

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



FEVRIER 1909

## SOMMAIRE

### *Travaux originaux*

- 241— Moyens de défense contre la prédisposition à la tuberculose et contre l'infection pendant l'enfance, par Adolphus Knopf, M. D., New-York.
- 262— Insuffisance cardiaque et cœur forcé.—Traitement de l'hyposystolie mitrale.
- 274— L'état d'âme pendant les catastrophes italiennes. Cesare et Paola Lombroso.
- 278— Des lésions des parties molles pendant le travail et en particulier des déchirures vaginales et vagino-cervicales et des déchirures incomplètes de l'utérus. P. Bar.
- 286.— Livres nouveaux.



FURONCLES, ANTHRAX,  
Suppurations, Diabète,  
Grippe, Leucorrhée,  
Constipation, etc. LA

# LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris  
est le seul vrai produit de ce nom  
dérivé de la LEVURE de BIÈRE  
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTERITES  
NEURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

# Oenase

Ferments de Raisin 2 à 4 comprimés par jour.  
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN  
PARIS

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

## COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomopathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU  
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,  
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,  
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.  
R. FORTIER, secrétaire.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## MOYENS DE DEFENSE CONTRE LA PREDISPOSITION A LA TUBERCULOSE ET CONTRE L'INFECTION PENDANT L'ENFANCE (1)

---

Par Adolphus KNOPF, M. D., New-York.

Professeur de Pthisio-Thérapie à l'école et à l'hôpital Post-Graduate de New-York, Directeur associé de la clinique contre les maladies du poumon du département de la Santé; Médecin visiteur au Sanatorium Antituberculeux de Riverside, appartenant à la Ville de New-York; Médecin consultant aux Sanatoria de Gabriels, N. Y., Binghampton, N. Y., Scranton, Pa., etc.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Il est maintenant établi hors de doute que l'enfant peut hériter d'un parent tuberculeux directement, et naître tuberculeux lui-même. Cependant le nombre de ces cas est insignifiant comparé au nombre de ceux qui héritent plutôt d'une prédispo-

---

(1) Travail lu au Congrès de la Tuberculose Section IV « Tuberculose chez les enfants, Etiologie, Prévention et Traitement » A. Jacobi, M. D., L. L. D. Président, Washington D C. octobre 1er, 1908.

---

Syphilis  
Artério-sclérose, etc.  
Todoro-Enzymes  
Todore sans Todism?

# Todurase

de COUTURIEUX,  
57, Ave. d'Antin, Paris,  
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-  
dure et 10 ctg. de Cyanure.

---

sition aux maladies en général et à la tuberculose en particulier. Que cette prédisposition conduise à la tuberculose cela se conçoit facilement, eu égard à toutes les nombreuses causes d'infection qui entourent l'enfant issu de parents déjà malades. Les chances de contagion seront plus sérieuses si la mère est affectée.

Dans la seconde partie de ce travail nous verrons plus au long les détails de l'infection post-natale pendant l'enfance, occupons-nous pour le moment des moyens à prendre pour combattre les prédispositions morbides héritées des parents tuberculeux.

En quoi consiste cette prédisposition? C'est une condition d'affaiblissement général plutôt qu'une lésion distincte, avec un manque de résistance des organes à l'invasion pathologique. Les mots « Misère physiologique » expliquent mieux que toute autre expression l'état de l'enfant qui a reçu cette prédisposition de son père ou de sa mère. L'enfant d'une mère tuberculeuse conçu pendant les derniers stades de la maladie, a naturellement moins de chances d'immunité que celui d'une mère dont l'infection est récente. L'enfant sera moins prédisposé à la tuberculose dans ses premières années s'il est né d'une mère saine et d'un père malade. Mais quelque soit le parent tuberculeux, et que ce parent ait été dans les premiers stades de l'infection ou très malade, la défense contre la prédisposition à la maladie doit commencer pendant la vie intra-utérine. La mère qui redoute pour son enfant l'infection doit s'entourer pendant sa grossesse de toutes les meilleures conditions hygiéniques possible; vivre au grand air et dès le début de sa grossesse s'abstenir absolument du port de vêtements serrés à la taille. Elle doit pouvoir respirer librement et profondément, en fait, elle devrait faire des exercices respiratoires et se créer l'habitude de respirer profondément. Les genres d'exercices respiratoires qui conviennent à une femme enceinte sans aucun danger pour

le foetus sont les suivants: pendant une profonde inspiration elle soulève ses épaules, les projette en arrière, et retient la respiration pendant 3 à 5 secondes, (voir figure 9.) alors elle fait son expiration en ramenant en bas et en avant ses deux épaules. Cet exercice doit être répété cinq ou six fois par demi-heure dans un air pur, de préférence en plein air ou devant une fenêtre ouverte.

Nous reviendrons plus tard sur cette question d'exercice, qu'il nous suffise de noter ici tout le bénéfice que le poumon de la future mère devra retirer de semblables pratiques. La quantité d'air expiré ordinairement ne dépasse pas 500 c. c. par mouvement respiratoire. Dans une inspiration profonde on peut arriver à inspirer 1500 c. c. d'air (i. e. tout l'air complémentaire et une égale quantité de l'air résiduel) il suffit alors de graduer l'expiration. Il est évident que de tels exercices, utiles au système respiratoire, aideront aussi le système circulatoire et en définitive tout l'organisme.

La chambre où la femme enceinte devra coucher et passer la plus grande partie de ses jours devra être bien ventilée; pendant la nuit, une fenêtre au moins sera laissée ouverte, même dans les plus grands froids. Malgré qu'il soit difficile de le démontrer, la terreur que l'air de la nuit inspire au public est directement une cause de tuberculose, j'en suis personnellement convaincu. Les gens s'entassent dans une petite chambre à coucher, avec les fenêtres bien closes, et pendant toute la nuit respirent le même air vicié par leur propre respiration et par celle de leurs voisins.

Il est difficile de parler de tuberculose chez les enfants sans toucher aux problèmes sociaux les plus ardues à résoudre. Comment une femme enceinte, obligée de travailler dans une usine ou une boutique, souvent jusqu'aux dernières heures qui précè-

deront le travail, peut-elle remplir les conditions d'hygiène qui lui permettront de mettre au monde un enfant assez vigoureux pour pouvoir opposer une résistance victorieuse à l'infection tuberculeuse ?

Il devrait y avoir une loi prescrivant le travail dans les endroits mal ventilés et poussiéreux pour tout le monde, mais surtout pour les femmes et les enfants. La femme enceinte devrait cesser son travail à l'usine au moins deux mois avant l'époque présumée de son accouchement et ne le reprendre qu'un mois après, ce qui lui permettrait de refaire sa santé.

Une description typique de ces conditions sociales où la femme enceinte travaille à l'usine jusqu'au dernier moment se trouve dans le livre de M. John Spargo *The Bitter Cry of Children*. Malheureusement, la pauvreté, très souvent, force les femmes à cacher leur état pour éviter d'être renvoyées du travail. Probablement c'est moins la crainte de trois ou quatre semaines de chômage que celle d'un renvoi définitif qui les force ainsi à se cacher, pour s'éviter la peine de chercher une autre place. Mais, comme le dit M. Fargo, les conséquences en sont trop sérieuses pour que l'on puisse justifier la négligence de nos législateurs.

Il y a là un champ très considérable ouvert aux bonnes volontés des philanthropes, et ceux qui consacreront leurs millions à fonder un lieu de refuge pour le repos des accouchées que leur condition sociale force à travailler à l'usine, peuvent être assurés d'avance qu'ils sauveront plus d'une vie.

L'enfant naissant a tout autant besoin d'air pur que l'adulte, et malgré qu'il demande plus de chaleur, il doit respirer de l'air libre de poussière ou de toute autre impureté. La chambre à coucher doit être régulièrement ventilée et maintenue à une température uniforme. La chaleur doit être douce sans être

exagérée, et l'on doit toujours veiller à ce que la quantité d'humidité dans l'air soit suffisante.

A mesure que l'enfant grandit on doit l'accoutumer à l'air plus froid. L'habitude que l'on a de couvrir la figure des enfants d'un voile épais quand on les sort est absolument absurde, et si on leur fait porter un voile, ce dernier doit être léger pour permettre à l'air de circuler facilement.

Pendant les années de croissance il faut surveiller la respiration, s'assurer que l'enfant respire normalement par le nez et que le nez reste libre. Il faut bien se rappeler que souvent la respiration par la bouche entraîne des rhumes et des bronchites et toutes les affections qui en découlent, qui sont souvent des signes précurseurs de tuberculose. En général, la respiration buccale des enfants est due à l'existence d'une excroissance dans la gorge, (végétations adénoïdes) à des amygdales augmentées de volume ou à des polypes dans le nez. A part l'influence néfaste sur le système respiratoire des enfants, les végétations adénoïdes peuvent encore amener une surdité partielle avec des troubles de l'intelligence et même des déformations des mâchoires.

Les végétations et toutes autres obstructions à la respiration libre doivent être enlevées de bonne heure par une opération chirurgicale opportune.

Quand un enfant à cause de sa faible constitution est susceptible de prendre facilement le rhume, et que l'on hésite à le sortir à l'air libre, il ne faut pas oublier que l'air frais et pur n'a jamais causé de rhume, et que ce que l'on prend pour un rhume n'est le plus souvent qu'une maladie infectieuse due à un germe spécifique qui s'attaque plus facilement à un organisme affaibli. Pour se défendre de cette soi-disant susceptibilité aux enrouements on se trouvera bien de l'hydrothérapie.

Du dixième au douzième mois, on doit habituer l'enfant aux bains froids. Le meilleur temps pour commencer c'est après le bain chaud. Frottez l'enfant deux ou trois fois avec la main plongée dans l'eau froide et essuyez rapidement ; peu à peu on peut éponger avec de l'eau froide et plus tard on peut donner une petite douche. Il faut toujours se rappeler quand on se sert d'hydrothérapie que la réaction doit toujours suivre de proche les applications froides. Cette réaction, bien connue, se manifeste par une agréable sensation de chaleur perçue par l'enfant et que l'on reconnaît à une rougeur générale de la peau. A chaque application d'eau froide on voit d'abord une certaine pâleur due à la contraction des capillaires ; le retour de la circulation se manifeste par cette rougeur dont nous avons parlé plus haut. Chaque fois que la réaction manque ou retarde on doit prendre l'avis du médecin.

