

DE LA SPOROTRICOSE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Dr LANGLAIS, Trois-Pistoles.

J'ai rapporté dans le No. de Mars 1918 du "Bulletin Médical de Québec" un cas de sporotricose. Ayant eu depuis l'avantage d'en rencontrer deux autres cas, j'ai pensé intéresser cette convention en lui en faisant part. Si les travaux de l'école dermatologique française, de Beurmann, de Songerot, de Ramond et d'autres expérimentateurs sur cette maladie sont bien connus des spécialistes, il me semble opportun avant de relater ces cas de rappeler au grand public médical l'existence de cette maladie, d'en faire un court historique, de faire connaître ses causes, d'insister sur sa fréquence et son ubiquité, de montrer l'importance pratique, pronostique et thérapeutique de son diagnostic, de détailler ses manifestations cliniques multiples et polymorphes, de dire quelques mots de la facilité et de la rapidité de son diagnostic et de l'efficacité de son traitement.

En Novembre 1896, d'après Osler, un patient se présenta au John Hopkins Hospital avec une infection de l'avant-bras droit dont il souffrait depuis plusieurs semaines. Il y avait des ulcérations sur la main et des indurations gommeuses sur l'avant-bras qui res-

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement

— PAR LE —

LANTOL

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

semblaient presque à une lymphangite tuberculeuse Schenck soupçonna quelque chose d'insolite; il cultiva le pus de ces ulcérations et vit pousser un champignon particulier qu'il considéra comme la cause de la maladie.

Mais alors le domaine des maladies à champignons était restreint et l'on ne pouvait concevoir qu'un autre microbe qu'une bactérie pût essaimer dans l'organisme.

Deux ans après la découverte de Schenck, Helntorn et Perkins de Chicago en signalent un nouveau cas. En 1903 M.M. de Beurmann et Ramond renouvelèrent la découverte de Schenck et soupçonnèrent même une septicémie mycosique. Mais ce n'est que de 1906 à 1910 avec les remarquables travaux de M.M. de Beurmann et Sougerot que la sporotricose pût prendre en pathologie humaine et animale la place à laquelle elle avait droit.

C'est grâce à eux surtout et grâce à de nombreux médecins qui collaborèrent à ces recherches scientifiques que l'on connaît bien maintenant le parasite de cette maladie, les diverses réactions qu'il détermine dans les tissus et les variétés cliniques de la maladie.

Il ne s'agit pas d'une curiosité pathologique: La sporotricose est fréquente et de tous les pays, c'est une maladie mondiale (Chevallier).

On a la preuve de sa fréquence dans le nombre même des publications des cas de cette mycose qui va sans cesse en augmentant.

En France, à la fin de 1910, les cas de sporotricose connus dépassaient 200.

L'ubiquité de la sporotricose est démontrée par la lecture des observations. Découverte d'abord à Paris, elle l'était par la suite dans toute la France. Hors de France on la signale en Belgique, en Suisse, en Autriche, en Allemagne, en Italie, en Espagne, en Indo-Chine, au Brésil, en République Argentine, en Angleterre, aux Etats-Unis, en Canada où les cas rapportés sont encore plus nombreux. Mais aucun doute que si on la cherchait mieux on la trouverait aussi fréquente que dans les autres pays.

La sporotricose se contracte généralement au contact du sol et des végétaux. Le parasite vit dans la nature, sur les feuilles, les grai-

nes, les légumes verts. Il s'introduit dans les tissus par piqûres des téguments externes (1) ou par les voies digestives; dans le premier cas il colonise au point d'inoculation (chancre sp.) et pénètre les vaisseaux blancs; dans le second il envahit le torrent ciculatoire et va se fixer dans la place et les autres tissus favorables à sa pullulation. Il peut aussi se transmettre à l'homme par les animaux, cheval, bovidés, rat, coup de marteau, blessures. On a aussi vu des inoculations accidentelles dans les laboratoires: débris de verre ou morsûres des animaux inoculés.

Le sporotrichum peut aussi vivre à l'état de saprophyte, être inoffensif chez un individu et s'il survient un état d'affaiblissement, de déchéance il pullule et prend des qualités offensives.

"Cette maladie, dit le prof. Landouzy, était avant les travaux de de Beurmann et Sougerot, confondue soit avec la tuberculose, soit avec la syphilis: Le malade supportait toutes les funestes conséquences d'un diagnostic erroné, d'un pronostic faussé, d'un traitement inopportunément ordonné.

"Pris pour un tuberculeux, on condamnait le sporotricosique au repos prolongé et trop souvent à la suralimentation: On essayait, mais sans grande conviction des topiques locaux et voyant, les plus énergiques échouer, on s'en remettait à la nature médicatrice pour guérir le malade. La maladie s'aggravait lentement—Si par hasard, le patient guérissait à la suite de médications dont les iodo-tanniques ont fait les frais, on gardait toutes espèces de réserves pour son avenir; on avait toutes les difficultés à ne pas se voir promis à d'autres manifestations bacillaires.

Pris pour un syphilitique, traité par le Hg., le sporotricosique voyait sa maladie se prolonger et s'aggraver; heureux si revenant à la vieille pratique d'associer l'iode au mercure, le médecin voyait les gommages guérir; mais le patient restait justiciable de toutes réserves pronostiques, puisque la syphilis qui semblait l'avoir atteint dans le passé, le menaçait dans l'avenir.

(1) L'inoculation cutanée sans solution de continuité des téguments est même possible (Dr Beurmann et Saugerot), Canad. Méd. Ass. Journal, Janv. 1915—Dr Learmonth, High River, Alberta.

Or, savoir dépister et reconnaître sous l'un quelconque de ses aspects, la sporotricose, c'est la guérir, puisque l'on possède un traitement quasi-spécifique, le traitement iodo-ioduré; c'est rassurer le malade sur son avenir, puisque sauf exceptions, la sporotricose est une infection bénigne."

Manifestations cliniques.—C'est la gomme qui révèle le plus souvent la sporotricose; c'est une lésion très fréquente sinon constante. Elle apparaît sous la place, en plein tissu cellulaire. C'est une petite masse arrondie, dure, indolore et mobilisable qui peut être prise pour un lipôme, une gomme tuberculeuse ou syphilitique, une néoplasie. Elle augmente peu à peu de volume, soulève la peau qui commence à adhérer. Celle-ci fait bientôt corps avec la tumeur, elle devient violacée. Les gommes sont généralement multiples. Les unes indurées et petites. Les autres de la grosseur d'une noisette se ramollissent d'abord au centre, ramollissement en cupule, il y a de la fluctuation au point le plus saillant d'où la ponction peut ramener du pus, tandis que le pourtour reste dur et saillant. Elles adhèrent à la peau sans l'ulcérer et s'immobilisent au stade d'abcès.

Il y a cependant des gommes qui ulcèrent la peau; elles ressemblent aux gommes tuberculeuses ou aux gommes syphilitiques. Les ulcérations en fistules sont petites, étroites, à bords violacés ou largement ouvertes à bords épais, infiltrés. Les ulcérations peuvent être multiples et ces orifices cutanés sont séparés par des ponts de peau rougeâtre ou violacée. Ces ulcérations peuvent se réunir et former une large ulcération avec bords déchiquetés. Dans certains cas ces ulcérations sont ecthymatiformes et simulent les syphilides ulcéreuses. Un nodule gommeux prend quelquefois les allures d'un abcès aigu, il augmente de volume en peu de jours. La peau, s'œdématie et rougit à son pourtour. Il provoque des douleurs aiguës et lancinantes et ne tarde pas à s'ouvrir.

Forme localisée lymphatique.—Si le tableau est complet on a :
1o—Chancre d'inoculation qui peut être une ulcération ordinaire, une gomme, un placard végétant, sec ou suintant, verruqueux ou une pustulette acnéiforme.

2o—Des gommes échelonnées sur un trajet lymphatique avec un cordon induré perceptible entre elles.

30—Des ganglions indurés froids ou suppurés.

Sporotricoses dermiques—Ressemblent aux tuberculoses végétantes et verruqueuses, aux Lupus, aux syphilides papuleuses et ulcéreuses, aux acnés, aux spithéliomas.

