

PAGE

MANQUANTE

L'exposition de la tuberculose à Montréal

Résumé des conférences

(Suite)

LE SANATORIUM DE STONYWOLD ET LES OEUVRES AUXILIAIRES, (par M^{de} Newcombe, de New-York, fondatrice du Sanatorium).

Madame Newcombe est la femme d'un médecin spécialiste de New-York. Ayant remarqué avec peine que les jeunes filles ouvrières de la grande ville américaine, lorsqu'elles devenaient atteintes de tuberculose, se trouvaient sans refuge, M^{de} Newcombe résolut, en 1901, de leur créer un asile. Elle intéressa quelques-unes de ses amies à son projet, organisa une vente de charité qui donna un bénéfice de \$500, choisit un site convenable près du lac Kushaqua, et continua sa propagande en faveur des jeunes ouvrières malades auprès de personnes riches qu'elle sut attacher à son œuvre, et qui souscrivirent la somme nécessaire pour acheter le terrain choisi, soit \$20,000.

Il s'agissait ensuite de construire le sanatorium, qui devait coûter \$15,000. C'est alors que M^{de} Newcombe eut l'idée d'organiser ces œuvres auxiliaires qui devaient lui permettre de mener rapidement à bonne fin son projet. Elle forma un comité pour chaque district de New-York. Ces comités organisèrent des assemblées publiques et obtinrent l'adhésion de membres importants parmi le clergé, et les hommes d'affaires. La contribution des membres fut fixée à deux, cinq et dix piastres. En deux ans, à force de travail et de persévérance, les quinze mille piastres furent souscrites et l'on construisit le sanatorium. L'institution, depuis, a toujours été généreusement supportée. Aujourd'hui, le sanatorium de Stonyworld donne asile à 92 ouvrières et 22 enfants. Il suffit, pour y être admise, d'être une ouvrière, c'est-à-dire de gagner soi-même sa vie. Celles qui peuvent payer donnent quelque chose ; les autres sont admises également.

Lorsque M^{de} Newcombe organisa sa première vente de charité, l'état de New-York venait de voter \$50,000 pour l'érection d'un sanatorium. Deux ans plus tard, les fondations seulement de ce sanatorium étaient plantées, tandis que celui de M^{de} Newcombe ouvrait déjà ses portes, ce qui prouve que la charité et l'initiative privées peuvent agir quelquefois plus vite que les gouvernements.

M^{de} Newcombe est très fière du sanatorium de Stonyworld. Elle en est fière, dit-elle, pour le bien qu'il fait, et pour cette raison seule. Après en avoir expliqué le fonctionnement, et avoir ajouté qu'elle se propose d'organiser, à New-York, de nouvelles œuvres auxiliaires parmi les ouvrières elles-mêmes, la conférencière ter-

mine en faisant voir d'excellentes vues du sanatorium et des paysages qui l'entourent.

Inutile de dire que M^{de} Newcombe fut très applaudie.

A BOSTON

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE PARMI LES PAUVRES, (par le Dr Pratt, de Boston, créateur d'un système de traitement et d'éducation à domicile).

Il est très facile, dit le docteur, de traiter chez eux les pauvres à un coût minime. Toutes les maisons ont en effet des toits, ou des galeries ou des cours ; aux États-Unis, surtout dans les grandes villes comme New-York, Boston, Philadelphie, les maisons de plus de trois étages ont toutes des échelles de sauvetage où l'on dort pendant les grandes chaleurs, on peut y dormir aussi l'hiver ; les fenêtres peuvent être ouvertes en tout temps.

Le système suivi par le Dr Pratt est donc de traiter les pauvres à domicile, de les faire visiter par des infirmières et de leur donner une fois la semaine des conseils appropriés à leur état, en les réunissant par classe. Il s'agit, bien entendu des malades qui sont encore à une période peu avancée de la maladie. Pour les cas trop avancés et dont on désespère, il ne reste plus qu'à les enlever à leur milieu pour empêcher qu'ils ne contaminent leurs parents. La base du traitement est le sommeil à l'air libre et la surnutrition.

Le traitement consiste dans le repos absolu jour et nuit, le sommeil à l'air libre, les visites d'une infirmière, tout cela au domicile du patient, et une visite hebdomadaire à la classe où le médecin examine ses patients, leur donne les conseils qui conviennent à chacun et donne aussi des conseils généraux. Le repos et le sommeil à l'air libre se prennent sur le toit, sur un balcon, dans la cour ou sur le pallier d'une échelle de sauvetage. Si toutefois, il est impossible d'avoir un pareil lieu de repos, on est bien forcé de transporter le malade ailleurs, mais il faut avouer que c'est la rare exception. Dans les villes américaines où tout coûte cher, une dépense d'une dizaine de dollars suffit pour arranger un lit de malade en plein air. C'est une somme très élevée dans certains cas, mais on doit compter sur la charité des gens plus fortunés, la provoquer même, et après tout, ces frais peuvent être réduits puisqu'il ne s'agit après tout, que de donner de la chaleur au malade pendant l'hiver et les nuits fraîches et assurer la désinfection parfaite de ses crachats et ces linges qui peuvent être souillés. Le repos doit être absolu et l'exercice n'est permis, à condition de ne pas être violent, qu'après le commencement de la convalescence. Quand le médecin le juge à propos, le patient retourne à son travail, mais il doit se rapporter de temps en temps pour être de nouveau soumis au traitement à la moindre apparition de mauvais symptômes.

Beaucoup de malades ne veulent pas se soumettre à ce traitement, dit le docteur, parce que pendant ce temps ils ne gagnent rien et qu'ils sont à la charge de leur famille. Cette objection est d'ailleurs la même pour le

traitement au sanatorium. Mais ne vaut-il pas mieux que le tuberculeux perde six mois pour se guérir définitivement, plutôt que de mourir et de laisser pour tout de bon sa famille dans la misère ?

Le Dr Pratt a montré les résultats obtenus dans une classe de 29 patients. Un d'entre eux, un barbier, sortit au bout de cinq mois apparemment guéri. Il n'aurait probablement plus eu de récurrence, mais il se remit à son travail, travaillant douze heures tous les jours et dix-huit heures le samedi. A ce train-là, l'amélioration ne pouvait se maintenir et le barbier dut revenir à la classe. Une fois remis en liberté, cependant, il fut plus prudent et aujourd'hui il semble définitivement guéri.

Trois cas refusés comme trop avancés par les sanatoriums ont été sauvés. C'étaient des pauvres gens qui n'avaient qu'un mince salaire.

Le mari et la femme, malades de phtisie, cinq enfants à la maison sans un morceau de pain, voilà un autre exemple donné par le Dr Pratt. Le mari a passé six mois sous une tente sur le toit de la maison, il est guéri ; la femme est en voie de guérison chez une dame de la banlieue de Boston où elle a été placée avec ses enfants. Un juif russe, tuberculeux avancé, qui vivait dans une maison surpeuplée, passe aussi six mois sur le toit ; il est aujourd'hui guéri et en passe de s'enrichir par son commerce.

Un pauvre nègre considéré comme incurable obtient de son propriétaire qu'il lui fasse un balcon en bois sur lequel il passe six mois. Ses parents et ses amis venaient rire de lui et il aurait abandonné son traitement sans les conseils d'une infirmière qui venait le visiter une fois par semaine : il est aujourd'hui guéri.

Si nous ajoutons que les autorités municipales de Boston, qui ressemblent en cela à celles de beaucoup d'autres villes, avaient refusé toute aide pécuniaire au Dr Pratt, convaincues qu'elles étaient que tout cela était une histoire à dormir debout, on ne peut qu'applaudir à cette œuvre de dévouement.

AU CANADA

EXPOSE D'UN PLAN DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CANADA, (par Mme Fiedler, déléguée du gouvernement français).

Tout en constatant que nous avons au Canada, 38 associations antituberculeuses, 12 sanatoriums et 4 dispensaires, Mme Fiedler croit que c'est insuffisant, malgré l'habileté universellement reconnue de ses médecins.

Ce qui importe de fonder avant tout au Canada, c'est un Comité Central, comme en Allemagne, qui pourrait être composé comme suit : un président, un secrétaire général et les délégués des provinces, des institutions d'assurance, des caisses d'épargne, des médecins, des économistes, des philanthropes. Le comité central ne fonde pas de sanatoriums, mais il en provoque la création, il aide à trouver des fonds, il provoque des sub-

ventions, il assure le budget des dépenses, etc. Il fournit des plans, engage même des médecins directeurs ou consultants et des infirmiers.

Ses dépenses sont payées au moyen de la cotisation individuelle ou collection des membres, les villes et les provinces payant par année de \$100 à \$200, les associations, une somme moindre, les industriels ou chefs d'entreprise, une autre somme, les particuliers, \$5 par année.

Le comité central canadien aiderait à la fondation de dispensaires dans chaque ville, chaque village, chaque hameau, de sanatoriums pour les candidats à la tuberculose semblables à celui de Saint-Agathe, de sanatoriums pour les tuberculeux avancés, d'asiles pour les tuberculeux inguérissables.

Il pousserait à la fondation de stations agricoles où seraient admis les convalescents à qui il faut du travail en plein air, avec leur famille, le produit de leur travail payant leur entretien. Il aiderait à la fondation de camps d'été en dehors des villes ou de bateaux-sanatoriums comme aux États-Unis.