Il va sans dire que l'enfant doit être convenablement vêtu. Pour permettre à ses poumons d'acquiescer leur plein développement, il faut éviter tout vêtement serré au cou et à la taille (collets ou bandeaux trop serrés). Il faut aussi se rappeler que le fait de couvrir le cou trop chaudement diminue la résistance aux refroidissements à l'époque des changements de température. Plus on laisse le cou libre plus on respire librement et plus on a de chance de ne pas prendre le rhume.

Quand la fillette devient femme, on doit bien se rappeler que le corset serré est le pire vêtement qu'elle puisse porter. Cet appareil de toilette en même temps qu'il gêne la respiration amène des troubles circulatoires et digestifs quelquefois très graves. L'anémie ou pauvreté de sang si fréquente chez les jeunes filles, n'a souvent d'autre cause que le port de cet instrument de torture que l'on appelle de toilette, et qui ne permet ni la circulation ni l'oxygénisation du sang.

Pour mieux illustrer les effets du corset trop serré, nous reproduisons ici trois vignettes . la première indique la position des organes thoraciques et abdominaux dans une poitrine normale

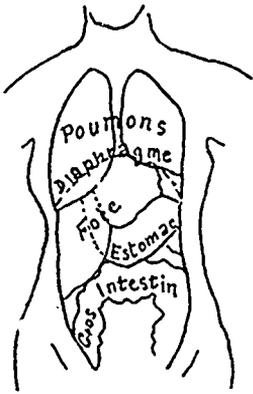


Fig. 1

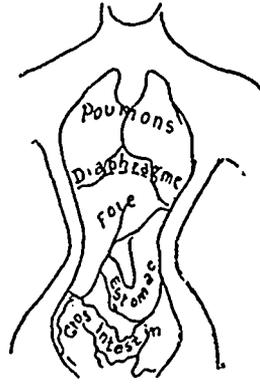


Fig. 2

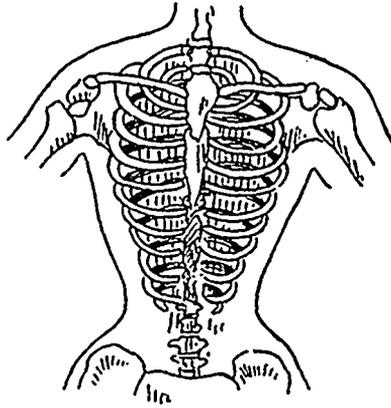


Fig. 3

male, la seconde montre les poumons, le foie et les intestins déviés par le port du corset trop serré ; la troisième fait voir le squelette déformé par le port de ce même corset.

Aussitôt que l'intelligence de l'enfant sera assez développée il faudra lui enseigner à respirer profondément, et plus tard il

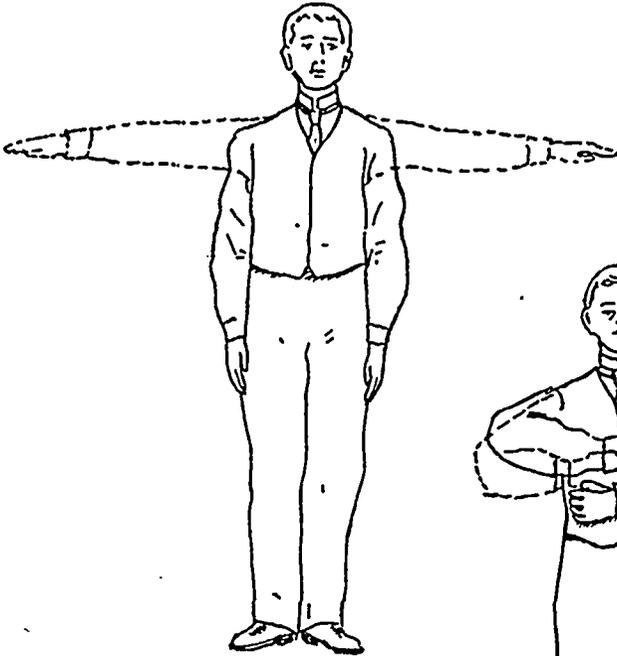


Fig. 4. Exercice A.



Fig. 5. Exercice B.

devra apprendre des exercices respiratoires qu'il lui faudra pratiquer avec autant d'entrain que tout autre exercice de gymnas-

tique. Devant une fenêtre ouverte ou en plein air, il se tient debout dans la position militaire dite de l'attention, les talons rapprochés, le corps droit, et les mains sur les hanches ; avec la bouche fermée il fait une profonde inspiration (c'est-à-dire qu'il prend tout l'air possible) pendant laquelle il élève les bras dans une position horizontale (Fig. 4). Il reste dans cette position de quatre à cinq secondes en retenant l'air inspiré et pendant l'expiration il ramène les bras dans la position originale. L'expiration doit être un peu plus rapide que l'inspiration.

Mesurés en secondes les différents temps de cet exercice peuvent s'exprimer comme suit : expiration, 3, inspiration, 4, rétention, 5. On doit enseigner à l'enfant à compter mentalement pendant ces différents temps pour l'accoutumer à les accomplir très méthodiquement.

Quand le premier exercice sera parfaitement contrôlé on devra commencer à travailler le suivant (B). Les mains sont placées en avant de la poitrine l'une au-dessus de l'autre comme si l'on voulait ouvrir la poitrine (Fig. 5), puis les mains, les bras et les épaules sont portés en arrière, les doigts restant fléchis, pendant que l'on fait une profonde inspiration. On compte cinq en frappant cinq fois sur la poitrine, et à la dernière seconde on commence l'expiration en ramenant les mains dans la position originale. Cet exercice a l'avantage de pouvoir être exécuté aussi bien dans la position assise ou même dans le décubitus dorsal.

Le troisième exercice C, consiste dans l'élévation des bras de la position de l'attention à l'horizontale et de là au-dessus de la tête, (fig. 7) pendant que l'on prend une inspiration ; puis à pencher le tronc en arrière autant que possible tout en retenant sa respiration, à garder cette position pendant 5 secondes et à la cinquième seconde à reprendre la position première en expi-

rant l'air inspiré. On doit se rappeler que pendant cet exercice les bras levés au-dessus de la tête doivent se toucher par les mains formant un cercle et que la réunion des index et des pouces doit former un triangle.

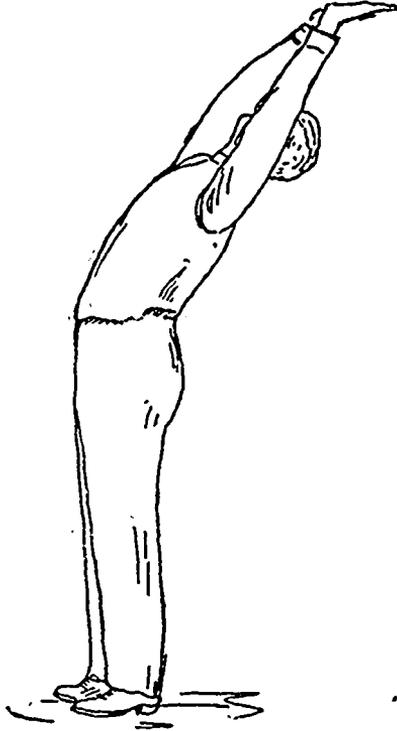


Fig. 6. Exercice C.

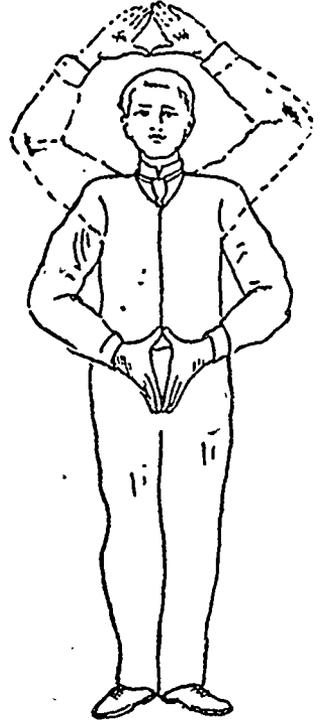


Fig. 7. Exercice D.

Le quatrième exercice D, met en jeu les muscles abdominaux ou en d'autres termes habitué à la respiration thoracique et abdominale. Pour arriver à ce but, on se place debout dans la position de l'attention avec les deux mains réunies par leurs faces palmaires de façon à ce que les petits doigts touchent le sternum (fig. 7). Pendant que l'on fait une profonde inspiration on élève le diaphragme en donnant toute son attention à cet acte,

et l'on élève pendant ce temps les mains jusqu'au menton en les tenant toujours appliquées contre le plan antérieur du tronc, puis on les retourne et on les élève au-dessus de la tête (fig 6.) On se courbe pendant quatre secondes en arrière après lesquelles on expire l'air en reprenant la position primitive.

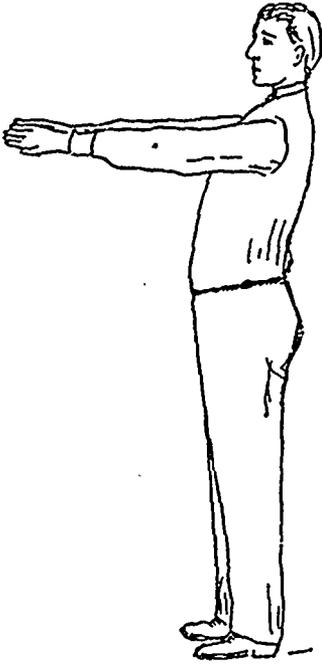


Fig. 8. Exercice E.

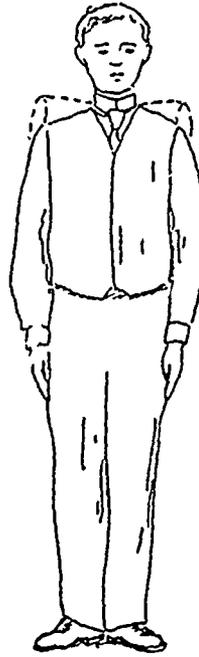


Fig. 9. Exercice F.

