

PAGES

MANQUANTES

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE

UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

SANTÉ

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

L'union indissoluble de la Médecine et de la Chirurgie, par M. le Professeur REYNIER..... 467

Le diagnostic et le traitement de la tuberculose génitale, par M. le Professeur TRISSIER..... 478

Le froid, l'alcool et la congestion du foie, par M. le Docteur D. E. LECAVELIER..... 489

La physiologie normale et pathologique de la prostate, par M. le Professeur POSNER..... 483

Quelle est la prophylaxie de l'avortement criminel..... 485

Le traitement du cancer de l'utérus..... 489

Quels sont les résultats de la gastro-enté-

ronomie dans l'ulcère de l'estomac..... 487

Les réactions pulmonaires dans l'adéno-pathie, par M. le Professeur HUNNET..... 492

Les paraplégiés dans le rôle de Pott, par M. le Professeur KIRMISSON..... 512

Sur la destruction de la toxine tétanique dans l'intestin..... 507

La guérison subite des dyspeptiques..... 506

La Société médicale de Montréal..... 509

Intérêts professionnels :

Par M. le Docteur LAUREN-

DEAU..... 512

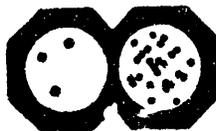
Informations scientifiques..... 515

SCIENCE

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIROP : une cuillerée à soupe à chaque repas pour le Canada Rougier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal pour les États-Unis Fougère & Cie, 90, Beckmann Street, N. Y.

DEPOSÉ

LE MONTRÉAL-MÉDICAL

VOL. 8

25 Décembre 1908

N° 10

De l'union indispensable de la Médecine et de la Chirurgie

PAR M. le Docteur PAUL REYNIER



Celui qui prend aujourd'hui la parole devant vous appartient à une génération heureuse entre toutes ; car il a été donné à cette génération d'assister à une véritable révolution dans la chirurgie, à une sorte de révélation dont les conséquences devaient être merveilleuses.

Elevés par des maîtres qui n'opéraient, tout audacieux qu'ils étaient, qu'avec une certaine émotion, et par suite limitaient leurs opérations, sachant toujours qu'à cette époque, où la moindre plaie était, suivant l'expression de Velpeau, une porte ouverte à la mort, nous vîmes tout d'un coup, par les travaux de notre grand Pasteur, la chirurgie devenir bénigne, au fur et à mesure que l'antisepsie et l'asepsie se développaient.

La chirurgie devenant de moins en moins dangereuse, son champ chaque jour s'élargissait, des opérations nouvelles se succédaient sans cesse, nous enthousiasmaient, et peu à peu nous arrivions à nous demander, sans la voir encore, qu'elle serait la limite de nos interventions. Comme l'a proclamé le professeur Bouchard, il a été bon de vivre à cette époque, de vivre de notre vie. Et l'on comprend que, grisés ainsi par le succès, les chirurgiens se soient laissé emporter

par cette fièvre opératoire et, se liant à l'asepsie, se soient moins préoccupés de leur diagnostic, que l'intervention devait compléter.

La médecine opératoire triomphante faisait peu à peu passer au second plan la clinique. Et l'on peut s'en rendre compte en parcourant les bulletins de nos sociétés savantes, de la Société de chirurgie, des Congrès de chirurgie, où les communications les plus nombreuses, les plus écoutées, sont celles qui se rapportent à des procédés opératoires nouveaux, tandis que les communications touchant la pathologie générale et le diagnostic deviennent de plus en plus rares, intéressant de moins en moins.

Ne soyons donc pas étonnés de voir des générations nouvelles de chirurgiens élevés dans ce tourbillon opératoire, faisant leur éducation dans des services où les chefs passaient leurs matinées à opérer plus qu'à examiner, arriver à croire, eux aussi, que l'opération prime tout, qu'avec elle on peut tout oser pourvu qu'on soit aseptique, avec un diagnostic plus ou moins bien assuré.

N'ont-ils pas entendu des maîtres éminents, professeurs de clinique, affirmer que dans les affections abdominales on ne faisait pas, le plus souvent, de diagnostic ; qu'on opérât et qu'on voyait ? Ou encore, n'ont-ils pas été dans des services où, dans tout incident post-opératoire, on n'incriminait que la faute d'asepsie, doctrine qui dans son absolu est dangereuse et ne répond pas aux faits, comme nous chercherons à vous le démontrer dans ces leçons : dangereuse pour le malade, dont on méconnaît les larses qui en diminuent la résistance et préparent les désastres ; dangereuse pour le chirurgien dont la responsabilité s'accroît !

Mais ce qui a surtout nui à la clinique, à la recherche du diagnostic, c'est cette spécialisation à outrance dans laquelle nous nous sommes lancés à la suite de nos voisins oubliant ce que Charcot proclamait, qu'on ne devait aborder une spécialité qu'à quarante ans, lorsque l'instruction générale, laborieusement acquise, s'est enfin complétée.

Aujourd'hui, on est plus pressé. Le chiffre de quarante est trop éloigné ; trente ans même paraît trop vieux. On doit

avoir plus rapidement une situation fructueuse. A peine s'est-on fait inscrire au P. C. N. qu'on voudrait déjà en profiter. C'est dans les premières années de bénévolat, de stage, qu'on choisit sa spécialisation. On sera médecin, on sera chirurgien, avant d'avoir passé des examens. A partir de ce moment, tout ce qui n'est pas de la spécialité n'intéresse plus.

Si quelques rares privilégiés préparent les concours du prosectorat, apprennent leur anatomie, combien y a-t-il de personnes qui se lancent dans la chirurgie, n'ayant passé que leurs examens de l'école, se contentant d'une instruction anatomique trop modeste ?

Le concours de l'internat, dont on demande la suppression, vous fait apprendre théoriquement, tout au moins la pathologie externe et interne ; mais une fois reçu, on se laisse aller à ses goûts spécialistes, et qui se destine à la chirurgie se croirait pour un peu déshonoré s'il auscultait, s'il lisait quoi que ce soit de médical et continuait à se tenir un peu au courant de ce qui se passe en dehors de sa spécialité. Bien plus, on a obtenu la spécialisation à partir de l'internat dans les concours. La médaille d'or des hôpitaux ne comporte plus l'épreuve de chirurgie et de médecine. Il existe deux médailles, une de médecine, une de chirurgie.

Ne soyons donc pas étonnés de voir, à l'heure actuelle, de nos collègues, des plus distingués, arriver à être chefs de service n'ayant fait aucune année de médecine dans l'internat, se vantant, comme j'en ai entendu, de n'avoir pas, depuis des années, ausculté un malade !

Evidemment, c'était là une boutade, une hâblerie, mais qui ne m'a pas moins, cependant, émotionné. Car malheureusement elle dénotait une tendance d'esprit que j'avais vue se manifester par d'autres phrases non moins significatives de quelques jeunes collègues, métamores du histouri, qui croyant ainsi s'affirmer chirurgiens, tiennent à honneur de montrer leur dédain pour la médecine, et qui proclament que le chirurgien et le médecin doivent avoir chacun leur domaine bien distinct dans lequel chacune des parties ne doit pas se permettre de jeter le moindre coup d'œil indiscret.

Or, cette séparation me paraît bien bizarre et bien factice,

car la limite entre ces deux sciences est difficile à préciser. Il y a, en effet, tant d'affections qui tiennent autant à la médecine qu'à la chirurgie, tant de terrains sur lesquels les deux adversaires doivent fatalement se rencontrer ! Si on fuit ce contact, il faut que le chirurgien se résigne à n'être que l'opérateur, plus ou moins habile, auquel le médecin confie ses malades, ayant fait, lui, son diagnostic, c'est-à-dire s'étant réservé le rôle intellectuel, et laissant au chirurgien celui, plus humble, de manœuvre.

Nous devons avoir une idée plus haute de notre profession, celle qu'avaient nos anciens maîtres, les Velpeau, les Gosselin, les Malgaigne, les Richet, experts dans l'art de la médecine, comme dans celui de la chirurgie. Ils pensaient avec raison que ce qui fait la grandeur et la beauté de l'art chirurgical, c'est que celui-ci est le point summum où convergent toutes les sciences dont l'ensemble constitue la médecine : c'est-à-dire l'art de traiter et guérir les malades.

Sur nos confrères médicaux, nous avons la supériorité de manier le bistouri, qui, dans un grand nombre de cas, nous permet de guérir, là où la pharmacopée seule eût été incapable de réussir.

Mais si cet acte opératoire peut avoir des conséquences heureuses, il peut en avoir aussi de désastreuses. En décidant une opération, nous prenons une grosse responsabilité, et nous ne devons la prendre qu'en cherchant, autant qu'il nous est possible, ce que rencontrera notre bistouri et quelles seront, dans le présent et l'avenir, les conséquences de notre intervention.

Or, pour pareil diagnostic, d'où dépend le sort d'une vie humaine, on est heureux d'avoir pour se guider tout ce que les différentes sciences qui composent la médecine ont pu nous apprendre : anatomie, physiologie, bactériologie, médecine et chirurgie.

A plusieurs reprises, tant dans les cours que j'ai faits à l'École de médecine, de physiologie, que dans mes leçons cliniques, j'ai eu à montrer combien la physiologie pouvait nous rendre à nous, chirurgiens, des services, ne serait-ce que pour nous faire comprendre le mode d'action et les dan-

gers des anesthésiques que nous manions. Et vous verrez ici se servir, pour la chloroformisation, d'un appareil avec lequel je prétends éviter tout danger chloroformique et qui n'a été construit qu'en connaissance des beaux travaux de notre éminent physiologiste Paul Bert. Mais la physiologie nous fait comprendre les troubles pathologiques, qui ne sont que la rupture durable ou momentanée de l'équilibre cellulaire, dont la physiologie nous donne les lois.

Que de faits m'ont été révélés en clinique par le simple rapprochement de l'observation clinique et de l'expérience physiologique ! N'est-ce pas à la physiologie encore que nous avons recours, ou que nous devrions avoir plus souvent recours, lorsque nous voulons tenter une opération nouvelle et chercher sur l'animal, avant de la tenter sur l'homme, quelles en seront les conséquences, au point de vue fonctionnel ?

La bactériologie, que nous ne connaissions pas quand nous faisons nos études, prend aujourd'hui, en clinique, de plus en plus d'importance. Un service ne peut se passer d'un laboratoire, et vous me voyez souvent avoir recours à celui que nous avons ici et que dirige M. Masson. La bactériologie guide, en effet, notre antiseptie ; nous éclaire, avec l'histologie, sur certaines lésions qui restaient pour nous jusque-là incompréhensibles, ou mieux, inconnues. N'est-ce pas à elle que nous devons tous les progrès accomplis dans ces derniers temps dans le traitement et la classification des tumeurs ? N'est-ce pas elle qui nous a fait mieux connaître nos tuberculoses externes et en distinguer certaines affections confondues jusque-là avec elle, comme la sporotrichose, les tumeurs à mycelium dont, il y a deux ans, je découvrais, dans le service, avec l'aide de M. Brumpt, un bel exemple, chez un homme qui présentait un pied étiqueté par les uns actinomycose, par les autres bacillaire, et qui n'était qu'un pied de Madura, c'est-à-dire un pied dans lequel un vulgaire champignon de moisissure avait pénétré et avait pullulé. Une tumeur du même genre, l'année dernière, nous a fait longtemps chercher un diagnostic dont les éléments m'étaient donnés par la bactériologie. Mais c'est dans l'étude du cancer

que nous devons suivre avec intérêt tous les travaux qui, peu à peu, nous montrent, sans que nous puissions encore l'affirmer, que celui-ci est parasitaire, et si notre intervention ici peut être quelquefois efficace, malheureusement, trop souvent, nous nous trouvons impuissants. Aussi, avec quel intérêt suivons-nous aujourd'hui les travaux qui nous donnent l'espoir qu'un jour nous trouverons peut-être, dans la sérothérapie, l'aide puissante à nos interventions.