Sporotricoses épidermiques simulent les pityriasis de la face. L'eczéma et les épidermites erythémato-squameuses et même l'herpes circiné trichophytique. Dans les Annales de Dermatologie et de syphiligraphie de Sept. 1919, Maréchal rapporte un cas de sporotricose du dos de la main qui ressemblait tellement au kérion trichophytique qu'il fallut des cultures pour en faire le diagnostic certain. Il s'agissait d'un homme de 43 ans qui avait été blessé au dos de la main par un boeuf.

Sporotricoses extra-cutanées—Existenr seules ou on les rencontre associées à des lésions cutanées qui en facilitent le diagnostic. Lorsqu'elles sont isolées elles paraissent cliniquement primitives.

Sur les muqueuses—On a les différentes variétés d'angine, stomatites, glossite, laryngite, rhinite, d'un pronostic le plus souvent grave.

Sur l'oeil—Conjonctivites, iritis et même parophtalmie suppurée.

Muscles—Gommes, inflammation ressemblant aux abcès chauds cocciens.

Aux os, synoviales et articulations on peut rencontrer de l'ostéite, de la périostite, des synovites, des spina ventosa, de l'hyarthrose et des ostéo-arthrites. L'ostéite est un facteur important de fractures spontanées.

Aux organes génitaux: de l'orchi-epididymite. Dans le Paris Médical du 20 mars 1920, A. Brainos rapporte un cas de sporotricose du gland admis avec le diagnostic de chancre syphilitique. L'examen du pus décèle la sporotricose. La guérison fut rapide avec l'iodure de potassium.

Dans les viscères—On a de la congestion pulmonaire, de la pyélonéphrite.

Les inoculations aux animaux permettent de concevoir que toutes les localisations viscérales sont possibles.

Le diagnostic dans la plupart des cas de sporotricose est des plus faciles et à la portée du médecin même le plus isolé.

Il n'a pas besoin de laboratoire, ni même d'étuve ou de microscope. Il lui suffit de faire un ensemencement du pus, des squames ou des débris de tissus sur gélose, glycosée, peptonée (mélange de Sabourand) ou sur carotte: découper des tranches de carottes, les introduire dans des tubes et stériliser 20 minutes à 120° ou les faire cuire dans l'eau glucosée ou glycinée à 2%.

L'ensemencement se fait au lit du malade et doit être large— 10 à 20 gouttes de pus dans chaque tube. Ces tubes sont fermés d'un bouchon de ouate stérilisée, non capuchonnés et laissés à la température de l'appartement. Une température un peu chaude favorise un développement plus rapide du parasite.

Vers le 5ème ou 6ème jour et un peu plus tard si la température de l'appartement où sont conservés les tubes est bien conditionnée, apparaissent des taches blanches, ternes et aureolées, qui deviennent café au lait puis brun chocolat et brun noir.

L'apparence des cultures est caractéristique. Si le médecin a un microscope à sa disposition il peut faire l'épreuve de la coulée du pus sur le verre sec (technique de Gougerot), alors il a dû lors de l'ensemencement laisser couler quelques gouttes de pus sur le verre en face de la gélose ou de la carotte.

Les sporotrica gonflent et germent sur la paroi du tube, ils émettent des prolongements filamenteux et hyalins qui ne tardent pas à sporuler. Ces spores sont ovoïdes et s'insèrent directement ou par des funicules très courts sur le mycelium.

Le diagnostic est alors certain.

Je ne ferai que mentionner comme autres moyens de diagnostic si l'ensemencement ne pouvait être fait: Le séro-diagnostic de Widal et Abrahmi, l'intra-dermo et la cuti-réaction.

Le traitement de la sporotricose est des plus simples et des plus faciles; il consiste avant tout dans l'ingestion d'iode de K.

Ce traitement convient dans la majorité des cas, 90%, d'après Gougerot. L'iode doit être donné à la dose de 2 grammes d'emblée

puis à doses progressivement croissantes jusqu'à 4, 6, et même 8 grammes. La dose quotidienne doit être fragmentée et prise en plusieurs fois dans le cours de la journée, au moment des repas.

L'ingestion du médicament doit être continuée jusqu'à disparition complète des lésions et prolongée un mois, au moins après la guérison apparente de toutes les lésions afin d'éviter les rechutes. Le traitement local est inutile s'il s'agit de lésions fermées, dans le cas de lésions ouvertes, suppurantes c'est un adjuvant du traitement général; on peut employer alors les applications locales iodo-iodurées.

Dans tous les cas de sporotricose il faut surveiller minutieusement l'état général notamment au point de vue tuberculose, car dans ce cas il y a contre-indication de la cure iodurée. Il faut souvent connaître et employer bien des artifices pour faire accepter cette cure surtout chez les malades intolérants.

Administration de l'iodeure dans du lait, avec sirop d'écorces d'oranges amères, sirop iodo-tannique, sirop de gentiane, de quinquina, etc.—ingestion d'iodo-maïsine, d'iodurase, d'iodeïne, injections de Lipiodol.

J'abrège nécessairement ces considérations sur le traitement de cette maladie pour arriver à vous faire l'histoire de mes deux malades :

Berthe B. est née le 30 avril 1915. Sa mère me dit qu'elle a toujours été en excellente santé jusqu'en Déc. 1918. Alors elle a commencé à se plaindre de fatigues, de douleurs de dos; contrairement à ses habitudes antérieures elle se couchait chaque après-midi, quand elle se levait elle semblait avoir de la fièvre, sa mère devait la prendre, la berçer et ce n'était pas avant une couple d'heures qu'elle reprenait son entrain et pouvait jouer et s'amuser.

Les premiers jours de mars 1913, apparurent sur les deux joues de petites taches ressemblant à des dartres. L'une s'effaça après quelques applications d'eau oxygénée, l'autre prit l'apparence d'un petit nodule sous la peau et devint gros comme une noisette. Un jour que sa mère la berçait sur ses genoux, elle ouvrit cette petite gomme en se déchirant sur une épingle de son corsage et il en coula au moins une cuillerée à soupe de sang clair. Quatre ou 5 jours après ce fut

du pus que donna cette gomme à différents intervalles quand l'ulcération n'était pas recouverte d'une croûte.

Vers la fin de mars, l'enfant commença à se plaindre du genou gauche et sa mère constata alors qu'il y avait augmentation de volume de l'article surtout autour de la rotule. Il n'y avait pas de douleurs nocturnes mais on constata que l'enfant marchait avec une légère éversion du pied.

Elle a alors consulté un médecin qui fit le diagnostic d'arthrite tuberculeuse et prescrivit traitement général et applications d'un liniment. C'est alors qu'il survint de la boiterie et des contractures musculaires avec légère flexion de la jambe sur la cuisse. Les douleurs n'augmentent pas.

Vers milieu d'avril. On constate une augmentation de volume considérable de la phalangine du pouce gauche—*spina ventosa*—il n'y a pas de douleurs.

Je vois cette petite malade pour la première fois le 22 avril. Son état ne s'est pas aggravé, mais je constate une température de 102°. Je songe aussitôt à la sporotricose et je fais 3 ou 4 jours plus tard un ensemencement du pus de la gomme qu'elle portait à la joue et je lui prescris du sirop iodo-tannique en attendant les résultats de ma culture.

Lorsque je suis bien certain qu'il s'agit de sporotricose je tente l'administration de l'iodure de potassium avec le sirop iodo-tannique. Mais elle refuse de prendre le mélange tandis qu'elle prend bien le sirop seul à la dose de 30 gram. par jour. En mai apparaît une gomme sur tiers inférieur du tibia gauche.

En juin cette gomme est considérablement diminuée, après chloroformisation afin d'obtenir redressement de la jambe, j'applique un appareil plâtré.

En juillet apparaît une gomme sur jambe droite, et un peu plus tard sur bras droit, avant-bras, puis sur main droite. 2 gommes dans la région du métacarpe qui se fusionnent et n'en forment plus qu'une seule—et une autre sur la 6ème côte du côté gauche.

En janvier apparaissent des douleurs et raideur du cou, puis de la perte d'appétit, de la fièvre, des transpirations, de la toux, des crachats purulents et sanglants, de la rhinite purulente.

Trois jours avant la mort, qui survint le 8 fév. 1920, survint une dyspnée qui alla en s'aggravant jusqu'à l'orthopnée.

QUELQUES ASPECTS DE LA LUTTE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE.

Dr EUG. GAGNON, Service de Santé, Montréal.