Le cinquième exercice respiratoire, E, que l'on pourrait appeler la nage à sec, demande plus de force et d'endurance. On ne doit l'entreprendre qu'après la pratique régulière et suivie des autres exercices ; et quand l'amélioration de la respiration est devenue évidente. On prend comme toujours la position de l'attention et alors on allonge les bras en avant comme dans l'action de nager (fig. 8), les mains se touchent par

le dos. Pendant l'inspiration on éloigne les mains l'une de l'autre jusqu'à ce qu'elles se touchent en arrière du dos; on tient cette position pendant quatre secondes pendant lesquelles on retient l'air inspiré, et l'on exhale en ramenant les bras dans la position initiale, prêtes à un autre mouvement de natation, ou si l'on a fini, à la position de l'attention. Cet exercice plutôt difficile peut être rendu plus facile et plus effectif si on se lève sur les orteils pendant l'inspiration et si on se laisse redescendre pendant l'expiration.

On voit qu'avec ces cinq exercices tous les muscles de l'économie depuis les narines jusqu'aux orteils sont mis en mouvement, la face seule ne doit pas se contracter et peut servir de preuve que les exercices sont bien faits, car il ne faut pas oublier que les exercices doivent être accomplis sans contraction inutiles et sans mouvements brusques.

Souvent, quand on est sur la rue, on ne peut accomplir tous ces mouvements sans attirer l'attention. Alors on prend simplement la position de l'attention, on élève les épaules et on fait un mouvement de rotation en arrière pendant l'inspiration (fig. 9); on reste dans cette position pendant quatre secondes et l'on expire en reprenant la position première. Cet exercice F, peut être facilement accompli en plein air pendant la marche ou l'équitation ou même dans la position assise.

Les jeunes gens et les jeunes filles prédisposés à la tuberculose acquièrent souvent l'habitude de se courber en avant. Pour remédier à cette mauvaise habitude on doit recommander l'exercice suivant. (G.) L'enfant se redresse autant que possible, met ses mains sur ses hanches, les pouces en avant et se courbe lentement en arrière aussi loin que possible tout en faisant une inspiration; il reste ainsi pendant cinq secondes (fig. 10), retenant toujours son haleine et reprend sa position primitive par

un mouvement de redressement un peu plus rapide que celui d'extention forcée. La règle générale suivante devrait toujours être observée dans les exercices respiratoires : Commencer toujours par les exercices les plus faciles A, et ne pas entreprendre les autres avant d'avoir complètement contrôlé les premiers. On doit accomplir de quatre à six exercices (un de A, B, C, D; E, ou F), ou quand on est en plein air l'exercice F, répété

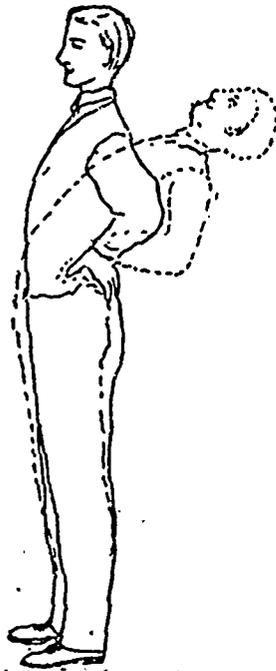


Fig. 10. Exercice G.

quatre ou six fois dans l'espace d'une demie-heure ou une heure, ou au moins quatre ou six fois le jour ainsi qu'au réveil et au coucher. On doit continuer cette pratique jusqu'à ce que l'habitude de respirer profondément soit devenue naturelle. Tous ces exercices doivent être pris dans un atmosphère frais et libre

de poussières. Il ne faut jamais commencer quand on est fatigué, ni les pousser jusqu'à la fatigue.

Ces exercices sont destinés aux enfants qui ne sont pas encore tuberculeux et ils doivent être gradués suivant la force, le développement et l'intelligence du sujet. Il est évident que ces exercices destinés à rendre de grands services aux pré-tuberculeux doivent être commandés avec discernement. Ils peuvent causer un tort considérable aux enfants faibles si on ne surveille pas soigneusement leur développement physique. Ils ne feront jamais tort à l'enfant sain s'ils ne sont pas surfaits. En général les enfants s'attachent naturellement à ces exercices qui développent chez eux l'amour du bon air et le dégoût de l'air vicié. On ne doit pas craindre de les employer chez les sujets dits à poitrine plate. Au contraire, ceux-là justement en profiteront à cause du développement du squelette osseux qu'entraînent ces mêmes exercices. Et c'est ainsi qu'un enfant dont la poitrine est plate et étroite deviendra un adulte à poitrine large et profonde.

C'est pour cette raison que je demande avec insistance que l'on rende constante et obligatoire la gymnastique respiratoire dans les écoles de façon à développer au maximum les poitrines et les corps des enfants et d'arriver ainsi à une génération la plus résistante possible à l'invasion tuberculeuse.

Par l'étude des exercices décrits, on peut se rendre compte que tous les muscles de l'économie sont développés, sans violence cependant.

Comme moyen adjuvant de développement des poumons et de la poitrine chez les enfants on ne saurait trop recommander les exercices de chant et de récitation en plein air. Des observateurs très attentifs ont noté les avantages de ces méthodes, surtout Barth à Koslin (Allemagne). Il a fait une étude très

soignée des effets du chant sur les poumons et le cœur, sur les maladies du cœur, sur la circulation pulmonaire, sur le sang, sur l'appareil vocal, les voies aériennes supérieures, l'oreille, la santé générale, le développement de la poitrine, le métabolisme, sur l'activité des organes digestifs, et il en est arrivé à la conclusion que les exercices de chant doivent être rangés parmi les meilleurs moyens d'acquérir une bonne santé. Si l'on considère le fait que ceci peut se faire n'importe où (si l'air est pur), n'importe qu'ind, et sans appareil, on s'étonne que la pratique n'en soit pas plus répandue. Les autorités militaires allemandes qui ont la réputation de toujours recommander toutes les méthodes propres à augmenter la vigueur des soldats ont, dans ces dernières années, insisté pour que l'on chante pendant toutes les marches des soldats de toute arme. Les visites aux parcs, les excursions de botanique ou de géologie, les ascensions de montagnes devrait former une partie importante du curriculum des écoles. Tous ces moyens tendront à développer le physique des élèves et à les rendre plus résistants à l'invasion par le bacille tuberculeux. Ces exercices en plein air ne doivent pas être limités à la belle saison.

A part les exercices déjà décrits il en est un autre que les enfants plus vieux peuvent ajouter à leur arsenal de moyens de défense par le développement de la poitrine et l'habitude de se remplir de la plus grande quantité possible d'air pur et frais. C'est l'exercice (H) qui se fait comme suit : L'enfant prend la position de l'attention puis il inspire profondément, pendant qu'il élève les épaules et les jette en arrière, il garde la position pendant quatre secondes, expire l'air inspiré autant que possible en reprenant la position originale et avant de reprendre l'inspiration il fait un second effort d'expiration en même temps qu'il tourne ses avant bras en dehors et qu'avec ses bras il comprime

sa poitrine de manière à en exprimer tout l'air possible (fig. 11). Le vide créé dans sa poitrine amène un acte involontaire d'inspiration très profonde et le gymnaste reprend tranquillement la position d'attention.

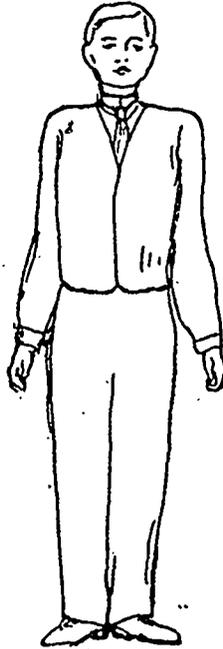


Fig. 11. Exercice H.

Pour établir la valeur de cet exercice je répète ici que la respiration ordinaire entraîne le renouvellement de 500 c.c. d'air à chaque respiration, le premier exercice en fait inspirer 1500 c. c. et ce dernier peut en faire expirer 1300 c. c. Le deuxième effort expiratoire peut encore faire sortir 500 c. c. de l'air résiduel, ce qui établit la valeur de cet exercice avant le travail, pendant le repos, après la fin de la journée ou chaque fois que l'on se trouve en plein air.

On a cherché à expliquer le fait du début habituel de la tuberculose pulmonaire par les sommets, en disant que la fonction inspiratoire se fait mal à ce niveau. Je suis d'accord ici avec Henau, et je crois cette opinion erronée (1). Au contraire, ces régions pulmonaires respirent très bien, trop bien même, et c'est à ce point que l'on trouve en abondance les micro-organismes de toutes sortes, quand on se donne la peine de faire les autopsies sérieusement. Le mal vient de ce que les sommets n'expirent pas comme il faut ; et cet exercice, exhalation complète suivie d'un mouvement d'expiration forcée, à mon avis constitue le meilleur moyen de remédier à ce défaut en empêchant la congestion et la stagnation de l'air inspiré : deux conditions favorables au développement des bacilles. Et s'il fallait des arguments pour prouver la valeur de ces exercices, et de l'inspiration d'air pur et frais, il convient de jeter les yeux sur les montagnards qui avec leurs larges et profondes poitrines sont les moins disposés à la tuberculose. Malgré que l'on doive tenir compte du fait qu'ils vivent en plein air et dans des régions moins peuplées il n'en est pas moins vrai que leur immunité vient surtout du développement de leur poitrine ; et ce développement est une conséquence des conditions atmosphériques dans lesquelles ils vivent car la pression diminuée ralentit la circulation, rend la respiration plus lente, l'inspiration plus profonde, l'expiration plus complète.

Il est évident qu'un enfant de parents tuberculeux entraîné à respirer de l'air pur d'une façon convenable, habitué à prendre de l'exercice régulièrement et nourri convenablement ne doit pas devenir tuberculeux. J'en suis pour ma part absolument convaincu.

(1) Henau, A., Ziurich ; « Beitrage zur Pathologie der Lungenkrankheiten », Zertschr. f. klinische medicin, XII, 1887.

Il y a déjà plus de vingt ans, je commençais ma carrière médicale à Los Angeles, Californie du Sud, alors une petite ville où se réunissait déjà un certain nombre de tuberculeux que le climat devait guérir. Et de ces malades j'en ai soigné un grand nombre, avec des succès variables, mais ce qui devait m'intéresser le plus c'était l'observation des enfants des malades, venus avec eux ou nés pendant leur séjour dans le pays. De ces enfants, sans doute, plusieurs avaient hérité de prédispositions tuberculeuses et cependant j'en ai vu un grand nombre devenir des hommes et des femmes de parfaite santé.