Des sociétés d'enseignement des règles de l'hygiène devraient surgir partout ; partout on devrait distribuer des brochures traitant de ces règles. C'est surtout à l'école qu'il faut commencer, par l'inspection médicale, par l'examen des maîtres et des institutrices.

En terminant, Mme Fiedler expose le plan suivant ; la fondation, dans les Laurentides, d'un sanatorium pour les cas de début de la tuberculose, pour ceux qu'on est certain de guérir. Les frais de construction et de fonctionnement seraient supportés par toutes les associations intéressées. Ce sanatorium consisterait en un pavillon central où se trouveraient les services administratifs, le cabinet du médecin, la pharmacie, la cuisine, la salle à manger, le salon, la bibliothèque. Ce pavillon coûterait \$20,000 au gouvernement fédéral ou provincial ou à tout philanthrope qui voudrait contribuer à la salubrité publique. Autour du pavillon central se grouperaient des petits pavillons appartenant chacun à une ville ou à une association qui en supporterait les frais, soient environ \$4000 par pavillon pour 10 patients.

" Je place, dit Mme Fiedler, cette idée sous le patronage de la Ligue Antituberculeuse, des universités de cette ville, des sociétés médicales de l'honorable M. Guin et de son gouvernement.

A MONTRÉAL

LA LIGUE ANTITUBERCULEUSE DE MONTRÉAL, (par le Dr Hamilton, membre de la Ligue.

Le conférencier a d'abord montré ce qu'a fait la Ligue Antituberculeuse depuis sa fondation le 29 novembre 1902 ou plutôt depuis la formation de son comité général en juin 1903. Depuis ce temps elle a fait surveiller 11,005 patients à qui elle a fourni soit des soins, soit des vêtements, soit de la nourriture. L'inspecteur prêté par

la Ville, M. Mirault, a fait pendant ce temps 20,000 visites et a distribué 90,000 crachoirs, il a désinfecté 3,000 chambres. Cinquante malades ont été renvoyés dans leur pays d'origine, 180 ont été logés à l'Hospice des Incurables, à Notre-Dame de Grâce, 50 ont été placés à la campagne, 4,186 sont morts ; les autres ont été traités à domicile et ont été guéris.

La ligue a dépensé depuis 1904 \$12,724, dont \$4,150, fournis par la Ville ; cela ne comprend ni le salaire de l'inspecteur ni la subvention donnée à l'Exposition.

Le conférencier fait ressortir un fait qui est plutôt à la honte de la Ville. En 1904, le conseil municipal adopta un règlement qui défend de cracher sur les trottoirs. On chercha à appliquer ce règlement une fois seulement et c'est l'accusé qui gagna. Depuis ce temps on crache où l'on veut. Seule l'opinion publique aura assez de puissance pour faire une guerre victorieuse au crachat.

Le gouvernement provincial a donné du terrain pour la fondation d'un Sanatorium à la Montagne Tremblante, on a voulu fonder des camps d'été, le gouvernement fédéral a promis d'empêcher l'entrée au pays des immigrants tuberculeux ; ces mesures n'ont pas réussi.

Le conférencier fait l'éloge de la loi provinciale d'hygiène et souhaite qu'elle soit appliquée partout, elle nous forcerait, dit-il à la déclaration obligatoire des cas de tuberculose, ce qui serait le grand pas de fait vers la destruction de la terrible maladie.

Le Dr Hamilton donne ensuite la liste de ce que nous avons besoin. Elle est éloquent.

1e.—Un dispensaire (nous l'avons grâce au colonel Burland).

2e.—Un recensement quinquennal.

3e.—Un grand nombre d'infirmières.

4e.—Deux inspecteurs, aussi dévoués que l'inspecteur actuel.

5e.—La coopération des églises et des associations religieuses.

6e.—La coopération du bureau municipal d'hygiène armé de plus grands pouvoirs.

7e.—Un sanatorium et des camps d'été.

8e.—Un autre hôpital pour les Incurables avec le voisinage d'une ferme.

9e.—Une meilleure direction donnée à la distribution des aumônes.

10e.—La mise en vigueur des lois sur la déclaration obligatoire, la désinfection et contre le crachat.

11e.—Des propriétaires qui ne sacrifieront pas la vie de leurs locataires au désir de faire un peu plus d'argent.

12e.—Des conférences dans toutes les écoles, les collèges et les couvents.

13e.—De l'argent et encore de l'argent. Les dons particuliers ne peuvent jamais suffire ; il faut l'aide pécuniaire du gouvernement.

Calcification et Décalcification chez les athéromateux

Par M. Lœper, Prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et M. F.X. Bouverd (x)

Il semble, lorsqu'on parle du traitement de l'athérome artériel que l'on s'occupe presque exclusivement des manifestations et des troubles morbides qui en sont la traduction clinique et non de la lésion vasculaire même qui en est la caractéristique anatomique et nous restons, malgré les hypothèses émises à ce sujet, assez ignorants des médicaments et même du régime alimentaire capables de prévenir la calcification artérielle, à plus forte raison d'en faciliter la régression.

Cette ignorance tient en grande partie à l'absence ou tout au moins à l'insuffisance des recherches expérimentales publiées. Si l'on connaît, en effet, un certain nombre d'agents toxiques alimentaires ou autres, susceptibles d'impressionner les parois vasculaires et d'y laisser leur empreinte irremédiable, on a encore incomplètement étudié l'action empêchante que pourrait exercer certains médicaments. Bien plus, on n'a guère recherché si, à côté des poisons proprement dits, de notre alimentation quotidienne même, il ne pouvait exister des substances réputées inoffensives qui, par leur accumulation dans notre organisme viendraient troubler la nutrition de nos vaisseaux et favoriser l'apparition de la dégénérescence calcaire et athéromateuse.

Dans un travail paru il y a plusieurs mois en collaboration avec Boveri l'un de nous avait émis cette hypothèse que, l'une de ces substances, qui, d'ailleurs représente en quelque sorte le substratum chimique des lésions artérielles, la chaux devait jouer dans leur production un rôle prédominant et que l'élévation du coefficient calcique des tissus vasculaires pouvait être, comme l'augmentation du chlorure de sodium dans l'oedème et l'hydrémie, une des causes sinon de la lésion au moins de sa calcification.

Les recherches que nous avons faites depuis plus d'un an semblent confirmer cette hypothèse (1).— Nous les rapporterons brièvement et nous nous efforcerons en terminant d'en tirer quelques conclusions pratiques touchant la thérapeutique de l'athérome artériel et le régime alimentaire qu'il serait peut-être bon de lui opposer.

Il est indéniable que le tissu artériel a pour la chaux une appétence spéciale. Le coefficient calcique du tissu

(x) Communication au Congrès de Genève.

(1) Lœper et Boveri.— La chaux et les artères, " Presse médicale et Société de Biologie, " 1907.

cardio-vasculaire plus faible que celui des cartilages est, il est vrai, déjà plus élevé que celui du tissu musculaire du foie, du rein et du tissu conjonctif (1,10 à 1,30 p.c. chez le lapin au lieu de 0,17, 0,20 et 0,30). Si l'on donne à des animaux comme l'un de nous l'a fait avec Boveri du phosphate, du carbonate de chaux ou comme nous l'avons fait plus récemment du chlorure de calcium, le coefficient calcique du tissu vasculaire s'élève de près de 0,30 centgr. pour 0 p.m. soit 1,02 au lieu de 1,05 et 1,10. D'autre part, l'alimentation par des substances riches en chaux comme les herbages, s'accompagne toujours d'une augmentation de la chaux artérielle, aussi n'est-il pas surprenant de trouver chez la vache 1,37 p.c. dans l'aorte, chez le lapin 1,19 à 1,20 alors que le chien et l'homme donnent seulement 0,19 et 0,40.

Le coefficient calcique élevé des artères de la vache, du lapin, n'explique-t-il pas la facilité avec laquelle on rencontre ou on réalise expérimentalement la calcification artérielle chez ces animaux.

D'ailleurs, au fur et à mesure que l'animal avance en âge, la chaux qui primitivement se déposait dans les os et les cartilages, comme en un vaste réservoir avide de sels calcaires, tend à se répartir dans tout l'organisme et si le jeune lapin donne déjà 1,10 à 1,15 p.c., le lapin de 3 kg. donne 1,30 à 1,40 ; si l'homme jeune donne 0,35 à 0,40, l'homme de 60 ans, en dehors de toute calcification appréciable donne 0,60 à 0,70. Nous avons cru voir dans cette élévation progressive du coefficient calcique l'explication de l'apparition plus fréquente de l'athérome chez les individus âgés.

Il est d'autre part remarquable de voir que, parmi les substances qui provoquent si facilement l'athérome (adrénaline, ergotine acide oxalique, viandes putréfiées, piment rouge, tabac) un certain nombre déterminent avant toute lésion de calcification perceptible à l'œil nu ou même au microscope une augmentation de la chaux du tissu cardiovasculaire.

Avec l'adrénaline de la deuxième injection nous avons trouvé 1,21 p.c. au lieu de 1,15 chez le témoin ; avec l'ergotine l'écart est encore appréciable et dépasse 0,10 centigr.

Cette rétention calcique semble encore attestée par la diminution de l'élimination fécale et urinaire de la chaux et nous n'en voulons pour preuve chez l'homme que la diminution des phosphates terreux (0,23 à 0,59 au lieu de 0,13 et 0,49) à la suite de l'administration de l'adrénaline, ou de la chaux totale (0,035 au lieu de 0,070 avec l'ergotine à assez forte dose (2 gs). (1).

