

# MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 JUILLET 1903

No 5

## EXPOSE CLINIQUE DES CRISES GASTRIQUES DU TABES

PAR L'HONORABLE J. J. GUERIN, M. D. C. M.,

*Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.*

Voici trois malades souffrant de la même affection à des degrés différents, je vous ai déjà parlé de ces deux ataxiques; depuis ce temps, celui-ci, rendu à la troisième période de la maladie souffre d'arthrite tabétique radio-carpienne du côté droit, mais ce n'est pas une arthrite trophique primitive telle que décrite par Charcot puisqu'elle est secondaire à une infection causée par un phlegmon du doigt que vous avez vu guérir. Ce deuxième se plaint des troubles du côté de la vessie; nous allons faire l'analyse de ses urines et nous le reverrons.

Aujourd'hui je veux attirer votre attention sur ce troisième malade qui en apparence semble être en parfaite santé et qui pourra demain vous appeler pour des douleurs abdominales les plus aiguës.

Cet homme âgé de 43 ans, n'a jamais été malade si ce n'est que deux bubons, suppurés il y a 25 ans, traités et guéris à l'Hôpital du Midi à Paris; il n'a donc eu, probablement, que des chancres mous; d'ailleurs il n'est pas nécessaire de trouver la syphilis pour remonter à l'étiologie de l'affection dont il souffre. Il y a quatre ans, pris de la *fièvre de l'or* (pyrexie difficile à traiter) il partit pour le Klondyke avec 106 compagnons. Durant le voyage hérissé de mille obstacles imprévus, 44 voyageurs succombèrent tant du scorbut que d'autres affections. Ce malade fut obligé durant *quatre* mois de se mettre chaque jour à l'eau glacée des rivières pour guider la marche du canot à travers les écueils des rapides; il passait ainsi la journée dans un bain continu. Arrivé à Dawson, il coucha sur la neige durant deux hivers; c'est à partir de ce moment

qu'à côté de l'or qu'il cherchait il trouva la maladie qui le conduisit à l'hôpital de la ville (Dawson).

Après un examen sous l'influence du chloroforme on fit le diagnostic d'obstruction intestinale et l'on se proposait de l'opérer le lendemain, si les douleurs atroces dont il se plaignait n'étaient pas diminuer; comme les jours suivants le patient se portait mieux on ne lui fit pas une laparotomie inutile. Ne pouvant faire fortune au pays des fruits d'or il revint à Montréal où il habite depuis deux ans, mais pas sans avoir présenté à tous les deux ou trois mois des douleurs intestinales intenses qui le conduisent aux différents hôpitaux de la ville. Après avoir séjourné quelque temps à un certain hôpital, on lui fit une suture métallique d'une côte pour une ancienne fracture; puis après être passé dans une autre institution, il vint dernièrement échouer à l'Hôtel-Dieu en se plaignant de douleurs gastriques extrêmement intenses accompagnées de vomissements glaireux.

Ces douleurs sont survenues tout d'un coup, elles ont acquis très vite un haut caractère d'acuité; elles existent non seulement au creux de l'estomac, mais s'irradient dans toute la région abdominale et surtout dans le dos à la région rachidienne. Assis sur son lit, plié en deux, l'angoisse peinte sur son visage pâle, la voix entrecoupée, il peut à peine répondre aux questions tant il souffre et appelle la *mort* comme suprême guérison. La respiration est rapide, les extrémités sont refroidies, le pouls est petit à peine sensible. Eh bien, en considérant l'intensité des douleurs, leur *apparition* soudaine et l'histoire de leur *répétition* fréquente, le diagnostic de violente *crise gastrique du Tabes* fut porté et vous pouvez facilement le confirmer en cherchant les signes classiques de l'ataxie locomotrice naissante que je vous ai donnés dans une leçon précédente.

Vous trouverez chez lui toute la triade symptomatique du tabes: Absence du reflexe rotulien (Westphal) incertitude de l'équilibre les yeux fermés (Romberg); fixité réflexe de la pupille (Robertson). Si à ces symptômes vous ajoutez les douleurs lancinantes dans les jambes qui précèdent d'un jour ou deux les grandes crises *fulgurantes de l'estomac*, vous pouvez, avec assurance porter votre diagnostic absolument certain de tabes. Il y a des tabétiques ignorés qui entrent dans

le tabes en manifestant spécialement des crises gastriques, d'autres des crises soit laryngées, soit rénales, soit urétrales et même quelquefois clitoridiennes selon le niveau des centres médullaires primitivement atteints. Ces crises gastriques que vous pouvez observer à la période préataxique seront facilement reconnus si vous tenez compte de leurs caractères cliniques suivants:

1o. Rapidité d'apparition; 2o. rapidité de disparition; 3o. intensité des douleurs; 4o. répétition des accidents gastriques sous forme d'accès; 5o. retour assez rapide à l'état normal des fonctions digestives.