Pour assurer à l'enfant les meilleures chances possibles, il ne suffit pas de lui enseigner les exercices respiratoires. D'abord il faut donner plus de temps au jeu ; l'enfant ne doit pas aller à l'école avant l'âge de huit ans. Pendant toute son enfance les heures de sommeil doivent être augmentées et le travail manuel doit être complètement aboli. Les endroits de jeu en plein air doivent être plus nombreux ; on peut transformer en salles de jeu tous les toits des logements d'ouvriers ; il suffit pour cela de quelques verges de treillis de fil de fer et d'un auvent de toile, les enfants pourront alors y jouer pendant presque toute l'année.

Les fermes écoles pour enfants, du modèle de celle conduite par Madame Henry Parsons, à New-York, devraient être multipliées, et chaque ville de quelque importance devrait en avoir à sa disposition. Ces établissements, surtout établis dans les districts à population dense font œuvre curative et préventive en même temps. L'enfant prédisposé à la tuberculose, à qui on fournit l'occasion de faire un travail intéressant dans une ferme ou un jardin, s'habitue bientôt au labeur en plein air, ce qui peut n'avoir pour lui que des avantages.

Les jeux au grand air et les exercices athlétiques modérés doivent être encouragés non seulement dans les collèges mais

dans les écoles préparatoires, on ne doit pas non plus les réserver aux seuls garçons pendant la croissance.

Quand l'enfant a fini d'aller à l'école, même si en apparence il a surmonté ses tendances tuberculeuses, on doit toujours se souvenir de la menace d'une rechute amenée par le choix non judicieux d'une profession quelconque. Une occupation qui entraîne à une vie sédentaire, ou expose à l'inhalation répétée des poussières animales ou végétales ne doit jamais être remplie par quelqu'un qui a ou qui a eu des prédispositions à la tuberculose.

Au point de vue de l'infection post-natale, il faut d'abord penser au lait tuberculeux. La mère atteinte de tuberculose ne doit pas nourrir son enfant, et l'on doit s'assurer que le lait que l'enfant boit est exempt de bacilles tuberculeux et en général de tout micro-organisme.

Il n'est pas de notre province de discuter ici laquelle des méthodes est la meilleure ; la stérilisation bien surveillée donne dans les cas particuliers les meilleurs résultats. Il va sans dire que l'idéal serait une nourrice dont la santé parfaite, et la vigueur compenseraient l'hérédité du nourrisson. Les causes d'infection post-natale sont généralement les suivantes : la mère ou la nourrice tuberculeuse caresse et embrasse l'enfant sur la bouche, elle le porte dans ses bras et tousse au-dessus de lui l'exposant sans cesse à l'infection directe, elle prépare sa nourriture et la goutte pour s'assurer de la température, se servant de la même tétine ou de la même cuillère que l'enfant, transportant ainsi les germes d'une bouche à l'autre. Plus tard l'enfant jouera sur le plancher, et s'il y a dans la maison un malade dont les crachats restent sur ces planchers, l'enfant sera presque fatalement infecté. Qu'il respire les poussières chargées de microbes ou qu'il infecte ses doigts et sa bouche ensuite,

le résultat est le même, mais la cause sera probablement oubliée quand la maladie se développera. Il peut encore se faire des petites plaies avec ses ongles infectés, amenant ainsi une infection sanguine directe.

Les précautions suivantes éviteront sûrement ces infections: les tuberculeux doivent être prudents et ne jamais cracher dans un endroit où le crachat peut se dessécher, ils doivent aussi autant que possible se tenir éloignés des enfants et ne pas prendre part à leurs jeux. Il devrait être absolument défendu d'embrasser les enfants sur la bouche, et l'on devrait s'efforcer d'enseigner aux petits de ne se laisser embrasser par personne. Les parents et les intimes devraient s'en abstenir ou ne les embrasser que sur la joue. Les planchers sur lequel l'enfant joue doivent être tenus scrupuleusement propres, et sans aucun prétexte doit-on y permettre des tapis qui ne sont que des ramasse-germes. Les mains et les ongles des petits doivent être tenus aussi propres que possible.

Le fait de cracher dans les endroits où les enfants jouent devrait être considéré comme une offense grave et encourir une punition sévère.

Ces lieux de jeu devraient être tenus dans un grand état de propreté, balayés chaque jour et recouverts d'une couche de sable ou de gravier.

A l'école l'enfant peut s'infecter par l'usage commun d'instruments de musique, de jouets, de gomme à mâcher ou de fruits à moitié mangés.

Il arrive, rarement il est vrai, que les enfants soient infectés par l'acte de la circoncision religieuse chez les juifs. On en compte à peu près vingt cas authentiques, mais le nombre augmente constamment. L'infection se montre d'abord par une lésion localisée aux organes génitaux et se généralise ensuite.

L'opération en elle-même n'est rien mais la succion du prépuce qui fait partie des rites la rend dangereuse ; si le Rabbi qui opère est tuberculeux l'enfant court le danger d'être inoculé directement. Comme moyens préventifs on peut suggérer que l'opérateur produise un certificat de bonne santé, ou qu'il fasse la succion avec un tube en verre comme cela se pratique en France et en Allemagne.

Je dois dire que je considère comme dangereux le système adopté en certains lieux, de remettre aux soins de familles de la campagne les enfants trouvés qui ne prospèrent pas convenablement à l'hôpital. Ceci se fait sans contrôle médical aucun et souvent le soin de l'enfant va à une personne invalide et tuberculeuse. La moindre négligence ou le moindre manque de scrupule amènera presque fatalement l'infection tuberculeuse de l'enfant.

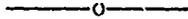
Je ne saurais terminer cette ébauche de travail sans faire une mention spéciale de l'œuvre toute philanthropique dont le but est de surmonter ces prédispositions à la tuberculose dont un si grand nombre d'enfants ont hérité. Mon ancien maître, feu le prof. Grancher, de Paris, jetait les bases de « l'Œuvre de Préservation de l'enfance contre la Tuberculose » et de concert avec madame Grancher dotait l'œuvre de quelques centaines de milliers de francs. Comme l'indique son nom cette société travaille à sauver les enfants. Elle choisit chaque année un certain nombre d'enfants issus de tuberculeux et avec la permission des parents les envoie dans des maisons de campagne où elle leur fournit la meilleure nourriture et les met dans les meilleures conditions de résistance possible.

Elle les surveille constamment et les rapports des dernières années indiquent que les résultats se traduisent par des vies sauvées et des santés améliorées, ce qui en somme est le vrai moyen de triompher de la tuberculose.

Il serait grandement désirable que l'œuvre de Granclier trouve des imitateurs dans notre pays.

Il serait de bonne guerre contre la tuberculose d'examiner tous les enfants des écoles et de rechercher les ascendants tuberculeux. On découvrirait ainsi les prédisposés qui deviendraient alors l'objet de soins spéciaux.

Plus nous chercherons à prévenir l'infection tuberculeuse des enfants, plus nos efforts et nos connaissances seront concentrés vers ce but éminemment de prévention, plus nous chercherons à intéresser les riches à cette œuvre, plus nous serons près d'atteindre ce but, de déraciner la tuberculose et d'empêcher la peste blanche d'étendre de jour en jour ses ravages.



## INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CŒUR FORCÉ.

### TRAITEMENT DE L'HYPOTENSION MITRALE.



L'insuffisance mitrale est compatible avec une longue survie ; elle peut être longtemps compensée si des accidents infectieux, du surmenage, des lésions chroniques du myocarde n'interviennent pas pour aggraver la situation. Merklen rapporte le cas d'un malade porteur d'une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale dont la période de compensation dura près de dix-huit ans. Blanchisseur de son état il faisait un dur métier et montait souvent jusqu'au quatrième étage des charges de 60 à 80 kilogrammes de linge.

Entré dans le service de Merklen pour une bronchite grip-

pale, il sortit guéri en apparence pour reprendre son travail. Toutefois sa vigueur n'était plus la même ; il s'essouffait plus rapidement et la nuit il avait des crises d'oppression.

Six mois plus tard il fut obligé de cesser sa profession pour se reposer : au bout de huit jours il se sentait amélioré et reve-à ses occupations. Mais la rémission fut courte et une crise d'asystolie pulmonaire l'obligea à rentrer de nouveau. Sous l'influence de quelques doses de digitale et un repos de quelques semaines sa situation devint meilleure, à tel point qu'il pouvait reprendre son travail.

Pendant dix mois sa santé se maintint satisfaisante jusqu'au jour où voulant porter jusqu'au quatrième étage une charge de 70 kilogr., il fut repris d'accidents cardiaques violents. En effet, parvenu au deuxième étage il avait été obligé de s'arrêter, haletant, angoissé, la base du thorax serrée comme dans un étau le cœur animé de battements violents. Il put, après un quart d'heure de repos, terminer son ascension et redescendre avec une nouvelle charge de linge. Mais à partir de ce moment il fut en proie à des crises d'asthme ; le moindre effort provoquait de l'oppression ; les urines avaient diminué ; les nuits étaient mauvaises, entrecoupées de crises de dyspnée très pénibles.

A l'examen, le cœur est dilaté, sa pointe déviée et abaissée, le pouls est irrégulier et la pression artérielle est descendue à 14 ou 15 centimètres ; les bases du poumon étant congestionnées, les urines diminuées mais non albumineuses.

On n'observait aucun signe de stase jugulaire, pas de gonflement du foie, pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'insuffisance tricuspидienne. En somme il s'agissait d'une asystolie pulmonaire.

Le repos et la digitale ont remis les choses en état, néanmoins cet état est précaire, le cœur reste dilaté, la pression arté-

rielle reste au-dessous de la normale, le rythme du cœur se trouble sous l'influence de la moindre fatigue ; l'irrigation sanguine est insuffisante, le malade est nerveux, irritable.

Un premier point se dégage cette observation, c'est la durée prolongée de la période de compensation et ceci est un fait assez fréquent. Beaucoup de malades ignorent même pendant longtemps la mala cardiaque dont ils sont atteints ; ils mènent une vie active, se livrent aux sports les plus fatigants, à des travaux très pénibles sans s'en apercevoir. Cet état de compensation persiste tant qu'aucune autre cause d'affaiblissement cardiaque n'intervient.

Le mécanisme de cette compensation est le suivant : l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche permet un reflux du sang du ventricule dans l'oreillette, d'où diminution du débit artériel du ventricule gauche.