(1) Lœper.— Les poisons alimentaires et l'athérome. Xe Congrès de Médecine Française, sept. 1907 ; Arch. des maladies du cœur, janvier 1908.

En somme certains irritants du tissu vasculaire semblent dans la première phase de leur action nocive provoquer une accumulation de chaux avant d'en amener la précipitation sous une forme chimique nouvelle de sels insolubles.

L'hypothèse un peu simpliste en apparence que nous avons émise du rôle joué par la chaux dans la produc-

tion des lésions athéromateuses trouve dans ces constatations sinon sa preuve absolue du moins une base assez solide pour que nous soyons en droit d'en tenir compte dans l'établissement de la thérapeutique et surtout du régime des athéromateux.

A toutes les étapes de la vie, l'homme a besoin de chaux ; mais il ressort des travaux publiés à ce sujet, qu'au fur et à mesure qu'il avance en âge, la ration d'entretien s'abaisse notablement ; il est donc indispensable d'augmenter chez les jeunes la quantité de chaux alimentaire et de la diminuer chez l'adulte et surtout chez le vieillard ; les tables publiées par AtWater et par Armand Gautier pour ne citer que les principaux, permettent de classer les aliments en trois catégories : les aliments très riches en chaux dont le coefficient dépasse 2 p.c. qui sont en premier lieu le lait de vache, le fromage, les œufs, les oignons, les choux verts et les pois d'Alsace ; 2e les aliments moyennement riches en chaux, dont le coefficient est entre 1 et 2 : le lait de jument, les fèves, les lentilles, les haricots, les choux-fleurs, les fèves ; 3e les aliments pauvres en chaux dont le coefficient est inférieur à 1 p.c. et qui sont : le pain, la viande, la cervelle, la plupart des poissons, les pommes de terre, les pois de Hollande, les asperges, les pommes, les poires, les prunes, les cerises, etc. Parmi les boissons la teneur en chaux dépasse rarement 30 centigrammes par litre de vin, de poiré ou de bière ; elle atteint 20 ctg. dans l'eau de la Vanne, 50 ctg. dans certaines eaux gazeuses, St-Galmier et Pougues. Il est facile, d'après ce court énoncé, de voir de quels aliments se composera plus particulièrement la nourriture des candidats à l'athérome et des athéromateux. Mais il faut également tenir compte de la quantité de substances absorbées ;

Voici avec leur teneur en chaux la quantité de substances consommées par un adulte normal dans les 24 heures :

- 4 à 800 gr. de pain donnent 0,45 à 0,70 de chaux.
- 150 à 200 gr. de viande donnent 19 ctg. de chaux.
- 3 œufs donnent 10 à 15 ctg. de chaux.
- 200 gr. de lait donnent 40 ctg. de chaux.
- 160 gr. de légumes secs donnent 5 ctg. de chaux.
- 200 gr. de légumes verts ou d'épinards 40 ctg.
- 500 gr. de pommes de terre 8 à 10 ctg.
- 15 gr. de fromage 8 ctg.
- 90 gr. de fruits 2 ctg.
- 150 gr. de bouillon ou potage 20 à 40 ctg.

Il semble que dans ce groupe le lait, comme Rumpof et Carell et Sénator l'ont indiqué, le pain, les légumes verts et le bouillon soient les seuls produits alimentaires que leur forte concentration calcique oblige à prohiber ; de même, nous dirons que les grandes quantités d'eau gazeuse, chargées en sels calcaires, devront être interdites.

Une question intéressante dans le choix des substances alimentaires est celle de l'assimilation de la chaux qu'elles contiennent ; il est reconnu que la chaux conte-

nue dans la viande est plus assimilable, mais s'élimine également mieux. Peut-être pourra-t-on un jour savoir quel est de façon précise le degré d'assimilation et d'élimination de la chaux contenue dans les aliments à l'état d'albuminate, de sulfate, de lactate, de carbonate, de bicarbonate, de phosphates, etc. Les recherches de Motchananko (1902) et celles de Makaroff (1907) ne permettent pas encore de conclusions précises.

Si l'on doit s'efforcer d'instituer chez les atheromateux, un régime alcalaire, on doit également favoriser l'élimination de cette chaux par les urines, par l'intestin et même par la peau. D'après nos dosages, l'homme normal rend quotidiennement par les urines de 16 à 20 ctg. de chaux ; ce chiffre s'abaisse avec un régime alcalaire, s'élève notablement par le régime lacté ; il s'abaisse également dans presque toutes les maladies aiguës, à l'exception de la tuberculose dans les néphrites et les cardiopathies ; bien que le rein soit, même à l'état normal, peu perméable à la chaux, un certain nombre de médicaments sont susceptibles d'en faciliter l'élimination ; la digitale, la théobromine, le café donnent des éliminations de 30 et 35 ctg. ; les très faibles doses d'ergotinine, les petites doses d'iodeure, (20 ctg.) donnent jusqu'à 61 et même 81 ctg. ; enfin l'absorption de grandes quantités d'eau, et de certaines tisanes diurétiques accélèrent notablement l'élimination médicamenteuse.

L'intestin est la grande voie d'excrétion de la chaux de notre organisme ; à l'état normal quotidiennement les matières renferment 40 à 60 ctg. de chaux ; il est intéressant de voir combien les purgatifs augmentent cette excrétion : en tenant compte de la quantité d'eau rendue, la teneur en chaux des matières avec 30 gr. de sulfate de soude dépasse 90 ctg. ; avec les purgatifs drastiques, en particulier l'aloès, on obtient entre 80 ctg. et 1 gr. ; il est donc indiqué, chez les malades atteints de surcharge calcique, de recourir à la médication purgative.

Nous dirons peu de chose de l'élimination cutanée, bien que les squames renferment toujours une proportion de chaux très élevée ; nous ferons pourtant remarquer que l'administration d'iodeure augmente la proportion de chaux contenue dans la peau de 0,87 à 3,28.

Un dernier moyen thérapeutique d'apparence fort simplifié, et qui serait pourtant en regard des médications préventives indiquées plus haut, un moyen vraiment curatif, s'il n'était d'application délicate et dangereuse, consiste dans l'administration de produits capables d'entraîner la chaux accumulée dans les tissus ou de solubiliser la chaux précipitée des foyers athéromateux.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'action des limonades acides, des iodeures et du bi-carbonate de soude : nous n'hésitons pas, contrairement à l'opinion de Ferrier, à prohiber les acides, même à petite dose, longtemps prolongée ; ils entraînent une dissolution de la chaux fixe contenue dans les os et les cartilages et par

suite l'encombrement des tissus mous par les sels calcaires solubilisés.

Nous avons trouvé deux fois plus de chaux dans ce cas, dans les muscles de nos animaux. La thérapeutique par les acides aboutit donc à un résultat diamétralement opposé à celui que l'on souhaite atteindre.

L'iodeure de potassium et probablement aussi les différents produits iodés semblent, à forte dose, agir dans le même sens en mobilisant la chaux fixe ; à faible dose, le phénomène est moins accentué, mais encore perceptible. Aussi ce médicament, n'apparaît-il pas, lui non plus, comme un dissolvant spécifique de la chaux artérielle.

Nous ne croyons pas que le bi-carbonate de soude soit passible des mêmes objections ; à la dose de 10 à 15 ctg. par jour chez l'animal, il nous semble avoir obtenu une diminution notable de la chaux contenue dans le tissu cardio-vasculaire, (0,90 au lieu de 1,10 chyle lapin) alors que la richesse des os en chaux n'avait subi aucune variation.

Dans le régime et le traitement des candidats à l'athérome et des athéromateux il est donc important de distinguer les médications préventives et les médications véritablement curatives. La médication préventive consiste dans l'établissement d'un régime, autant que possible, dépourvu de sels calcaires et d'une thérapeutique qui facilite l'élimination surtout urinaire et intestinale de la chaux mobile des dessus. La médication curative infiniment moins efficace et quelquefois dangereuse ne consistera jamais dans l'administration des acides et des iodeures à forte dose parce que ces substances immobilisent et transportent dans les tissus mous, dont elles augmentent le coefficient calcaire : la chaux fixée des os et des cartilages. Mieux vaut s'adresser au bi-carbonate de soude que nos expériences nous ont montré capable d'entraîner la chaux des tissus mous sans s'attaquer à la chaux fixe contenue dans les tissus osseux et cartilagineux.

Clinique Chirurgicale

De l'union indispensable de la médecine et de la chirurgie

Par M. le Dr Paul Reynier, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

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'antiseptie et l'aseptie 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, quelle 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 les succès, les chirurgiens se soient laissés emporter par cette fièvre opératoire et, se fiant à l'asepsie, se soient moins préoccupés de leur diagnostic, que l'intervention devait compléter.

Ne soyons donc pas étonnés de voir des générations nouvelles de chirurgiens élèves 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 à la Société de chirurgie que dans les affections abdominales on ne faisait pas, le plus souvent, de diagnostic ; qu'on opérait 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.

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.

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 hablerie, 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, matamores du bistouri, 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 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 Gossein, 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 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 dangers des anesthésiques que nous manions.

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. La bactériologie guide, en effet, notre antiseptie, nous éclaire 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. 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, pour moi, être un chirurgien.

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.

Prenez, 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.

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 quia 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 ?

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 fa-

cile 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.