La natalité est en baisse dans tous les pays civilisés et notre Province n'échappe pas à cette loi générale. Nous rencontrons encore beaucoup de familles nombreuses, mais si nous consultons les statistiques vitales, nous trouvons qu'à Montréal il s'établit une gradation descendante rapide qui doit attirer l'attention des médecins, des hygiénistes, et de tous ceux qui s'intéressent à la survivance de la race canadienne française dans ce pays. Montréal possède $\frac{1}{4}$ de la population de toute la Province, et Montréal a vu le taux de sa natalité tomber de 12 pour 1000 habitants pendant les derniers 25 ans, soit environ 30 pour cent. Il est vrai que depuis quelques années nous avons subi le contre coup des influences de la guerre Européenne qui, en diminuant le nombre des mariages, a réduit les taux de la natalité, mais il ne faut pas oublier que le taux de la natalité n'est pas toujours en raison directe du nombre des mariages, il demeure subordonné au nombre de mariages qui volontairement ou involontairement demeurent totalement ou partiellement stériles, et le nombre tend à en devenir tous les jours plus nombreux. L'élevage d'une nombreuse famille entraîne pour les parents de nombreux sacrifices peu compatibles avec les goûts de luxe et de la recherche de ses aises qui se répand de plus en plus dans notre population. D'un autre côté, les torts individuels et le mal vénérien contribuent à rendre stériles un grand nombre de mariages, et nous devons prendre tous les moyens possibles pour diminuer l'influence de ces causes déterminantes.

Nous sommes toutefois portés à penser comme un grand hygiéniste français, que s'il est difficile d'escompter un relèvement notable de la natalité, nous devons faire tous nos efforts pour conserver

les enfants qui naissent et essayer d'éliminer les causes qui influent sur la morti-natalité.

Grâce à l'obligeance du Dr. Ward, Surintendant de la Division des statistiques vitales du Service de Santé de Montréal, il m'est possible de vous citer certains chiffres sur lesquels on n'attire pas suffisamment l'attention lorsque l'on traite de la mortalité infantile. On a l'habitude de considérer la mortalité infantile en bloc sans dissocier les différentes causes qui contribuent à rendre le total aussi élevé.

En analysant les statistiques et en les divisant par catégories d'âge, on constate que sur 100 enfants morts au cours de leur 1ère année d'existence, il y en a 75 qui n'ont pas atteint 6 mois. Si on dédoublait encore cette dernière catégorie, on trouverait que plus on se rapproche de la naissance, plus la mortalité est élevée.

D'un autre côté, si nous consultons les différentes rubriques de décès, nous constatons que la rougeole, la scarlatine, la diphthérie n'atteignent que par exception les enfants au-dessous d'un an; la coqueluche y fait plus de ravages que dans toutes les autres catégories d'âge, mais le nombre des décès qui lui est attribuable demeure quand même peu élevé, tandis que les maladies diarrhéiques et celles qui découlent des influences prénatales contribuent à elles seules pour près de 70% de tous les décès au-dessous de un an.

Ces influences prénatales sont désignées dans la nomenclature internationale sous les rubriques générales de malformations et de maladies de la première enfance qui comprennent les Hydrocéphalies, la débilité des prématurés, les autres débilités congénitales, les ictères sclérèmes et autres maladies spéciales au premier âge.

En groupant toutes ces causes de décès sous le terme général d'influences prénatales et en y ajoutant les décès par diarrhée, on arrive pour les années 1915-1918-1919 aux chiffres suivants:

	1915	1918	1919
1—Total des décès de 0 à 1 an	3980	3902	3543
2—Décès dûs aux influences prénatales	804	849	947
3—Décès causés par diarrhée	1833	1702	1485
Proportion de 2-3 par rapport à 1	66.3%	65.4%	68.6%

Nous avons choisi ces trois années afin de démontrer pour 1915-1919 la constance des résultats, bien que le facteur diarrhée ait subi une importante modification entre ces deux années.

J'ajoute l'année 1918 pour démontrer comment le résultat peut-être influencé par une cause occasionnelle qui en l'occurrence fut la grande épidémie de grippe qui n'a pas épargné les nourrissons.

Il est une autre catégorie de décès attribuables aux influences prénatales et dont on ne tient généralement pas compte dans les statistiques de la mortalité infantile parce qu'ils font l'objet d'une classification à part dans les tableaux statistiques, ce sont les morts-nés. Les enfants morts-nés, nous disent les statistiques, ne sauraient être comptés avec les naissances parce qu'ils n'ont jamais vécu, du moins de la vie extérieure. N'ayant jamais vécu, ils ne peuvent pas mourir. On ne peut donc les inclure dans les statistiques des décès, aussi se contente-t-on de nous donner le nombre des morts-nés sans nous renseigner sur les causes qui ont empêché ces enfants de naître vivants, et lorsque nous leur demandons de combler cette lacune, ils confessent leur impuissance parce que la plupart du temps le médecin qui émet le certificat, est incapable ou néglige de déterminer la cause du décès. Il serait pourtant du plus haut intérêt de connaître quelles sont les causes qui empêchent de vivre 4 à 5 pour cent de tous les enfants qui sont mis au monde à Montréal, y compris les mort-nés. Pour les années 1915-1918-1919, nous constatons que le nombre des naissances vivantes va en diminuant tandis que celui des mort-nés va en augmentant comme suit:

	1915	1918	1919
Naissances vivant	20693	20373	19959
Mort-nés	932	977	1012

Il y a donc là une nouvelle donnée au problème de la mortalité infantile dont nous ne saurions nous désintéresser, surtout si nous ajoutons aux chiffres précédents une centaine de décès qui sont attribués chaque année à l'état puerpéral et qui contribuent à assombrir la statistique des décès des enfants en les privant des soins maternels.

Les causes de la diarrhée infantile sont connues; la privation précoce de l'allaitement maternel, les erreurs du régime, la suralimentation, les mauvaises conditions hygiéniques des habitations sont les causes qui individuellement ou collectivement amènent les troubles gastro-intestinaux. Ajoutons à cela le préjugé que les poussées de dentition sont accompagnées de diarrhée, et nous saurons pourquoi tant de mères peuvent être témoins de troubles intestinaux graves chez le bébé sans en être alarmées. L'éducation toutefois se fait par l'intermédiaire des nombreuses consultations de nourrissons tant municipales qu'indépendantes, et nous pouvons espérer une réduction des décès par diarrhée, plus rapide à l'avenir, parce que nous sommes mieux outillés pour répandre les saines notions d'hygiène.

Lorsque nous nous attaquons aux influences prénatales, le problème devient plus complexe et plus difficile parce qu'alors, nous devons combattre non-seulement l'ignorance, mais encore les tares physiques et morales des pro-créateurs.

Si l'on considère que dans la statistique de la morti-natalité on compte non seulement les enfants morts au terme de la grossesse mais aussi les foetus nés morts ou vivants mais n'ayant pas atteint le 7ème mois de la conception, on comprend qu'aux accouchements et avortements spontanés viennent s'ajouter un bon nombre d'avortements provoqués, dont le médecin est incapable de retracer l'origine. Aussi dans l'étiologie de la morti-natalité doit-on rechercher en plus de la syphilis, de l'alcoolisme, des déviations et inflammations utérines, des maladies débilitantes, des intoxications, du surmenage et des traumatismes, les interventions criminelles dont le nombre tend à augmenter tous les jours. Contre cette dernière catégorie de causes, nous sommes à peu près désarmés parce qu'il est

presqu'impossible d'atteindre l'opérateur et l'opérée qui, en général savent dissimuler leurs manœuvres.

Contre les premières qui sont susceptibles de produire non-seulement des mort-nés mais aussi les débiles et les tares, nous avons plus de chances de réagir.

La campagne que vient d'entreprendre le Conseil Supérieur d'Hygiène contre les maladies vénériennes devrait être féconde en résultats heureux. De son côté la Division de l'Hygiène de l'Enfance du Service de Santé de Montréal vient d'ouvrir 5 Cliniques Maternelles pour aider à la recherche de ces influences prénatales, faire l'éducation des soins de la grossesse et diriger vers le médecin de famille tous les cas qui nécessitent un traitement.