Aussi, je ne saurai trop vous dire, Messieurs : ne craignez pas de vous intéresser à ces sciences nouvelles, en même temps qu'à la chirurgie ; car là est l'avenir ; c'est la voie qui s'ouvre pour vous de découvertes plus grandes peut-être que toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent.

Mais tout aussi utiles, et plus journellement utiles sont pour nous les connaissances médicales dont on semble, dans ces derniers temps, méconnaître l'importance.

Le chirurgien qui ne connaît pas sa médecine ne peut, être un chirurgien ; et c'est ce que, dans ces leçons, je tâcherai de vous démontrer.

A chaque instant, en effet, il se trouvera en présence de faits qu'il ne pourra expliquer qu'avec ses connaissances médicales, et s'il ne connaît pas sa clinique et sa thérapeutique médicales, il laissera souvent mourir bon nombre de ses opérés, qu'il aurait pu sauver en faisant son diagnostic et en donnant le médicament approprié.

Prenons, par exemple, l'estomac. Ne devons-nous pas aujourd'hui nous tenir au courant de toutes les recherches de la médecine sur ce point, ne serait-ce que pour savoir ce qui doit être opéré ou doit être soigné ?

Vous me verrez faire des examens de suc gastrique comme chez M. Mathieu, comme chez M. Hayem, et vous verrez l'importance que ces examens ont pour nous, pour diagnostiquer une lésion qui nécessite notre intervention, ou qui la contre-indique.

Je sais bien que certains chirurgiens, rares heureusement, simplifient les choses en déclarant que tout trouble stomacal est justiciable d'une intervention. Mais devant ces excès opératoires, la clinique reprend ses droits, en opposant à ces sta-

listiques formidables les résultats consécutifs, qui, dans un grand nombre de cas, opérés trop légèrement, n'ont pas été brillants.

La chirurgie cérébrale ne doit-elle pas encore profiter des leçons de tous nos neurologistes pour diriger nos interventions ?

Mais c'est en montrant l'importance du terrain que nous verrons les services que la médecine peut rendre à la chirurgie.

Si la lésion externe et l'infection à point de départ local sont du domaine de la chirurgie, cette lésion et cette infection subiront dans leur évolution l'influence du milieu. Or, dès que nous étudions ce milieu, nous entrons de suite dans le domaine médical.

Est-il possible, en effet, pour nous de ne pas faire cette incursion ? Jugez-en vous-mêmes :

Voici un malade qui a une tumeur blanche du genou, lésion locale. Mais je sais que cette lésion est plus ou moins grave suivant qu'elle sera la première manifestation de l'infection tuberculeuse, ou qu'elle s'ajoute à d'autres manifestations. Me voilà donc obligé d'ausculter mon malade pour reconnaître la présence ou l'absence d'autres lésions. Et je dois encore l'examiner pour savoir si j'ai affaire à un lymphatique ou à un arthritique nerveux. Car selon qu'il sera l'un ou l'autre, je sais que mon pronostic variera.

En effet, chez l'arthritique j'ai de grandes chances de voir la lésion s'entourer de tissu fibreux, rester locale ; et la guérison s'obtiendra plus facilement par tout ce que j'instituerai contre elle.

Ai-je affaire à un lymphatique ? Là, il y aura tendance aux fongosités, à la suppuration, et j'aurai de la peine à obtenir la guérison.

Ne dois-je pas alors avoir recours à la médecine pour y chercher la thérapeutique qui aidera mes efforts locaux ? Ne m'apprend-elle pas, en effet, que ce lymphatique, je dois le transformer, chercher à en faire un arthritique par une alimentation carnée, par la minéralisation à outrance, interne et externe, sous forme de phosphates de chaux, et mettre à

profit tous les travaux qui ont paru dans les recueils médicaux sur ce sujet ?

Il y a donc là tout un ensemble de faits que nous devons examiner, et dont nous devons tenir compte pour mener à bien le traitement de cette lésion que notre bistouri attaquera mais ne guérira pas, s'il ne demande l'aide de la thérapeutique médicale.

Toutes les infections donnent lieu à des réflexions de ce genre.

Ne devons-nous pas savoir dépister le diabète ? N'est-ce pas chez nous, dans nos cabinets, qu'il est le plus souvent reconnu, lorsque le malade vient nous présenter un panaris, un anthrax, un phimosis, lesquels nous font examiner les urines et nous font faire le diagnostic, dont le patient ne se doutait pas ?

Mais ne devons-nous pas encore savoir le traiter, pour préparer une intervention nécessaire ou pour arriver à guérir des infections, suivant la variété du diabète, suivant sa durée et l'état du système nerveux ? Notre pronostic ne pourra se faire que par cet examen médical approfondi.

Et l'albumine ? N'avons-nous pas aussi à la reconnaître et à en rechercher la cause ? J'ai encore dans mon service une malade qui, à la suite d'une intervention, suppurait, et dont la suppuration s'éternisait. Je suis amené à cause de cela à chercher l'albuminurie dans les urines ; et constatant la présence de celle-ci, je mets la malade au lait, je traite son albuminurie, et la suppuration se tarit.

Mais ce n'est pas seulement le terrain que, grâce à la médecine, nous pouvons modifier utilement. Le diagnostic ne peut être fait sans son aide, et il me sera facile de multiplier les faits qui vous le démontreront.

Celui de nous qui ne daigne pas coller son oreille sur la poitrine d'un malade, aura de grandes chances d'opérer une appendicite qui n'existera pas, et dont le point douloureux n'est que le point douloureux symptomatique d'une pleurésie, qu'en auscultant il aurait reconnu.

J'avoue que, dernièrement, j'ai été surpris d'entendre la communication d'un des membres de la Société de chirurgie-

gie qui rapportait comme un fait nouveau cette erreur qui pouvait faire prendre une lésion pleuro-pulmonaire pour une appendicite, et de voir à cette occasion quelques-uns de mes collègues apporter des observations analogues.

Ils n'avaient pas suivi les leçons de mon cher maître, l'éminent professeur Béhier, qui m'apprenait quand j'avais l'honneur d'être son externe, que, dans la pleurésie c'était dans le ventre qu'on souffrait ; il m'indiquait ce fameux point de Mac Burney dont, plus tard, on devait faire le point pathognomonique de l'appendicite oubliant ce symptôme pleurétique classique, connu de tous les médecins, mais ignoré d'un grand nombre de chirurgiens. Et c'est avec reconnaissance que je me rappellerai toujours l'enseignement de Béhier, d'Émpis, de Peter, enseignement qui m'a permis souvent d'éviter des erreurs de cette nature.

N'est-ce pas encore à leurs leçons que je dois d'avoir pu démontrer que bien des péritonites qu'on laissait mourir, n'étaient que des crises d'hyperchlorhydrie stomacale, que le lavage d'estomac guérissait, faisant disparaître entièrement tous les symptômes péritonéaux, pouls rapide, petit, faciès péritonéal, ballonnement du ventre, vomissements iécaloïdes, dus à la paralysie stomacale.

Ayant suivi les leçons de Charcot, j'ai pu rapporter ces phénomènes à des troubles nerveux que niait le professeur Terrier, qui préférait les mettre sur le compte d'une infection qu'il m'était facile, grâce à mes observations de démontrer, ne pas exister.

Mais dans les suites de nos opérations, n'avons-nous pas des accès de fièvre dont nous devons chercher souvent la cause dans des affections concomitantes, grippe, embolie, congestion pulmonaire.

Dernièrement, j'opérais une malade d'un kyste de l'ovaire sans adhérences, opération très bénigne, dans laquelle n'ayant eu qu'à tirer sur le kyste et l'amener au dehors sans avoir, pour ainsi dire, mis la main dans le ventre ; j'étais sûr de mon aseptie. Mon interne et moi, nous avons opéré avec des gants, et l'examen le plus scrupuleux ne permettait de se reprocher aucune faute. Mais la malade ne m'avait pas dit

qu'elle était enrhumée quand on l'endormit. Or, la salle d'opération n'avait pas été suffisamment chauffée ; elle avait pu y avoir froid. Toujours est-il qu'après avoir paru très bien pendant trois jours, la malade, au quatrième jour, commençait un peu à tousser, ne le disait pas, et, dans la soirée, était prise de dyspnée, de toux avec expectoration spumeuses, sans élévation notable de température, 37,6. Je la trouve assise, la face cyanosée, les yeux hagards. Je l'ausculle et trouve la oïtrine, des deux côtés, remplie de petite râles fins distincts, existant seulement à l'inspiration. Le murmure vasculaire était affaibli. Devant ces symptômes, je fais le diagnostic d'œdème pulmonaire aigu, se produisant chez une nerveuse ayant eu déjà des phénomènes asthmatiques dont je n'avais pas, toutefois, à l'auscultation, les signes caractéristiques. Mon diagnostic porté, je couvre de ventouses son dos et sa poitrine, des deux côtés, remplie de petite râles fins distincts. la malade commençait à respirer et le poumon se dégagait peu à peu. Le lendemain, tout danger était disparu.

— Vous m'avez vu, dans ce service, vous montrer une malade nerveuse que j'avais opérée d'une grossesse extra-utérine. Or, quatre jours après, je voyais cette malade la figure grippée, le pouls à 140 ; le ventre se ballonnant, tous ceux qui l'entouraient diagnostiquaient des accidents péritonéaux. Mais la malade expectorait des matières brunes. Je fais le diagnostic de crise d'hyperchlorhydrie.

J'ordonne le lavage d'estomac, le vomissement s'arrête ; le pouls revient à 100 ; le faciès change. Le lendemain, des vomissements se reproduisent ; mais cette fois, seulement lorsqu'elle mettait un peu d'eau ou de lait dans son estomac. Je fais le diagnostic de vomissements nerveux et je fais prendre du sirop d'éther avec teinture de valériane. Les vomissements s'arrêtent définitivement, et le succès de ma thérapeutique prouve la justesse de mon diagnostic.

Mais quelques jours après, la fièvre montait, la malade faisait des phénomènes de congestion pulmonaire, que l'auscultation nous révéla et pour laquelle nous eûmes recours au cataplasme sinapisé, aux ventouses, au sulfate de quinine.

Aujourd'hui, la malade a quitté le service complètement guérie.

Mais ne croyez-vous pas qu'elle ait été heureuse d'être dans un service de chirurgie où le chirurgien ne croit pas déroger en auscultant ses malades, en les regardant, non point en chirurgien seulement, mais en médecin, qui ne craint pas de connaître sa thérapeutique médicale et d'en user.

Je pourrais vous citer bien d'autres faits de même nature ; mais ceux-ci suffisent pour vous montrer combien tout chirurgiens que nous sommes, souvent nous avons besoin de mettre à profit nos connaissances médicales, et combien, par conséquent, ceux qui ne les ont point acquises doivent se trouver dans l'embarras.

Que nos futurs chirurgiens sachent donc bien qu'ils ne seront véritablement dignes de ce nom, que s'ils sont, tout en étant adroits et aseptiques opérateurs, des *cliniciens* ; et que pour être clinicien, il faut ne pas se limiter seulement à la médecine opératoire, mais être bactériologiste, médecin, en même temps que chirurgien.

Dans le travail que nécessite cette instruction générale, consolons-nous en nous disant que la multiplicité des connaissances qui sont nécessaires au chirurgien pour accomplir sa mission, le grandit. Chercher à les restreindre par la spécialisation à outrance, c'est le diminuer.