L'oreillette gauche est obligée à un surcroît de travail, elle s'hypertrophie ; de même aussi le ventricule droit, puis secondairement le ventricule gauche. Sous l'influence de cette hypertrophie, la compensation s'établit facilement si le myocarde est normal et le sang suffisamment riche. A l'examen le cœur est un peu augmenté de volume ; la pointe est déviée vers l'aisselle ce qui correspond à un certain degré d'hypertrophie du ventricule droit ; le gauche ne présentant que très peu d'augmentation sauf en cas de lésion aortique concomitante.

Chez les mitraux, le bruit sigmoïdien pulmonaire peut être très accentué par suite de la tension dans la petite circulation. Il peut y avoir même dédoublement du second bruit ou bruit de rappel comme dans le rétrécissement mitral et ce signe offre une certaine importance, car il fait prévoir l'apparition prochaine de la période hyposystolique ou de décompensation. Il se rencontre, en effet, chez le malade qui fait l'objet de cette leçon, et

comme nous l'avons signalé plus haut, ce malade, quoique très amélioré, n'en est pas moins sous le coup d'une insuffisance cardiaque.

Comment ce malade, dont le cœur avait si bien fonctionné durant une si longue période, est-il arrivé aussi brusquement à l'asystolie? D'après les renseignements qu'il donne, on ne peut pas incriminer une crise rhumatismale. Mais il y a la bronchite grippale pour laquelle il a été soigné à l'hôpital. La grippe trouble profondément l'innervation cardiaque et réveille des foyers inflammatoires mal éteints; mais il s'agit le plus souvent d'un orage passager et cette grippe à elle seule ne paraît pas suffisante pour expliquer les phénomènes d'insuffisance cardiaque apparus chez ce malade. Il en est de même des lésions du myocarde consécutives à l'inflammation de la séreuse endocardique si bien étudiée par Lancereaux et Hipp. Martin. Ces deux facteurs ont évidemment joué un rôle, mais la cause principale, déterminante des accidents chez ce malade doit être recherchée dans le *surmenage physique*, dans l'effort soutenu nécessité par son travail qui consistait à porter d'énormes charges de linge au quatrième et cinquième étage.

Or nous savons que tout effort, trop de surmenage produit chez un sujet non entraîné, une dilatation du cœur non appréciable à la percussion et à la radioscopie. Rien d'étonnant par conséquent si ces phénomènes se produisent plus rapidement et avec plus d'intensité chez des malades dont le cœur est déjà touché et présente des signes de faiblesse. L'obèse sénile, dit Merklen, quelquefois même l'obèse de la cinquantième année, qui ne peut monter un étage sans se trouver haletant, la poitrine sifflante, la voix coupée, le cœur serré et battant avec violence, s'expose à l'asystolie s'il lutte contre ces symptômes. Certel signale le cas de deux femmes obèses qui furent prises d'asysto-

lie prolongée après avoir fait effort pour se hisser dans un wagon. On a signalé aussi le danger des sports, des promenades en montagne, de l'ascension répétée des étages pour un artérioscléreux qui commence à se plaindre d'oppression en montant, dont le pouls se maintient accéléré, et les veines apparentes pendant des heures et des jours après une fatigue inusitée.

Les excès vénériens ont une grande part dans le surmenage du cœur et provoquent fréquemment l'asystolie chez les artérioscléreux, surtout si un état infectieux comme la grippe vient compliquer les choses.

Chez notre malade, la grippe et le surmenage ont associé leurs effets pour produire l'asystolie et lorsque cette dernière se déclare soudainement à la suite d'un effort, d'un surmenage intense, on dit après Beau qu'il y a *cœur forcé*,

Le cœur forcé peut se produire brusquement sans signe préalable d'insuffisance. Merklen en rapporte plusieurs cas parmi lesquels nous rapportons les deux suivants qui paraissent typiques. Une prostituée, après une nuit de danse et d'orgie effrénée, rentra dans le service de Beau en pleine asystolie et faillit succomber à ces accidents. Fraentzel raconte l'histoire d'un débardeur très vigoureux, âgé de trente-sept ans qui avait l'habitude de porter des charges de pierre de 315 livres. Un jour il veut ajouter six briques à sa charge habituelle, mais il fut pris d'une telle douleur dans la région précordiale et le bras gauche, qu'il laissa tout tomber. Il est en proie à une dyspnée extrême, ne peut s'étendre et rapidement une hydropisie généralisée se déclare qui l'oblige à l'immobilité pendant six semaines. Une fois guéri, il reprend son travail et arrive peu à peu à son même poids de 315 livres; il veut renouveler sa première expérience du poids supplémentaire. Mais il est pris aussitôt d'une douleur précordiale atroce, perd connaissance pendant une

heure. Au réveil il est en proie à une dyspnée effrayante : il existe une asystolie pulmonaire avec œdème généralisé ; le cœur est dilaté, atteint d'insuffisance mitrale fonctionnelle, le pouls est arythmique et tachycardique. Ces accidents persistent des mois et le malade ne guérit qu'incomplètement.

Chez notre malade le cœur forcé ne se produisit pas avec cette brutalité. Déjà chez lui s'accusaient des signes d'insuffisance, mais les symptômes observés rappellent cependant ceux du malade de Fraentzel.

Ces phénomènes du cœur forcé résultent de la distension brusque des ventricules consécutives à une élévation considérable de la pression artérielle. Le ventricule gauche se dilate et il se produit une stase dans l'oreillette gauche puis dans les veines pulmonaires et jusque dans le ventricule droit. Celui-ci résiste ou cède à cet excès de pression : dans le premier cas il y a asystolie partielle ; dans le second il survient une asystolie généralisée par insuffisance tricuspidiennne.

L'asystolie du cœur forcé débute tantôt soudainement par des accidents d'une intensité et d'une violence effrayante, tantôt progressivement, à moins, dit Merklen, que la crise n'éclate subitement à l'occasion d'un effort même modéré qui épuisse complètement le myocarde.

Le premier symptôme est une *douleur violente, angoissante*, occupant la région précordiale et irradiant ou non vers le bras gauche, douleur de distension transmise aux centres nerveux par les filets sympathiques qui traversent le premier ganglion thoracique. Cette douleur s'accompagne d'une angoisse particulière.

L'*arythmie* qui se produit alors est d'origine mécanique et résulte d'une pression excentrique excessive sur l'oreillette gauche. L'expérimentation physiologique a démontré la réalité de

ce mécanisme. Cette arythmie est passagère et cède avec la crise d'asystolie. Elle s'accompagne de tachycardie, celle-ci pourrait aller jusqu'à 150 pulsations dans les cas graves.

La *dyspnée* est le signe le plus net de la dilatation ventriculaire gauche avec rétrosiase auriculaire et pulmonaire (Merklen). Elle est violente, pénible avec menace d'asphyxie et peut aboutir à un œdème aigu du poumon.

Les signes physiques sont ceux de la dilatation du cœur gauche et de l'oreillette gauche et quelquefois de tout le cœur. La pression artérielle est abaissée, le pouls est petit, fuyant, le taux des urines diminué.

Le pronostic du cœur forcé varie suivant l'état du myocarde. La thérapeutique à instituer en pareil cas doit être excessivement active et rapide. Il faut combattre par les moyens les plus efficaces l'encombrement des voies respiratoires et relever l'énergie du cœur. La première indication sera remplie par l'application de nombreuses ventouses sèches ou scarifiées sur le thorax, la sinapisation des membres inférieurs. La saignée dans quelques cas nous paraîtrait devoir donner un résultat précieux. On agira sur le cœur par des injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée, on donnera de la digitaline et on fera prendre une boisson cordiale. S'abstenir des injections de morphine dont les résultats seraient désastreux surtout s'il existe de la congestion ou de l'œdème du poumon.

Plus tard le traitement est celui de l'asystolie, mais le myocarde ne reprendra que lentement son fonctionnement régulier et *un repos prolongé* sera nécessaire. Parfois même, malgré la thérapeutique la mieux dirigée l'asystolie devient définitive. Tout effort, tout surmenage, même léger, ramènera les accidents ; il faut au malade une occupation sédentaire et la cessation de toute vie active.

Entre l'asystolie véritable et la période de compensation de l'insuffisance mitrale il existe une phase intermédiaire à laquelle Huchard a donné le nom d'*hyposystolie*. L'hyposystolie est un état d'insuffisance cardiaque habituel à certains rhumatisants, à certains surmenés, à des alcooliques qui est, pour ainsi dire, l'*asystolie sans hydropisie*. C'est, dit Merklen, la forme la plus élémentaire de l'asystolie à laquelle, d'ailleurs, elle peut succéder, bien que le plus souvent elle soit une aggravation progressive de l'insuffisance cardiaque. Le cœur est gros, le foie est hypertrophié. Bien que le malade paraisse guéri de sa crise asystolique et que le cœur ait retrouvé son énergie, ses cavités droites restent dilatées et la glande hépatique est anormalement développée. Comme le disait Hanot : il y a *asystolie hépatique*.

En plus de ces symptômes il y a *augmentation de la masse totale du sang*. Le chlorure de sodium est notablement plus élevé comme quantité et ces malades sont polyuriques et hyperchloruriques. Si le malade fait de la rétention chlorurée par défaut de perméabilité rénale, l'œdème apparaît.

Le cœur de ces malades hyposystoliques présente de grandes irrégularités dans son fonctionnement : sa capacité fonctionnelle est amoindrie et son insuffisance se traduit par de petites crises de dyspnée, par une réduction des urines, de l'oppression intermittente, des attaques d'asthme, de la rétention chlorurée, de l'œdème péri-malléolaire le soir.

L'hyposystolie de l'insuffisance mitrale se combine le plus souvent à une arythmie des plus accentuées, ce qui est un signe des plus nets que la période de compensation a cessé. Ce pouls arythmique est occasionné par la dilation de l'oreillette gauche et du cœur droit. Il s'agit ici d'une systole supplémentaire ou extra-systole due à une contraction anticipée de l'oreillette gau-

che, celle-ci ne se vidant plus complètement pendant la diastole et la présystole, et se contractant à nouveau avant le retour d'une évolution cardiaque régulière. Quand l'asystolie est déclarée, il se produit toute une série de petites systoles et il existe alors un véritable délire du cœur, une folie cardiaque avec 150 à 160 pulsations fortes ou faibles.

L'association de l'arythmie à la cardo-hépto-mégalie est due à la dilation auriculaire droite, le foie étant en quelque sorte un diverticule de l'oreillette droite dont il subit les oscillations.