Nous savons par expérience que parmi les femmes du peuple le nombre de celles qui consultent le médecin avant le jour de l'accouchement est des plus restreint et que l'on ne se décide à faire cette démarche que pour des raisons très graves et trop souvent lorsqu'il est trop tard pour permettre une intervention efficace. Le médecin de nos Cliniques Maternelles a instruction de faire lors de la première consultation, l'historique des grossesses et des maladies antérieures de la femme enceinte, et à chacune de ses visites à la consultation, il prend le pouls, la température, le pression sanguine, fait une analyse d'urine, recherche les oedèmes et s'enquiert de l'état général de sa santé et donne des conseils hygiéniques nécessaires.

Le nom du médecin de famille est noté dès la première visite et chaque fois qu'une intervention médicamenteuse est jugée nécessaire, la patiente est référée au médecin de famille.

Nos médecins municipaux étant retirés de la clientèle active ne sauraient porter ombrage au médecin de famille qui devrait encourager ses clientes pauvres à se prévaloir des services de ces consultations, et nous ne doutons pas qu'en fin de compte il y trouvera son profit parce qu'il sera appelé à intervenir dans un grand nombre de cas qui autrement auraient été négligés.

Je ne saurais clore ces notes trop brèves pour l'importance du sujet sans ajouter quelques mots sur l'importance qu'il y a pour les corps publics d'accorder une protection plus efficace aux enfants et à ceux qui sont privés de la protection de leurs parents. Les réflexions qui vont suivre, sont le résultat de l'expérience acquise après deux années de contrôle des pensions d'enfants et un essai de contrôle sur les maternités privées. Je dois ajouter immédiatement que la législation tant municipale que provinciale qui nous autorise à intervenir dans ces deux catégories d'institution n'est pas suffisante pour nous permettre d'exercer une action réellement efficace.

Pour ce qui concerne les pensions d'enfants nous avons préparé il y a plus d'un an un règlement abrogeant celui qui existe actuellement, et qui n'a pas encore reçu la sanction du Conseil Municipal. Dans les cas de maternités privées, nous ne pouvons nous appuyer que sur le règlement provincial qui est insuffisant. Ce règlement dans ses grandes lignes se limite à exiger que toute personne qui tient une maternité privée, en fasse la déclaration à l'autorité sanitaire municipale, et qu'elle fasse un rapport annuel détaillé sur les enfants qui y sont nés, mais il ne nous donne pas assez de facilité pour faire la preuve extrêmement difficile de l'existence de ces maternités; il n'oblige pas les propriétaires de ces établissements à tenir des registres, de sorte qu'il est impossible d'exercer un contrôle sur la véracité du rapport annuel.

Notre tâche a donc été rendue des plus difficiles et nous n'avons pas pu faire dans ce domaine tout le bien que nous aurions voulu. Nous avons toutefois acquis la conviction, sinon la certitude que le nombre de ces établissements est beaucoup plus nombreux que ceux qui ont fait leur déclaration et que leur clientèle ordinaire se recrute parmi les filles mères qui essaient par tous les moyens possibles de se débarrasser du produit de leur conception, que les enfants qui y naissent sont ordinairement placés dans des maisons de pension pour enfants où ils sont souvent abandonnés et deviennent à charge à de pauvres personnes qui comptent sur les mensualités remises par les parents pour pourvoir à leur subsistance et à celle de leurs pensionnaires.

Ces enfants illégitimes abandonnés de leurs parents sont assimilables au point de vue de leur état civil à des enfants dont les parents sont morts et qui sont dépourvus de tutelle; ils devraient par conséquent être à la charge de la communauté. Or dans l'état actuel de notre législation, les pouvoirs publics provincial ou municipal ne s'occupent des enfants sans tutelle qu'après leur 6ème année, les autres sont laissés entièrement à la protection des organisations particulières.

Les organisations privées qui reçoivent des enfants illégitimes à Montréal sont au nombre de trois; Les Soeurs de la Miséricorde qui gardent moyennant une faible rémunération en argent ou par quelques mois de service des filles mères après leur accouchement les enfants qui y sont nés.

Le Montreal Foundling & Baby Hospital reçoit les enfants de la Maternité Anglaise, et les Soeurs Grises reçoivent les enfants nés en dehors des Maternités, contre une indemnité unique de \$10. qui doit couvrir tous les frais d'entretien et de pension de cet enfant depuis son enfance jusqu'à sa sortie de l'institution vers l'âge de 14 ans. Est-ce raisonnable et pour l'enfant et pour l'institution? Pour l'enfant qui est laissé sans aucune protection alors qu'il est le moins capable de se pourvoir à lui-même, pour l'institution qui est riche sans doute, mais qui en ces temps de vie chère, obligée qu'elle est de limiter ses dépenses à ses revenus, se voit dans l'impossibilité de secourir toutes les infortunes et de faire les agrandissements nécessités par les besoins toujours croissants de la population. Pendant ce temps les enfants illégitimes abandonnés de leurs parents, négligés par ceux qui en ont accepté la garde en dehors des institutions, meurent dans des proportions effroyables et l'on s'étonne d'en retrouver jusque dans les égouts et les dépotoirs. Il devient donc évident que nos institutions privées ne sont plus en état de subvenir aux besoins de toute la population et qu'elles doivent recevoir l'aide financière des corps publics, et en ce qui concerne les illégitimes, la charge devrait être supportée non pas par les municipalités mais par le Gouvernement provincial. Il est reconnu que ce sont les grands centres qui sont choisis par les filles mères pour cacher leur état et comme

question de fait, sur les 719 naissances illégitimes enregistrées à Montréal en 1918, 358 seulement provenaient de filles résidant à Montréal. Les autres venaient de toutes les parties de la province, du Canada et même des États-Unis. Il ne serait donc pas juste de demander à Montréal de subvenir aux frais d'entretien de tous ces enfants. Il lui resterait sans doute la ressource de charger aux municipalités leurs frais respectifs, mais comment pourrait-elle le faire sans risquer de provoquer des indiscretions qui jetteraient le déshonneur dans un grand nombre d'honorables familles.

Il n'y a donc que les provinces qui peuvent se charger de ce soin comme elles le font d'ailleurs pour les prisonniers, et il leur serait toujours loisible de se compenser entre elles pour le surplus des cas qui pourraient exister en faveur de l'une ou de l'autre.

Je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé ce sujet si important qui doit attirer l'attention de tous ceux qui s'intéressent au problème de la mortalité infantile tant chez les enfants légitimes que chez les illégitimes.

Nous devons espérer à avoir beaucoup d'enfants pour combler les vides qui se produisent et contrebalancer le flot d'immigration qui peut nous submerger. Nous devons aussi essayer d'obtenir non-seulement la quantité mais aussi la qualité.



LES ETAPES MEDICALES ET CHIRURGICALES D'UN CONSTIPE

Par le Dr DARGEIN

Première étape. — Il n'est aucun être humain, je pense, qui, sollicité par un besoin de défécation, n'ait fortuitement répondu : "j'irai tout à l'heure" et renvoyé parfois au lendemain l'accomplissement d'une fonction qui, bien que dépourvue d'élégance, n'en est pas moins de la plus stricte nécessité au maintien de notre euphorie corporelle et intellectuelle. Si nous posons comme principe physiologique que l'homme doit évacuer une selle quotidienne, nous n'hésiterons pas à conclure que celui qui "volontairement" remet au lendemain une évacuation que son intestin lui réclame plus ou moins impérieusement aujourd'hui même, commet une faute d'hygiène.

Cette faute ne serait qu'une bien faible peccadille si elle n'était fréquemment répétée et aussi si elle n'était enregistrée par nos centres nerveux ; mais, demain, l'incitation à la défécation sera d'autant moins précise que nous aurons négligé d'y répondre aujourd'hui ; c'est ainsi que, par la répétition d'une peccadille, certains en arrivent à ne plus percevoir l'appel de plus en plus timide de leur réflexe et à ne plus se présenter à la garde-robe que lorsqu'ils veulent bien prendre la peine d'y songer et s'en donner le temps.