Maladies du Cerveau

ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES

Traitées depuis 40 Ans. avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
2° Au Bromure de Sodium. } 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Établies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, Pl^{ac} de 1^{re} classe, grand est. succ^e, Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Diagnostic et le Traitement de la Tuberculose rénale

Par M. le Professeur TEISSIER (de Lyon).

Appelé à motiver son avis sur l'opportunité d'une intervention rénale, la solution du problème paraissait à tous médecins assez simple. Il faut enlever, disait-on, le rein altéré lorsque le rein opposé est sain. Et il semblait légitime de conclure à l'intégrité de cet organe lorsque l'urine en provenant ne contenait que peu ou pas d'albumine ; quand la perméabilité rénale éprouvée par les différents procédés en usage (cryoscopie, épreuve du bleu, de la phloridzine) était suffisante ; enfin et surtout, si cette urine soigneusement divisée ou extraite directement par cathétérisme urétéral ne transmettait pas la tuberculose par inoculation.

Il semble aujourd'hui qu'il faille revenir un peu d'une règle aussi rigoureuse, qui ne paraît plus répondre aussi exactement que nous l'avons espéré, aussi bien aux données de l'observation qu'aux enseignements de laboratoire.

Le médecin lyonnais expose les faits qui doivent donner à réfléchir et modifier les bases de l'appréciation du clinicien.

I. — *L'intégrité de l'urine* ne prouve pas nécessairement *l'intégrité du rein*. — L'auteur vient précisément d'observer une série de *tuberculoses nodulaires* discrètes, il est vrai, du rein sans albuminurie en somme des *tuberculoses fermées*. Il s'agissait bien de tuberculose réelle, car les parties, en apparence, saines de l'organe, inoculées par son chef de laboratoire, M. Fernand Arloing, ont nettement transmis la tuberculose.

II. — Il peut y avoir des *bacilluries* (chose rare il est vrai), *sans tuberculose rénale anatomiquement constituée*.

III. — Enfin l'urine, chez les tuberculeux, peut contenir de l'albumine en dehors de toute production nodulaire, sans parler de la néphrite avec cylindrurie hyaline, si bien décrite par le professeur Albarran.

On peut observer de l'albuminurie toxinique par action isolée de la tuberculine (comme le professeur Teissier et Fernand Arloing l'ont démontré). Il peut y avoir de l'albuminurie par néphrite infectieuse superposée.

La question devient alors *troublante* parce qu'on peut se laisser entraîner en se basant sur ces faits inexactement interprétés à retarder une intervention qui pourrait être curatrice.

M. Teissier estime que l'intégrité absolue *apparente* du rein opposé à l'organe condamné ne doit pas rester la condition requise qui doit dicter l'intervention. On peut et *on doit* opérer, même en cas de néphrite légère, même en cas de perméabilité un peu réduite et même de bacillurie d'écrite du côté opposé, car il n'y a pas de plus grand danger pour le rein sain que le rein malade dont les *néphrotoxines* vont constamment menacer les épithéliums de son congénère. Il semble même que, à l'exemple de l'ophtalmie sympathique qui dicte sans retard l'énucléation, la menace de lésions naissantes dans le rein considéré comme primitivement sain impose la néphrectomie d'urgence, à la condition, bien entendu, que le rein respecté soit encore en état de suffire à l'accomplissement d'un fonctionnement de suppléance et que les *lésions tuberculeuses rénales ne soient pas en évolution aiguë*. On aura, pour se fixer sur ce dernier point, l'appréciation méthodique de l'état général, les indications de l'oculo-réaction et de la tension artérielle, mais surtout les données de la *séro-réaction d'Arloing-Courmont*, qui est, pour l'auteur, le moyen le plus précieux d'apprécier le degré de la résistance organique aux ravages de l'infection.

Une séro-agglutination forte avec tension normale ou légèrement surélevée, l'oculo-réaction restant au contraire très modérée, semble constituer un ensemble de symptômes de pronostic particulièrement favorable.

Le Froid, l'Alcool et le Foie

Paris, le 6 décembre 1908.

Avec les froids de l'hiver et le surménagement gastrique à l'occasion de nombreux dîners durant les jours de fête, l'on rencontre un plus grand nombre de personnes souffrant des congestions du foie. Cette glande, la plus importante de l'économie, qui contient près de *trois litres de sang*, chez l'adulte de taille et de poids moyens, subit facilement de nombreuses variations de pression dans sa circulation artérielle, veineuse, biliaire, etc. Dans son immense réseau vasculaire sont semés *un million deux cent mille lobules* dont chacun possède environ 300 mille cellules à travers lesquelles filtrent près de 700 litres de sang durant les 24 heures. La connaissance de cette puissante organisation nous explique ses nombreuses fonctions physiologiques suivantes :

1° Sur la formation de la bile ; (environ 3 litres durant les 24 heures).

2° Sur les sucres (plus de 3 litres durant les 24 heures) en transformant l'excédent de glucose en glycogène ; le fixer dans ses mailles pour le transformer de nouveau en sucre au moment des disettes alimentaires ou des dépenses dynamiques.

3° Sur la composition du sang : les hématies, le fer, la fibrine et les ferments coagulants ;

4° Sur les graisses en les fixant dans la cellule ou les transformant ;

5° Sur les albuminoïdes en favorisant la formation de substance glycogénique ;

6° Sur le pancréas, la digestion et les putréfactions intestinales ;

7° Sur la calorimétrie à titre de régulateur de la thermogénèse ;

8° Sur les substances étrangères non assimilables ou toxiques ;

9° Enfin sur la production de l'urée non toxique et *diurétique* aux dépens de sels ammoniacaux très toxiques.

Un laboratoire aussi surchargé de travaux peut être troublé dans sa biochimie normale par de multiples causes, tels sont : les traumatismes, les ptoses, le froid, l'alcool, les infections, les intoxications et les causes émotives (nostalgie, chagrin, terreur, etc.).

La congestion du foie des pays chauds paraît avoir plutôt pour cause une toxi-infection par des aliments avariés que la température élevée. Le froid a une action nocive plus directe, outre que le refroidissement cutané détermine une congestion des organes profonds, l'on sait que le foie est un régulateur de la thermogénèse et qu'il livre à l'économie plus de *trois livres* de sucres durant les 24 heures, si le froid qui congestionne l'organe, augmente, au début, ses fonctions physiologiques, il épuise ses réserves glycogéniques et les toxi-infections peuvent envahir l'organisme d'une manière plus facile car le pouvoir antitoxique du foie est sous la dépendance de sa fonction glycogénique. Le froid diminue l'amplitude de la respiration, ralentit la circulation veineuse, augmente la tension de la veine cave inférieure, et produit une congestion passive du foie qui devient active sous l'irritation causée par l'alcool pris dans le but de donner à l'organisme une plus grande quantité de calories. Ce but est plus physiologiquement atteint par l'ingestion de sucre, de graisse ou de féculents. La congestion du foie que l'on rencontre dans la plupart des maladies infectieuses disparaît avec le traitement général de la maladie, mais il faut aussi bien connaître et bien traiter les congestions hépatiques des longs hivers, des gros mangeurs de viande et des dégustateurs d'alcool, ce sont les congestions prolongées qui déterminent l'hépatisme, la diathèse hépatique, parfois l'ictère, la cholémie familiale, les cirrhoses, etc.

Les symptômes que présentent ces malades sont nombreux mais peu accentués ; la langue est blanche, l'appétit est faible, la soif est vive, le malade a des étourdissements,

de la courbature, de petits frissons quelques fois de la diarrhée ou des vomissements, le foie augmenté de volume est douloureux à la palpation, il déborde les fausses côtes, la rate est grosse. Tous ces symptômes s'aggravent si le thérapeute n'intervient pas pour enrayer ces poussées congestives. Le malade sera mis au repos durant quatre au cinq jours, et prendra le matin à jeun et le soir trois à quatre heures après le repas 180 grammes (6 onces) d'eau chaude distillée ou bouillie, la toilette des mains sera faite à l'eau chaude et un bain de pieds chaud sera donnée tous les soirs. La diète légère ne devra pas fournir plus de mille calories durant les 24 heures.

Lait bouilli	500 gr. (16 onces)	335 calories
Sucre	40 gr. (1 1/4 once)	164 --
Biscuit alcalin	100 gr. (3 1/4 onces)	313 --

812 calories

Lorsque les malaises disparaissent, l'on peut ajouter 180 grammes (3 1/4 onces) de sagou, de tapioca ou de riz qui donnent environ 357 calories et graduellement le malade augmente son régime de végétaux et de féculents, la viande sera prise qu'à tous les trois ou quatre jours durant environ quinze jours après la disparition de tous les symptômes que le régime hygiénique de la vie ordinaire peut être repris. S'il existe une douleur épigastrique, une sensation de gêne, de pesanteur, de tension dans l'hypocondre droit il y a indication d'appliquer deux ventouses scarifiées ou deux sangsues.

Pour débarrasser l'intestin on commence par donner un grand lavement froid, le jour suivant un laxatif de 30 gr. (1 once) de sulfate de soude et trois jours après l'on prescrit :

Calomel	2 centigrammes (1/3 de grain)
Bicarbonate de soude.....	6 centigrammes (1 grain)——

A prendre matin et soir durant quatre jours, afin de favoriser l'excrétion de la bile qui est considérablement diminuée après le début de la congestion du foie, toujours accompagnée d'hypersécrétion.

Dans certains cas il y a lieu de stimuler l'insuffisance hépatique de la seconde période au moyen du phosphate de

soude et du benzoate de soude, 25 centigrammes (4 à 5 grains) matin et soir, et de continuer durant un mois ou deux l'usage de l'eau de Vichy et d'une limonade au citron.

Les congestions hépatiques que l'on observe chez les cardiaques seront traitées comme un symptôme de l'asystolie par la digitale, les diurétiques, et localement par les ventouses scarifiées et le massage prolongé de tous les réseaux veineux hépatiques.

Paris, 6 décembre 1908.

(A suivre.)

D^r D. E. LE CAVELIER.

N.-B. — Le lecteur a eu le travail de corriger les erreurs typographiques suivantes dans notre dernier article sur le traitement des anémies : 70 à 80 p. 4,000 au lieu de 70 à 1 p. 4,000 ; 1 gramme au lieu de 1 grain ; anémie toxique au lieu de toxine ; leucémique au lieu de leucénique ; Hodgkin au lieu de Hodglin ; œufs brouillés au lieu de bouillis ; durant 7 à 12 heures au lieu de 7 à 2 heures.

Physiologie normale et pathologique de la prostate

Par M. le professeur POSNER

La prostate n'a pas de fonction unique, elle sert plutôt à des buts différents. Elle ne contribue que peu à la fermeture de la vessie ; sa musculature remarquablement développée sert plutôt à l'expulsion de sa sécrétion : elle est avant tout un appareil d'éjaculation.

En se mêlant au sperme, le suc prostatique, qui contient des matières albumineuses et lipoides d'une part, le fluidifie et lui apporte d'autre part des éléments nouveaux qui, en tant que « fermentactivateurs », protègent la force vitale des spermatozoïdes et la prolongent.

Le suc prostatique, chez l'homme du moins, n'est pas seulement sécrété pendant le coït, mais encore d'une façon continue. Son évacuation est importante pour la glande elle-même : la surproduction ou la rétention de lécithine peut donner lieu à une prostatite (aseptique).

La lécithine est produite dans les cellules glandulaires ; quand elle séjourne d'une façon prolongée dans les espaces glandulaires, elle exerce une action chimiotactique positive sur les leucocytes qui l'absorbent, peut-être pour la ramener dans les humeurs du corps (lécithinophagie).

