibrome, mais il est probable qu'assez souvent ils pénètrent par le col utérin dilaté, comme le montre l'observation de ces cas où parfois même le fibrome fait saillie par le col ; ceci peut se produire à tous les âges. Une des conséquences les plus graves est la dégénérescence cancéreuse de l'utérus ou de la trompe, et il n'y a pas de fait plus triste que celui d'une femme qui s'est résignée à être invalide pendant vingt-cinq ans dans l'espoir d'être enfin bien portante après sa ménopause et qui se trouve atteinte d'une des complications des fibromes dont nous venons de parler.

L'ALCOOLISME PAR L'ALLAITEMENT

Dans une étude sur l'alcoolisme chez l'enfant, M. le Dr. Delobel, inspecteur des enfants du premier âge, cite plusieurs nouveaux cas d'alcoolisme infantile produits par l'intempérance de la nourrice. Dans le premier, l'enfant, âgé de 3 mois, présentait des convulsions qu'un bain tiède fit cesser assez rapidement. La nourrice, qui était depuis peu dans la maison, fut surveillée. Néanmoins, six jours après, de nouvelles convulsions se produisirent. Quelques jours après, mêmes incidents. La surveillance, mal faite, évidemment, fut confiée à une autre personne, et on apprit alors que la nourrice se rendait tous les six jours auprès d'une amie chez laquelle elle buvait du champagne, et chaque fois l'enfant avait des convulsions le lendemain matin. La nourrice fut changée et, depuis ce moment, le nourrisson n'éprouve plus aucun symptôme nerveux.

Chez un autre enfant âgé de 4 mois, on observait une agitation continue et de l'insomnie depuis plusieurs semaines. Un soir on constate que la nourrice est ivre : on le lui fait observer et on la met à la porte le lendemain matin ; mais dans la nuit même qui précède son départ, l'enfant a des convulsions à plusieurs reprises.

Une nouvelle nourrice est donnée à l'enfant qui recouvre le sommeil le même jour : il ne présente plus d'accidents nerveux dans la suite.

L'éclampsie n'est pas chez l'enfant la seule manifestation de l'alcoolisme par l'allaitement. On voit parfois la nourrice être une alcoolique invétérée ; le nourrisson qu'elle allaite est sans cesse agité, crie souvent, dort peu et paraît nerveux à l'excès. Le moindre bruit lui donne des soubresauts dans le berceau : tantôt il est maigre, presque cachectique, parce qu'il a des troubles digestifs ; tantôt, au contraire, il est gros, a un poids supérieur au poids normal de son âge et présente l'aspect d'une surnutrition ; il a l'adipose si fréquente chez les enfants de son âge. Mais l'enfant en bas âge, qui est déjà une victime inconsciente de l'alcoolisme, ne tarde pas à maigrir, à dépérir ; quoiqu'il n'ait point de convulsions, il présente de l'agitation, de l'insomnie ; le pouls devient fréquent et faible, l'œil brillant, les pommettes sont rouges et la face prend assez souvent un air étonné, hébété. L'enfant a la bouche sèche, il éprouve une soif ardente et se jette gloutonnement sur le sein qu'il quitte aussi-

tôt; il fait constamment des mouvements de succion comme s'il tétait. L'état général devient de plus en plus mauvais, et bientôt survient la cachexie à laquelle il succombera s'il ne lui est porté secours.

C'est ce qui est arrivé dans un troisième cas cité par M. Delobel chez un enfant de 8 mois, très bien portant, mais dont la santé ne tarda pas à s'altérer chez la nourrice à laquelle il fut confié. Soupçonnant l'alcoolisme chez cette dernière, M. Delobel multiplie ses visites et finit par la trouver en état d'ivresse. L'enfant lui fut retiré, presque cachectique, mais se rétablit cependant avec une autre nourrice.

L'alcoolisme par l'allaitement est d'autant plus rapide que la nourrice, outre qu'elle fait usage de boissons alcooliques, donne encore de l'alcool à l'enfant qu'elle élève. La chose n'est pas si rare. On voit, dans certaines réunions, des femmes donner à leurs enfants de la bière, du cidre et du vin, même du café alcoolisé. L'enfant au sein en reçoit sa part. M. Delobel put découvrir cette habitude chez une nourrice en constatant des taches de café noir sur les langes, sur la chemise, sur la literie. Elle avoua lui donner du café noir avec de l'eau-de-vie parce que l'enfant ne tétait pas assez longtemps quand elle lui donnait le sein et qu'il lui paraissait très faible.