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 hyste et l'amener au dehors sans avoir, pour ainsi dire, mis la main dans le ventre ; j'étais sûr de mon asepsie. Mon interne et moi nous avions 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 expectorations spumeuses, sans élévation notable de température, 37,6. Je la troue assises, la face cyanosée, les yeux hagards. Je l'ausculte et trouve la poitrine, des deux côtés, remplie de petits 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 et je lui fais une injection de caféine. Le soir même, 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 péritoneaux. 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 eû-

mes 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 chirurgien 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.

(In JOURNAL DES PRATICIENS).

Les fruits crus dans le régime des diabétiques

par M. M. Jardet et Nivière (de Vichy)

Depuis près de dix ans, et particulièrement depuis la publication en 1898 dans la "Revue de Médecine" de notre note sur "les altérations des glandes digestives à suc alcalin et leur importance dans le diabète sucré", nous permettons et même nous recommandons à tous nos diabétiques les fruits crus pendant le traitement de Vichy et après lui.

Nous prescrivons même à ceux qui sont constipés, cerises, fraises, prunes, pêches, raisins, melons, oranges en quantité un peu forte, de 300 à 700 grammes, le matin au premier repas, et nous n'avons jamais vu que leur usage empêchât la diminution ou la disparition de la glycosurie, ni qu'il contribuât à son retour si le régime et l'hygiène étaient par ailleurs bien observés. Nous sommes même portés à croire que le sucre urinaire tombe plus facilement à zéro que par l'abstention de végétaux crus.

D'un graphique résumant les analyses presque quotidiennes de plusieurs mois, qui nous fut présenté par l'un de nos malades, il résultait que cet homme voyait aug-

menter le sucre à partir de décembre, c'est-à-dire du moment où il ne prenait plus de fruits frais.

En 1898 nous mentionnions que les sujets de nos observations avaient pris sans inconvénient des fruits, depuis nous avons continué les mêmes prescriptions diététiques, et, sur 644 cas qu'il a été donné d'observer à l'un de nous, la glycourie s'est trouvée réduite à zéro dans 314, diminuée plus ou moins, parfois réduite à moins d'un gramme dans 312, et restée sans modification sérieuse pendant la cure thermique dans 18 seulement.

Nous recommandions autrefois le régime de Bouchardat sans le modifier, sans recommander les pommes de terre, qui contiennent d'autant plus de fécule qu'elles sont plus sèches et qui ne nous ont jamais donné grande satisfaction.

L'observation de nos malades, seule, en dehors de toute considération théorique, nous a conduit à nous écarter du régime classique, à tolérer et à préconiser timidement d'abord, avec assurance ensuite, les fruits crus et surtout ceux qui sont fondants.

Très tolérants pour eux, nous sommes restés absolument rigoureux et sévères pour les féculents et les farineux.

Nos malades acceptent d'autant plus volontiers nos recommandations qu'ils se trouvent rafraîchis d'abord, désaltérés ensuite, et satisfaits dans leurs goûts, leur appétit et leur besoin de nourriture.

Les fruits mous, pulpeux et fondants, que nous recommandons plutôt que ceux qui sont durs et croquants, ne sont jamais lourds à l'estomac s'ils n'entrent pas un repas trop copieux et surtout s'ils sont pris le matin; ils le deviendraient comme beaucoup d'aliments s'ils étaient mangés lorsque la satiété est atteinte; mais quel aliment ne le serait pas dans ces conditions?

Pris en temps convenable et en quantité modérée, ils se digèrent très bien parce qu'en dehors de leurs qualités nutritives, de leur mollesse, de leur divisibilité, ils possèdent le parfum, c'est-à-dire "l'excitant" de nos sécrétions digestives, que tout aliment parfait doit avoir, et que la cuisson leur enlève souvent. Après l'avoir subie, beaucoup d'aliments doivent emprunter à des condiments souvent irritants cette propriété stimulante, indispensable à l'acte digestif.

Sans prétendre interpréter ni même exposer la transformation chimique des fruits dans la digestion, nous rappellerons que, d'après Mialhe et beaucoup de chimistes actuels, les malates, les tartrates, les sucrates de soude et de potasse qu'ils renferment se transforment sous l'influence de la digestion en bicarbonate de soude. Ce sel aurait une action alcalinisante d'autant plus forte qu'il serait à l'état naissant. Le jus de fruit serait donc un véritable sérum alcalin, nutritif, vivant et parfaitement apte à l'assimilation. Ce sont là des considérations théoriques que nous ne faisons que signaler.

La question de l'usage des fruits et du sucre par les diabétiques n'est d'ailleurs pas nouvelle: Piorry, Cudd, Bennett et Sloane dès 1856 et 1858, Rigodin en 1861, traitaient leurs diabétiques par les sucres; ce n'était

pas, il est vrai, pour diminuer celui qu'ils rendaient par les urines, mais plutôt pour en compenser la perte. Ils guérissaient ainsi des troubles fonctionnels plus ou moins graves et réparaient les déperditions journalières. Leur pratique a été suivie depuis par quelques médecins, en présence de cas où l'acétone et l'acide diacétique augmentent à mesure que la glycosurie diminue sous l'influence d'un régime sévère. La glycose et la lactose par leurs qualités diurétiques rendent les éliminations plus parfaites, réduisent l'acétone à ses proportions normales et écartent par suite la menace de coma, de gangrène et d'accidents immédiatement graves.

Il est d'ailleurs à remarquer, comme le fit Laufer, que les diabétiques assimilent très bien les hydrates de carbone lorsque la ration alimentaire en albuminoïdes et graisses est diminuée. Le sucre peut par suite améliorer la nutrition générale et modifier le coefficient azoturique.

Nous sommes pleinement d'accord avec cet auteur; mais il est encore deux points sur lesquels nous désirerions attirer l'attention; l'influence qu'exerce d'une part la préparation et de l'autre l'origine ou la nature du sucre alimentaire. Plus il est concentré et déshydraté, plus facilement il apparaît dans les urines; mieux il est dissous, mieux il est absorbé; c'est là, croyons-nous, l'une des conditions importantes qui permettent de comprendre comment les fruits frais sont si bien utilisés, tandis que les féculents ou les farineux le sont si mal par la plupart des diabétiques.

Ces malades, par suite de conditions que nous ne connaissons pas, ont besoin d'eau, leurs tissus en réclament, et tout aliment mal dissous, ou qui réclame du liquide pour devenir assimilable, est facilement rejeté. Les pommes de terre cuites à l'eau donnent moins de glycosurie que celles qui sont frites, grillées, sautées, cuites au four et déshydratées. Les pâtisseries, les pâtes sont pour la même raison tout à fait contre-indiquées. Il en est de même des fruits secs et des confitures, et nous avons vu les pruneaux donner de la glycosurie alors que les prunes n'en donnaient pas.

Si nous nous reportons aux tableaux de Mayet, de Boussingault, et à ceux plus récents de Balland, nous voyons qu'aucun fruit frais tel que groseille, melon, orange, pêche, raisin, figue, etc., ne renferme plus de 7 à 15 p. 100 de sucre en moyenne, le raisin sec 76 p. 100, le pain de gluten 27 p. 100 et le pain ordinaire 60 p. 100.

L'importance de la concentration n'est pourtant pas prépondérante, celle de la nature des sucres l'emporte encore; elle varie non seulement avec chaque espèce de fruit, mais encore avec sa préparation. Les pruneaux cuits à l'eau par exemple, qui sont des prunes séchées au four puis hydratées par la cuisson, ont fait apparaître la glycosurie, qui avait cessé pendant l'usage des fruits crus.

La bière, même en quantité modérée, nous a de la même façon ramené le sucre urinaire: elle contient peu de sucre (de 0,30 à 1 gramme 30 p. 100) elle a par contre vingt fois plus de dextrose.

En prescrivant les fruits crus aux diabétiques et en allant à l'encontre de bien des habitudes thérapeutiques, nous avons eu principalement pour objet de régulariser les fonctions digestives et d'en stimuler les sécrétions alcalines, d'agir sur les glandes salivaires pancréatiques et entériques. Ce sont ces considérations exclusivement cliniques, mais basées sur nos recherches antérieures, qui nous ont guidés. Peut-être pourrait-on nous objecter que la fructose est lévogyre comme le sucre interverti, qu'elle passe dans l'urine, que ne déviant pas le plan de polarisation nous n'avons pas su la retrouver ; nous répondrons à cette objection que les urines examinées ne réduisaient pas la liqueur de Fehling, et par conséquent qu'elles ne contenaient pas de sucre.

Nous ne pensons pas que les fruits crus qui sans aucune préparation nous offrent toutes les qualités d'un aliment parfait puissent nuire aux diabétiques, s'ils sont pris à doses raisonnables et dans de bonnes conditions de fraîcheur et de maturité.

Nous savons aussi, selon les expressions de Bouchardat, que rien n'est plus défavorable pour une méthode nouvelle que des essais incomplets et mal suivis, qu'il ne peut rien arriver de plus fâcheux pour un système nouveau que ce traitement. Aussi, malgré nos neuf années d'observations suivies, nous vous demandons seulement aujourd'hui de vouloir bien nous aider à voir si nous devons continuer à affirmer, ce qui est notre conviction, que l'usage des fruits crus dans le diabète sucré est non seulement inoffensif, mais encore favorable.