L'extrait de prostate d'un animal est nuisible pour un autre : les lapins et les cobayes, par exemple, sont tués par de faibles doses d'extrait de prostate du taureau.

Les relations particulières de compensation qui existent entre la prostate, les vésicules séminales et les testicules montrent qu'à côté de la sécrétion externe il existe également une sécrétion interne. La prostate et les vésicules peuvent jusqu'à un certain degré se remplacer.

L'ablation de la prostate a une action nuisible sur le testicule, dont elle arrête la spermatogenèse.

De même, chez l'homme, l'atrophie primaire de la prostate peut déterminer de l'aspermatisme. La ponction du testicule peut dans ces cas éclairer le diagnostic et permet de différencier l'azoospermie de l'aspermatisme.

La sécrétion interne de la prostate paraît, de plus, agir sur la musculature de la vessie. Mais il est possible aussi que des réflexes interviennent ici.

Malgré cela, l'importance de la prostate ne paraît pas être complètement élucidée encore.

Au point de vue philogénétique, on doit plutôt considérer la prostate ainsi que les vésicules séminales comme des restes d'organes qui ont encore, chez des animaux inférieurs, un rôle plus grand : probablement la production de substances odorantes particulières entre également en considération ici, de sorte qu'à ce point de vue la prostate doit être regardée comme un reste des glandes cloacales.



La prophylaxie de l'avortement criminel

« La Société obstétricale de France, considérant que l'ovule humain, dès l'instant qu'il est fécondé, constitue un organisme de la famille humaine qui a le droit à la vie et que personne ne peut supprimer.

« Considérant, en conséquence, que l'interruption de la grossesse sans indication médicale doit être envisagée comme un crime ;

« Considérant que les avortements augmentant partout dans les races blanches deviennent de jour en jour un danger plus grave : pour la responsabilité et la dignité de notre profession, exposée chaque jour à être complice involontaire d'une action délictueuse ; pour la santé et la vie des femmes ; pour la morale publique et de famille ; pour l'avenir des nations et pour l'avenir de notre race ;

« Déclare la nécessité d'une agitation uniforme et combinée dans tous les pays de notre race contre l'avortement criminel ;

« Et, de la même façon qu'on a institué un Comité ou Bureau international d'hygiène contre les maladies épidémiques, propose la fondation d'un Bureau international siégeant à Paris, formé par des gynécologues, des juristes et des sociologues de tous les pays, ayant pour but d'étudier, d'appliquer et de faire appliquer les remèdes moraux, sociaux et coercitifs suséposés, pour diminuer ce crime devenu une véritable épidémie physique et sociale. »

Telle est la proposition de M. le docteur Bossi.

— *M. Doléris* pense que la situation est de plus en plus grave, puisque la proportion des avortements, par rapport aux accouchements est actuellement à Paris de 25 pour 100.

Pour lui, on se trouve en présence d'un débordement de libéralisme, contre lequel le médecin est désarmé, la justice ne voulant pas condamner, surtout à Paris.

Il faut surtout dire que les dangers de l'avortement crimi-

nel sont formidables : la morbidité y est de 66 pour 100, et la mortalité de 6 pour 100.

— *M. Bar* pense qu'il faut provoquer une agitation d'ordre social contre l'avortement.

— *M. Pinard* estime que les deux grands facteurs de l'avortement criminel sont : d'une part, l'esprit de prévoyance ; d'autre part, l'avènement de l'asepsie, qui a fait que le public a cru pouvoir assimiler l'avortement au ramonage d'une cheminée.

Traitement du cancer de l'utérus

M. le P^r *Wertheim* (de Vienne), a exposé au Congrès de Bruxelles 250 bocalux renfermant des cancers du col utérin et du vagin extirpés par sa méthode, communique la statistique totale des cas opérés par lui jusqu'à ce jour. Le nombre de ces cas s'élève actuellement à 442. Des 200 premiers cas, 49 se terminèrent par la mort, alors que les 200 derniers ne donnèrent que 19 morts. La mortalité opératoire est, par conséquent, tombée de 24,5 pour 100 à 9,5 pour 100.

Parmi ces 442 cas, les 200 premiers datent d'une époque assez éloignée (contrôle pendant 5 ans) pour pouvoir être comptés parmi les résultats éloignés. Si l'on en soustrait les décès primitifs = 49, les cas qui ne peuvent être retrouvés = 0 et les décès post-opératoires n'ayant aucun rapport avec le cancer lui-même = 4, il reste 147 cas, dont 87 sont restés indemnes de récidence après 5 ans de contrôle (59 pour 100).

Dans ce laps de temps, 495 femmes atteintes de carcinomes du col ou de la portion vaginale se présentèrent au pavillon Bettina : 22 refusèrent l'intervention, 269 étaient trop avancées, 4 furent opérées par voie vaginale (au début de l'ère abdominale) à cause de leur obésité. Si l'on soustrait, de ce total des malades qui vinrent chercher conseil, les 22 qui refusèrent l'intervention, les 4 décès intercurrents et les malades disparues (0), il ressort que, des 469 cas, 88 restèrent sans récidence après 5 ans, ce qui donne un facteur *absolu* de 87,7 pour 100 de guérisons.

Quels sont les résultats obtenus par la gastro-entérostomie pour l'ulcère de l'estomac

La *douleur* subsiste assez fréquemment après la gastro-entérostomie.

Vomissements. — La gastro-entérostomie agit d'une façon variable sur le symptôme vomissement. Ceux qui persistent après l'opération peuvent être distingués en précoces et tardifs. Les premiers sont dus à l'intervention : parfois à une faute de technique (*circulus viciosus*), parfois à un léger degré d'infection, ou encore à l'atonie des parois stomacales. Le lavage de l'estomac guérit en général fort bien les vomissements dus à cette dernière cause.

En somme, pour le vomissement comme pour la douleur, l'opération n'a fait qu'améliorer le symptôme, elle ne l'a pas guéri radicalement.

Hémorragies. — Il en est de même de l'hémorragie ; sans doute quelquefois l'opération amène une disparition complète de ce symptôme, mais les cas d'hémorragie après gastro-entérostomie ne sont pas rares.

Fonctions intestinales. — La gastro-entérostomie régularise en général les fonctions intestinales ; elle guérit le plus souvent la constipation, symptôme très fréquent de l'ulcère ; malheureusement cette amélioration est parfois passagère.

Signes généraux. — Le plus souvent l'état général se rétablit très rapidement après la gastro-entérostomie.

Action de la gastro-entérostomie sur les « complications mécaniques » de l'ulcère de l'estomac. — Les résultats apportés par la gastro-entérostomie dans les fonctions mécaniques de l'estomac sont des plus satisfaisants.

Les réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique

Par M. le Professeur HUTINEL.

Je vous ai déjà parlé, il y a quelques semaines, des ganglions tuberculeux du médiastin; je vous ai montré comment ils se présentent dans les autopsies, par quelle voie ils ont été infectés, et quel rôle ils peuvent jouer dans l'évolution, et en particulier dans la dissémination de la tuberculose chez les enfants. Je voudrais vous parler aujourd'hui des réactions broncho-pulmonaires que l'adénopathie peut entraîner; ces réactions sont d'une très grande fréquence, et vous aurez souvent l'occasion de les constater.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter longuement sur la symptomatologie de l'adénopathie trachéo-bronchique; elle est très complètement étudiée dans vos livres, et vous la connaissez tous. La plupart des signes par lesquels elle trahit son existence sont dus à la compression qu'exercent les masses ganglionnaires caséuses ou scléro-caséuses sur les organes voisins contenus dans le médiastin; ces organes, réunis en faisceau au-dessus et en arrière du cœur et entre les deux poumons, sont nombreux et importants. Ce sont d'abord les conduits aériens, trachée et bronches, puis les vaisseaux, artères et veines; ce sont aussi les nerfs sympathique et pneumo-gastrique, dont les branches enchevêtrées forment les plexus pulmonaires. La compression de la trachée et des bronches cause un certain degré de dyspnée, quelquefois du cornage trachéal et des modifications du rythme respiratoire.

La compression des vaisseaux fait parfois apparaître un souffle, s'il s'agit d'une artère; plus souvent elle s'exerce

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée

Solution préférable à toutes les autres préparations mercurielles
POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac
si on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune
Cette

“ **HUILE BI-IODURÉE** ”

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Panas et des autres Spécialistes Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
souscutanée.

Dépositaires : **LYMAN, SONS & CO**
MONTREAL

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE
Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900.

**Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications,
sans Iodisme.**

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.

DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demandez Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par la Peptoniodé.
LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

N.-B. — Ne pas confondre l'IODALOSE, produit original, avec nombreux
similaires créés depuis notre communication de 1900.

Aucune combinaison directe et soluble de l'Iode avec la Peptone n'existait
avant cette époque.

E'Iodalose a donné des résultats les plus efficaces dans le traitement des affec-
tions suivantes :

Arthrisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Maladies du
Cœur et de Vaisseaux, Asthme, Emphysème, Lymphatisme,
Scrofule, Affections Glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome ;
Syphilis, Obésité.

Maison MARJAUD, L. BAFFREY, Successeur

Ateliers et Magasins : **11, Rue de Cluny, 11 — PARIS**
(Ci-devant 41, boulevard Saint-Michel)

GRANDS PRIX AUX EXPOSITIONS

Fabrique d'Instruments de Chirurgie et d'appareils Orthopédiques et Prothétiques
Fournisseur des Ministères de la Guerre, de la Marine, des Colonies,
des Facultés de Médecine, des Universités et Hôpitaux Français et Étrangers

INSTALLATION COMPLÈTES D'HOPITAUX SUR DEVIS

Catalogue général illustré sur demande.

TÉLÉPHONE 808-20

LA THÉORIE OPSONIQUE

Démontre la valeur scientifique de

ANTIPHLOGISTINE

Antidote de l'Inflammation

La résistance du corps aux maladies est relative à la valeur opsonique du sang et la gravité d'une maladie localisée dépend beaucoup de la stase sanguine à cet endroit malade.

Les phagocytes peuvent s'amasser, et à moins qu'ils reçoivent

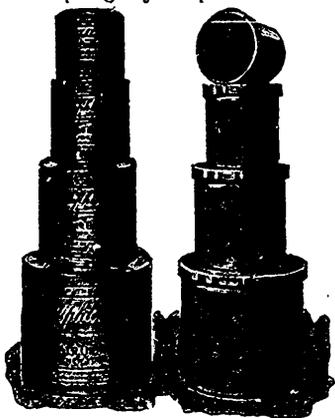
le plein montant du sang normal avec ses opsonines, la résistance est amoindrie et la suppuration s'établit. Nous devons alors augmenter le pouvoir opsonique du sang au point que la petite quantité circulant dans la partie infectée ait un pouvoir opsonique normal, ou, ce qui est plus simple et aussi effectif, dilater les vaisseaux sanguins et laisser le sang, avec la méthode naturelle de la nature de combattre la maladie, circuler à travers la zone désirée.

La chaleur dilate les vaisseaux sanguins, mais pour être effective elle doit s'étendre à la périphérie de la zone infectée, quand elle ne

cause pas la suppuration en augmentant les microbes. Un cataplasme antiseptique est la meilleure méthode de conserver la chaleur. Il n'y a qu'une seule méthode de faire des cataplasmes qui se commande à l'attention des médecins, c'est celle du pansement antiseptique, hygroscopique, plastique de

ANTIPHLOGISTINE

(Antidote de l'inflammation)



sur les veines et provoque des stases dans le domaine de la veine cave supérieure: gonflement des jugulaires, œdème de la face, dilatation des veines du thorax, etc.