TRAITEMENT DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

PAR LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU

Nous nous bornerons à indiquer sommairement ici les principales indications pathogéniques et symptomatiques et les grandes lignes de la thérapeutique qui leur correspond.

1° La *constipation* est la règle dans la colite muco-membraneuse : elle est souvent spasmodique. La diarrhée, toujours passagère, est le résultat d'une débâcle ou d'une poussée de colite catarrhale.

2° Il existe toujours dans la colite muco-membraneuse une *irritation sécrétoire* de la muqueuse.

3° Le syndrome colite muco-membraneuse ne prend toute son intensité que chez les individus, prédisposés par un *état neuropathique antérieur*. La colite tend du reste à exagérer le *nervosisme* et à le localiser sur l'abdomen. Il en est de même des *ptoses viscérales*.

Localement, le nervosisme amène l'hyperesthésie des parois du gros intestin et la viciation de sa motilité. C'est en particulier une cause de contractions spasmodiques.

4° L'état général et l'état local réagissent très souvent l'un sur l'autre dans la colite muco-membraneuse et s'exagèrent réciproquement. La thérapeutique doit viser ces deux éléments.

La viciation de l'alimentation, les phénomènes douloureux, l'auto-intoxication sans doute aussi, sont une cause d'anémie, d'amaigrissement et même parfois de véritable cachexie.

5° Enfin, certaines complications, les poussées aiguës dysentériques ou fébriles, les hémorragies, etc., apportent au traitement des indications particulières.

La constipation est à la fois cause et effet; il faut avant tout chercher à la faire disparaître; sa disparition est le signe le plus favorable de la guérison de la colite muco-membraneuse.

On emploiera pour la combattre des moyens qui n'augmentent ni l'irritation sécrétoire, ni les phénomènes douloureux, ni la tendance au spasme. L'huile de ricin, les grands lavages, la belladone sont surtout utiles.

L'huile de ricin sera donnée le matin à petites doses incorporées au premier déjeuner. Son emploi alternera avec celui des grands lavements. Ceux-ci seront administrés à faible pression, lentement et à une température voisine de 104° à la dose de 1 litre $\frac{1}{2}$ à 2 litres $\frac{1}{2}$. Ces lavages calment l'irritation douloureuse et spasmodique de l'intestin, amènent l'évacuation des matières accumulées dans sa cavité, et exercent une action d'antisepsie mécanique.

On peut se servir de l'eau bouillie; pour renforcer l'action antiseptique, d'une solution faible de biborate de soude ou de salicylate; pour exercer une action modificatrice sur le catarrhe intestinal, d'une solution très étendue d'ichthyolate neutre d'ammoniaque.

On devra éviter avec soin tout ce qui pourrait produire une irritation de l'intestin, les purgatifs drastiques par exemple, les injections astringentes, le massage dans les cas où il existe une hyperesthésie marquée de l'intestin ou un spasme douloureux du côlon.

On a quelquefois recommandé de donner une alimentation riche en détritux végétaux: des légumes verts, des fruits cuits, du pain complet, etc. Beaucoup de malades ne les supportent

pas, et l'on est forcé de leur prescrire un régime qui favorise la constipation, mais diminue l'irritation de la muqueuse digestive.

Les lavements d'huile sont souvent très utiles, surtout combinés avec les grands lavages à faible pression.

La *belladone* est souvent prescrite avec succès. Elle calme la douleur, et combat la tendance au spasme. Plus rarement, on aura recours à l'opium et à ses dérivés; ils peuvent cependant être employés quelquefois.

Les applications locales chaudes et les grands bains chauds ont une action calmante très utile. Les bains prolongés et les grands lavements chauds sont la base de la cure faite à Plombières et dans des stations similaires: on y a quelquefois abusé des douches ascendantes données à une pression trop élevée.

Il est assez souvent avantageux d'agir sur le nervosisme général par l'emploi des calmants nerveux et de l'hydrothérapie. Souvent les malades sont affaiblis, amaigris, et il y a lieu de relever le taux de leur alimentation en même temps que de leur prescrire un régime plus approprié à l'état de leur tube digestif.