Thérapeutique Médicale

Le traitement des anémies

(PAR MM. HUCHARD ET TISSINGER)

Toutes les anémies ne sont pas de même cause et partant de même nature. Il s'en suit que leur traitement doit varier. MM. Huchard et Tissinger nous en ont magistralement tracé les indications dans une récente étude. D'autre part, de récents travaux sur la question en ont éclairci des points moins nettement établis jusqu'ici. Ce sont ces différents travaux que nous avons synthétisés pour nos lecteurs.

Un malade au teint pâle, dysnéique, très affaibli réclame votre secours. C'est un anémique. De quelle sorte ? Il y a vingt ans, la réponse n'était pas difficile ; l'ignorance où nous étions des modes de destruction, de régénération globulaire, des diverses variétés de globules rouges ou blancs, nous permettait de répondre sans hésitation. A une malade de quinze ans, nous disions chlorose, aux autres sujets nous apposions l'étiquette : anémie ou chloro anémie, et quand le nombre des globules blancs était trop élevé dans le sang, nous diagnosti-

quions : leucémie. Quant aux anémiques qui ne guérisaient pas, c'étaient des anémies pernicieuses.

Et tout cela était exact, encore qu'incomplet. Dans quelle mesure les recherches de l'hématologie moderne ont permis de mieux renseigner le praticien, c'est ce que nous allons chercher à démêler. Nous ne nous appesantirons pas sur la pathogénie. Que les anémies résultent d'une fragilité globulaire, de la présence dans le sang d'une substance dissolvant l'hémoglobine (hémolysines), ou encore d'une insuffisance dans la formation des globules rouges (anhématopoïèse), toutes ces notions, pour intéressantes qu'elles soient ne servent nullement de guide dans la pratique.

En présence d'un sujet anémique ou paraissant tel (muqueuses décolorées, une goutte de sang déposée sur le papier buvard de l'hémoglobinomètre de Tallqvist, (J. des Par., 1907, p. 622), le médecin se livrera à l'examen complet du malade. Les commémoratifs jouent un rôle important. Existe-t-il des hémorragies ? La réparation sanguine est d'ordinaire aisée quand on supprime la cause (ulcère de l'estomac, fibromes utérins, etc.). Y a-t-il eu de la syphilis ? Existe-t-il des signes de tuberculose, de paludisme. Quelle est la profession ? On connaît les anémies syphilitiques, les anémies tuberculeuses, paludiques, professionnelles. L'examen des urines est indispensable. M. Dieulafoy consacre un chapitre spécial de son Manuel à l'étude du chloro-brightisme (Manuel de pathol. interne, 1908, XVe édit., p. 575). Parfois une maladie infectieuse vulgaire est en jeu. Le malade ne s'en est pas relevé.

L'interrogatoire qui s'attache au fonctionnement des voies digestives, fournira maintes fois la solution. Constate-t-on des signes d'ulcère de l'estomac, de cancer de l'estomac ou de l'intestin (valeur dans les cas douteux des hémorragies occultes dans les gardes-robes, procédé à la benzidine). Au lieu de présenter une maladie organique, le sujet est-il simplement un dyspeptique avec conspas d'examiner la rate. Si elle est grosse, songeons à

On ne trouve rien de net d'aucun côté. N'oublions l'interrogatoire ?

la leucémie myéloïde. L'anémie y est d'ordinaire moyenne (2 à 3 millions de globules rouges). Si les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, c'est une leucémie lymphoïde qui peut être en jeu. L'anémie y est plus marquée et peut descendre au-dessous de deux millions de globules rouges (Aubertin : Les anémies par anhématopoïèse, Semaine Médicale, 15 juillet, 1908). Réservons notre diagnostic. L'examen du sang s'impose, que le médecin le fasse directement chez lui à l'aide de la technique simplifiée que nous avons exposée précédemment, Hématologie pratique (Jf des Pratic., 1907, p. 591, 622, 638), ou qu'il envoie le sang desséché sur lames à un pharmacien compétent ou à un laboratoire.

L'examen du sang ne révèle qu'une forte diminution des globules rouges lesquels ne présentent aucune altération apparente de leurs caractères morphologiques. Cependant le sujet perd ses forces, sa pâleur est croissante. Il peut ne s'agir que d'une chloro anémie vulgaire et

transitoire et c'est de beaucoup la plus fréquente. Parfois du subictère se montre, un léger mouvement fébrile retient le malade au lit. Se trouverait-on en face de sujets incapables de réparer la déglobulisation du sang ? La moelle osseuse dont le but est de former des globules rouges, serait-elle paralysée dans ses fonctions ? On se trouverait en face d'une anémie pernicieuse et de la forme la plus grave et exceptionnelle, que Ehrlich, puis Vaquez appellent anémie aplastique (Soc. Méd. Hôp., 5 juin, 1908), parce que les éléments de régénération globulaire (hématies nucléées, polynucléaires éosinophiles, myélocytes, hématies granuleuses) font défaut. A côté de ces anémies pernicieuses aplastiques, on décrit les anémies pernicieuses plastiques, moins graves, et beaucoup plus répandues où figurent des formes de régénération globulaire (hématies nucléés, myélocytes), où la moëlle fait effort pour fournir de nouveaux globules sanguins. M. Chauffard a fait observer avec raison que les limites de ces deux types ne sont pas nettement tranchées. M. Labbé, partant d'une conception du même ordre, se contente de diviser les anémies pernicieuses en deux groupes (Soc. Méd. Hôp., 6 juillet 1906), d'après le nombre d'hématies nucléées, c'est-à-dire d'éléments de régénération globulaire qu'elles contiennent.

On aurait de la sorte : 1^e les formes où le sang renferme beaucoup d'hématies nucléées (5 à 70 p. 100 leucocytes) ; 2^e celles où le sang contient peu d'hématies nucléées (1 pour 300 par exemple). Quand le sang renferme des hématies nucléées, la maladie est moins sérieuse et une amélioration sérieuse s'en suivra. Entre les anémies simples et les anémies pernicieuses, tous les intermédiaires prennent rang. (Labbé et Salomon, (Revue de Médecine, avril 1908). Les mêmes causes (hémorragies, syphilis, tuberculose, maladies infectieuses, etc.) provoquent une anémie simple et les anémies pernicieuses. En sorte qu'entre les formes les plus atténuées et les types les plus graves, toute une série de variétés de transition groupent la multiplicité de leurs exemples. Lorsqu'il s'agit d'une anémie pernicieuse très nette, avant de parler de guérison, le médecin émettra des réserves. Des rechutes suivies de mort peuvent suivre des cas d'anémies pernicieuses considérés comme guéris. Nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Qu'on ne s'empresse donc pas de conclure à la guérison d'une anémie pernicieuse pas plus qu'à celle d'une leucémie. L'un de nous a jadis traité un jeune homme atteint de leucémie myélogène. Sous l'influence d'un traitement arsenical à haute dose, la rates'était rétractée à ses dimensions normales, les forces étaient revenues. Le malade fut considéré comme guéri et en dépit de notre certificat fut contraint de faire son service militaire. Au bout de quinze mois, les accidents revenaient et cette fois ne rétrocedèrent plus.

Ces renseignements élémentaires étant acquis, de quel côté se dirigera le médecin ? En cas de commémoratifs qui permettent d'atteindre la cause du mal, aucun doute. Il faut s'attaquer à celle-ci. Le traitement sera spécifique, dans les cas d'anémie syphilitique, ou même

d'anémie pernicieuse syphilitique (Labbé). Ne nous arrêtons pas à l'anémie syphilitique vulgaire que le traitement spécifique guérit sans peine. Mais l'anémie pernicieuse elle-même en retire un bénéfice notable. MM. Marcel Labbé et Chaillous ont obtenu, chez une femme de 73 ans, une amélioration très nette. Ce que n'avait pu réaliser le traitement classique (arsenic sous forme d'injections de cacodylate de fer et de soude, moelle osseuse) le traitement spécifique le procura sous forme d'injections de biiodure (Soc. Médic. des Hôp., 20 juillet 1906). Cette femme finit par succomber, vu son grand âge ; la syphilis avait été décelée par ses antécédents ; trois fausses couches, gomme syphilitique et hémiplegie, chez le mari. M. Labbé conseille de traiter systématiquement par le mercure toutes les anémies pernicieuses de cause inconnue.

Quand tout autre traitement a échoué, peut-être. A supposer même que le mercure n'agisse pas sur le tréponème, on peut espérer, et le long intervalle de temps qui sépare l'anémie de la syphilis le laisse présumer, que le mercure pourra exercer une action favorable sur d'autres germes infectieux, méconnus ceux-là, qui ont déterminé l'anémie qu'on attribue à tort à la syphilis. Le mercure, en effet, a été employé avec succès, par Baccelli, pour combattre une anémie fébrile d'allure aiguë, chez un jeune homme de 19 ans. Les globules étaient tombés à 645,000 ; il y avait des globules nucléés. Six injections intra-veineuses de sublimé (0,01) pratiquées en huit jours firent baisser la température ; le chiffre globulaire remonta et le malade guérit. Il s'agissait, dans l'espèce, d'une anémie grave, d'origine infectieuse indéterminée ; la culture du sang était restée négative (Sem. Médic., 1907, p. 81). En tout état de cause, le traitement devra être entrepris avec une grande prudence et poursuivi à la lumière des numérations globulaires faites à titre d'épreuve. Si un mieux n'est pas obtenu au bout de quelques injections d'un sel soluble, mieux vaut interrompre. D'autant que dans la majorité des cas, ce n'est pas une guérison, mais une simple rémission qui est acquise. La récurrence, dans l'anémie pernicieuse syphilitique, est habituelle comme dans l'anémie pernicieuse vulgaire. Quant aux anémies d'origine infectieuse simple, la guérison est peut-être plus aisément définitive.