Par l'histoire du malade vous avez appris que dans son voyage, son alimentation ne fut pas toujours des plus hygiéniques puisqu'une grande partie de ses compagnons sont morts du scorbut; ses fonctions digestives ont dû sérieusement souffrir; il a triomphé du scorbut, mais affaibli, surmené, et séjournant aux froids humides, il n'a pu échapper au tabes dont il faudra écrire le nom sur la poitrine afin d'éviter d'autres erreurs de diagnostic, puisqu'en présence de ces malades on peut croire à une intussusception, à des coliques hépatiques ou néphrétiques, à l'étranglement interne, à l'ulcère de l'estomac, à une gastralgie, à un accès d'hyperchlorhydrie, à un empoisonnement, au choléra, et à l'angine de poitrine. Deux jours après son attaque notre malade était très bien, nous n'avions donc pas affaire ici à la forme gastrique vomitive qui dure de un à huit jours au maximum ou à la forme flatulente avec fermentation dans l'estomac ou à la forme anorexique caractérisée par une inappétence absolue invincible. Ce patient au contraire mange très bien et attend courageusement une autre attaque. Pour la prévenir il faudra étudier son chimisme stomacal et instituer un traitement diététique et médicamenteux en conséquence.

Généralement l'état des sécrétions gastriques des ataxiques est variable, aujourd'hui l'on peut trouver chez notre malade une chlorhydrie normale, mais si nous l'observons quelques jours avant ses attaques l'on reconnaîtra peut-être un état d'hypo-pepsie qui préparant l'indigestion, donnera lieu à la grande crise gastrique accompagnée d'hyperchlorhydrie et d'hypersthénie avec intense douleur. Chez ce malade les fonctions digestives furent longtemps troublées par les aliments de

voyages à long cours; conserves alimentaires de toutes espèces, viandes, fruits, légumes, etc., souvent de qualité douteuse. Dans ce cas particulier le traitement de l'estomac sera plus important que chez d'autres tabétiques présentant des phénomènes gastriques analogues de nature exclusivement centrale. Si le chimisme stomacal est changé dans sa composition nous traiterons l'hyperacidité qui accompagne généralement la crise en donnant à toutes les deux ou trois heures selon l'effet obtenu, une solution alcaline de chaux, de soude ou de magnésic.

Si le patient est au début de son attaque les doses peuvent être prescrites à toutes les quinze minutes. Il vaut mieux répéter des petites doses que de donner comme certains auteurs recommandent de doses massives de bicarbonate de soude jusqu'à une once par jour. En vous présentant des dyspeptiques nous dirons pourquoi cette médication est une erreur qui éloigné de l'effet désiré. En présence de l'hypo-pepsie les acides chlorhydrique, lactique et les petites doses de strychnine rendent de grands services.

Contre les douleurs nous allons donner à toutes les deux heures 2 grains de santionine qui ont très favorablement agi chez nos autres ataxiques, puis il faut commencer le traitement local et général du tabes. Afin que les troubles de la digestion ne provoquent pas ces crises paroxytiques on instituera un régime hygiéno-diététique en rapport avec le résultat de l'analyse du chimisme stomacal.

---

Dans un certain nombre de fermes où se fait l'élevage du cheval, on conserve, dans un coin de l'écurie, un ou deux boues, dans le but de préserver les chevaux des maladies. Ces boues contracteraient, paraît-il, les affections qui se seraient développées sur les animaux de l'écurie, sans la présence des boues émissaires.

---

Les ouvriers ont besoin de se persuader que le remède aux maux dont ils se plaignent est en eux et non dans la ruine des patrons.

---

La vie est l'adaptation continuelle des relations internes aux relations externes,—(Spencer),

**DE LA MORPHINOMANIE. — AUTO-OBSERVATION D'UN  
MEDECIN MORPHINOMANE.**

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Je veux vous entretenir aujourd'hui, dans cette conférence, de la morphinomanie, maladie si intéressante pour les médecins, et, à plus d'un titre. Vous savez combien ce vice, je puis le dire, est fréquent chez eux; si mon auditoire au lieu d'être composé en grande partie d'étudiants était formé par des confrères, il y en aurait parmi eux certainement plusieurs ayant contracté cette habitude. Que de fois n'ai-je pas eu l'occasion d'aider de mes conseils des médecins chez lesquels j'étais loin de m'attendre à rencontrer la triste passion de la morphine!