Les poussées dysentériques seront combattues par des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, les hémorragies par les préparations d'hamamélis et les grands lavements à 113° F.

UN CAS D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE AU COURS DE LA GROSSESSE; GUERISON PAR TROIS INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL

Il s'agit d'une femme enceinte de trois mois qui était atteinte d'une endocardite infectieuse dont le germe, trouvé dans le sang, semblait être le staphylocoque doré. On lui fit deux injections successives de 2 puis 3 centimètres cubes de solution de collargol au 1/100. On n'observa aucun changement notable; mais à la suite d'une troisième injection de 5 centimètres cubes, la malade subit une véritable crise; la température monta à 104°, et, le lendemain matin, elle était retombée à la normale et l'état général s'était considérablement amélioré; cette amélioration s'est maintenue; les jours suivants les oscillations furent peu étendues et la guérison survint.

DR. LEGENDRE.

CATHETERISME EVACUATEUR DE L'URETRE CHEZ L'HOMME

"L'asepsie la plus rigoureuse est indispensable pour tout cathétérisme."

Memento du praticien.

OBJETS ET INSTRUMENTS NÉCESSAIRES.

Sondes en caoutchouc n^{os} 15, 16, 17 ou 18 ou encore :

Sondes en gomme à bout olivaire de même calibre.

Sondes en gomme à bécquille n^{os} 14, 16, 18, à angles variés.

Ces sondes devront être stérilisées, soit par l'ébullition dans l'eau additionnée de carbonate de soude, procédé excellent pour les sondes de caoutchouc, moins bon pour les sondes en gomme ; soit par le passage à l'autoclave à 120° après lubrification de la sonde avec de la glycérine ou avec immersion dans une solution de sel

TECHNIQUE DU CATHÉTÉRISME.

Malade couché horizontalement sur le dos ; tête légèrement relevée ; jambes fléchies et écartées, un coussin soulevant le siège ne dépassant pas en bas le pli cruro-fessier, un bassin entre les jambes convertées.

Dispositif général.

Médecin debout au côté droit du malade, ayant à sa droite la table où tout est préparé

A. Préparatifs.

Lavage des mains du médecin : eau tiédie chaude, savon, alcool.

Désinfection du gland et de l'orifice urétral par un lavage à l'eau chaude et au savon ; puis lavage à l'aide d'une seringue ou d'un bœck laveur de la partie intérieure de l'urètre ; pousser doucement quelques grammes de liquide et laisser sortir ; s'il s'agit d'un bœck, le mettre à 2 pieds au-dessus du plan du lit.

Faire passer la verge à travers un orifice créé dans une compresse stérile.

Lubrification de la sonde sur toute sa longueur.

INCIDENTS, ACCIDENTS.

A l'entrée du canal, la sonde s'arrête dans la fosse naviculaire ; il faut retirer légèrement la sonde, la pousser à nouveau.

Spasme du canal.— Une introduction trop rapide ou trop brusque peut déterminer un spasme du canal urétral qui s'oppose à la pénétration plus profonde ; il faut maintenir sans effort l'instrument immobile appuyé contre l'obstacle : le passage deviendra bientôt libre.

Lorsque la prostate est hypertrophiée, il est souvent nécessaire d'enfoncer la sonde presque tout entière avant que l'urine ne s'écoule.

main, procédé excellent; soit par le séjour de la sonde dans des vapeurs de formol, étuve thermofornégène ou stérilisateur à froid.

Une seringue ou un bock la-veur. (Seringue, bock seront sté-ri-lisés.)

Un bassin pour recueillir les urines.

Une compresse stérilisée.

Du coton hydrophile stérilisé.

Eau bouillie ou eau boriquée.

Huile d'olive stérilisée ou huile de vaseline stérilisée, ou vaseline stérilisée.

Une table, à portée de la main du médecin, pour recevoir les objets nécessaires.

B. Introduction.

L'opérateur, tenant de la main gauche la verge tendue, écarte les lèvres du méat, introduit doucement, lentement la sonde. L'instrument pénètre d'abord facilement puis il s'arrête brusquement sur la portion membraneuse, maintenez la sonde au contact de l'obstacle et attendez, l'obstacle cédera brusquement; l'extrémité de la sonde suivra la paroi inférieure du canal et arrivera dans la vessie.