Telle est la première étape du constipé : c'est la constipation simple, volontaire au début, dont l'habitude devenant une seconde nature, tend de jour en jour à s'invétérer et qui sera, par conséquent, d'autant plus difficile à vaincre. Rien n'est plus fréquent que la constipation du type première étape : c'est une maladie en quelque sorte latente, beaucoup trop discrète pour gêner soit l'homme affairé ou agité, soit la femme absorbée par des occupations domestiques ou mondaines ; les malades des deux sexes attendent généralement que la gêne après le repas, le gonflement abdominal, quelques nausées, l'haleine trouvée fétide les amènent chez le médecin ; psychologiquement déprimés du fait de leur intoxication intestinale passagère et du fait du surmenage de leur vie courante, ils craignent d'avoir pour le moins

une "tumeur". Le médecin constate la présence de matières dures dans le côlon, principalement dans la fosse iliaque gauche et, surtout attentif à rassurer les inquiétudes exagérées de son malade, prescrit l'usage d'un purgatif, de quelques laxatifs, recommande de veiller à la régularité de la défécation et donne quelques conseils d'hygiène générale et alimentaire. Le malade latent songe à se soigner pendant quelques jours, peut-être quelques semaines, disons pendant tout le temps qu'il met à rire de sa "tumeur"; puis, il oublie les laxatifs "du moment qu'il ne sent plus rien", et, après quelques récidives, cesse d'appartenir aux constipés volontaires pour devenir un constipé habituel.

Deuxième étape.—Lorsque la constipation est devenue habituelle, il est classique de la considérer comme atonique ou spasmodique; mais nous savons tous combien les classifications correspondent mal aux types que nous observons en clinique. Atonie ou spasme, telle est la question qui se pose à l'esprit du médecin. "Atonie et spasme réunis", répondent certains: d'accord, dans la plupart des cas; mais ne pouvons et ne devons-nous pas rechercher lequel des deux éléments prédomine lorsqu'il y a coïncidence de spasme et d'atonie ?

Plus loin, j'essayerai un tableau clinique de l'une et l'autre forme de la constipation habituelle; mais, tout d'abord, je tiens à indiquer les précieux renseignements que peut nous donner l'exploration directe du côlon à l'aide de l'appareil présenté par MM. Joltrain, Baufle et Coope(1). Avec le téléntéromanomètre, on peut se rendre compte exactement de la fréquence et de l'intensité des mouvements intestinaux; sous l'influence de l'introduction d'une certaine quantité de liquide, on peut préciser, à 1 centimètre de pression d'eau, deux éléments de diagnostic importants: la pression moyenne du côlon et les contractions (fréquence, intensité, mode de variations). La pratique de cette méthode d'exploration directe permet au médecin d'acquiescer une conviction expérimentale, car, si les variations de pression graduées en centimètres, de 0 à 100 nécessitent, comme toute mathématique en clinique, une interprétation, cette interprétation d'une observation suivie pendant trente minutes est infiniment moins aléa-

(1) In Archives des maladies de l'appareil digestif. Mathieu, tome X, No. 10.

toire que les déductions que nous pouvons tirer d'une palpation ou même d'une radioscopie dont le moindre des inconvénients, du moins pour cette deuxième étape, est de ne surprendre qu'un moment du fonctionnement de tel ou tel segment intestinal. Le téléntéromanomètre peut être considéré comme le Pachon du côlon et les renseignements qu'il fournit constituent un précieux complément de l'examen clinique.

Je n'ai pas eu l'intention de limiter à la première étape l'étiologie de la constipation habituelle: cette dernière peut s'observer à la suite d'une maladie aiguë, d'une infection générale, d'un séjour prolongé au lit; mais, quelle que soit la cause déterminante, essayons de caractériser les formes cliniques qu'elle revêt. Dans la constipation spasmodique, les douleurs dominent la scène: le malade accuse un endolorissement intermittent ou continu qu'il fixe généralement "entre le ventre et l'estomac"; parfois il n'éprouve qu'une sensation de pesanteur, mais fréquemment sa "barre transversale" devient douloureuse avec paroxysmes plus ou moins rapprochés. Certains décrivent l'impression qu'ils ressentent d'avoir une sorte de ballonnet qui se gonfle, devient très sensible et qu'ils prétendent même pouvoir palper; puis, après une colique plus vive ou un gargouillement, le ballonnet se dégonfle et la douleur disparaît pour quelques instants. Le siège de la sensation varie: c'est tantôt l'angle hépatique et le transverse ou l'angle splénique et le descendant. Le médecin, si l'examen est pratiqué au moment d'une crise douloureuse, perçoit des bosselures dures et au moins très sensibles dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet du descendant et de l'anse sigmoïde; souvent, la palpation prolongée fait irradier cette hyperesthésie vers la fosse iliaque droite et quelquefois le malade indique que cette transmission de la douleur paraît aller à droite en passant par le transverse. Dans quelques cas très aigus, il est même possible d'objectiver relativement la sensation de ballonnet distendu décrite par le malade et l'on perçoit, chez ceux dont la paroi est peu résistante, des mouvements reptoïdes à la palpation et à la vue. Même lorsqu'un purgatif ou une selle abondante ont assuré la vacuité du descendant, le médecin peut percevoir des bosselures qui, dans ce cas, sont dues exclusivement au spasme "cordé" du côlon extrême. Les selles sont espacées de quarante-huit heures et plus, ou bien, même quotidiennes, elles sont in-

suffisantes et le malade "sent qu'elles ne le dégagent pas": elles sont constituées par des scybales entourées ou non de mucus plus ou moins concrété, pseudo-membraneux; ou bien elles sont molles, d'une pseudo-homogénéité macroscopique; ou encore elles sont diarrhéiformes, mais, si l'on examine attentivement, on observera de petits fragments durs, noirâtres, dans un liquide brun; cet aspect ne doit pas être confondu avec celui que présentent les selles de la diarrhée de putréfaction des albuminoïdes(1). Les matières sont parfois semi-dures, de petit calibre, comme étirées à la filière, rubannées.

Si, lors d'une crise spasmodique, vous avez la curiosité d'ausculter le côlon, vous percevrez un véritable roulement qui rappelle celui que nous entendions au front: d'abord, une série de petites détonations, sourdes, paraissant venir de loin (en effet, elles proviennent de segments autres que celui que vous auscultez); puis, brusquement, sous votre oreille, un gros éclatement bientôt suivi de quelques autres: "départs et arrivées" vous donneront des souvenirs! Cet orage intestinal se poursuit pendant de nombreuses minutes d'auscultation.

Enfin, l'interrogatoire prolongé du malade vous apprendra qu'il éprouve tout un syndrome dyspeptique, cortège généralement habituel de toute constipation et, objectivement, vous contrôlerez qu'il existe une hyperesthésie et de la défense solaire, de la pylorite probablement réflexe, etc., syndrome qui disparaîtra rapidement s'il n'est que fonction du spasme du côlon, après un traitement rationnel de ce dernier. Ces malades présentent, en général, le syndrome du vagotonisme.

Lorsque l'interrogatoire, la palpation, la radioscopie, le téléntéromanomètre ne révèlent pas l'existence du spasme intestinal, le médecin est en droit de penser qu'il se trouve en présence d'une constipation atonique. En général, le sujet est un malade amaigri, dont la musculature générale est hypotonique: la sangle abdominale plus particulièrement offre une faible résistance; il accuse une lassitude générale; les douleurs dont il se plaint n'ont pas le caractère de continuité qu'elles présentaient chez le spasmodique; il souffre par crises

(1) In "Journal de Médecine de Bordeaux", 10 avril 1919. Syndromes coprologiques.

espacées souvent de plusieurs jours, lorsqu'il a accumulé une énorme quantité de matières dans la totalité de son côlon; habituellement, il "ne sent pas son ventre". Cette forme de constipation, moins bruyante, s'accompagne cependant d'un syndrome dyspeptique assez analogue au précédent, moins net toutefois, avec prédominance de malaises et de gêne plutôt que de torsions ou de brûlures à l'épigastre. A la palpation, le côlon est mou, flasque, insensible et se laisse "chiffonner" sans réagir; lorsque l'examen est pratiqué à un moment où la stase est devenue importante, on peut percevoir un cæcum ballonné par les gaz, à parois indurées, épaissies; mais, à aucun moment, on ne perçoit de réaction contractile nette déterminant une vive sensibilité. On observe parfois un bloc important de fèces semblant arrêté à un point du circuit colique et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une tumeur ou d'un rétrécissement de l'organe; mais, la plupart du temps, à l'occasion d'un second examen, on constate que ce bloc fécal a lentement mais nettement progressé vers l'anus; je me suis trouvé en présence, chez un de mes malades, d'une énorme tumeur caecale constituée par un caillot sanguin dû à une hémorragie intestinale grêle et qui fut expulsé quarante-huit heures après. A l'auscultation, on ne perçoit que le silence le plus absolu, même si l'on essaye d'exciter l'organe par la palpation ou le massage.