Les deux observations que je vais analyser avec vous sont d'abord celle d'une malade de notre service; puis celle d'un médecin très distingué, doublé d'un littérateur qui a bien voulu, pour nous, écrire sa propre histoire. Ce sont, l'un et l'autre, de petits morphinomanes, des malades n'ayant eu recours qu'à de petites doses de toxique; leurs cas n'en sont pas moins intéressants. Comment devient-on morphinomane? Les uns y sont amenés par l'ennui, d'autres par chagrin, d'autres à la suite de douleurs, physiques. L'ennui est en effet un mal terrible.

A côté de l'ennui il faut placer le chagrin, parmi les causes les plus habituelles de la morphinomanie. C'est par la morphine que quelques-uns cherchent à oublier les maux inhérents à la condition humaine, en se créant un paradis artificiel.

Les deux malades dont je vais vous parler ne sont point entrés dans la morphinomanie par la porte de l'ennui; c'est la douleur physique qui les y a conduits. Ils ont usé de l'alcaloïde pendant les paroxysmes et, alors que les douleurs ont disparu, l'usage de la morphine est devenu pour eux un besoin impérieux.

Voici d'abord l'histoire de Mme B., la malade de notre service.

Cette femme est âgée de quarante-deux ans, elle a été prise, le 7 septembre, de douleurs violentes dans la région de l'appen-

dice, avec vomissements, fièvre intense. Il n'y aurait pas eu de diagnostic porté; quoi qu'il en soit, le médecin institua dans les premiers jours de la maladie un traitement par les injections de morphine. La première piqûre amena un soulagement très grand, et une sensation de bien-être extraordinaire. La dose quotidienne de morphine était de deux centigrammes, elle fut continuée sans que la malade pût s'en passer, même après la guérison. Je dis que la douleur a été ici la cause de la morphinomanie, mais peut-être le poison a-t-il servi à calmer des peines morales en même temps que des peines physiques. En effet, à l'âge de trente ans, Mme B. fait un mariage d'amour qui ne lui réussit guère.

Mais tout malade auquel on fait une injection de morphine est-il, me direz-vous, exposé à un pareil danger? Non, sans quoi il faudrait absolument renoncer à l'emploi de ce précieux moyen thérapeutique. Nombre de sujets auxquels on pratique une injection de morphine au cours d'une crise de colique hépatique, néphrétique ou de tout autre crise paroxystique, ne deviennent point pour cela des morphinomanes. C'est qu'il y a à faire ici une distinction; de même qu'il faut distinguer l'alcoolique de l'alcoolisé, de même il faut séparer le morphinomanes du morphiné.

Un morphinomanes est un sujet chez lequel on ne peut supprimer la morphine sans produire d'accidents. Or, j'ai connu nombre d'individus chez lesquels on avait cessé brusquement, sans inconvénient, des injections continuées pendant plusieurs mois; je parle bien entendu de doses modérées de morphine. De même, l'alcoolique est celui qui ne peut supporter sans inconvénient la privation de l'alcool. Prêchez la sobriété à un ouvrier qui boit tous les jours une grande quantité de vin, et convainquez-le de cette vérité que le vin ne donne aucune force. Il consentira à faire votre expérience, il se mettra à boire de l'eau, la seule boisson hygiénique, quoi qu'en disent nos législateurs. Au bout de quelques jours, il viendra vous trouver, et vous racontera avec un sourire narquois qu'il a essayé votre régime, et qu'il est incapable de travailler. Le fait est vrai: mais l'interprétation est fautive. L'alcool ne donne point de force, mais l'alcoolique qui en supprima brusquement l'emploi aura une sensation de faiblesse. C'est l'apparition d'accidents à la suite de la cessation du poison qui distingue le morphino-

manie et l'alcoolique; l'usage continu de ces toxiques ne suffit point pour créer le besoin. Il faut donc quelque chose de plus; cet élément surajouté est le terrain névropathique. Tel est le cas de notre malade. Sa mère a de violentes crises d'hystérie, elle a de la dyspepsie nerveuse; actuellement elle prend tous les deux jours, à l'exemple de sa fille, quatre centigrammes de morphine.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade prenait 10 centigrammes de morphine par jour. Nous avons progressivement diminué la dose, et aujourd'hui elle est démorphinisée. Pour combien de temps? Nous l'ignorons, car vous savez combien la rechute est fréquente. Mais ce n'est point un fait inéluctable: je connais une jeune femme qui a été démorphinisée. Au cours d'une violente crise de douleurs, je voulus lui faire une piqûre; elle s'y refusa, prétendant qu'elle ne voulait point s'exposer à devenir morphinomane, parce qu'elle avait trop souffert au moment de la démorphinisation.