C. Écoulement de l'urine.

Dès que la sonde est arrivée dans la vessie, l'urine coule dans le bassin; pendant cet écoulement on doit maintenir le pavillon de la sonde à un niveau inférieur à celui du bas fond vésical; il faut abaisser autant que possible le bassin en déprimant le plan du lit.

Si le bassin est rempli avant que la vessie ne soit vide, il faut appliquer un doigt sur le pavillon de la sonde si on se sert d'une sonde en gomme, serrer la sonde entre deux doigts s'il s'agit d'une sonde en caoutchouc, pendant qu'on vide ou qu'on remplace le bassin.

D. Ablation de la sonde.

Lorsque l'urine est évacuée, on retire la sonde sans brusquerie en obstruant par le doigt la lumière d'une sonde en gomme, on serrent la sonde de caoutchouc pour éviter la soufflure du canal ou du scrotum par quelques gouttes d'urine; on essore l'orifice du méat. Laver ensuite la sonde intus et extra à l'eau savonneuse tiède.

Quelquefois, quand le canal est enflammé, on observe un écoulement sanguin; il est préférable, dans ce cas, de cesser le cathétérisme.

Parfois, après quelques instants de libre écoulement de l'urine, le jet s'arrête brusquement; l'œil de la sonde doit être oblitéré; il faut pousser par la sonde quelques grammes d'eau bouillie-tiède, puis laisser de nouveau l'urine s'écouler.

Si la vessie est très distendue, une dépiésion trop rapide et trop brusque de la vessie peut causer une syncope ou des hémorrhoides vésicales; on évitera cet accident en vidant lentement et incomplètement la vessie.

HERNIE TRAUMATIQUE

PAR M. LE DOCTEUR GUERMONPREZ

Avec les législations proposées sur les accidents du travail, tout devient prétexte pour devenir rentier, et il est très naturel de rencontrer des gens de bonne foi pour donner à l'ouvrier le bénéfice de tout ce qui est douteux entre la maladie et la blessure.

De toutes les infirmités, aucune n'a été plus discutée que la hernie pour faire la part de l'effort et celle de la prédisposition. Aussi bien, pour savoir si une hernie est ou n'est pas une blessure, il faut commencer par connaître la hernie traumatique comme on connaît celle qui ne l'est pas. Pour celle-ci il est banal de rencontrer des faits authentiques; pour la première, les complaisances foisonnent, les possibilités sont admises, les démonstrations font absolument défaut. Sans doute, les hernies ventrales sont connues; leur origine traumatique n'est ni contestable ni contestée; mais elles sont si loin des lieux d'élection des hernies spontanées que la confusion n'est pas possible. Le vrai problème consiste à faire la distinction lorsque la hernie se trouve dans la région inguinale et prend le masque de la hernie commune. Faute de documents, les auteurs écartent la discussion sur ce point; aussi n'en est-il que plus précieux de connaître le fait suivant, observé par M. Guernonprez :

Un ouvrier teinturier, âgé de quarante-trois ans, était adossé à une colonne, lorsque l'angle d'un wagonnet de fer, descendant un plan incliné, l'atteint dans la région inguinale du côté droit. Après une journée passée au lit, journée pendant laquelle il aurait eu de la fièvre, cet homme se présente à M. Guernonprez qui constate les signes suivants : Quand on examine l'homme pendant la station debout il paraît présenter une hernie inguinale interstitielle banale du côté droit. Dans le décubitus dorsal, la hernie se réduit spontanément et complètement pour se reproduire progressivement quand l'homme cherche à prendre la position assise, et d'emblée lorsqu'il se met dans la station debout. Au niveau de la hernie existe une ecchymose partiellement noire et jaune, large de 5 centimètres environ et au centre de laquelle on discerne une récente morsure de sangsue.

Il n'y a pas de bosse sanguine, mais le tissu cellulaire sous-cutané présente un certain épaissement par comparaison avec le côté opposé; les plis cutanés sont moins profonds et moins nombreux. Le doigt qui explore le trajet inguinal n'arrive pas à l'anneau herniaire; au contraire, l'exploration directe permet d'y pénétrer d'emblée aussi facilement que dans les hernies ombilicales. C'est un orifice deux fois plus long que large, qui présente tous les caractères d'une brèche ventrale para-inguinale. Aussi M. Guérmonprez n'hésite-t-il pas en raison de ces différents signes, à porter le diagnostic et à délivrer au blessé un certificat de hernie ventrale para-inguinale de nature traumatique.