Aux malades de cette deuxième étape de la constipation, nous appliquerons un traitement soit antispasmodique et des laxatifs mucilagineux, soit excito-moteur, soit mixte, suivant que l'examen et l'observation des faits nous auront permis d'établir qu'il s'agit de spasme, d'atonie ou de prédominance de l'un ou de l'autre des facteurs étiologiques. L'électrisation, avec le combiné, donne de bons résultats à la condition d'abord d'être appliquée suivant les indications cliniques, puis d'être longtemps continuée.

Le constipé habituel qui n'a pas suivi le traitement prescrit et approprié à son état en arrive, au bout d'un temps plus ou moins long, à la constipation rebelle avec intoxication.

Troisième étape. — Voyez ce malade à l'aspect triste ou anxieux, le visage étiré, la peau flétrie, parcheminée, couleur d'ivoire pâle ou d'ocre terreuse; ses traits sont tirés, son nez pincé, ses lèvres pâlies, ses yeux excavés, l'ensemble de sa face est zébré d'un la-

cis de rides ; il vient à vous courbé en deux ; vous vous rendez compte que ses habitssont trop amples : le cou ridé et sec jaillit d'une encolure trop ouverte, les avant-bras, osseux, sortent d'une manche trop large ; il semble que son vêtement ne recouvre plus qu'une momie. Votre première impression est que vous allez découvrir une tumeur ayant ainsi cachetisé cette loque humaine ; l'examen ne confirme pas cette impression : le malade, cependant, se plaint de troubles digestifs variables, de perte totale de l'appétit avec dégoût surtout marqué pour la viande, de quelques nausées, parfois de vomissements, enfin d'une constipation rebelle à tous traitements. En dehors de l'amaigrissement, de la pâleur des muqueuses, de l'aspect cachectique, vous observez un abdomen légèrement ballonné, surtout au-dessus du pubis et présentant fréquemment des rides ou des vergetures ; les parois musculaires n'offrent aucune résistance ; le gros intestin est sensible et dur, mais de petit calibre, sans contracture toutefois ; l'estomac est atone, non palpable, souvent clapotant très bas ; le foie est petit ; tout le tube digestif a perdu ses rapports anatomiques normaux : c'est la ptose, dans la position debout ; c'est le ballottement, dans la position couchée ; c'est la troisième étape du constipé avec le cortège habituel de l'intoxication ; il en est arrivé au *circulus viciosus*, car il est intoxiqué parce qu'il est constipé et il reste constipé parce qu'il est intoxiqué.

Mais ce triste état ne s'est pas organisé sans une série de décharges toxiques qui se manifestent surtout par des débâcles diarrhéiques de moins en moins espacées, à tel point que j'ai observé quelques cas de débâcle quotidienne ; je possède quelques observations de malades ayant une selle quotidienne unique et régulière, mais composée de trois parties différentes : au début le malade expulse des scybales ovillées, dures, noirâtres et, sans discontinuité, suivent d'abord quelques matières molles, puis une dernière partie liquide, pseudo-diarrhéique : c'est la décharge toxique quotidienne par l'intestin. D'autres malades font leur décharge par les reins, le foie, le poulmon, les glandes sudoripares, avec des crises d'aspect clinique et de fréquence des plus variées. Mais les organes d'élimination finissent à la longue par se fatiguer et ils subissent l'action "empêchante" que l'intoxication exerce sur la fonction éliminatoire qui leur est dévolue : la peau parcheminée est devenue imperméable ; les reins se con-

gestionnent et il n'est pas rare de trouver, dans les urines, de l'albume, de l'urobiline, du sucre et de l'acétone même; j'ai l'observation d'une malade qui fit une véritable crise d'urémie (coefficient: 0,206); le poumon réagit sous forme de congestion des bases, d'emphysème, d'asthme. Bref, pendant un temps plus ou moins long et à des intervalles de plus en plus rapprochés, le malade fait une décharge toxique quelconque; mais les organes éliminateurs, par la répétition même de ces crises, conservent des altérations; ce qui n'était qu'un phénomène transitoire devient un "état" organique chronique(1).

Dans des cas semblables, le médecin ne doit pas se laisser hypnotiser par stase; il doit surtout parer aux incidents toxiques: le régime végétarien strict peut être d'un grand secours, mais à condition toutefois que le malade puisse absorber copieusement légumes et fruits; le képhir agit à la fois comme aliment désinfectant de l'intestin, excitant des fonctions sécrétoires et motrices, diurétique et reminéralisant; les extraits biliaires réveillent le pouvoir hépatique déficient; les laxatifs et les grands lavages atténuent provisoirement la stase; enfin, la vaccinothérapie peut être précieuse sitôt que l'état du foie et des reins rend possible son application.

Mais, malgré la précision du diagnostic étiologique et de la thérapeutique qui en découle, nous nous trouvons trop souvent en présence d'insuccès complets, parce que notre malade a atteint la limite de la quatrième et dernière étape; il a cessé d'être du domaine de la médecine pour entrer dans celui de la chirurgie.

Quatrième étape.—Il peut paraître surprenant, au premier abord et en dehors des causes mécaniques d'obstruction ou d'occlusion, que la constipation puisse amener un malade sur la table d'opérations. Mais, si nous tenons compte que les trois étapes pathologiques qu'a franchies notre sujet ont duré des années et ont provoqué des accidents nombreux, nous trouverons, au contraire, que le seul moyen rationnel d'arrêter le malade sur la pente lentement fatale où il est en train de glisser est d'intervenir chirurgicalement et j'ajoute d'intervenir "assez tôt". La stase stercorale rebelle détermine un épaississement de la paroi intestinale que nous pouvons constater à la pal-

(1) In Dr Leven. "La dyspepsie". Retentissements de la dyspepsie.

pation: congestion de la paroi et infiltration des innombrables bacilles pathogènes sont les éléments habituels de ce processus; le péritoine réagit parfois brusquement, mais, le plus souvent, il fait preuve d'un pouvoir de défense surprenant d'intensité et de persistance; mais cette défense s'organise sous forme d'adhérences, de brides plus ou moins élastiques qui, au début, ne font que gêner le péristaltisme normal mais qui arrivent à constituer un obstacle mécanique par les adhérences et les coudures anormales qu'elles provoquent: toutes les colites qui ont déterminé de la péricolite laissent leur trace dans le péritoine. C'est ainsi qu'après une appendicectomie avec réaction péritonéale, il arrive fréquemment qu'une seconde intervention soit nécessaire pour libérer le cæcum d'adhérences ou de brides qui gênent le malade au moins autant que jadis le gênait son appendice et dont le retentissement sur l'état général fait d'eux des demi-infirmes. Chez d'autres malades, la formation de brides ou d'adhérences vient se compliquer d'une ptose de tel ou tel segment du côlon; la ptose ajoute de nouvelles coudures, crée de nouveaux obstacles, freine encore davantage, la progression du bol fécal dans le côlon. C'est ainsi que nous pouvons observer des images radioscopiques où aucun segment du côlon n'a conservé ses rapports anatomiques; nous voyons le caecum distendu, déformé, coudé et ptosé; le côlon ascendant forme un angle plus ou moins accentué; l'angle hépatique est suraigu à tel point que le premier segment du transverse ptosé s'accolle en canons de fusil avec l'ascendant; le transverse est ptosé jusqu'au voisinage du pubis; de là, après une courbure en guirlande, il remonte vers la région splénique; l'angle splénique devient de ce fait trop aigu et le segment gauche du transverse s'accolle à son tour en canons de fusil au côlon descendant. Je possède une observation, avec radiographie, qui réunit toutes les anomalies que je viens de signaler.