Quand les nerfs sont comprimés, on note parfois des troubles de la voix, si le récurrent est intéressé, des accès de suffocation, et surtout une toux spasmodique, quinteuse, coqueluchoïde; on a invoqué la même cause pour expliquer les troubles digestifs et les modifications du pouls.

L'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique se manifeste aussi, quand elle est volumineuse, par des signes physiques. A la percussion, on trouve une zone de matité au niveau du manubrium sternal en avant, de chaque côté des vertèbres dorsales en arrière; à la palpation, les vibrations sont augmentées dans ces zones: à l'auscultation, on note souvent une diminution du murmure vésiculaire dans un des côtés de la poitrine, une respiration soufflante de l'autre; quelques fois un siffle doux, expiratoire, signalé par Guéneau de Mussy, ou bien encore la voix retentit et rend un timbre spécial: c'est la voix soufflée de Woillez.

Enfin la radioscopie, en permettant de voir des taches opaques, entre les deux poumons, montre directement l'existence des ganglions hypertrophiés.

Tous ces signes sont ceux des adénopathies volumineuses, mais en réalité ces grosses adénopathies sont rares; celles qu'on rencontre le plus souvent sont de petites adénopathies; aussi les signes sont-ils, en pratique, moins nets et moins schématiques que ne le ferait croire l'exposé didactique des livres. Dans la grande majorité des cas, les signes de compression sont réduits au minimum; il n'y a pas de cornage, pas de toux coqueluchoïde, pas de troubles de la voix; les troubles circulatoires sont à peine marqués. Les signes physiques sont plus importants, sans être encore bien nets, la percussion — à laquelle on demande beaucoup trop chez l'enfant — donne souvent peu de renseignements; les zones de matité sont variables et modifiées souvent par les attitudes; la palpation peut donner d'utiles renseignements, en montrant l'augmentation des vibrations vocales, mais faites donc parler à haute voix un enfant de deux ans! Tout ce que l'on

peut constater, c'est un affaiblissement du murmure vésiculaire d'un côté de la poitrine, contrastant avec une respiration rude de l'autre, c'est le retentissement de la voix, ou bien un léger souffle à l'expiration. N'attendez pas de moi un nouveau signe de l'adénopathie trachéo-bronchique ; je n'en connais pas de pathognomonique, pas même le signe de Smith ; vous savez qu'on recherche ce signe en auscultant à droite de la première pièce du sternum, la tête de l'enfant étant placée en extension forcée ; on entend alors un murmure veineux continu, rappelant le bruit de diable des chloroformés.

En l'absence de signes réellement pathognomoniques, vous comprenez combien les erreurs de diagnostic sont fréquentes, soit qu'on affirme l'existence d'une adénopathie qui n'existe pas, soit qu'on ne la reconnaisse pas quand elle existe.

Aujourd'hui, je voudrais vous entretenir des réactions broncho-pulmonaires qui peuvent être occasionnées par la présence des ganglions contenus dans le médiastin. Si ces réactions étaient liées forcément et uniquement à la présence d'une adénopathie, leur valeur diagnostique serait considérable, mais il n'en est pas ainsi, et chacune de ces réactions peut reconnaître une autre cause ; elles n'en sont pas moins intéressantes à étudier, parce qu'elles doivent forcément attirer l'attention de ce côté, parce qu'elles permettent de soupçonner et quelquefois d'affirmer l'existence de la tuberculose des ganglions du médiastin.

On s'est contenté trop souvent de voir dans les organes contenus dans le médiastin et comprimés par les ganglions, des tubes ou des conducteurs inertes et d'en déduire une symptomatologie toute mécanique ; en réalité, il s'agit là d'organes vivants qui réagissent activement, et cela est surtout frappant en ce qui concerne les filets nerveux. Ces filets nerveux provenant du pneumo-gastrique et du sympathique, forment les plexus pulmonaires, qui sont intimement accolés aux ganglions et qui peuvent être comprimés par eux, irrités et modifiés dans leur structure ou simplement dans leur fonctionnement. Mon élève Meunier, dans son excellente

thèse, a étudié ces réactions nerveuses, dont l'effet retentit sur une étendue plus ou moins considérable des bronches, du poumon et de tout l'appareil respiratoire. Les nerfs du plexus pulmonaire sont sensitifs, ce qui explique la toux réflexe et le spasme de la glotte dans certains cas d'adénopathie ; ils sont vaso-moteurs, et leur irritation entraîne des troubles de vaso-constriction ou de vaso-dilatation dans la circulation pulmonaire ; enfin, ils ont un rôle trophique ; ils peuvent influencer les échanges nutritifs au niveau du poumon et en particulier modifier les réactions présentées par l'appareil broncho-pulmonaire vis-à-vis d'une infection quelconque.

Parmi ces réactions spéciales, il en est qui ont pour siège les tubes bronchiques et qui donnent lieu à des bronchites d'un type particulier sur la signification desquelles il convient d'être fixé. Voilà un enfant qui semble atteint d'un simple coryza ; c'est à peine si le nez coule et dès le lendemain ou le surlendemain, il a déjà des râles sonores disséminés du haut en bas dans toute la poitrine ; méfiez-vous, cette invasion rapide de l'arbre bronchique suppose une prédisposition locale qui s'explique souvent par des infections antérieures, mais qui peut aussi être due à l'existence d'une adénopathie médiastine comprimant les nerfs pulmonaires et modifiant ainsi la résistance de la muqueuse qui se laisse envahir sans résistance par l'infection la plus banale et la plus légère.

Dans d'autres cas, beaucoup plus caractéristiques, il s'agit de bronchites localisées : vous avez pu voir dans la salle Bouchut un enfant chétif, qui présentait des ganglions durs au cou, aux aines, aux aisselles ; on notait en même temps des râles de bronchite assez gros localisés à la base du poumon droit, râles de bronchite simple sans congestion pulmonaire ; cette bronchite locale a disparu en quelques jours ; elle était certainement conditionnée par quelque chose ; en effet on trouvait, après la guérison, une diminution très nette du murmure vésiculaire dans le côté droit de la poitrine : et il était facile de conclure à l'existence d'une adénopathie médiastine qui avait comprimé les nerfs et la bronche du côté droit.

Souvent on trouve chez un enfant de 3 à 4 ans, une bronchite localisée à la partie moyenne des deux poumons : de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau du hile du poumon, on perçoit en ce point une couronne de râles sous-crépitants plus ou moins secs, d'un seul côté ou des deux côtés, c'est là encore une bronchite locale qui bien souvent est symptomatique d'une adénopathie médiastine.

L'intérêt et les difficultés du diagnostic sont tout autres quand il s'agit d'une bronchite limitée au sommet du poumon ; or ces cas sont loin d'être rares et je pourrais vous en citer de nombreuses observations ; permettez-moi de vous en rapporter quelques exemples :

J'ai été appelé, il y a longtemps, pour voir un enfant de onze ans, pâle, d'allure chétive, qui présentait quelques ganglions au cou et que l'on me disait être atteint de grippe ; je fus étonné de constater au sommet droit une pluie de râles sous-crépitants, très abondants et très humides ; j'étais assez disposé à porter un pronostic des plus sombres ; mais bientôt les signes se modifièrent et une dizaine de jours après, les râles avaient presque complètement disparu. Il restait simplement au sommet une expiration prolongée, un peu soufflante et la respiration était affaiblie à la racine de la bronche droite. Il s'agissait d'une bronchite locale du sommet, causée par une adénopathie médiastine.

Une autre fois, je fus appelé à voir un grand garçon de 13-14 ans, pâle, mou lymphatique, dont le frère était mort phthisique et qui toussait depuis quelque temps ; je trouvai au sommet des râles humides très abondants et de gros râles sous-crépitants après la toux. On pouvait certainement penser à une fonte purulente du sommet du poumon ; mais il y avait peu de signes à la percussion, peu de retentissement de la voix, peu de modification de la transsonance ; de plus il y avait des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Là encore il s'agissait d'une poussée de bronchite aiguë localisée au sommet au cours d'une adénopathie. Les accidents ont complètement disparu et le malade a guéri, en apparence du moins, car s'il ne présente pas de tuberculose pulmonaire en évolution, il n'en garde pas moins une tuberculose plus ou

moins scléreuse et cicatrisée des ganglions du médiastin. Un jour, on amenait à ma consultation un grand garçon de 13 ans, pâle et lymphatique, qui, depuis quelques jours, tousait d'une toux quinteuse et fatigante. Je fus surpris et effrayé, en l'auscultant, de trouver de nombreux râles muqueux et sous-crépitants au sommet du poumon droit, surtout en avant. Pas de matité, d'ailleurs, ni d'exagération des vibrations thoraciques, transsonance à peu près normale. Je posai le diagnostic de bronchite locale et j'engageai les parents à faire surveiller l'enfant. Le médecin de la famille constata les mêmes signes et eut la sagesse de n'être pas trop pessimiste. En effet, la bronchite du sommet ne tarda pas à disparaître ; mais elle laissa après elle les signes d'une adénopathie médiastine qui n'a pas empêché l'enfant de se développer.

Quand ces bronchites locales s'accompagnent d'un certain degré de dilatation des bronches, le pronostic semble encore beaucoup plus mauvais. Je me rappelle avoir vu un enfant de 3 ans qui, à la suite d'une coqueluche, présenta longtemps une toux quinteuse, tenace. L'année suivante, à l'occasion d'un simple rhume je constatai au sommet du poumon des râles humides, cavernuleux, presque caverneux ; mais en même temps il existait une adénopathie médiastine facile à reconnaître ; il n'y avait pas de fièvre, pas d'altération de l'état général, et la guérison survint assez vite. Cette coexistence de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la dilatation des bronches est des plus fréquentes ; la souffrance des nerfs comprimés par les ganglions hypertrophiés entraîne une mauvaise nutrition dans tout un territoire broncho-pulmonaire, et les bronches se laissent plus facilement dilater. Je ne veux pas dire que toutes les bronchites locales, que toutes les dilatations des bronches sont consécutives à des adénopathies trachéo-bronchiques : ce serait une exagération et une erreur ; dans nombre de cas vous ne trouverez pas trace d'adénopathie ; alors vous noterez simplement, soit des végétations adénoïdes avec un certain degré d'insuffisance nasale, soit des bronchites à répétition, soit des adhérences pleurales ; mais ce qu'il faut retenir, en pratique, c'est la néces-

sité dans ces cas de songer à la possibilité d'une lésion des ganglions trachéo-bronchiques.

A côté des bronchites il y a des réactions plus profondes et plus importantes dont je dois vous parler : ce sont des fluxions et des congestions pulmonaires. Ces congestions pulmonaires sont dues sans doute à une modification de l'appareil vaso-dilatateur du poumon à la suite d'une excitation provoquée par les ganglions malades. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles sont essentiellement mobiles, variables, fugaces, et que leurs signes se modifient d'un jour à l'autre. Un soir on constate un souffle occupant toute la hauteur du poumon, en même temps qu'une température de 39° ou 40° ; on pense à une pneumonie. Le lendemain matin la température est tombée à 37° et on ne retrouve presque aucun signe à l'auscultation.

Ces congestions ont des sièges variables, qui ont été bien étudiés par Fernet : on peut les trouver au hile, au sommet ou à la partie inféro-externe du poumon.

Les congestions qui siègent à la partie moyenne du poumon, au niveau du hile, sont communes et on les rapporte facilement à leur véritable origine.

Les congestions de la base donnent une zone de submatité et un affaiblissement du murmure vésiculaire ou un souffle qui en imposent souvent pour une pleurésie ; pourtant dans les très grandes inspirations on entend des bulles fines et sèches de râles sous-crépitants ; d'ailleurs en quelques jours les phénomènes s'atténuent et le doute n'est pas longtemps permis.