Les jours suivants, d'ailleurs, l'ecchymose s'atténue et l'anneau de la hernie se caractérise plus nettement: il s'arrondit davantage, son pourtour devient plus épais, surtout aux extrémités, la consistance des muscles qui le bordent devient plus dure. L'application d'un bandage en spica de l'aïne, que le malade conserve le jour et qu'on enlève la nuit, est suivie rapidement de résultats qui dépassent toutes les espérances. Dès le quinzième jour, la hernie ne reparait plus pendant la station debout, à la condition toutefois que le malade ne tousse ni ne fasse effort. La palpation dans la position couchée démontre la consistance dure, lardacée, des tissus musculo-aponévrotiques au niveau du traumatisme; ces tissus sont adhérents entre eux et avec la peau, ainsi qu'on peut s'en convaincre en cherchant à pincer ou à faire glisser celle-ci. Il n'y a plus aucune teinte ecchymotique. A la palpation on ne retrouve plus d'orifice herniaire: la paroi est reconstituée sans discontinuité. Le vingt-deuxième jour, la hernie demeure réellement déduite dans toutes les positions et maintenue par la paroi abdominale elle-même. La peau n'adhère plus à la couche aponévrotique; quant à cette dernière, elle présente 3 ou 4 nodosités distinctes à la place de l'orifice herniaire; au pourtour de cet orifice, et dans une étendue de plusieurs centimètres, elle offre une consistance moins souple que du côté opposé; il en est de même de la consistance des muscles. Le vingt-sixième jour enfin après le traumatisme, la guérison paraît définitivement acquise.

De ce fait, dit M. Guérmonprez, il convient de conclure: 1° le hernie para-inguinale peut être de nature traumatique;

3° on peut faire la preuve objective de cette origine, même au septième jour, par la constatation de l'ecchymose et de l'exco-riation; 3° dès que le blessé se place dans le décubitus dorsal, la réduction de la hernie s'effectue spontanément; elle est d'em- blée complète; 4° l'anneau de cette hernie traumatique n'est pas le même que celui de la hernie inguinale commune; 5° le trajet de la hernie para-inguinale n'est ni incurvé, ni oblique: il est direct; 6° l'évolution spontanée du processus peut aboutir à la guérison, si aucune complication n'intervient pendant les premières semaines; 7° pendant les phases de l'oblitération de l'orifice herniaire, on peut observer l'adhérence de la peau à l'aponévrose, puis les nodosités cicatricielles qui succèdent aux ruptures sous-cutanées des plans fibreux de la paroi abdominale.

TRAITEMENT DES PLAIES EN DERMATOLOGIE

“Les agents antiseptiques ne tuent par les microbes dans les tissus vivants. De plus, l'application de ces substances, au niveau d'une plaie infectée, provoque une suppuration abon- dante.” Tels sont les principes énoncés par Lejars au Congrès de 1900 et d'après lesquels on fait aujourd'hui les pansements.

Sous un pansement humide, les tissus macèrent et les micro- bes poussent comme dans une étuve... D'où les nouveaux pan- sements qui assurent “le drainage capillaire de la plaie” et qui sont faits avec une gaze stérilisée, très légèrement humide, et non recouverte d'un imperméable.

De quel liquide faut-il imbiber la gaze?

L'eau oxygénée est bienfaisante, mais son application est pénible pour le malade qui souffre encore davantage quand on enlève le pansement.

L'eau salée à 7 pour 1000 est recommandable,

M. Colleville se sert du liquide stérilisé qu'il formule ainsi :

Eau.....	1 litre.
Chlorure de sodium.....	5 grammes.
Sulfate de soude.....	10 —
Phosphate de soude.....	10 —
Sublimé.....	0 gr. 50.

Le sublimé est là non comme antiseptique, mais comme agent capable de provoquer l'afflux des globules blancs.