Quelle médication pourra modifier, quelle sangle hypogastrique pourra corriger un si lamentable état pathologique et anatomique? La vie des malades qui ont à ce point négligé leur constipation ou qui ont tâché de s'en accommoder en parant au plus pressé par des laxatifs (le plus souvent nocifs parce que non étiologiquement combinés ou achetés sur la foi de la réclame), la vie de ces malades est, je n'hésite pas à l'affirmer, gravement compromise: d'abord par les accidents brusques d'obstruction ou d'occlusion purement mécaniques du

fait des coutures anormales ou rétrécissements inflammatoires qui peuvent se produire; puis par les accidents secondaires du fait de la surcharge toxique des organes qui, pendant un temps, peuvent parer à la toxémie mais qui, cessant leur fonction de suppléance, peuvent déterminer une crise fatale; enfin, la vie de ces malades est compromise par le fait des accidents divers qui viennent compliquer, parfois à distance, leur état abdominal: c'est ainsi que des hémorragies intestinales s'observent non seulement sur le trajet de ce côlon torturé dans sa disposition anatomique et sa motricité mais aussi dans des segments supérieurs; des infections franchissant la paroi peuvent déterminer des suppurations profondes avec perforation de l'intestin, péritonite aiguë et un état d'adynamisme grave en quelques heures qui font réfléchir le chirurgien lui-même avant de décider une intervention; des rectosigmoïdites granuleuses ou suppurées peuvent s'établir avec leur évolution pleine de surprises; des dégénérescences néoplasiques s'observent non seulement sur le côlon mais même parfois à distance sur le tube digestif.

Si, par un effort d'optimisme, nous ne compliquons pas de ces graves possibilités l'état de nos constipés avec intoxication, quelle est leur existence psychique? En état de déchéance physique, sans cesse obsédés par leur constipation qui entretient leur phobie, incapables d'un effort physique soutenu ou d'un travail intellectuel lucide, ils végètent jusqu'à ce qu'ils en arrivent au découragement, l'adynamie, la cachexie.

Suivant qu'il s'agira de mobilité anormale segmentaire ou totale ou bien de péricolite avec brides plus ou moins épaissies, le mode d'intervention variera. Si le chirurgien, assisté du médecin, se trouve en présence de mobilité anormale seulement, il pourra se contenter de la colofixation et suturer le segment droit au petit psoas, s'il le faut au bord externe du carré des lombes. Si l'angle hépatique est fortement ptosé, on pourra fixer le segment droit du transverse à la paroi (Grégoire); cette fixation sur un plan mobile ne tiendra qu'un temps, mais elle sera précieuse pour la rééducation fonctionnelle du côlon. Si le chirurgien rencontre une péricolite, ce sera à lui de juger si l'ablation des adhérences est possible ou non: dans le premier cas, il sectionnera les attaches postérieures, puis les autres adhérences à la

paroi du côlon; il décollera également les canons de fusil; mais, s'il veut mettre son malade à l'abri de rechutes malheureusement trop fréquentes, il pratiquera des greffes épiploïques "non pédiculées" sur les surfaces cruentées; car, après la disparition de ces greffes, une membrane lisse, non adhérente, s'organisera et la rechute sera ainsi pratiquement écartée. (1) Si le décollement des adhérences est impossible à pratiquer du fait de placards épaissis, l'anastomose cæcosigmoïdienne reste heureusement un précieux moyen de parer aux accidents de la rétention stercorale. Après l'intervention, un traitement médical prolongé est de rigueur pour assurer l'évacuation normale du côlon et la rééducation fonctionnelle.

CONCLUSION

Je n'ai pas noirci à plaisir ce tableau des étapes d'un constipé; si je l'ai tracé tel que mes observations me permettent de le faire, c'est parce que le seul traitement rationnel de la constipation est celui qui est établi d'après l'étiologie même de cette stase et j'ai adopté cette forme de tableaux successifs parce qu'elle me paraît mieux apte à mettre en valeur les diverses étapes que parcourt un constipé. De plus, j'ai tenu à pousser à fond ce tableau d'ensemble parce que la chirurgie intestinale prend depuis quelques années un essor particulièrement intéressant par les résultats qu'elle permet d'obtenir: une anastomose, lorsqu'elle est judicieusement établie, peut sauver la vie d'un colitique avec intoxication. Forts de notre conviction, n'hésitons pas à conseiller une "intervention précoce" à nos malades avant, bien avant que des accidents secondaires se soient produits ou que le retentissement grave sur leur état général en ait fait des cachectiques; usons de tous nos moyens de persuasion pour éviter d'amener sur nos tables d'opérations des malades qui ne seront plus en état de résister au choc opératoire ou chez lesquels on trouvera une dégénérescence inopérable.

"Journal de Médecine de Bordeaux".

(1) Voir J. C. Roux et Pierre Duval, tome X, No. 12.

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RESULTATS
DU TRAITEMENT DES
TUBERCULOSES CHRONIQUES
PAR LES
SULFATES DE TERRES CERIQUES.

Par H. GRENET et H. DROUIN.

(Suite)

Tuberculose pulmonaire. — Chez les sujets dits pré tuberculeux, chez les suspects (hérédité, déchéance de l'état général sans signes nets, pleurite légère des sommets, etc.), les résultats sont d'ordinaire rapides et se manifestent dès la première série d'injections. Souvent après deux séries la guérison apparente est obtenue.

Chez les malades atteints de condensation et de congestion d'un ou des deux sommets, avec signes physiques incontestables et présence de bacilles dans les crachats, et dont l'état général est encore passable, l'amélioration se poursuit progressivement. Souvent les bacilles disparaissent après deux ou trois séries d'injections; parfois on peut les retrouver, altérés dans leur forme et dans leurs affinités tinctoriales, jusqu'au moment où l'expectoration cesse complètement. Mais, lorsque le patient ne tousse plus, ne crache plus, ne présente plus aucun symptôme physique net, et travaille sans fatigue et sans élévation de température, n'est-on pas en droit de le considérer comme cliniquement guéri ?

Lorsqu'il s'agit de ramollissement plus ou moins étendu, les mêmes effets sont très souvent obtenus, mais avec plus de lenteur. On ne trouvera pas excessif que nous demandions alors une surveillance prolongée et plusieurs mois de traitement. On ne nous objectera pas que la cure diététo-hygiénique donne des résultats semblables, puisque nous avons surtout soigné des malades d'hôpital qui ont continué ou repris leur travail.

Chez les scléro-emphysémateux, l'amélioration de l'état général et des signes de tuberculose est d'ordinaire assez rapide; mais il est entendu que les malades resteront toujours scléreux et emphysémateux.

Même dans quelques cas très graves, on observe parfois des succès inespérés: il en fut ainsi chez une grande cavitairé qui, sous l'influence d'un traitement prudent, par petites doses d'abord espacées, a repris des forces et de l'embonpoint et peut maintenant vaquer aux soins de son ménage: sans doute ses cavernes ne sont pas comblées et continuent à sécréter, quoique moins abondamment. De même, M. Rénon, dans une pneumonie caséuse, a obtenu le relèvement de l'état général et la disparition des bacilles des crachats *qui ne tuberculisent plus le cobaye*: il ne s'agit pas là d'une rétrocession complète, et d'ailleurs impossible, de lésions destructives, mais l'infection tuberculeuse paraît éteinte.

Au reste ce ne sont pas ces formes avancées qui sont les plus intéressantes: les succès y resteront exceptionnels. Mais notre expérience nous permet d'affirmer que, si l'on s'applique à faire un diagnostic et un traitement précoces, on enregistrera le plus souvent une guérison parfois rapide, que ne suffisent pas toujours à assurer plusieurs années de la cure diététo-hygiénique.

Nous disons guérison, parce que l'on peut prononcer ce mot à propos de malades qui ne présentent plus ni altérations de l'état général, ni signes de lésions en activité, ni toux, ni expectoration, ou dont les crachats, lorsqu'il reste un peu de bronchite chronique, ne tuberculisent plus le cobaye. Sans doute, nous ne savons pas s'il ne subsiste pas quelque lésion latente et susceptible de se réveiller; mais nous suivons un certain nombre de malades dont la santé demeure en apparence parfaite depuis plusieurs mois, et, pour quelques-uns, depuis plus d'un an, après l'interruption du traitement.

Tuberculides et tuberculozes cutanées. — Le *lupus érythémateux* s'améliore d'ordinaire avec rapidité: le fait a été constaté par M. Hudelo et par nous-mêmes, sur des lupus dont certains avaient été traités sans succès depuis plusieurs années. Nous avons obtenu

la guérison dans un cas d'*acnitis* (en terminant la cure par quelques séances de scarifications) et dans plusieurs cas d'*érythème induré*.