Cette période est, en effet, singulièrement pénible, et les malades décrivent leurs souffrances en des termes expressifs qui semblent indiquer un état d'angoisse bien difficile à supporter; des phénomènes de collapsus peuvent survenir à ce moment, et être assez graves pour mettre en danger l'existence.

Pour obtenir la démorphinisation, deux méthodes sont conseillées: la méthode lente et la méthode brusque.

Dans la méthode brusque, on supprime d'un seul coup la morphine, mais pour cela il faut isoler le malade; il y a lors une véritable séquestration arbitraire, cas prévu et puni par la loi. Je sais bien qu'on croit se mettre à l'abri en faisant au préalable signer au malade une sorte d'engagement par lequel il renonce momentanément à sa liberté; cet engagement n'est pas valable légalement, et je vous engage à ne pas avoir recours à ce procédé irrégulier, qui peut vous exposer à de sérieux désagréments. La démorphinisation lente consiste à diminuer progressivement les doses de morphine, en trompant constamment sur la dose injectée; elle permet d'éviter les phénomènes de l'abstinence. Nous ignorons la cause intime de ceux-ci: permettez-moi cependant de vous les expliquer par une théorie.

Il est probable que le chlorhydrate de morphine une fois absorbé, ne reste pas dans cet état, mais qu'il se transforme en

une série de composés, les uns bienfaisants, les autres nuisibles; si vous supposez que les premiers s'éliminent plus rapidement que les seconds, chaque piqûre de morphine sera suivie d'une période de bien-être, puis d'une période de malaise; c'est ce qu'on observe souvent chez des sujets non morphinomanes. Chez les morphinomanes, les choses se passent de même; une première période d'euphorie survient; puis, dès que la substance euphorique est passée, se montre une seconde période pénible, angoissante, s'accompagnant parfois d'accidents graves. La lenteur avec laquelle s'éliminent les poisons dérivés de la morphine prenant naissance dans l'organisme, explique la longueur de cette dernière période; pour combattre l'état qui la caractérise, il faut recourir à une nouvelle injection. En un mot, chaque fois que nous faisons une piqûre, nous pouvons voir se produire la série des phénomènes observés dans l'intoxication chronique; une période euphorique (c'est la lune de miel), une période pénible et souvent angoissante (c'est la lune de "el). Mais, en clinique, rien ne vaut l'observation des faits: aussi me paraît-il préférable de vous lire l'observation de mon second malade, mon élève et ami, le Dr L. J., qui ne fait point mystère des accidents qu'il a éprouvés.

Avant de commencer, permettez-moi de vous rappeler la fréquence de la morphinomanie dans les professions médicales (médecins et pharmaciens) ce qui montre une fois de plus qu'il ne suffit point de connaître un danger pour l'éviter, et que la pratique de la sagesse est plus difficile que son enseignement. Voici l'auto-observation qu'a bien voulu me remettre L. J. Je vous ferai, en vous lisant, quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

.....

“Je suis né d'un père goutteux, neurasthénique, tachycardique, timide, et impressionnable à l'excès, et d'une mère nerveuse aussi, ayant souffert de grandes crises gastriques hyperacides.

Ma morbidité personnelle est fort riche. J'indiquerai seulement ici les éléments nécessaires à l'intelligence de ce qui va suivre.

D'abord: mon émotivité, ma nature impressionnable. Cela est à la fois vif et singulier: ainsi, j'ai de longue date l'habitude

de parler au grand public, plus de 1,500 personnes, par exemple, comme au cirque de Roaen, et cela sans nulle gêne; or, je suis souvent, pour dire quelques mots à des confrères dans une société savante, pris d'un malaise anxieux, accompagné d'arythmie cardiaque.

D'autre part, j'ai été atteint après ingestion de conserve de homard, d'une urticaire violente, dont la période aiguë dura une vingtaine de jours, et la phase chronique deux ou trois années environ.

Enfin, en février, je fus pris d'un rhumatisme grave, avec localisations principales à l'épaule droite et à la hanche gauche. C'est alors que, pour la première fois, je recourus à la morphine.