Il en est de même de l'anémie d'origine palustre. Celle-ci ne dépasse guère le stade des anémies vulgaires avec simple diminution des globules rouges, sans adjonction d'éléments nucléés. Le nombre des hématies tombe parfois à un million. Les sujets ont de l'hypertrophie du foie et de la rate, la teinte cirreuse ou foncée de la peau. Les accès paludéens sont peu bruyants. Chez les enfants, on observe fréquemment une diarrhée tenace et apyrétique. On pourrait croire à de la dysenterie. La quinine guérit ces formes, aidée des préparations de quinquina (Laveran, Traité de paludisme, 2^e édit., Masson, édit., 1907, p. 257). Plus tard, on prescrira l'arsenic, sous forme d'arséniate de soude à l'intérieur ou, s'il existe des troubles digestifs, en injections hypodermiques (1 centigramme dissous dans 10 centimètres cubes de

sérum artificiel, une injection tous les jours pendant quinze jours (Levrier).

Les commémoratifs professionnels, en révélant une source d'intoxication, permettent d'obtenir une amélioration rapide. L'anémie des mineurs ou anémie par ankylostomiase, guérira sans doute par l'usage des anthelminthiques (thymol), seulement, les conditions générales défavorables (surmenage, mauvaise hygiène, intoxications) réclament une large part de responsabilité dans ces troubles (Fabre, de Commeny, Académie de Médecine, 18 avril 1904). L'anémie saturnine, sorte de chlorose par suite de troubles de l'hématopoïèse, guérit par la suppression du toxique, les bains sulfureux, le traitement ferrugineux. Les iodures, qui favorisent l'élimination du plomb par le rein, seront associés au fer, qui combat l'anémie. On prescrira le protoiodure de fer, ou bien le protoiodure de fer ioduré (Fr Renaut), (Traité de Thérap. appl., 1896, fasc. III, p. 233).

Iodure de potassium	1 gramme
Sirop d'iodure ferreux	30 —
Julep simple	100 —

à prendre dans le jour, quelques jours de suite, puis revenir à l'iodure de fer simple (2 à 3 pilules de 0 gr. 20 par jour). L'anémie oxycarbonée, fréquente chez les repasseuses, possible chez les sujets qui habitent un appartement chauffé avec un air mêlé d'émanations oxycarbonées, sera combattue par la vie au grand air et la médication ferrugineuse. On songera également au sulfure de carbone qui jette dans un état de cachexie et d'anémie profonde les ouvriers employés à la vulcanisation du caoutchouc (Cenci, Ann. d'hygiène expériment, 1907, XVII, 1). Le malade guérit avec la cessation du travail; le taux d'hémoglobine remonte très vite.

Dans certaines régions (Suisse Française, Roumanie, Suède, Russie, Finlande), on songera à l'existence possible d'une anémie d'origine parasitaire. Le bothriocéphale produirait une anémie très grave liée à une action toxique du parasite (L'anémie bothriocéphalique, Nathalie Fedoroff, Th. Paris, 1902). Le nombre des globules rouges descend à 1,300,000, l'hémoglobine peut s'abaisser jusqu'à 50 p.c.. Certains auteurs estiment que, seul, le bothriocéphale malade ou mort est susceptible de donner naissance à la substance toxique anémiant. Fallqvist, (Hospitalstidende, 23, 30 janv., 6 février 1907), a trouvé le bothriocéphale en pareil cas toujours moins long et moins lourd. Il a isolé dans les produits de macération des bothriocéphales deux substances, dont la première a la propriété d'une agglutinine, et dont la seconde agit à la façon d'une hémolysine énergique. Le taenia ordinaire ne possède aucune de ces substances. Ajoutons que cette anémie est très inégalement partagée; commune en Finlande, elle est exceptionnelle en Suisse, où néanmoins une proportion de 10 p.c. d'habitants est atteinte par le parasite. Peut-être trouverait-on la raison de ces différences dans les diversités de régime, les conditions d'hygiène plus favorables en Suisse. Quoi qu'il

en soit, l'usage des anthelminthiques est le grand remède (fougère mâle).

Deux formes d'anémies où il est encore au pouvoir du médecin d'agir sur les causes sont certaines anémies d'origine gastro-intestinale et les anémies liées à une néphrite.

Dans les anémies d'origine gastro-intestinale et qui semblent surtout dues au passage dans le sang des substances hémolysantes (Tixier, Relation entre les troubles gastro-intestinaux chroniques et les anémies (Sem. Médic., 19 juin 1907), une hypersthénie gastrique jointe à la constipation est parfois seule en cause. Le sujet pâlit, maigrit, est à bout de forces, le teint devient jaune pâle; les urines renferment de l'uro-hématine, indice de la tendance que ces malades présentent à l'adéglubulisation (A. Robin, Traité des Maladies de l'estomac, 1901 p. 631). Un traitement par les poudres absorbantes unies aux laxatifs aloétiques, un régime diététique sévère suffisent pour guérir ces malades qu'on a maintes fois considérés comme cancéreux.

M, le Pr A. Robin considère ces anémies comme consécutives à la déminéralisation du plasma (les Anémies plasmatiques, Bulletin de Thérap., 23 et 30 déc. 1902, et Académie de Médéc., 1902). Après le traitement gastrique, il conseille le traitement plasmatique, composé de poudres salines :

Chlorure de sodium	27 grammes
— de potassium	20 —
Phosphate de soude	4 gr. 60
— de potasse	12 grammes
— de chaux	1 gr. 95
— de magnésie	1 gr. 40
Sulfate de potasse	2 grammes
Bicarbonate de soude	11 gr. 50
Carbonate de fer	1 gramme
Poudre d'hémoglobine	5 —

Diviser en 80 cachets. Deux cachets avant le déjeuner et le dîner.

Au bout d'une vingtaine de jours, quand le plasma aura repris une composition minérale adéquate à la conservation et au renouvellement normal des globules, on fournira à l'organisme le matériel de cette rénovation globulaire : le fer.

Il sera bien toléré, et son emploi n'aura pas besoin d'être poursuivi pendant plus de trois à quatre semaines.

M. A. Robin recommande les pilules :

Tartrate ferrico potassique	0 gr. 10
Poudre de rubarbe	0 gr. 05
Magnésie calcinée	0 gr. 05
Extrait de quinquina	0 gr. 10

P. 1 pilule

Une pilule au commencement du déjeuner et du dîner.

L'adjonction de rhubarbe a pour but de combattre la constipation, et la magnésie remédiera au déficit magnésien que M. A. Robin a constaté à plusieurs reprises dans le sang et l'urine de la plupart des anémiques.

Si le malade souffre de l'estomac, il faut toujours songer à un ulcère ; nombre de plaies stomacales saignent sans que le médecin s'en aperçoive ; d'après Soupault, 50 p.c. des ulcères ne provoquent pas d'hémorragie cliniquement appréciable (Traité des Maladies de l'Estomac, Paris, J. B., Baillière, 1906, p. 537) ; il faut procéder à l'examen chimique des garde-robes. Si elles révèlent des traces de sang, le sujet n'ayant pas absorbé de viande depuis six jours et s'il ne perd pas du sang d'origine hémorroïdaire ou d'une autre source, il y a fort à craindre qu'un ulcère gastrique ne soit en jeu. Le traitement sera ordonné en conséquence.

Les anémies d'origine rénale se rapportent aux néphrites subaiguës et chroniques. On a constaté en pareil cas une diminution du nombre des globules rouges. Seulement MM. Mouisset et Petitjean protestent contre cette qualification d'anémies rénales (Lyon Médical. Anémies graves, 6, 13, 20 septembre 1908). Ces lésions rénales, selon les auteurs lyonnais, sont concomitantes de la maladie du sang et non causales. Elles relèvent probablement du même facteur pathologique. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, il ne convient pas de confondre l'anémie réelle due à une diminution possible des hématies avec l'anémie relative due à la rétention de l'eau dans les tissus et dans le sang (Castaigne, Manuel des Maladies des Reins, Paris, Masson, édit. 1906, p. 258). Au médecin qui trouve des signes d'insuffisance rénale, le régime s'impose : lacto-hydrique les premiers jours, puis lacté pendant une dizaine de jours, puis lacto-végétarien. En cas d'accidents cardiaques concomitants, on veillera à ne pas dépasser la quantité de 1 litre 1-2 de liquide dans les vingt-quatre heures.

Des hydrocarbures (farines alimentaires, riz, pommes de terre, sucre, crèmes) compléteront la ration alimentaire. De même, on ne s'empressera pas de conclure à une anémie d'origine rénale pour de petites quantités d'albumine retrouvées dans les urines. Souvent, ces albuminuries peu abondantes sont d'origine digestive. Le sulfate de soude (une cuillerée à café à jeun 15 à 20 jours de suite), un régime diététique sévère, la lutte contre la constipation réduisent ces albuminuries.