Coincitant avec l'arythmie, on a toujours trouvé à l'autopsie des malades des lésions scléreuses des parois auriculaires, dégénérescence qui n'existait pas chez ceux qui avaient conservé le pouls régulier jusqu'à la mort.

L'hyposystolie mitrale présente des phases très diverses. Tantôt elle s'installe après une période plus ou moins longue d'insuffisance cardiaque, marquée par des palpitations violentes, quelquefois arythmiques de la dyspnée d'effort, des crises d'asthme nocturne, un certain degré d'hypertrophie douloureuse du foie, des étourdissements, de la fatigue générale; tantôt les accidents sont plus brusques et l'asystolie se déclare rapidement, les urines diminuent et deviennent albumineuses, l'hydropisie et la cyanose apparaissent. Cet état peut persister des semaines et des mois jusqu'au moment où, après une longue période de repos, le cœur reprend un peu de son énergie, et retrouve une partie de sa capacité fonctionnelle, d'ailleurs toujours réduite.

Certains malades vivent de longues années en état d'hyposystolie légère s'ils se surveillent, et Merklen cite le cas d'un malade qui présente de l'arythmie depuis vingt-cinq ans avec un certain degré d'insuffisance cardiaque. D'autres, également arythmiques, ne présentent des crises sérieuses que pendant les mois d'hiver; l'été ils peuvent vaquer à leurs occupations si

elles ne sont pas très pénibles, mais on rencontre toujours chez eux des signes d'affaiblissement cardiaque, augmentation de volume du cœur, foie débordant, petits accès d'asthme, dyspnée au réveil, etc.

La cirrhose hépatique avec ascite rend le pronostic plus sombre, cependant elle est compatible avec une longue survie. Toutes choses égales, d'ailleurs, ajoute Merklen, le pronostic dépend des conditions générales d'âge et de santé, mais surtout et avant tout d'une bonne direction thérapeutique et c'est ce que nous allons examiner maintenant.

Le traitement est préventif et curatif.

L'hygiène réalise le traitement préventif et comporte une série de prescriptions au sujet du repos, des exercices, des séjours climatériques et de la vie morale.

Sauf dans les cas de recrudescence, le repos complet est contre-indiqué. Le plus souvent un exercice modéré, bien dosé, est utile et nombre de malades dyspneiques au réveil voient leur anhélation disparaître dans la journée; quelques-uns même se livrent à des travaux assez pénibles. Le tact du médecin résidera sur ce point qu'il devra s'attacher à proportionner l'exercice à la capacité fonctionnelle du cœur du malade, percevoir l'intensité des réactions de fatigue de ce cœur et ne pas dépasser la mesure, celle-ci étant essentiellement individuelle et variant suivant une foule de circonstances; affections récentes, crises rhumatismales, état nerveux, profession plus ou moins pénible, etc. Parfois l'exercice doit être remplacé par la gymnastique en chambre.

Le froid et l'humidité sont pernicious pour les hyposystoliques; le séjour dans un climat chaud durant l'hiver devra être conseillé. Les soucis, les émotions, les excitations sexuelles seront évités. Le séjour à la campagne, la vie calme des champs

à une altitude moyenne ne dépassant pas 500 à 600 mètres sera favorable. Le tabac, l'alcool, les plaisirs, les veilles seront sévèrement proscrits.

Le temps est avec l'hygiène un des grands facteurs de l'amélioration de cette catégorie de malades. Cependant la médication proprement dite ne saurait être mise de côté. Il faut lutter, dit Merklein, contre l'engorgement veineux et cardiaque à l'aide de deux médications qui s'associent et se confondent : la *médication déplétive* et la *médication cardio-tonique*.

Il existe fréquemment de la pléthore sanguine chez l'hyposystolique ; on la combattra efficacement par : 1° des laxatifs, 2° des diurétiques, 3° la réglementation de l'alimentation.

Le cascara, l'aloès, le calomel, l'eau de-vie allemande, etc., etc., seront utilisés pour combattre la congestion hépatique et pulmonaire.

Les diurétiques, en particulier la théobromine, le régime lacté intégral augmenteront la quantité des urines et auront ainsi une action déplétive.

En ce qui concerne le régime lacté, il ne faut pas dépasser un litre et demi par jour. On se rappellera les travaux de Huchard sur la *réduction des liquides* comme moyen d'améliorer certains états asystoliques ; cette méthode a permis dans certains cas d'obtenir ces résultats inespérés.

Le régime lacté agit surtout par suite de sa pauvreté en chlorures. Or, nous savons depuis les travaux de Widal que l'élimination des chlorures ne saurait se faire sans une élimination correspondante d'eau ; soit un litre pour 7 grammes de sel. En réduisant la quantité de sel absorbé, on réduit du même coup la masse hydrique circulante. Le régime déchloruré est donc d'une grande utilité chez les cardiaques ; il permet d'abord de remplacer le lait par un régime sans sel et d'autre part il

agit en favorisant l'émission au dehors d'une quantité plus ou moins considérable de liquide, ce qui se traduit par une augmentation des urines et une diminution du poids des malades. L'alimentation déchlorurée est par excellence une cure de déplétion.

Les hyposystoliques feront des repas fréquents et peu abondants, ils boiront peu aux repas, pour ne pas distendre leur estomac. En dehors de la période digestive ils pourront absorber un litre d'eau par petites fractions ; cette pratique aide à la déchloruration. On devra veiller aussi à ce que leur alimentation ne soit pas trop azotée, car l'excès d'urée agirait au même titre que l'excès de chlorure.

La médication cardio-tonique intervient pour relever l'énergie contractile du myocarde, et c'est la digitale qui est le médicament le plus fidèle et le plus sûr. Quand l'oppression revient la nuit ou au repos le malade réclame sa ration digitalique dont l'effet dure deux à trois semaines. La digitale renforce le myocarde et produit une décharge chlorurée et urinaire abondante. Malheureusement ses effets s'épuisent et l'hyposystolie n'est guère complètement réductible. La matité cardio-hépatique et l'arythmie persistent en s'atténuant. Il faut alors utiliser la théobromine qui vient en aide à la digitale et la remplace dans l'intervalle des cures digitaliques.

Malgré tous ces efforts, il arrive que les rémissions obtenues sont courtes et peu sérieuses, il faut faire appel à d'autres médications qui constituent des adjuvants de la médication cardio-tonique.

Le bain chloruré ou carbo-gazeux, le massage, la gymnastique régularisent et relèvent le pouls, facilitent la respiration, augmentent la quantité des urines. Sous l'influence du massage on voit la matité cardiaque se réduire et la tension artérielle

se relever. Le massage contribue également à combattre la pléthore abdominale. Massage et bains agissent aussi sur les extrémités nerveuses du tégument cutané et exercent par voie réflexe une action dynamogénique sur le myocarde lui-même.

Certaines stations balnéaires sont particulièrement adaptées aux cardiaques hyposystoliques : Nauheim, en Allemagne ; Royat, en France. Scott à Nauheim associe aux bains la gymnastique de résistance ou gymnastique de l'opposant. Les mouvements doivent être exécutés méthodiquement sous la surveillance du médecin.

*Le Monde Médical*, 25 janvier 1909.



## L'ÉTAT D'ÂME PENDANT LES CATASTROPHES ITALIENNES

CESARE et PAOLA LOMBROSO

Une telle catastrophe est une sorte de « pierre de touche » pour sonder ce que l'âme humaine a d'involontaire, d'invincible dans ses replis les plus profonds, les plus cachés, et que dans la routine ordinaire de la vie jamais on n'a occasion de voir.

Les expressions de quelques-uns de ces échappés pour décrire la terreur dont ils furent la proie, sont tout à fait dantesques, saisissantes :

— J'ai vu le jugement universel, dit l'un, j'ai vu la fin du monde, — car je suis sûr que la fin du monde ne peut pas être autrement. Tandis que dans le noir je trébuchais sur des

décombres qui formaient des montagnes et des gouffres, je voyais les maisons tressaillir, se secouer, les étages s'engloutir les uns dans les autres, des abîmes s'ouvrir, des hurlements infinis, tels que ceux de milliers de bêtes égorgées : alors j'ai cru que c'était là le règne de la mort comme on l'entrevoit dans les cauchemars ; *je n'avais plus conscience d'être vivant, je crus être trépassé ; j'ai cru que la conscience que j'avais était celle qu'on a après la mort !*

Un autre dit :

C'était le chaos, je sentais la terre frémir et trembler ; je m'attendais d'un moment à l'autre à la voir s'ouvrir sous mes pieds et m'engloutir.

Il n'y a personne qui, bien que blessé et même grièvement, parle d'une sensation de douleur physique ; la panique, la terreur, avaient comme envahi tout le champs sensoriel, paralysant toute sensation de douleurs physiques.

Des hommes avec un bras cassé coururent pendant des milles sans s'en apercevoir ; une femme dont un œil était tellement abimé qu'on dut le lui enlever affirme n'avoir rien senti.

Pieds nus sur les décombres qui les déchiraient, n'ayant pour la plupart que leur chemise, le premier instinct des personnes sauvées se traduit dans un besoin irrésistible de courir, de s'enfuir ; sans réflexion ni raisonnement, ils s'enfuyaient simplement, sans savoir pourquoi.

Il s'agit probablement ici de cette impulsion primordiale atavique qui poussait autrefois les hommes à fuir les incendies des forêts ou les menaces des bêtes féroces ; peut-être dans ceux qui étaient restés ensevelis quelque temps sous les décombres il s'agit d'une réaction à l'immobilité forcée contre laquelle les muscles et le cœur se révoltaient, assoiffés de mouvement.

Enormes furent les manifestations de la folie. Les formes

prédominantes furent celles de la folie furieuse. Je crois pourtant que ces formes de folie ne sont pas aussi dangereuses et permanentes qu'on peut le croire. La folie, dans beaucoup de cas, était providentielle, car elle étouffait la conscience de la douleur et la compréhension du désastre.

Il y eut un épisode de mutisme collectif frappant : au moment de la catastrophe, trois cents ouvriers qui se préparaient à entrer dans une fabrique, restés dehors, furent miraculeusement sauvés, mais leur hébètement fut tel que, lorsque le directeur voulut faire l'appel pour voir si tous étaient saufs, presque personne ne répondit ; ils ne saisissaient plus leur nom.

.....

L'instinct de conservation éclata en faits remarquables.

.....

La résistance instinctive, l'opposition à la mort de ces hommes ensevelis, blessés, terrorisés, affamés, anéantis, eurent des manifestations frappantes.