“Lorsque le travail de réparation est plus avancé, ou lorsqu'il n'est pas nécessaire d'activer d'une façon spéciale le bour-

geonnement des plaies, il emploie la solution stérilisée suivante :

Eau	1 litre
Chlorure de sodium.....	1 gramme.
Sulfate de soude.....	10 —
Phosphate de soude.....	10 —

Avec cette solution, que la pratique journalière des pansements montre très supérieure dans les curettages et les infections dermiques, le malade ne souffre pas au moment du pansement, ni quand on le pose, ni quand on l'enlève. Cette solution, en effet, est très peu irritante, et, avec elle, "les croûtes sont plus molles et plus rares même qu'avec l'eau salée."

Pour les *plaies atones*, "les excitants de la vitalité des tissus sont préférables aux antiseptiques."

* M. Colleville traite ces plaies de préférence par la lumière à l'acétylène. Mais, à défaut de la photothérapie, avec quelle substance médicamenteuse pourrait-on agir sur elles ?

Dans l'ancien temps, on employait des sels de mercure pour traiter les plaies et les ulcères en dehors de tout soupçon de syphilis (eau phagédénique, onguent brun de Larrey, cérat de Hardy). En saupoudrant des plaies cancéreuses avec des sels de mercure, on a donné un coup de fouet à la tumeur. Certaines tuberculoses cutanées sont améliorées par des injections de calomel... Le mercure exalte les fonctions du système lymphatique.

Pour toutes ces raisons, M. Colleville a essayé le *salicylate de mercure*, soit pulvérisé et appliqué localement, soit en injection hypodermique, pour le traitement des plaies atones. Et il a obtenu d'excellents résultats, et bien entendu, sur des malades nonsyphilitiques.

Il s'est servi avec succès du salicylate de mercure, dans des brûlures, à la suite de grattages de plaies tuberculeuses; dans des ulcères variqueux.

Il faut saupoudrer très légèrement la plaie pour ne pas sphaceler les bourgeons. On ne renouvelle l'application du sel que tous les quatre ou cinq jours. Si elle est douloureuse, on atténue la douleur en saupoudrant d'abord la plaie avec de l'orthoforme.

Ce qu'on appelle la nature d'un être est la somme indéfinie de ces propriétés, c'est le réseau des faits qui constituent cet être.

DU MASSAGE THORACIQUE

PAR M. LE PROFESSEUR DUMONT

But et utilité du massage thoracique.

(suite de la page 267.)

Que peut-on attendre du *massage thoracique* ?

En passant en revue les divers plans qui constituent le thorax, et sur lesquels il porte son action, on rencontre successivement :

1o. La peau. Par la stimulation cutanée locale, le massage produit des effets comparables aux moyens révulsifs ou décongestifs, si justement remis en vogue dans ces derniers temps, tels que l'enveloppement hydropathique ou la simple sinapisation du thorax ;

2o. Le tissu cellulaire sous-cutané et les tissus conjonctifs. Le massage y dissipe les œdèmes et provoque la résorption des engorgements et des infiltrations ; il les débarrasse des matériaux nuisibles qui favorisent les inflammations chroniques et empêche les scléroses interstitielles. Il modifie lentement et finit par assouplir les tissus cicatriciels, c'est-à-dire qu'il en prévient les rétractions, les adhérences ou l'hyperplasie ;

3o. Les muscles. Ce n'est pas seulement par ses effets stimulants que le massage exerce son influence salutaire sur les muscles de la poitrine, mais il a pour but de leur *restituer leur tonicité normale* lorsqu'ils ont éprouvé une modification pathologique. Il prévient anatomiquement les amyotrophies et la sclérose diffuse, et physiologiquement la parésie, la raideur, et la miopragie musculaires. Il entrave la myosite de voisinage et empêche la rétraction, l'immobilisation ou les dégénérescences qui résultent de la contiguité des néo-membranes formées dans les inflammations chroniques des plèvres ;

4o. Les nerfs. Les effets sédatifs exercés sur les terminaisons nerveuses amènent la disparition des douleurs, qu'il faut compter parmi les facteurs principaux du symptôme dyspnée ;

5o. Les vaisseaux. La circulation sanguine est activée, soit par simple action mécanique directe, soit par une modification régulatrice des vaso-moteurs, soit, comme le pense GARNAULT, par une excitation spéciale de la tunique musculaire des vaisseaux. La circulation lymphatique est également stimulée, ce qui favorise la résorption des exsudats ;

60. Les articulations costo-vertébrales, sterno-claviculaires, etc., et les rares costaux, dont le fonctionnement est facilité;