Une autre recommandation est de ne pas prolonger le régime lacté outre mesure. Il affaiblit, produit une anémie d'origine alimentaire, si de très hautes doses ne sont pas ordonnées. Or, les grandes quantités de liquide sont dangereuses à la fois pour le cœur qu'elles distendent et le rein qu'elles fatiguent au passage. Beaucoup de lait ne vaut rien. Il faut donc ordonner rapidement et aussitôt que le régime lacto-hydrique aidé de la théobromine, voire de la digitaline, a fait disparaître les œdèmes, il faut ordonner un régime lacto-végétarien. Un peu de vin vieux mêlé d'eau, des ferrugineux pourront être adjoints si l'anémie persiste. Mais d'ordinaire les couleurs reviennent rapidement quand les œdèmes sont dissipés.

Parfois il est possible de reconnaître la cause et de se trouver empêché quand même. Une anémie tuberculeuse

ne nous permet pas d'atteindre les toxines tuberculeuses ; la médication spécifique n'existe pas. L'aération, le régime alimentaire, les arsenicaux, voilà les médications connues de tous. On aura soin de traiter les troubles digestifs qui existeraient en même temps. Dans ces anémies, ce n'est pas seulement la qualité du sang qui est troublée mais la quantité elle-même est en déficit. Il y a une diminution dans le chiffre des hématies (H. Barbier et Barry. L'Anémie des Enfants tuberculeux, 15 juin 1906, Soc. Médéc. des Hôpit.) et souvent la maladie revêt le masque de la chlorose (Marcel Labbé, Les Anémies des tuberculeux. Revue de Médecine, mars 1906. La forme de cette anémie tuberculeuse peut être fort grave et revêtir la forme d'une anémie pernicieuse (Marcel Labbé et Agasse Lafont, Société Médéc. Hôpit., 19 juin 1908). En pareil cas, tous les traitements se montrent parfois impuissants. La moelle osseuse n'exerce aucune action. Dans les formes ordinaires, les ferrugineux ne seront prescrits qu'avec discrétion et s'il est bien entendu que le malade digère bien, n'a point de fièvre n'est pas sujet aux hémoptysies. Ajoutons que souvent le teint est pâle sans qu'il existe une insuffisance hématurique réelle (ochrodermie).

Les arsenicaux sont utiles dans les mêmes conditions. Y a-t-il diminution de la masse sanguine, ce qu'il est permis d'induire quand avec un teint pâle, l'examen du sang est normal, Marcel Labbé (Soc. Médéc. des Hôpit., 6 juillet 1906) conseille les injections de sérum artificiel.

D'autres maladies infectieuses peuvent être en jeu : une grippe, un rhumatisme articulaire aigu, une broncho-pneumonie, une amygdalite, une infection puerpérale, des septicémies à tétragènes, etc. La maladie a guéri, une anémie y fait suite. Toutes ces infections agissent de même en détruisant, ce semble, des globules à l'aide d'hémolysines d'origine bactérienne, ou en paralysant le fonctionnement des organes hématopoïétiques. Un traitement ferrugineux amène d'ordinaire la guérison ; mais dans certains cas l'anémie s'aggrave et suit l'évolution des anémies pernicieuses. D'autres fois un cancer de l'estomac, de l'intestin se développent dans l'ombre. Nous connaissons la cause, et cependant nous sommes désarmés quand même.

Telles sont quelques indications pratiques relatives au traitement "des anémies."

(DU JOURNAL DES PRATICIENS).



PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Traumatisme et appendicite

On a beaucoup discuté il y a quelque temps, à la Société de Chirurgie, la question de savoir si un traumatisme pouvait déterminer une appendicite. C'était à propos d'un travail de MM. Jeanbrau et Anglada (de Montpellier) qui se terminait par les conclusions suivantes:

" 1^e L'accident ne crée pas l'appendicite :

" 2^e L'accident détermine seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique souvent latente; il peut même déterminer une poussée aiguë avec perforation, péritonite et mort ;

" 3^e Le délai maximum qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite ne doit pas dépasser deux jours."

La plupart des chirurgiens se rallièrent à ces conclusions. Seul, M. Guinard, se fondant sur plusieurs observations personnelles, reste partisan de l'appendicite traumatique qui selon lui pourrait, très exceptionnellement, il est vrai, se produire, le traumatisme provoquant une péri-appendicite par l'intermédiaire d'un hématome. Un de ses élèves, M. le Dr Milan, vient de faire à ce propos une revue d'ensemble dans laquelle il résume très complètement cette question intéressante. (Thèse Fac Paris).

De l'analyse très minutieuse de tous les faits publiés, M. Milan conclut tout d'abord que, dans certains cas très exceptionnels, l'appendice peut être contusionné par un choc violent sur la région iléo-cœcale, mais que ces faits rentrent dans le groupe des contusions abdominales et n'ont rien à faire avec l'appendice véritable.

En réalité il n'existe pas d'appendicite traumatique, au sens littéral du mot, car l'appendicite est une maladie infectieuse qui ne saurait être créée par un traumatisme. Mais chez un individu dont l'appendice est sain, un choc sur la région iléo-cœcale peut prédisposer à l'appendicite, en provoquant autour de l'organe une réaction péritonéale ou la formation d'un hématome, avec adhérences consécutives, qui, par voie de rétraction, fixeront l'appendice en mauvaise position et le mettront en état de réceptivité pour les infections causant habituellement l'appendicite.

Cette appendicite d'origine traumatique se révélerait à une époque plus ou moins éloignée de l'accident.

D'autre part, chez un appendiculaire avéré ou latent, un coup sur l'abdomen, un effort, une chute ou un simple ébranlement du corps, sont susceptibles de réveiller l'inflammation chronique, de déterminer et même d'aggraver une crise aiguë.

Dans ce cas, la crise survenue de suite après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Dans ces cas, on retrouve, soit des antécédents ap-

pendiculaires, soit, à l'examen du vermium, pratiqué peu de temps après l'accident, des lésions d'appendicite ancienne, telles que : adhérences ou calculs.

M. Milian ajoute que les " traumatismes indirects : efforts, exercices, ébranlements du corps, paraissent agir sur un appendice malade en produisant probablement des ruptures d'adhérences ou même la déchirure de la paroi appendiculaire amincie et fixée à un organe voisin.

Ces traumatismes, souvent très légers, ne jouent qu'un rôle purement occasionnel. Ils réveillent chez un appendiculaire une inflammation chronique et font éclater une crise aiguë.

Ce n'est donc que dans des conditions tout à fait exceptionnelles que le traumatisme peut être considéré comme une cause possible d'appendicite.

Influence des médicaments sur la sécrétion lactée

On recherche depuis longtemps quelle peut être la valeur galactogogue de certaines substances ou de certains médicaments et il paraît impossible de s'entendre à ce sujet. C'est ainsi que tandis que certains médecins voient la graine de cotonnier augmenter considérablement la sécrétion lactée, d'autres constatent qu'elle n'a aucune action. MM. Plauchu et Garin publient dans le *Lyon Médical*, No 31, une communication faite à la Société des Sciences Médicales, d'où il résulterait que la plupart des galactogogues n'ont aucune influence sur cette sécrétion, pas plus d'ailleurs que n'en ont les agents contraires.

Dans une première série d'expériences, l'antipyrine, le pyramidon, le sulfate de quinine, le bromure de potassium, la caféine, le laudanum, la digitale, la canne de Provence, le fer, l'arsenic, le chloral, le camphre, la liqueur de Fowler, le lactagol, les purgations salines, avaient été étudiés, et de l'examen des courbes de sécrétion lactée, ainsi que de l'examen clinique des nourrissons, résultait ce fait qu'aucun des agents médicamenteux précités n'avait eu d'influence excitatrice ou dépressive sur la sécrétion lactée. De plus, les agents toniques employés à dose thérapeutique chez la nourrice n'avaient en rien été nuisibles au nourrisson.

Au cours de cette communication, quelques membres présents signalèrent à MM. Plauchu et A. Rendu, comme agents anti-galactogogues éprouvés, l'iodure de potassium et la belladone.

M. Plauchu a repris cette étude portant sur ces médicaments et sur quelques autres, et voici les résultats.

L'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, ne produit aucune modification de la sécrétion lactée. Il passe certainement dans le lait, car tous les nour-

rissons ont présenté un coryza intense, mais n'ont eu aucun autre phénomène pathologique.

L'extrait de belladone, à la dose de 0,02 centigr. par jour, n'a produit aucune modification des courbes de sécrétion et aucun phénomène pathologique chez le nourrisson.

M. Plauchu et Garin ont incidemment essayé aussi le galega, l'ortie blanche, le fenouil et l'anis, en infusions à la dose de 20 à 50 gr. pour 1000. Ces agents réputés cependant galactogogues se sont montrés absolument incapables de faire augmenter les courbes de sécrétion lactée, conclusions qui paraîtront peut-être bien absolues à beaucoup.

On peut donc, après cette deuxième série d'expériences, confirmer les conclusions précédemment exposées:

1^e Le seul agent d'excitation de la sécrétion lactée est la succion du mamelon et l'épuisement complet et régulier du sein. Il n'existe pas de substance médicamenteuse ayant une influence efficace galactogène ou antilactogène.

2^e Il est par conséquent inutile d'en administrer aux nourrices sous prétexte d'augmenter ou de tarir la sécrétion lactée.

3^e L'administration de médicaments, même toxiques, n'est pas contre-indiquée chez les nourrices à doses thérapeutiques, et le traitement des indispositions ou maladies survenant pendant l'allaitement doit être le même qu'en dehors de cette période.

L'opération césarienne et l'accouchement méthodiquement rapide post-mortem et pendant l'agonie

M. le Dr Descusses a publié une étude instructive par les documents qu'elle contient (Thèse Paris) sur les avantages respectifs de l'opération césarienne ou de l'accouchement forcé pendant l'agonie ou post-mortem.