Les enfants furent ceux qui résistèrent le plus, et non seulement pour cette résistance caractéristique à l'asphyxie démontrée par la physiologie, mais aussi par l'inconscience du danger et de la peur, qui certainement ont dû tuer la majorité même des hommes sauvés.

Une petite fille de 4 ans, après quatre jours, fut retrouvée très tranquille, bien qu'elle fut restée tout le temps seule et sans nourriture ; on lui demanda ce qu'elle avait fait : elle dit qu'elle avait dormi attendant son papa.

.....

Un cas semblable est raconté par les journaux, d'un homme qui resta enseveli plusieurs jours et crut que ce fut seulement quelques heures.

Non seulement parce que l'idée du temps est la première à

se perdre, lorsqu'il n'y a aucun point de contact avec les événements successifs, mais aussi parce que dans quelques individus, il arrive une sorte d'accommodement providentiel et préservateur.

Nous rappelons à ce propos la « leïcha » des Russes, par laquelle des tribus entières, contre la famine et la cachexie qui les menacent, ont la faculté d'entrer dans une sorte de léthargie qui dure plusieurs semaines; pendant ce temps leur échange matériel est comme suspendu. Plus facilement et plus naturellement ce phénomène de « coma », qu'on a relevé dans plusieurs cas à Messine et Reggio, pourrait s'expliquer par cet affaiblissement du cœur et de la respiration qui suit presque toujours les grandes émotions de la peur et de la douleur.

Cet état se prolongeant aurait donné lieu à une léthargie providentielle qui ralentissait l'échange matériel et épargnait à l'individu les affres de la terreur.

C'est le phénomène contraire à celui que nous avons signalé plus haut, qui poussait à la fuite à la course folle: contradiction qui ne manque jamais dans les phénomènes plus grands de la nature humaine.

Il y eut aussi plusieurs cas de manifestations médianiques.

*Journal de Médecine Interne*, 20 janvier 1909.

---

### UN BON ANTISEPTIQUE DANS LA GONORRHÉE

La teinture d'iode, dans la proportion de un 1 à quatre drachms par pinte d'eau constitue un des meilleurs antiseptiques dans la gonorrhée. La force de la solution et le nombre des injections varient avec la période de l'affection.

Pour garder l'urine non irritante on se trouvera bien de deux ou trois doses de une cuillerée à thé de SANMETTO. Dans les cas où l'urine est très-irritante on ajoutera un sel de potassium avec avantage.

DES LÉSIONS DES PARTIES MOLLES PENDANT LE  
TRAVAIL ET EN PARTICULIER DES DÉCHIRURES  
VAGINALES ET VAGINO-CERVICALES ET  
DES DÉCHIRURES INCOMPLÈTES  
DE L'UTERUS

---

Leçon de M. le Prof. P. BAR

Recueillie par M. LEQUEUX, chef de clinique

Depuis quelques jours, nous avons observé à la clinique Tarnier un certain nombre de faits, tous relatifs à des déchirures plus ou moins étendues des organes pelviens au cours de l'accouchement, et ces faits méritent qu'aujourd'hui je vous entretienne de leurs causes et de leurs effets.

Le premier fait concerne une primipare de 31 ans chez laquelle le fœtus se présente en OI.D.T. Le travail marche lentement. Le chef de clinique fait donner de la quinine, active la dilatation du col avec les doigts, mais le travail n'avance pas et l'enfant présentant des signes de souffrance, il fait faire une application du forceps. La femme ne perd pas et on ne recherche pas à ce moment quelles ont pu être les lésions ; mais, 4 jours après l'accouchement, le vagin est trouvé rempli de matières fécales. L'examen montre alors une énorme déchirure à droite longeant la colonne postérieure du vagin qui est décollée du rectum. On pense qu'une escharre a dû se former et que sa chute tardive a laissé une solution de continuité mettant en communication rectum et vagin.

Le 5e jour j'examine la malade et je trouve une déchirure partant de la branche ischio-pubienne droite comme mise à nu, et aboutissant à une sorte de trou borgne. L'excavation est

disséquée, je ne trouve pas la solution de continuité du côté du rectum.

Le 2<sup>e</sup> cas est relatif à une femme de 34 ans, secundipare entrée à la clinique le 18 décembre, ayant rompu ses membranes le 14. L'enfant se présente par l'épaule gauche, tête à gauche, dos en bas plutôt qu'en arrière. Le col est fermé, long, comme il arrive souvent quand la partie fœtale n'appuie pas sur le col. Il faut dilater. Mon chef de clinique a recours à l'appareil de Bossi, mais à peine a-t-il écarté les branches qu'il constate une hémorrhagie; l'instrument retiré il trouve une brèche faite à droite et en arrière par une branche du dilateur. Il arrive, cependant tant bien que mal, à dilater suffisamment pour introduire difficilement trois doigts, et il commence alors une embryotomie pénible, difficileuse, avec l'embryotome Taruier, puis avec les ciseaux de Dubois, et il termine au bout d'une heure  $\frac{1}{2}$  par une cranioclasie sur la tête restée seule dans l'utérus.

Une exploration attentive montre qu'il existe une vaste déchirure du col à droite au point d'application de la branche postérieure de l'appareil de Bossi; cette déchirure aboutit à un trou borgne, très profond et au fond duquel on croit percevoir au-dessus les vaisseaux utérins, battant directement sous le doigt, un voile léger qui peut être le péritoine. On se demande si on va intervenir par une laparotomie, mais l'état général, d'abord très mauvais, s'améliore, le pouls devient plus calme et on renonce à toute intervention. Aujourd'hui, l'utérus est collé à droite, il n'y a plus de col de ce côté, il est remplacé par une vaste cicatrice sous-péritonéale.

Le 3<sup>e</sup> cas, vous l'avez eu devant les yeux il y a trois jours, sur une femme grasse multipare venant avec une présentation du siège complet, membranes rompues depuis deux jours, travail traînant en longueur, col épais, dilaté comme une pièce de 5

francs. Je me décide à abaisser un pied, je crois à une intervention facile, j'introduis deux doigts, le pied glisse. Je suis obligé d'introduire la main : un flot de sang coule au dehors, j'abaisse le pied, l'hémorragie continue, j'amorce la descente, le sang s'arrête ; je poursuis lentement l'extraction qui se fait trop facilement. J'examine ensuite et je trouve une déchirure du col à gauche et en avant, déchirure énorme communiquant avec le paramétrium, mais, au fond, j'aperçois un voile protecteur ; c'est le péritoine.

Cette déchirure se continue en bas et avant, le vagin est désinséré si bien que je me demande si la vessie est indemne, mais l'urine obtenue par cathétérisme est claire. Je tamponne modérément. Aujourd'hui la femme est bien.

Voilà donc trois cas superposables dans leurs résultats, sinon dans les causes qui les ont déterminés.

1° Une *application forceps*, avec déchirure et décollement considérable du vagin.

2° Une embryotomie difficile avec déchirure du col et du segment inférieur. Seul le péritoine a résisté.

3° Un simple abaissement du pied avec rupture complète du col et incomplète du segment inférieur.

Je vais vous parler de ces ruptures incomplètes et de ces décollements pour vous montrer :

A—Les conditions anatomiques et physiologiques qui les expliquent.

B—Leur siège.

C—La raison qui fait qu'une rupture incomplète devient complète.

D—Leurs conséquences immédiates et loignées.

E—Leur traitement.

J'ai d'autant plus volontiers choisi ce sujet qu'il concerne le chapitre de la dystocie de parties molles, la plus commune de toutes : celle qui nécessite le plus de décision et de sang-froid, celle qui a les conséquences les plus graves et qui engage le plus vite la responsabilité du médecin (ruptures complètes, instrumentales, ruptures vagino-cervicales).

*A—Conditions anatomo-physiologiques des déchirures.*

Pour comprendre la genèse de ces lésions, il faut comprendre ce qu'est l'appareil génital.

C'est une *glande* avec son *canal excréteur*.

Le canal excréteur a une double fonction. Il conserve le produit d'excrétion fécondé. Il le chasse au dehors lorsque le moment en est venu.

*a*—Il le garde jusqu'à son développement complet ; c'est le rôle de la muqueuse des trompes et de la muqueuse du corps ; l'orifice interne du col est la barrière anatomique de cet organe.

*b*—Il le chasse au dehors à maturité complète ; il devient excréteur proprement dit : c'est à la couche musculaire propre du corps qu'en est dévolue la fonction. Elle s'arrête en bas au voisinage de l'orifice interne : à l'anneau de Bandl.

Au-dessous de l'orifice interne, barrière anatomique, ou mieux barrière physiologique à la fixation ou à l'excrétion l'appareil génital se continue tout comme au niveau du corps par une muqueuse et une musculuse (canal cervico-vagino-péritonéal). Mais la muqueuse est impropre à fixer le produit de sécrétion ; la musculuse est impropre à l'expulsion ; l'une et l'autre ne jouent plus là que le rôle d'un canal de passage capable de s'assouplir pour permettre l'expulsion de l'œuf à terme. Si bien que l'on peut dire que dans l'arbre génital d'excrétion, en négligeant les trompes qui sont des voies d'accès, il y a un segment de contention, de passage, c'est le col et le vagin. La

limite entre les deux : pour l'appareil fixateur, la limite de la muqueuse du corps et de la muqueuse du col, c'est l'orifice interne pour l'appareil excréteur : la limite de sa couche musculaire spéciale, l'anneau de Bandl.

Remarquons de suite qu'il n'y a pas concordance entre la limite de l'appareil de greffe et de l'appareil d'expulsion. Un court espace les sépare, compris entre l'anneau de Bandl, plus élevé, et l'orifice interne du col, plus bas, cet espace n'est autre que la région de l'isthme, future zone du segment inférieur.

Voyons, maintenant, *comment, physiologiquement se fait fait le passage ?*

Il peut se faire par deux mécanismes différents :

1° *Par ampliation ;*

2° *Par effraction.*

1° Par ampliation. Mécanisme normal.

Comment se comportent donc les régions anatomiques que nous venons de mentionner ?