Quand la congestion siège au sommet, elle peut se présenter sous deux aspects différents. Dans quelques cas, on constate une submatité assez nette, une augmentation des vibrations thoraciques et un souffle expiratoire à timbre plus ou moins doux et voilé, dont le maximum est au voisinage du hile et qui va en s'atténuant jusqu'au sommet. Dans ces conditions on pense à une infiltration de toute la partie supérieure du poumon, mais la variabilité du souffle montre bientôt, si on examine le malade à plusieurs reprises qu'il s'agit d'une lésion ganglionnaire et non pulmonaire, et alors le

pronostic est tout différent. Ne croyez pas qu'il s'agisse là de faits exceptionnels. J'ai vu des maîtres éminents conclure à des infiltrations tuberculeuses massives alors, qu'il s'agissait simplement de fluxions dont les signes disparaissaient en quelques jours.

Dans d'autres cas, on trouve seulement au sommet une diminution de la sonorité, une augmentation des vibrations thoraciques et un affaiblissement notable du murmure vésiculaire : c'est le schéma déjà signalé par Grancher au cours des pleurésies et qu'il a retrouvé dans la tuberculose ganglio-pulmonaire des enfants des écoles. Dans ce cas encore il s'agit de phénomènes très passagers qui disparaîtront sans laisser de traces.

Mais il est des cas où les fluxions ont une durée plus longue, où elles s'installent avec une certaine fixité : elles prennent alors les caractères de la spléno-pneumonie, et je crois que bon nombre des spléno-pneumonies sont conditionnées en partie par la tuberculose des ganglions du médiastin. La plupart des enfants atteints de spléno-pneumonie que j'ai observés sont devenus tuberculeux : or les uns présentaient des signes d'adénopathie médiastine, mais d'autres ne semblaient pas en avoir. Il n'y a certes pas une corrélation absolue entre la spléno-pneumonie et l'adénopathie, mais il existe entre ces deux ordres de lésions des connexions impossibles à nier.

Les lésions broncho-pulmonaires consécutives à l'adénopathie peuvent aller encore plus loin. Meunier, dans sa thèse, a rapporté des foyers de broncho-pneumonie localisés exclusivement dans le territoire innervé par des filets qu'avaient irrités des ganglions tuberculeux ; dans d'autres cas, c'étaient des lésions tuberculeuses qui étaient plus marquées dans ces points ; dans d'autres encore, c'étaient des foyers de sphacèle.

En lésant les nerfs des plexus pulmonaires, l'adénopathie diminue certainement la résistance à l'infection, et elle en facilite la localisation ; mais il ne faut pas croire que toutes ces manifestations broncho-pulmonaires soient dues uniquement à l'adénopathie. On peut voir ces bronchites, des

fluxions localisées chez les sujets atteints d'insuffisance nasale ou d'infection plus ou moins marquée des voies respiratoires supérieures, chez les sujets dits arthritiques, chez les éczémateux, etc. En effet, ce qui domine le tableau clinique, c'est la diversité des réactions individuelles contre des infections identiques ; il y a des sujets qui réagissent plus vivement que d'autres et chez qui la moindre infection est prétexte à fluxion ; ce sont des congestifs, et c'est chez ces congestifs que s'observent surtout les phénomènes fluxionnaires que nous avons étudiés ; ces congestions seront facilitées si les nerfs sont directement irrités ; mais de même qu'elles peuvent manquer si les réactions sont lentes chez un enfant porteur d'adénopathie trachéo-bronchique, de même elles peuvent apparaître sans adénopathie chez certains sujets spéciaux.

Les choses sont encore plus nettes si l'on ne considère que les réactions qui ont un caractère plus particulièrement spasmodique. Parmi les sujets qui sont atteints d'adénopathie médiastine, les uns toussent peu, les autres ont une toux incessante et fatigante, d'autres ont bientôt une dyspnée intense qui peut aller jusqu'à l'accès d'asthme ; c'est l'*asthme ganglionnaire* de Joal.

Voici le tableau habituel de cette manifestation, tel qu'on le rencontre fréquemment : un enfant s'enrhume ; après un coryza léger, apparaît bientôt une dyspnée interne, avec cyanose et anxiété ; en même temps, on entend des sibilances du haut en bas dans les deux poumons ; le tout évolue sans fièvre, et il y a un désaccord évident entre les symptômes locaux et l'état général du malade, c'est l'asthme catarrhal. En pareil cas, il ne faut pas se contenter de reconnaître l'asthme, il faut chercher sa cause, qui est souvent l'adénopathie, et que vous découvrirez assez facilement. Faut-il dire, avec Landouzy, que la tuberculose est toujours à l'origine de l'asthme ? Je n'irai pas aussi loin. Je crois que, dans ce cas, l'adénopathie tuberculeuse est surtout la cause occasionnelle de l'asthme. L'enfant est un arthritique, il a reçu de ses parents la prédisposition, le mode spécial de nutrition et de réaction qui feront de lui un spasmodique, comme ils l'exposeront aux

migraines ou aux vomissements acétonémiques. L'adénopathie a eu pour effet de réveiller cette prédisposition, mais d'autres causes pourraient conduire au même résultat; l'asthme pourrait se révéler à l'occasion d'une lésion du nez, du cavum, à l'occasion d'un eczéma ou même d'un trouble dyspeptique. Néanmoins, en présence d'une crise d'asthme survenue chez un enfant, il ne faut pas se contenter du diagnostic du symptôme, il faut rechercher quelle est la cause qui l'a fait apparaître, et cette cause sera souvent une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, lésion bien plus importante à connaître et à traiter que la manifestation symptomatique.

De cette rapide énumération de faits, ne pouvons nous pas conclure que l'adénopathie trachéo-bronchique doit être recherchée de parti-pris dans nombre de cas où, au premier abord, elle ne semble pas devoir être mise en cause. Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une bronchite localisée, d'une congestion pulmonaire à évolution rapide, d'une dilatation des bronches ou d'un accès d'asthme catarrhal, dont la cause ne vous apparaîtra pas clairement, pensez à chercher l'adénopathie trachéo-bronchique. Vous ne la trouverez pas toujours assurément, car toutes ces manifestations peuvent avoir d'autres origines, mais vous la découvrirez souvent, et cette découverte vous aidera singulièrement à établir un pronostic et un traitement rationnels.

L'enfant qui a des ganglions caséeux dans le médiastin est un tuberculeux et doit être traité comme tel. Sans doute sa lésion est curable, mais elle n'en constitue pas moins un danger pour le présent et une menace pour l'avenir, car ce réservoir de bacilles qu'est le ganglion peut se rouvrir un jour pour infecter l'économie.

Dans tous ces cas donc, vous ne traiterez pas seulement une bronchite locale, une congestion passagère, une crise d'asthme, vous traiterez une tuberculose latente; vous ne vous contenterez pas d'une médication symptomatique, la pire de toutes les médecines, mais vous vous efforcerez, sinon de détruire la cause du mal, le bacille de Koch, du moins de modifier utilement les réactions de l'organisme. Toute bron-

chilo, toute congestion locale, tout accès d'asthme catarrhal, qui seront considérés comme suspects, comporteront des indications spéciales ; on traitera surtout la tuberculose, qui est en puissance chez ces malades, par l'alimentation raisonnée, par l'arsenic, par le sirop iodo tannique et surtout par le séjour à la campagne, à la mer ou dans certains places d'eau.

Les paraplégies dans le mal de Pott

Par M. le Professeur KIRMISSON

La paraplégie dans le mal de Pott est plus rare que la gibbosité et les abcès ; c'est une complication surtout observée dans le mal de Pott dorsal supérieur ou cervical. Sur 259 cas, Gibney signale 62 paraplégies, dont 59 dues à un mal de Pott de la région dorsale supérieure et cervicale.

Un petit garçon de 3 ans et demi entre à l'hôpital le 5 mars, pour une paraplégie complète survenue brusquement. Né de parents bien portants, il avait été nourri au biberon. Il y a cinq mois, il se développe chez lui un abcès froid dans la région cervicale sus-thyroïdienne et un autre derrière l'oreille droite. En janvier, il ressent des douleurs à l'épigastre. Il faut se méfier, chez l'enfant, des douleurs qui occupent cette place. Les douleurs viscérales, l'ulcère de l'estomac n'existent guère dans l'enfance. M. Kirmisson a vu un enfant chez lequel une douleur ombilicale avait été mise sur le compte d'une hernie concomitante. En réalité, il s'agissait d'un mal de Pott dorsal supérieur, lequel se termina peu après par une complication de méningite. Souvent les douleurs du mal de Pott affectent l'aspect de douleurs en ceinture ; il ne s'agit pas de croire à une névralgie intercostale en rapport avec une maladie de l'estomac ou du poulmon. Dans d'autres cas, les douleurs initiales du mal de Pott si-

mulent des sciatiques : là encore il faut se tenir en garde. D'autant qu'une gibbosité postérieure n'est point toujours constatée. Il peut n'exister qu'une scoliose d'origine tuberculeuse. La raideur de la colonne vertébrale, l'existence de points douloureux le long du rachis, le souvenir de ce fait que le rhumatisme chronique n'existe guère dans l'enfance, voilà autant de jalons qui mèneront au diagnostic. M. Kirrmission a vu un fait plus curieux encore : un malade qui souffrait de l'épaule et avait été traité pour une arthrite. C'était un mal de Pott dorsal supérieur qui provoquait les troubles.

Ici la douleur épigastrique se prolongea chez l'enfant pendant plus d'un mois. Le 24 février, il allait toutefois encore à l'école, quand le 25 ses jambes se débrièrent tout à coup sous lui. A ce moment seulement, on découvrit une gibbosité angulaire et médiane qui occupait les cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. L'état général restait bon, les poumons sains. A l'entrée à l'hôpital, les membres inférieurs pendaient inertes ; les réflexes tendineux, abolis à gauche, étaient exagérés à droite ; la sensibilité était intacte, on notait une légère insuffisance des sphincters avec besoins pressants, qui se résolvaient en incontinence pour peu que l'on tardât. Comme traitement, on pratique l'immobilisation avec extension continue : un poids de 3 kilogs tirant sur la partie supérieure de la colonne vertébrale. Les jours suivants, la mobilité reparait un peu, l'enfant peut soulever son talon droit, mais la paralysie reste complète à gauche.

A noter ce début brusque de paralysie après une période de douleurs attribuées tout d'abord à une autre cause. Ce début subit est presque exceptionnel. Nélaton a vu un homme qui portait un fardeau s'affaisser tout à coup sur ses jambes : une gibbosité immédiate venait de se produire par un effondrement soudain d'une vertèbre tuberculeuse. Tillaux, en 1868, avait observé un fait semblable : un jeune homme fait une chute, il se relève, mais retombe aussitôt et ne peut plus se tenir debout. On le transporta à l'hôpital en état de paraplégie complète ; la mort survint peu après. A l'autopsie on constata que la sixième vertèbre cervicale avait glissé en

avant de la septième, le corps vertébral de celle-ci étant effondré sous une énorme perte de substance. Delpech a noté deux faits pareils.

Le diagnostic peut être difficile lorsque le mal de Pott ne s'accuse, comme nous l'avons dit tout à l'heure, que par une scoliose sans gibbosité médiane. Parfois, en l'absence de gibbosité, une suppuration mettra sur la voie du diagnostic. Un enfant de 8 ans montre une légère courbure scoliothique du côté gauche ; les côtes de ce côté forment une voussure apparente. En plus, il présente un abcès à la racine de la cuisse qui communique avec une autre cavité suppurante énorme de la fosse iliaque. D'où venait cette scoliose et cet abcès ? La radiographie montre une vertèbre sacrée très diminuée de volume. Il s'agit d'un mal de Pott lombaire.