70. Les plèvres et le péricarde, qui subissent indirectement les effets bienfaisants du massage sur le système vasculo-nerveux et musculaire de la poitrine; il rend libre le jeu des feuillets séreux en arrêtant la tendance à la plasticité, et par la destruction des adhérences;

80. Les poumons. Le dispositif topographique de l'ossature du thorax rend bien difficile un effet direct de la part du massage, et, s'il était possible, on se demanderait quelle action ce moyen thérapeutique peut exercer sur un viscère. Par suite de la différence de structure, on ne peut espérer un résultat analogue à celui que donne sur le tube digestif le massage stomacal ou le massage intestinal, puisque l'estomac et l'intestin remplissent un rôle physiologique actif par leur tunique musculaire; mais, d'autre part, on ne refuse pas au massage une heureuse influence sur un tissu essentiellement parenchymateux comme celui du foie; SENATOR prescrit le massage de cet organe dans la cirrhose hypertrophique, et SHOEMAKER dans l'ictère. Indirectement, d'après ce qui a été dit plus haut, on obtient des effets indiscutables, meilleurs peut-être que par une intervention chirurgicale précoce, car en assurant ou en rétablissant le bon fonctionnement des plans superficiels du thorax, on favorise la restauration du parenchyme pulmonaire, comme dans cette observation de FOWLER, où l'opération d'une fistule communiquant avec un vaste abcès pleural depuis 7 ans, fut suivie d'une régénération partielle du poumon.

En résumé, les *effets thérapeutiques* principaux que j'ai obtenus du massage thoracique, et qui sont d'ailleurs conformes aux résultats de la massothérapie en général, sont de deux ordres:

10. Primitifs ou *directs*; par action mécanique, on active la circulation sanguine et lymphatique, on détruit les adhérences; par action résolutive, on dissipe les infiltrations et les épanchements; par action sédative sur les nerfs, on calme les douleurs et la dyspnée;

20. Secondaires ou *indirects*; par l'intermédiaire des vaisseaux, on stimule l'appareil musculaire, et on en empêche les dégénérescences; d'autre part, on provoque une action révulsive et décongestive sur les grandes séreuses intra-thoraciques et le poumon.

LES AVANTAGES DE LA LÉCITHINE

La lécithine, en tant qu'agent reconstituant, est surtout utile aux âges de croissance et dans les périodes d'affaissement et d'épuisement nerveux qui peuvent se poursuivre au cours de tous les âges. Des travaux récents en éclairant l'action physiologique de la lécithine nous renseignant sur son mode d'action.

C'est ainsi que MM. Bernard, Bégard, et Henri Labbé viennent de montrer que la lécithine qui se trouve dans les capsules surrénales est directement sécrétée par elles. C'est là une notion de haute importance; car on connaît l'importance de la sécrétion surrénale qui possède entre autres propriétés, celle de sécréter des substances antitoxiques destinées à neutraliser les nombreux poisons qui résultent de la vie cellulaire. La lécithine semble prendre une part essentielle à l'exercice de cette fonction antitoxique qui, lorsqu'elle est mal ordonnée, laisse envahir l'organisme par des symptômes d'affaissement et de fatigue. C'est là un point, cette participation de la lécithine aux fonctions antitoxiques de la surrénale, c'est là un point sur lequel MM. Bernard, Bégard et Henri Labbé attirent l'attention.

En prescrivant la lécithine dans les cas de neurasthénie et d'épuisement nerveux, le praticien sait donc ce qu'il fait. Il fournit à l'organisme une substance capable de détruire les poisons dont la présence dans le sang entretient cette sensation d'affaissement et de fatigue. C'est pourquoi, étant donnée l'importance de l'agent thérapeutique, il convient que le praticien en connaisse l'action certaine.

Vient de paraître:

PRECIS D'HYDROLOGIE

PAR LE DOCTEUR H. CAUSSE

Docteur ès-sciences, Pharmacien supérieur chargé du Cours d'hydrologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon

Un volume in-18 de V-317 pages, avec 46 figures, cartonné, 5 fr.

L'ouvrage comprend quatre chapitres principaux, où sont résumés les méthodes chimiques et bactériologiques utilisées en hydrologie, les travaux récents sur la contamination des eaux, une étude sur les principales eaux minérales.