— Pendant la *grossesse*. — L'œuf est greffé au niveau du corps, il arrive un moment où son développement va plus vite que celui du corps utérin ; l'œuf essaiera de s'échapper au dehors ou de gagner de la place. Aux dépens de quelles parties se fera cette ampliation ? Les ostia tubarum ne se modifient pas, mais l'orifice inférieur va commencer à céder. Au niveau de la zone comprise entre l'orifice interne et l'anneau de Bandl le ramollissement est tel que l'allongement sera possible. La zone isthmique deviendra le segment inférieur par allongement des fibres musculaires, peu contractiles à ce niveau, l'anneau de Brandl s'élèvera de plus en plus au-dessus de l'orifice interne encore immuable.

— Pendant le *travail*. — La couche musculaire du corps utérin entre en activité et chasse puissamment l'œuf vers l'ori-

ficé interne, celui-ci va s'effacer, s'ouvrir, se distendre sous l'influence de cette poussée. A sa suite le canal cervical subira une distension centrifuge, puis, ce sera le tour de l'orifice externe. Le col s'est effacé, puis il se dilate; lorsque la distension de ce dernier est suffisante pour livrer passage à l'œuf, celui-ci pénètre dans le vagin qui se laisse étirer, distendre. A son tour, le périnée subit la même influence et l'œuf est expulsé.

Que se passe-t-il pendant ce temps dans le paramétrium. On sait depuis Sanger, et le fait a été repris récemment par Selheim qui a cru le découvrir, que le péritoine pariétal descendant de la paroi abdominale antérieure à laquelle il adhère peu, forme un léger cul-de-sac prévésical puis passe sur le fond de la vessie à laquelle il est uni sur une étendue de 2 à 3 cm. Il descend ensuite lâchement au devant de l'utérus et forme le cul-de-sac vésico-utérin qui n'atteint pas par sa partie la plus déclive le niveau de l'orifice interne; lorsqu'il remonte sur la face antérieure de l'utérus il ne lui adhère que dans son tiers supérieur, il recouvre le fond de l'organe auquel il est intimement uni, puis descend sur sa face postérieure pour former le cul-de-sac de Douglas beaucoup plus profond que l'antérieur, puisqu'il atteint ou dépasse même le niveau de l'orifice interne sur la face postérieure de l'utérus, le péritoine est adhérent jusqu'à environ la moitié du corps de l'organe.

Si telle est la disposition anatomique du péritoine en dehors de la gravidité elle change sensiblement pendant la gestation; les zones d'adhérences diminuent d'étendue et de solidité. Le péritoine venant de la paroi abdominale passe en pont de la paroi abdominale antérieure à la paroi postérieure, effleurant la vessie qu'il touche du bout du pied pourrait-on dire; s'arrêtant à peine plus longtemps sur le fond de l'utérus adhérent davantage à la face postérieure dans sa partie toute supérieure.

En même temps, les organes pelviens perdant de leur connexion deviennent indépendants les uns des autres par l'excessif ramollissement du tissu cellulaire qui les unit.

Or, c'est grâce à ce ramollissement, à cette individualisation des organes, c'est grâce à ce relâchement des adhérences péritonéales que le segment inférieur de l'utérus peut se former (6 à 7 cm. à 7 mois; 12 cm. à terme), sans amener d'étirement, d'effraction de la séreuse.

Ces données, actuellement nettement précisées, ont été mises à profit récemment par l'établissement d'une technique opératoire nouvelle : la césarienne sus-pubienne et sous-péritonéale de Franck et de Selheim.

Mais ce ramollissement, ce manque d'adhérence entre l'utérus et les organes voisins n'iraient pas sans de graves désordres du côté de la statique utérine si cet organe n'était à la fois soutenu et maintenu par un appareil ligamentaire.

Cet appareil ligamentaire est divisible en deux : un appareil de sustentation supérieur, un appareil de soutien inférieur.

L'appareil supérieur se compose des ligaments larges, dont l'influence dans la statique de l'utérus à terme est presque nulle. A côté de ceux-ci il existe des ligaments, antérieurs et des ligaments postérieurs, les premiers encore assez solides tirent en avant le fond de l'utérus et l'empêchent de basculer, ce sont les ligaments ronds antérieurs; les seconds, ligaments utéro-ovariens encore appelés ligaments ronds postérieurs sont beaucoup plus lâches et relient le fond de l'utérus à la région lombaire.

Mais si cet appareil de sustentation supérieur est peu résistant, peu utile, au cours de la gestation, il n'en est pas de même de l'appareil de soutien inférieur, qui se compose d'une vaste chaîne antéro-postérieure allant du pubis au sacrum en adhérant

successivement à tous les organes qu'elle rencontre (vessie, utérus, rectum).

De l'utérus, exactement au niveau répondant à l'orifice interne du col, partent, en effet, des fibres ligamentaires qui se portent en avant, vers la vessie et la face postérieure du pubis ; ce sont les ligaments utéro-vésico-pubiens, formés d'éléments lâches et peu solides. En arrière, au contraire, partent du sacrum des fibres ligamentaires solides, qui adhèrent au rectum et surtout à l'utérus, au point d'arrivée des fibres ligamentaires antérieures ; ce sont les ligaments utéro-sacrés, résistants, qui limitent entre eux, en arrière de l'utérus, la fosse rétro-utérine, profonde, où descend le péritoine dans l'état de vacuité de l'utérus. Bayer, qui s'est livré à une étude approfondie de ces ligaments, a montré qu'ils ne se contentaient pas d'adhérer à l'utérus mais qu'ils pénétraient dans l'appareil musculaire de cet organe et, suivant une direction verticalement ascendante, formaient sur une vaste étendue de sa face postérieure un faisceau épais, solide, d'où partiraient des fibres arciformes, sortes de crampons entre-croisés dans la couche musculaire moyenne de la face antérieure de l'organe.

L'utérus serait ainsi suspendu comme par un vaste clou à crochet à la paroi sacrée, au niveau de l'orifice interne de son col.

En résumé, l'appareil ligamentaire de l'utérus est surtout composé d'un appareil de soutien fixant le col utérin en arrière, le laissant assez libre en avant et accessoirement d'un appareil de sustentation supérieur assez solide en avant, très lâche en arrière.

Si vous avez bien retenu ce que je viens de dire, vous comprendrez que l'on puisse considérer le canal génital comme un canal d'excrétion auquel fait suite un canal de passage, le tout

soutenu, surtout en arrière, par un appareil de fixation et vous comprendrez pourquoi, chez la femme enceinte, le col reste fixé en arrière, pourquoi, lorsque se formera le segment inférieur, celui-ci sera constitué, presque entièrement par la partie antérieure de l'isthme, la partie postérieure étant immobilisée par le faisceau postérieur du ligament utéro-sacré.

Pourquoi encore, le péritoine doit être lâche, peu adhérent en avant de la zone qui correspond à l'ampliation la plus marquée, alors qu'en arrière ses adhérences utérines peuvent être plus étendues.

Vous comprendrez enfin pourquoi, lorsqu'il y a rupture du canal génital utérin, c'est en avant que se produira la solution de continuité. Il n'en sera pas de même de la portion vaginale de ce canal et cela pour les raisons suivantes :

*Journal de Médecine Interne*, 29 janvier 1909.

(A suivre)



**Vient de paraître :**

**Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie**, directeur : RAYMOND MEUNIER, Prix du volume in-12 : . . . . . 1 fr. 50, *franco* : 1 fr. 75.

La « *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie* » s'adresse aux professeurs, aux médecins, aux étudiants et au public cultivé qu'elle renseignera sur les données acquises par la science contemporaine dans le domaine **psychologique et physique**. Ces données sont aujourd'hui assez nombreuses et assez solidement établies pour qu'il ait pu paraître opportun de les faire connaître en dehors du monde encore assez restreint des travailleurs

de laboratoire et des spécialistes. Ceux-ci trouveront d'ailleurs, parmi nos monographies, une série de **mises au point** utiles à leurs recherches et des **exposés personnels** de questions moins étudiées et plus théoriques. Nous pensons qu'ils porteront intérêt à cette nouvelle publication si nous en jugeons par l'accueil empressé qu'ils ont fait dès l'abord à notre projet.

Les volumes de notre collection se répartiront en trois groupes.

Le premier groupe constituera une **série historique**. Les diverses sciences psychologiques, encore qu'elles aient pris depuis un temps relativement court le caractère expérimental qui est celui sous lequel nous nous proposons de les envisager spécialement, ont derrière elles un long passé. Il est donc indispensable de les exposer, en quelque sorte «*génériquement* ». Ce point de vue s'impose tout particulièrement pour certaines questions qui, de près ou de loin, se rattachent à ce que les psychologues contemporains désignent sous le nom de «*métapsychie* ». Les **recherches occultes**, les problèmes qu'ont englobé tour à tour la magie, le spiritisme et la théosophie, du moins dans la forme merveilleuse où l'imagination se les représentait, exigent une interprétation historique.

Dans le second groupe seront traitées «*les grandes questions psychologiques* ». Par là nous entendons les problèmes d'un ordre général dont on trouve l'exposé dans les Manuels de philosophie, et que nous nous proposons d'étudier selon la méthodologie scientifique à laquelle on doit le renouvellement des sciences psychologiques.

Enfin notre troisième groupe, le plus important, sera consacré à l'examen des **problèmes spéciaux** de psychologie et de métapsychie. Par psychologie, nous entendons la **psychologie normale, pathologique, ethnique et comparée**. Quand à la **métapsychie**, on sait que M. Charles Richet a proposé au Congrès de Rome (1906) ce terme générique pour définir l'ensemble des phénomènes sur lesquels les sciences psychologiques n'ont point encore fourni des résultats concluants.

Ajoutons que certains volumes de la collection pourront appartenir à deux de ces groupes ou aux trois ensemble. Il s'agit donc plutôt d'indiquer les directions dans lesquelles nous nous proposons de nous engager que de tracer dès maintenant un plan limitatif de chaque volume ou de circonscrire définitivement notre domaine.

En résumé l'ensemble de la collection formera une sorte

*d'Essai synthétique sur l'ensemble des questions psychologiques et de problèmes qui s'y rattachent.* Notre but sera atteint si l'effort de compréhension psychologique qui caractérise notre époque s'y trouve exprimé.

**Formulaire des Médications nouvelles pour 1909**, par le DR H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; préface de H. HUCHARD, de l'Académie de Médecine. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

« La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications » Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifébriles, anti-infectieuses, antinévralgiques et antirhumatismales, antisyphilitiques et anti-tuberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphthérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : « De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique. »

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté ; c'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de BOCCUILLON, arrivé à sa 21<sup>e</sup> édition ! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

H. HUCHARD,  
de l'Académie de Médecine.