Les lésions de *tuberculose verruqueuse* s'affaissent et cessent de suppurer très vite (une ou deux séries); il est souvent utile de terminer le traitement par quelques séances de scarifications qui régularisent la cicatrice. Le *lupus tuberculeux* est beaucoup plus résistant: mais nous avons maintenant plusieurs cas de guérison complète, dans des lupus étendus et qui n'avaient été que partiellement améliorés par les traitements classiques. Comme l'a noté M. Hudelo, les scarifications agissent d'une manière particulièrement rapide et efficace chez les sujets soumis en même temps aux injections de sels cériques; les lésions muqueuses subissent la même évolution régressive que les lésions cutanées: un an de traitement nous paraît la moyenne nécessaire pour obtenir la guérison d'un lupus tuberculeux de quelque importance; et cela ne semblera pas excessif à ceux qui connaissent la gravité et la ténacité de cette affection.

Les *gommescrofulo-tuberculeuses* paraissent assez rebelles. Dans un cas, M. Hudelo n'a eu aucun résultat après un traitement d'ailleurs encore peu prolongé. Chez une malade atteinte de gommescrofulo-tuberculeuses multiples des membres inférieurs, aucun changement net ne s'était manifesté pendant les deux premiers mois; mais, après la troisième série d'injections, la cicatrisation commençait d'une manière évidente, lorsque la malade nous quitta pour raisons de famille.

Chez un jeune homme atteint d'un vaste *ulcère tuberculeux* du cou, la cicatrisation presque complète fut obtenue en deux mois, en associant les injections au pansement local avec une solution de chlorure à 2 pour 100.

Adénites.—Les adénites donnent en général des succès rapides; ce fait a été signalé par M. Pissavy, par nous-mêmes, et, dans un cas, par M. Hudelo. Dans les adénites non suppurées, on constate que les ganglions s'isolent, diminuent de volume, qu'il ne persiste plus qu'un ou plusieurs noyaux indurés. Les fistules ganglionnaires se tarissent et se ferment parfois très vite. Cependant MM. Hudelo et Rénon signalent chacun un échec. Dans le cas de gros ganglions

suppurés, on peut, comme nous l'avons fait jusqu'ici, pratiquer une ponction évacuatrice suivie d'une injection de sulfate de didyme à 1 pour 100 dans la cavité de l'abcès, en même temps que l'on applique le traitement général; peut-être sera-t-il préférable de drainer l'abcès (par drainage fili-forme), ou de le laisser au besoin se fistuliser: sous l'influence des injections, la sécrétion purulente se tarit progressivement et la fistule se ferme.

Tuberculoses osseuses et articulaires. — Nous n'avons que peu de cas. Mais nous avons rapporté la guérison complète d'un *spina ventosa* traité avant la période de suppuration, et la fermeture d'une fistule métatarsienne consécutive à un grattage osseux. Chez un homme en cours de traitement, atteint de tuberculose pulmonaire, d'adénite cervicale et d'ostéite costale avec abcès froids, nous avons dès maintenant une notable amélioration de toutes les lésions. M. Pissavy a obtenu un succès rapide et complet dans une tuberculose à manifestations articulaires (rhumatisme tuberculeux).

Tuberculoses des muqueuses. — Nous avons signalé la régression des lésions lupiques des muqueuses. Chez une religieuse atteinte d'ulcérations tuberculeuses chroniques du nez, du pharynx et du larynx, traitée depuis six mois et suivie par notre collègue, M. Bourgeois, une amélioration considérable a été obtenue en dehors de toute thérapeutique locale, et les lésions sont cicatrisées par places.

Tuberculoses viscérales. — M. Rénon, dans un cas de tuberculose entéro-péritonéale avec fistule stercorale, a constaté une amélioration notable après les intillations intrarectales. Chez un enfant atteint de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, soumis d'abord aux injections intraveineuses, puis aux injections sous-cutanées, l'état général est devenu bon, et, localement, il ne persiste plus qu'un peu de tympanisme, sans liquide. M. Rénon, dans la tuberculose non fistulisée de l'épididyme, a vu les noyaux indurés diminuer de volume, les douleurs s'atténuer, l'état général se relever; or chez un de ses malades l'héliothérapie n'avait donné aucun résultat. Nous avons constaté, chez un homme atteint d'orchépididymite tuberculeuse avec participation des vésicules séminales, une marche nette vers la sclérose et la cessation des douleurs; on ne saurait, bien entendu,

demander la disparition des noyaux indurés qui représentent une lésion cicatricielle.

Nous avons traité un enfant atteint de tuberculose rénale double, inopérable, avec très mauvais état général (bacilles constatés dans les urines des deux reins, inoculations positives). Pendant quatre mois, il s'est produit une amélioration considérable (retour de l'appétit, augmentation de poids, diminution de la fréquence des mictions, des douleurs et de la purulence des urines). Puis, à la suite de l'administration de lavements d'antipyrine, sont survenus des symptômes d'intoxication, et, peu après, l'enfant a succombé à des phénomènes urémiques. Malgré l'issue fatale, cette observation, qui a trait à un cas particulièrement grave, semble très intéressante, tant en raison des résultats obtenus pendant quelque temps que du fait que la mort paraît due à des accidents de sclérose rénale plus que de tuberculose évolutive.

Nous n'avons voulu exposer ici que des faits : ils montrent quelles applications étendues peut avoir notre méthode. Mais il est inutile d'y recourir si l'on n'est pas décidé à en poursuivre l'application pendant un temps suffisamment prolongé, en suivant une technique régulière ; si nous insistons sur ces points, c'est que nous avons vu trop souvent des médecins se décourager parce qu'aucun résultat net n'apparaissait dès le cours de la première série, ou bien ne faire que des injections espacées ou fréquemment interrompues ; nous sommes d'accord avec eux pour dire que, dans ces conditions, on n'obtiendra rien. Nous avons dit aussi pourquoi nous estimons qu'il n'est pas bon de varier, en cours de traitement, les voies d'introduction du médicament, et pourquoi les injections intraveineuses ou souscutanées réalisent le mode d'administration le plus sûr. Il est entendu enfin que les traitements locaux reconnus utiles ne sont nullement contre-indiqués par notre méthode.

Peut-on espérer des guérisons complètes ? Sans aucun doute, puisque nous en avons obtenu, et qui tiennent. Peut-on parler d'une action anti-tuberculeuse partielle et non totale, suivant l'expression de M. le professeur Rénon, qui nous a d'ailleurs apporté l'appui de ses encouragements et d'observations fort importantes ? Nous ne le

pensons pas : outre que le mot "partiel" semble indiquer l'idée d'une dissociation, bien difficile à admettre, de l'infection tuberculeuse, il nous sera permis de remarquer que M. Rénon, dans un but d'expérimentation scientifique du plus haut intérêt, a varié, chez ses malades, les voies d'introduction, et a ainsi employé des techniques de valeur inégale. D'autre part, de ce que l'expérimentation, entre les mains de M. A. Frouin, a donné la survie et non la guérison des animaux, on ne peut, croyons-nous, conclure à une action partielle du traitement chez l'homme, les conditions cliniques et thérapeutiques étant toutes différentes, ainsi que nous l'avons déjà fait observer (1). Nous relevons d'ailleurs, dans les observations de M. Rénon, des améliorations considérables de l'état local et de l'état général, dans des cas dont certains paraissent particulièrement graves.

Au reste, il s'agit bien d'une action antituberculeuse ; n'est-ce pas la première méthode chimiothérapique à laquelle puisse s'appliquer ce mot ? Elle n'est pas dangereuse lorsqu'elle est employée avec discernement ; elle procure aux malades un état de bien-être et d'euphorie signalé par tous les observateurs ; elle donne des effets locaux incontestables et ouvre souvent le chemin de la guérison. Sans doute, on enregistra des échecs dans les cas graves et anciens, et quelquefois aussi dans des cas en apparence favorables, car nulle médication n'est infaillible. Résumant, moins de deux ans après nos premiers essais, les résultats déjà obtenus, et dont on ne saurait nier l'importance, nous ne nous dissimulons certes pas que notre méthode doit encore être étudiée et perfectionnée : telle qu'elle est, elle nous paraît déjà susceptible d'entrer dans la pratique et de donner des succès que les autres traitements n'obtiennent pas, dans les mêmes cas, avec la même régularité.

(La Presse Médicale, Février 1921.)

(1) — Soc. méd. des Hôp., 26 Novembre, 1920.