Ce précis se distingue des rares traités d'hydrologie, par un exposé théorique des causes de la contamination, ses origines

et les transformations multiples que subit la matière organique en solution dans les eaux, transformations qui sont la conséquence d'une succession de vies bactériennes, elles-mêmes intimement liées aux variations de température.

Cet ouvrage répond à un besoin; il est un guide indispensable pour tous ceux qui s'occupent de l'analyse des eaux, des modifications qui surviennent périodiquement, au moins pour les eaux aériennes et les transforment trop souvent en un véhicule des épidémies.

PRECIS D'ELECTRICITE MEDICALE

PAR LE DOCTEUR E. CASTEX

Agrégé des Facultés de médecine, Professeur de Physique médicale à l'Université de Rennes, Chef du Service d'Electrothérapie et de Radiographie à l'Hôtel-Dieu

*Un vol. gr. in-18 de VII-672 pages, avec 208 figures.
cartonné, 8 fr.*

Ce *Précis d'Electricité médicale* s'adresse aux étudiants en médecine, ainsi qu'aux praticiens qui veulent se tenir au courant des progrès de l'électrothérapie et de la radiologie.

La **Technique** montre d'abord, après le rappel des notions physiques indispensables, les méthodes de production, graduation, mesure, application des diverses modalités électriques. Les actions des diverses formes de courants sont étudiées à l'**Electrophysiologie**, où figurent également la résistance électrique du corps, les dangers des courants, l'électricité en microbiologie, etc. Viennent ensuite l'**Electrodiagnostic** et l'**Electrothérapie**, qui tiennent ensemble le tiers de l'ouvrage. Dans la **Radiologie**, le lecteur se met au courant d'abord de toutes les opérations radiographiques et radioscopiques, avec des indications très précises sur les diverses méthodes de recherche des corps étrangers et de mesure; puis de toutes les applications médicales des rayons X. Enfin un dernier chapitre fournit la technique de la **Photothérapie**.

LA GOUTTE et son traitement, par le docteur APERT, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 96 p., cart., 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

L'auteur décrit ce qu'est la goutte et par quels procédés l'expérience clinique nous a appris à en apaiser et à en espacer les cruelles manifestations.

L'observation clinique reste pour cette maladie le seul critérium de la valeur de telle ou telle médication; ce petit volume est un résumé de ce qu'il est nécessaire pour tout médecin de connaître sur une maladie aussi répandue et aussi délicate à soigner que la goutte.

NOUVELLES

Le Bureau Provincial de Médecine se réunira à Québec, le 30 septembre, au lieu du 23, tel qu'annoncé dans les journaux.

Le comité des créances et le comité d'examen professionnel s'assembleront mardi, le 29. L'examen pour l'admission à l'étude de la médecine commencera jeudi le 24 septembre.

L'ouverture des cours de la Faculté de Médecine aura lieu mardi, le 6 octobre prochain; mercredi, le 14, se fera l'ouverture solennelle de l'année académique: Messe du Saint-Esprit à la Cathédrale, à 9 heures. Séance académique et proclamation solennelle des grades et des prix pour toutes les facultés, à 8 heures 15, dans la salle des promotions.

La compagnie Lacto-Globulin qui vient de se former est une industrie entièrement canadienne et prépare un aliment pour lequel elle réclame les propriétés les plus nutritives. Des expériences cliniques ont démontré la haute valeur de cette préparation dans les cas de trouble de la nutrition et des maladies de l'estomac.

Les thérapeutes qui ont expérimenté le traitement des piqûres d'abeilles dans le rhumatisme articulaire aigu recommandent des doses variant entre 70 à 6,952 piqûres. Les succès ont toujours répondu à leurs applications.

Il paraît que nous sommes menacés de manquer d'huile de foie de morue.

D'après les journaux anglais, la pêche sur les côtes de Norvège a été mauvaise. Huit galons d'huile coûtent maintenant 25 schillings; il y a un an, on avait la même quantité d'huile pour 5 schillings.

D'après M. le docteur Hespell, de Washington, des pilules à base d'excréments d'hirondelles seraient un excellent traitement de la tuberculose. Des expériences faites chez le chien ont donné des résultats favorables; dix braves tuberculeux actuellement sous ce traitement sont en voie de guérison.