Dans les cas de paralysie, celle-ci est surtout motrice, parce que les lésions de la face postérieure des corps vertébraux retentissent avant tout sur les voies motrices. Les voies de sensibilité plus profondes sont d'ordinaire épargnées. Les deux membres inférieurs ne sont point toujours touchés au même degré ; au bout d'un certain temps, les dégénérescences secondaires s'établissent avec leur cortège de contractures. Les centres sphinctériens sont touchés ; de la rétention, de l'incontinence se produisent.

Le pronostic est sérieux, non fatal. Taylor, sur 47 cas, compte 39 guérisons complètes et 5 morts ; Gibney accuse 80 0/0 de guérisons. La paraplégie à son début guérit mieux que celle qui est déjà accompagnée d'accidents de dégénérescence avec contractures et trépidation épileptoïde.

Exceptionnellement, le traitement sera chirurgical. La laminectomie a fourni quelques résultats à Mac Even, et M. Kirmisson lui-même a obtenu une guérison et une amélioration légère grâce à cette méthode. Mais tout cela est précaire et incertain. Le praticien se contentera du repos et de l'extension continue. C'est inoffensif comme traitement et suffit le plus souvent pour assurer le retour des mouvements.

*Sur la destruction de la toxine tétanique dans l'intestin.
Propriétés antitoxiques du suc pancréatique activé*

Si on introduit directement dans le duodénum ou dans une anse de l'intestin grêle d'un cobaye une dose considérable de toxine tétanique, on ne peut au bout de deux heures retrouver la moindre trace de toxine chez les animaux sacrifiés. L'injection à la souris de doses massives du filtrat de macération, soit de l'intestin, soit de son contenu, est absolument inoffensive.

La disparition de la toxine résulte à la fois de l'influence antitoxique de la bile et des sécrétions du pancréas et de l'intestin.

In vitro, le suc pancréatique seul et le suc entérique seul n'ont qu'une faible action sur la toxine. Mais un centimètre cube de leur mélange, avec ou sans addition de bile, annihile parfois jusqu'à 500 doses mortelles de toxine en trente minutes, à 38°.

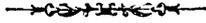
La disparition de la toxine sous l'influence du suc pancréatique activé par l'entérokinase paraît résulter d'un véritable phénomène de digestion. Son pouvoir antitoxique disparaît en même temps que son activité digestive.

D'autre part, le chlorure de calcium, qui active le suc pancréatique au point de vue de ses propriétés digestives, lui communique un pouvoir antitoxique ; il n'agit plus sur le suc pancréatique chauffé.

L'habitude de converser avec soi rend l'homme meilleur, on ne consent à descendre au fond de son propre cœur que lorsqu'on est satisfait de l'ordre qui s'y trouve.

La guérison subite des dyspeptiques

par M. le Docteur MARTINET



Que les causes morales influent puissamment sur la digestion stomacale et qu'inversement les troubles digestifs stomacaux influent puissamment sur le « moral », sur l' « humeur », c'est une évidence clinique que le vieux mot d' « hypocondrie » exprime bien et que l'observation la plus banale démontre.

Les anciens auteurs, Chomel et Grisolles, par exemple, faisaient de la dyspepsie une névrose de l'estomac. Les études organicistes, anatomo-pathologiques et chimiques ont, pendant longtemps, écarté cette conception qui n'a cependant jamais été complètement abandonnée. Les travaux les plus récents y ramènent ; il est incontestable que le système nerveux règle dans la plus large mesure la sécrétion et la motricité stomacales, que l'estomac est un des organes les plus sensibles de l'économie et sur lequel retentissent plus fréquemment par l'intermédiaire du plexus solaire toutes les causes de perturbation nerveuse, dépressives ou excitatrices.

En fait, le plus grand nombre des dyspeptiques sont des psychopathes. Bourget estime que les « dyspeptiques par troubles psychiques » représentent les trois quarts de la clientèle des médecins spécialistes des voies digestives. Mathieu et Roux écrivent que les dyspepsies nerveuses sont fréquentes. Dubois, de Berne, affirme que « 90 p. 100 des dyspeptiques sont des psychonévroses ». Ce dernier chiffre nous paraît fort et s'explique probablement par sa spécialité de neurologue. Notre pratique personnelle nous amène à admettre avec Bourget que les dyspepsies psychopathiques représentent environ les trois quarts des dyspepsies.

En tout état de cause cette fréquence incontestable des

dyspepsies d'origine névropathique, cette influence indubitable de l'état du système nerveux sur les processus digestifs indiquent nettement que la thérapeutique des dyspepsies ne peut et ne doit être ni purement diététique, ni purement médicamenteuse, mais aussi, mais surtout psychothérapeutique.

L'observation journalière démontre surabondamment que tel dyspeptique qui digère péniblement un œuf à la coque dans les conditions habituelles de sa vie digérera sans gêne aucune du homard à l'américaine au cours d'un repas de fête pris joyeusement avec de bons amis. Combien de dyspeptiques souffrent onze mois de l'année en dépit des régimes les plus corrects et ne « sentent pas leur estomac » le douzième mois, celui des vacances, en dépit des menus les plus indigestes théoriquement !

Dubois, de Berne, poussant cette conception pathogénique jusqu'à ses dernières conséquences logiques thérapeutiques, repoussant toute idée de régime systématique plutôt nuisible qu'utile à son avis, en ce qu'il fixe l'attention du malade et contribue à cultiver, à nourrir sa névrose, indique comme base du traitement des dyspeptiques : la suralimentation sans aucun choix des aliments, l'isolement et la psychothérapie rationnelle. La conclusion est peut-être excessive et un choix libéral, mais judicieux, des aliments, l'institution d'un régime est rarement nuisible, le plus souvent utile, quelquefois nécessaire, mais ce point — qui n'est pas négligeable — mis à part, nous sommes entièrement d'accord avec le professeur Dubois, — la psychothérapie et l'isolement sont souvent les seuls moyens thérapeutiques réellement efficaces. Et s'il fallait en fournir une preuve en dehors de celles fournies par Dubois, nous la trouverions précisément dans cette constatation des résultats incontestablement remarquables obtenus dans le traitement des dyspeptiques par des cliniciens aussi distingués, mais thérapeutes aussi radicalement différents que Dubois, Combes et Bourget ; leurs conceptions pathogéniques et, partant, leur diététique, leur thérapeutique médicamenteuse sont absolument différentes, leurs résultats sont également excel-

lents ; Dubois en pourrait, avec quelque raison, tirer argument en faveur de sa conception et de sa pratique car — au régime près, et précisément Dubois n'en fait aucun cas — ses deux confrères pratiquent systématiquement ou non l'isolement et la psychothérapie plus ou moins rationnelle du fait de leur caractère, de leur notoriété, du séjour du malade isolé dans une ambiance spéciale tout imprégnée de confiance et d'optimisme. Cette condition d'ambiance psychique, soigneusement entretenue, a fait de Lausanne une manière de « Lourdes » pour dyspeptiques.

Le plus souvent, au contraire, le milieu familial et professionnel constitue une manière de clinique à rebours où tout contribue à déprimer le patient et à détruire toute suggestion favorable, outre que les fatigues, les soucis, les mille petites misères inhérentes à la vie en commun aggravent chaque jour un peu plus la perturbation nerveuse organelle. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que les résultats dans leur ensemble soient souvent moins favorables dans la famille que dans une maison de santé.

N'en concluons pas, toutefois, que hors la Suisse point de salut, mais que le traitement moral, que l'orthopédie mentale est aussi nécessaire sinon plus au dyspeptique que l'institution d'un régime très étudié.

Il faudra s'efforcer d'obtenir au moins que le dyspeptique prenne ses repas dans des conditions de calme relatif, voire d'isolement strict, s'il n'est pas en notre pouvoir de créer l'ambiance de joie et de confiance qui est souvent le meilleur eupeptique. A ce point de vue, l'ordonnance des repas, que nous traiterons ultérieurement, peut avoir une réelle importance.

L'influence des passions contrariées et des soucis constants est considérable. Combien de dames, horriblement dyspeptiques, ayant une fille à « placer », voient leurs digestions s'améliorer brusquement au banquet du mariage ; combien d'employés « hypocondriaques » retrouvent gaieté et eupepsie par simple promotion à une situation longtemps convoitée. Malheureusement, ici, célibataires exceptés pour le premier cas, notre rôle est forcément bien restreint.

La Société Médicale de Montréal

PRESIDENCE DE M. LE DOCTEUR BOULET

Séance du 6 octobre.

M. Lasnier présente une malade qu'il a complètement guéri au moyen de l'électrolyse.

M. Marien fait voir un *monstre* pour consulter les membres sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

M. Valin continue ses très intéressantes communications sur la diététique et traite du régime des brightliques. La diète du rein malade, dit-il, doit être lactée et végétarienne, l'estomac ne sera pas surmené et ne sera pas surchargé d'éliminer des produits toxiques, le régime d'équilibre parfait doit consister en une égale recette alimentaire pour une égale dépense cellulaire.

PRESIDENCE DE M. LE DOCTEUR LE SAGE

Séance du 21 octobre 1908.

MM. les docteurs *Fortreille*, *Saint-Pierre*, *Martin* et *Mireault* sont admis membres de la Société.

M. F. de Martigny après avoir présenté au nom de M. le docteur *Lavallée* un fœtus anencéphale fait un très intéressant rapport sur le projet de loi qui sera soumis à la prochaine session du gouvernement de Québec, il étudie et développe les six principaux points suivants : 1° La nécessité de la zoologie dans le programme pour l'admission à l'étude ; 2° la formation d'un bureau d'examineurs qui seul aura le droit de donner la licence provinciale ; 3° une cinquième année d'étude de la médecine ; 4° l'organisation d'un Conseil de discipline ; 5° l'élection du bureau provincial tous les quatre ans ; 6° l'érection d'un hôtel médical pour l'adminis-

tration des affaires professionnelles. M. de Martigny demande le concours de tous les membres de la Société pour travailler aux succès de ce projet de loi.

M. Bourgoïn parle de la valeur et de l'importance de la ponction lombaire au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique des méningites et des hémorragies intra-méningées.

M. Foucher insiste sur l'importance de l'examen à l'ophtalmoscope pour aider au diagnostic de l'hydropisie ventriculaire. L'œdème de la papille est la caractéristique d'une tumeur cérébrale ou de l'hydropisie ventriculaire, de là l'indication de la ponction lombaire.

M. Guérin reconnaît que la ponction lombaire donne de bons résultats dans les cas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien au début de la maladie, mais lorsque la température est élevée et que les symptômes toxi-infectieux sont graves il y a plutôt indications de faire des injections d'électrargol qui lui ont donné des résultats les plus favorables.

M. Benoit a fait plusieurs ponctions lombaires et est d'opinion que la présence d'albumine dans le liquide retiré indique une méningite.

M. Le Sage a traité avec succès un certain nombre de méningites au moyen de la ponction lombaire et rapporte la guérison d'une méningite éberthienne chez laquelle il fut obligé de faire, selon les indications, trois ponctions d'environ 10 cc.

M. Saint-Jacques en présence d'un cas de fracture du crâne avec hémorragie sous-méningée put faire le diagnostic de la lésion par la ponction lombaire qui donna un liquide séro-sanguinolent.



Les récompenses doivent être faites pour encourager le bien, payer le mérite personnel, les services réels, les talents véritables et les vertus dont la société, la patrie recueille les heureux bruits.