Voici tout d'abord à ce sujet comment se pratique la césarienne post-mortem à l'époque actuelle :

En France, en Angleterre, toute liberté est laissée au médecin, qui doit décider et exécuter la césarienne quand il le juge à propos, et avec le consentement de la famille.

En Autriche, on fait une obligation au médecin de pratiquer la césarienne sur la mourante. Chez une femme qui paraît morte, on doit pratiquer cette opération avec les mêmes précautions que si elle était vivante.

Dans les États confédérés de l'Allemagne du Sud, la loi royale est appliquée avec certaines restrictions. En Bavière, la césarienne ne doit être faite qu'après le sixième mois ; en Wurtemberg, après la vingt-huitième semaine ; en Saxe, quand le fœtus est viable. En Bade et en Prusse, c'est le médecin qui est seul juge.

"UNE QUESTION IMPORTANTE EST DE SAVOIR COMBIEN DE TEMPS LE FOETUS PEUT SURVIVRE APRES LA MORT DE LA MERE." Les

auteurs ont beaucoup varié à ce sujet et on a cité des cas où la vie a été exceptionnellement prolongée. Mais ils sont sujets à caution ; voici, au contraire, des faits authentiques.

Viardin rapporte qu'il fut appelé un jour auprès d'une femme qui avait fait une chute de plusieurs mètres et était morte sur le coup, fractures du crâne, etc..... Trente minutes après la mort, Viardin pratique la césarienne. Il obtint un enfant vivant. Il vécut jusqu'à 13 ans.

Voici le cas de Tarnier :

Pendant la Commune, en 1871, à une ronde de nuit, une surveillante constate la mort d'une femme enceinte, que tua une balle tirée par les fédérés. Tarnier, qui était à la Clinique, est prévenu. On transporte la femme dans une autre pièce, et la césarienne est pratiquée. Il extrait un enfant vivant. Il y avait vingt minutes que la mort de la femme avait été constatée. Combien y avait-il de temps qu'elle était morte, en réalité ? On l'ignore. Peut-être une demi-heure, peut-être une heure.

On cite aussi le cas de Darté, à Jodoigne. En 1868, Darté est appelé auprès d'une femme qu'avait tuée une locomotive. Elle avait le crâne fracassé, les jambes broyées. Deux heures après la mort, la césarienne est pratiquée, avec plein succès pour l'enfant, qui n'était pas à terme pourtant : la mère n'était enceinte que de huit mois.

Lorsque la mort a été précédée d'une maladie plus ou moins longue, la situation est moins avantageuse et la survie du fœtus plus courte. Mais en tous cas, il y a grand avantage à intervenir le plus rapidement possible et à ce propos se pose la question de la valeur relative de l'accouchement forcé ou de l'opération césarienne. M. Descusses la résout ainsi :

Il est évident que si le col est dilaté complètement, la tête dans l'excavation, ce n'est plus un accouchement forcé à proprement parler, mais bien une simple application de forceps, purement et simplement. Si on a affaire à une grande multipare, à terme, en travail, on devra encore craindre une rétraction du col sur la tête dernière, en cas de version, ou une déchirure du segment inférieur, pendant la dilatation bimanuelle. Chez une primipare, l'opération sera franchement mauvaise à cause de la dureté du col.

Si l'on se rappelle que l'indication majeure est d'aller vite, on en conclura que l'accouchement forcé n'est indiqué que dans un petit nombre de cas, et, qu'à tout prendre, une césarienne pendant l'agonie, faite avec le plus grand soin, mettra au monde plus rapidement l'enfant.

À plus forte raison, à cause des incidents et de la longueur de l'acte opératoire, préférera-t-on la césarienne à l'accouchement forcé, en cas de mort de la femme, alors que l'enfant ne sera extrait vivant que s'il est extrait à la minute.

Mais en cas d'opération césarienne, il ne faut pas oublier que la responsabilité du médecin est engagée et qu'il doit prendre toutes ses précautions. Les deux cas

suivants le démontrent : En 1858, trois médecins de Breslau font une opération césarienne pendant l'agonie, et ont un enfant mort. Le mari de la mourante avait donné l'autorisation. On accusa les trois médecins d'avoir tué la femme. Sur un rapport des experts commis ils furent condamnés en première instance ; mais, en deuxième instance, après avoir donné les raisons qui avaient dicté leur conduite, ils furent acquittés.

Cette histoire ne fut pas pour communiquer de l'enthousiasme aux partisans de la césarienne.

En 1902, Lichtenauer pratique l'opération césarienne sur une femme qui avait reçu deux coups de couteau de son mari, qui avait eu une perforation intestinale, une péritonite. Il obtint un enfant vivant ; mais, comme il était débile, il ne survécut pas. Devant le tribunal, le défenseur du mari soutint que la mort de la femme avait été le résultat de l'intervention du chirurgien.

Ces observations montrent qu'on ne saurait être trop prudent, puisqu'on peut être accusé d'avoir abrégé la vie de la femme ou même de l'avoir tuée. La césarienne pendant l'agonie devra donc être faite après une consultation de médecins et absolument comme sur une vivante.

Aussi en pareil cas, bien souvent devra-t-on avoir recours à l'accouchement forcé qui donne peu de prise à la critique et qui réduit les ennuis auxquels le médecin est exposé au minimum.

— Cette question de l'opération césarienne a été traitée en même temps à un autre point de vue par M. le Dr Le Moussu dans sa thèse sur l'Opération césarienne tardive. (Thèse Paris). Dans ce cas, il s'agit non pas seulement d'avoir un enfant vivant, mais aussi de sauvegarder la mère.

On sait que le moment d'élection pour pratiquer la césarienne dans ces conditions est, pour divers auteurs et pour Bar, en particulier, avant le début du travail. Or, on doit considérer comme opération césarienne tardive l'opération pratiquée plusieurs heures (12 heures au minimum dans les observations) après le début du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

L'opération ainsi comprise, qui a été préconisée en particulier par M. le professeur Boquel (d'Angers), donne des résultats souvent excellents. M. Le Moussu cite, en effet, six observations successives où elle n'a donné aucune mortalité ni pour la mère, ni pour l'enfant, et d'ailleurs, il ne semble pas qu'il y ait de contre-indication à son emploi, qui est indiqué dans tous les cas où on ne veut pas en venir à l'embryotomie.

Appendicite Larvée

Von Haberer, assistant à la clinique du Prof. von Eiselsberg, vient de publier une étude intéressante sur une forme insolite de l'appendicite, qu'il appelle "appendicite Larvée". Klemm, propose de l'appeler "appendicite chronique sans attaque."

Ce qui distingue en effet cette forme d'appendicite chronique, c'est l'absence dans les antécédents, de crise

aigüe. L'auteur en rapporte sept observations, — où le diagnostic fut fait à faux et où l'opération révéla des lésions appendiculaires et periappendiculaires. Jamais l'examen n'avait révélé de douleur au point de Mac Burney.

Il y avait deux symptômes constants : la constipation opiniâtre et l'amaigrissement. Dans un cas l'estomac fut mis en cause. La guérison fut obtenue dans six des sept cas.

E. ST-J.

Les cancers primitifs de l'appendice

Notre maître Letulle publiait il y a quelque temps dans la Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale, une très intéressante étude sur le "cancer primitif de l'appendice."

Ce cancer primitif, dit-il, est une affection connue depuis peu. La première observation macroscopique date de 1882 (Beger) ; la première observation microscopique de 1893 (Gilford). De 1893 à 1897 on en a trouvé à peine 4 à 5 cas. De 1897 à nos jours, les publications se font plus nombreuses et on peut trouver une cinquantaine d'observations. Letulle base son travail sur 11 cas personnels, dont 5 inédits.

Le cancer siège d'habitude à l'extrémité de l'appendice ou près d'elle. C'est souvent au niveau d'une vieille cicatrice d'appendicite ulcéreuse qu'il se greffe. Dans un cas, le cancer était généralisé à tout l'appendice et envahissait même la valvule de Gerlach ; dans un autre cas, il s'était développé à côté d'un adénone congénital de l'appendice.

En général, le cancer est petit ; son volume atteint celui d'un noyau de cerise, d'un petit pois ; parfois rien ne fait penser à un cancer à la simple inspection ; l'examen histologique révèle seul la lésion.

Il existe deux formes histologiques de cancer de l'appendice : l'épithélioma cylindrique et le carcinome plus ou moins atypique. Les observations publiées d'endothéliome et de sarcome de l'appendice ne sont pas probantes.

Les colonies cancéreuses gagnent assez vite les couches superficielles de l'organe ; on a trouvé les ganglions du méso envahis. Néanmoins le cancer de l'appendice est d'une grande bénignité habituelle. Tous les cas de Letulle provenant d'une opération ont guéri, et d'une façon durable. Le cas de Jalaguier, qui concernait un enfant de dix ans, est guéri depuis neuf ans. On a pourtant signalé des cas exceptionnels. (Rolleston, Wiphand) où il y avait généralisation.

Suivent les 11 observations de l'auteur, publiées avec un grand luxe de détails histologiques et d'excellentes figures.

Il faut conclure de ce travail qu'il est de toute nécessité d'examiner histologiquement tous les appendices qu'on extirpe, surtout s'ils présentent près de leur extrémité un noyau induré.

E. ST-JACQUES.