LA HERNIE

On connaît les nombreuses critiques qui ont été adressées au classique " Bandage à ressort ", malheureusement encore si répandu, bien qu'il ne soit plus aujourd'hui qu'un véritable anachronisme.

Ces critiques se résument en deux mots : *le bandage à ressort fait souffrir et ne contient pas.*

A l'état de repos, et soit qu'il s'agisse du " bandage anglais " formant pincette, soit du " bandage français " prenant son appui sur toute la surface dorsale, le ressort, dont la pression est *nécessairement trop forte*, coupe les reins, froisse les chairs, enfin écrase la tumeur au lieu de la contenir en pénétrant trop violemment dans l'anneau externe qu'il dilate.

Le malade se livre-t-il au moindre effort, la pelote qui dans tous les modèles à ressort n'est animée que d'une pression *d'avant en arrière* et non de *bas en haut* comme les dispositions anatomiques l'exigent, ne tarde pas à *remonter* et à laisser glisser sous elle les viscères herniés.

Ce mode de contention, excellent en théorie, est en réalité absolument illusoire. Pratiquement il doit être aujourd'hui considéré comme un pis-aller et condamné dans tous les cas où il est possible de se passer de son intervention, c'est-à-dire dans l'immense majorité des hernies inguinales, crurales, ombilicales et même scrotales.

Le bandage sans ressort au contraire, dont le grand spécialiste de Paris, M. A. Clavier, nous présente le seul modèle vraiment perfectionné est basé sur le même principe que le bandage à ressort; l'élasticité, mais

une élasticité douce et souple en même temps qu'énergique qui lui permet d'*adhérer* pour ainsi dire au corps sans se déplacer et en suivant les mouvements les plus étendus.

Les points d'appui étant également répartis sur toute la périphérie, on voit disparaître toute douleur et toute gêne localisées sur les reins ou sur les flancs, et le hernieux s'habituant très vite à cette pression circulaire *réduite à son minimum*, finit par ne plus la sentir et par ne plus même s'apercevoir de la présence de son bandage.

C'est à cette contention parfaite et douce, mais d'une puissance illimitée, que l'appareil sans ressort perfectionné de M. A. Clavier, doit d'avoir pris rapidement une extension universelle et d'avoir été adopté avec enthousiasme par tout le corps médical européen, ainsi que par la foule des malades des deux Mondes qui l'ont accueilli comme une délivrance.

Léger, souple, imperméable, imperceptible, c'est le seul qui permet d'obtenir la réduction et la contention absolue de tous les cas de hernies si anciennes et si volumineuses soient-elles; c'est aussi le seul que l'on puisse recommander sans réserve avec la certitude d'obtenir des résultats véritablement exceptionnels même dans les cas les plus désespérés qui n'avaient pu jusqu'ici être traités efficacement par le port d'aucun autre appareil.

Les véritables appareils Clavier sont appliqués en Canada par les soins de M. André CLAVERIE, Directeur de la Succursale des Etablissements Clavier pour le Canada, rue Saint-Denis (près Rachel) à Montréal. Téléphone Est 6304.

Les Intérêts professionnels

L'Esprit scientifique, l'Hygiène, la Médecine mentale et légale (1)

“ *Le Montréal Médical* ” est un organe libre où chacun peut exprimer son opinion sous sa responsabilité

A cause de la liaison qui existe entre ces deux sujets, je les ai réunis sous le même vocable et j'en fais le sujet unique de la dernière partie de mon discours ; mais il y a plus : je suis persuadé que plus tard, peut-être dans les cours du siècle dont nous sommes à l'aurore, à moins que l'humanité ne subisse l'un de ces reculs dont elle est coutumière, je pourrais ajouter à mon sujet : « *La médecine morale* ».

Le tort est qu'en l'état actuel de la science, l'on n'a pas su saisir la similitude qui existe entre les tares morales et les déficiences intellectuelles, et cela tout simplement parce que l'on a voulu faire de la morale un épiphénomène de la métaphysique et que l'on a supposé à l'homme, un libre-arbitre qu'il est loin de posséder : Tel est Messieurs la grande erreur du moyen-âge qui se poursuit encore actuellement. Or la scolastique a bâti la morale, comme tout le reste de ses connaissances d'ailleurs dans son cerveau, *a priori* et sur des spéculations pures ; tandis que celle-ci doit avoir pour fondement la nature et pour couronnement la science ; mais la vraie science, non celle qui raisonne, qui ergote, mais celle qui observe, qui étudie.

Je crois messieurs, que la morale et ses prescriptions peuvent exister en dehors de la contrainte exercée par l'état,

(1) Discours prononcé à Québec le 21 juillet 1908 au 3^e Congrès des Médecins de la langue française de l'Amérique du Nord, par M. le docteur LAURENDONAU, président de la Section.

par les lois, etc. ; et que cette contrainte peut-être remplacée par quelque chose de mieux ; je crois avec Buchnér : « que les meilleurs apôtres de l'éthique sont l'éducation, la culture, le bien-être et la liberté. »

Nous n'apportons pas d'idées morales en naissant, cette faculté se développe dans l'âme de chaque individu par l'éducation, l'expérience, et s'affermil par une longue pratique. Si l'homme naissait bon comme le voulait erronément Jean-Jacques Rousseau, s'il avait la connaissance innée du bien et du mal, comme l'affirment encore les idéalistes, tous les efforts faits pour développer la moralité de chaque individu depuis sa naissance jusqu'à son entrée dans la société, seraient vains, inutiles et superflus, puisqu'il suffirait de le laisser croître en liberté pour en faire un bon citoyen.

Non messieurs, le philosophe anglais Locke est bien plus près de la vérité, quand il affirme que l'homme vient au monde comme une table rase, sur laquelle on peut y mettre à volonté toutes espèces de mets, de même que l'on peut mettre dans le cerveau de l'enfant toutes espèces de connaissances, de sentiments, je dirais volontiers d'idéal et de poésie. Vous me pardonnerez, si j'appuie un peu longuement sur ce côté de la mentalité contemporaine ; vous en verrez tantôt toute la portée.

Qu'est donc la morale ? Elle est le résumé des obligations, des devoirs de l'homme vis-à-vis lui-même et vis-à-vis ses semblables : partout elle est le résultat d'une longue suite d'acquisitions, imposées par la nécessité, puis par la raison. Dans toutes les sociétés humaines, la morale est allée progressant, parallèlement à la civilisation ; elle est par conséquent le résultat de la sociabilité et se modifie sur beaucoup de points, dans les lieux et dans les temps, suivant les idées, les besoins, les coutumes des familles, des tribus, des nations. Certaines tribus d'indiens croient commettre un acte méritoire, en sacrifiant leurs vieillards infirmes ou impotents, tandis que le parricide est considéré comme le plus grand des crimes à nos yeux.

Ce qui contribue le plus puissamment à la perfection de la morale, est l'élevation du niveau des mœurs et des habi-

tudes sociales, ou si l'on veut l'avancement de la civilisation, et qui par-dessus tout contribue à l'avancement de la civilisation, est la science : la morale est donc objectivement, une question sociale basée sur la science. Mais d'autre part, elle est subjectivement une question mentale ; et je n'ai pas de doute que dans un avenir plus ou moins rapproché, suivant les aléas du développement des facultés humaines, l'on tiendra la société responsable de la moralité de l'individu, comme aujourd'hui nous la tenons responsable de son instruction. Et alors, l'état reconnaissant pleinement ses obligations, traitera les amoraux, les immoraux, les criminels, comme nous traitons les dégénérés, les idiots, les imbéciles, les déséquilibrés intellectuels.

Pour réformer la société au point de vue de la criminalité, l'état fera enseigner par ses maisons d'instruction, la solidarité de tous les hommes, et la famille s'appliquera à développer l'altruisme chez ses membres dès la plus tendre enfance. Or, étant appelés à la vie en commun il faudra démontrer à l'enfant que l'état social lui crée des obligations, et le convaincre que son intérêt réside dans l'intérêt commun ; il faudra par conséquent lui inculquer les principes reconnus bons et utiles à la société, afin que chacun travaille en vue du bonheur de tous, et alors chacun pratiquera la morale naturelle en vue de son propre intérêt. Platon avait déjà entrevu cette vérité lorsqu'il écrivait : « Les crimes sont causés par le défaut de culture, par la mauvaise éducation et par la mauvaise organisation de l'état » ; et je ne me rappelle pas bien quel philosophe anglais, accentuant davantage l'idée de Platon disait : « C'est un fait constant, que chacun de nous pourrait devenir criminel ou fou, s'il était placé dans des conditions appropriées ». Mais, m'objecterez-vous, est-ce que l'homme ne possède pas son plein et entier libre-arbitre ? Ne soyez pas scandalisés messieurs, si je vous affirme que suivant mon opinion, l'homme est libre... comme un oiseau dans une cage. « La liberté humaine dont chacun est si fier, dit le profond penseur Spinoza, consiste simplement, en ce que les hommes ont conscience de leur volonté, et non des causes qui la détermine ». (à suivre)

Informations scientifiques



La toxicité des tabacs. — M. Ch. Lesieur a essayé de déterminer expérimentalement les doses de macération de tabac, variables suivant leur richesse en nicotine, qui sont toxiques pour un animal de poids donné. Il a procédé par injection intra-veineuse de macérations aqueuses de tabac à 20 p. 100 chez le lapin. Les chiffres sont les suivants :

1	gramme	de macération	de caporal ordinaire
3	grammes	de macération	de caporal doux
25	—	—	de désintoxique Parantsans tannin
90	—	—	de désintoxique Parant au tannin



La dose maximum de sérum physiologique que l'on doit injecter chez les malades ayant les reins sains est *une pinte par quart d'heure*; après avoir élevé la tension artérielle au chiffre normal les nouvelles injections ne peut produire une hypertension.



Chez un épileptique dont les crises étaient espacées de dix jours au maximum, le traitement par la déchloruration et le bromure a amené une cessation complète des crises pendant 35 jours.

D'autre part quinze jours après le début du traitement déchloruré sont survenus des troubles mentaux graves qui n'ont disparu que lorsque le malade eût été rechloruré. dix jours après la cessation du régime sans sel.

Sous l'influence du chloroforme, l'urobiline apparaît dans le sérum et augmente dans l'urine. L'effet persiste pendant plusieurs jours. L'ablation des deux reins n'empêche pas l'accumulation de l'urobiline dans le sérum. Ces phénomènes sont rattachés aux modifications hépatiques déterminées par le chloroforme. Immédiatement après une anesthésie d'une durée de une heure trente chez le chien, on peut constater des modifications des cellules du foie ; les cellules situées au centre du lobule sont plus claires.

L'œdème de la papille accompagnée de la dilatation veineuse se rencontre dans 65 p. 100 des néoplasmes du cerveau dans 13 p. 100 des cas de syphilome et dans 10 p. 100 des cas de tuberculose cérébrale.

La difficulté d'obtenir le protoiodure de fer à l'état pur, et de le conserver inaltéré, oblige à recourir à des modes spéciaux de préparation, et c'est surtout pour ce médicament qu'il est nécessaire de recourir à une spécialité. Pour notre part, nous nous sommes bien trouvé de suivre les indications des auteurs du *Dictionnaire Jaccoud* qui recommandent le *Sirop* et les *Dragées de protoiodure de Gille*, comme des préparations parfaites.

(Extrait du *Bulletin Thérapeutique*).

Aujourd'hui les forces intellectuelles doivent être développées jusqu'à leurs extrêmes limites, car pour réussir il faut mettre en œuvre les plus violentes ardeurs de l'énergie, du savoir faire, du savoir penser et du savoir dire.