J'avais passé plusieurs jours et nuits en de vives souffrances, sans sommeil ni répit; j'avais employé vainement à doses fortes la plupart des calmants en usage. Un voisin, le docteur X..., morphinique lui-même, et mort depuis, me conseillait vivement la morphine." Tout morphinomane est doublé d'un apôtre fervent, qui cherche à convaincre les autres. Persuadé qu'il est des bienfaits de son poison, il est désireux de faire partager sa déchéance aux autres. Ainsi, comme l'acoolique offre un verre à un ami de rencontre, le morphinomane offre une injection de morphine quand l'occasion le permet. "Mais, me sachant très nerveux, et ayant de ce poison une défiance instinctive, je résistai d'abord. Enfin, vaincu par la souffrance, je cédai.

Il faut, je crois, si l'on veut comprendre la genèse de certains morphinismes: s'efforcer de *vivre*, dans la mesure du possible, les heures mauvaises préalables, du patient. J'ai parlé plus haut de plusieurs jours et nuits de souffrances; cela est bientôt dit, lu et entendu; comme a dit La Rochefoucauld, *on a toujours la force de supporter les maux d'autrui*, et ces heures douloureuses évoquées en un bref raccourci, ne renseignent nullement sur un état d'âme très important en l'espèce.

Voyons mieux les choses: une journée de malaise douloureux est déjà fort incommode. Maintenant voici la nuit; nul sommeil, l'agitation et la douleur sans trêve, et cela dans la déformation et le renforcement singuliers que la nuit imprime à nos

sensations, à nos idées; dans le lent, l'interminable écoulement des heures nocturnes. Enfin le jour luit, mais trompant un espoir longuement caressé, il n'apporte qu'un soulagement médiocre. Et voici la nuit encore; plus douloureuse, plus longue que la veille, pour un organisme affaibli, une volonté énervée. Et implacablement le cycle recommence, aggravé du sentiment nouveau et bientôt impérieux qu'il n'y a aucune raison pour que *jamais* cela cesse; si bien que toute action vitale défaille, et que l'être entier se trouve absorbé en une sorte d'angoisse inexprimable". Ici notre très éloquent ami plaide en fort bons termes les circonstances atténuantes, il emploie les arguments les plus saisissants pour nous montrer quelle était la nécessité de la piqûre. "Une piqûre insignifiante, quelques minutes; et tout ce passé mauvais se dissipe comme un cauchemar, pour faire place au bien-être". Après le tableau de la souffrance, voyez le tableau du bien-être: personne ne décrit mieux qu'un morphinomane l'euphorie morphinique; tout autre serait incapable d'arriver à un tel lyrisme, en faisant l'éloge des bienfaits du poison: écoutez d'ailleurs la suite. "On peut mieux comprendre à présent la reconnaissance, l'espèce de vénération que conçoit le malade pour le remède qui a fait ce miracle; et ce prestige même, en certains cas du moins, amorce le *désir morphinique*."

Tel fut bien mon cas personnel; c'est le matin que le Dr X. . . me fit la première injection (un fort centigramme, me dit-il): je passai une journée bienheureuse, et je dormis. Le soir venu, croyant sentir renaître l'anxiété, mais surtout *redoutant la nuit*, je réclamai une injection nouvelle; et ainsi chaque soir. Au bout de quinze jours, la soif morphinique s'était éveillée en moi." Remarquez quel rôle considérable joue la prédisposition; L. J. est devenu morphinomane en *quinze jours*! "Voici ce que je me rappelle de mes sensations dans l'empoisonnement aigu: dès la deuxième ou troisième minute, survenait un mollissement très doux, presque voluptueux, des jambes, puis du corps entier; à la cinquième ou sixième, les impressions douloureuses se *diluaient* pour ainsi dire, et s'évanouissaient, en même temps que les préoccupations et les soucis. Dès lors commençait une période de joie cérébrale: on se sent plus léger, fait de moins de matière; le jeu des forces intellectuelles semble plus aisé, plus vif; on se croit *plus intelligent*.

Pure illusion, du reste; j'ai tenté parfois d'écrire certaines idéologies, qui dans la griserie morphinique nocturne me semblaient brillantes; le jour venu, ces essais m'ont toujours paru incohérents, médiocres, et au-dessous de ce que je pourrais réaliser à l'état sain". La morphine, en effet, comme l'alcool, ne donne que des illusions; l'anesthésie qu'elle procure supprime la notion de la sensation de fatigue mais le sujet n'est capable d'aucun effort, d'aucun travail. "Cet éréthisme intellectuel s'accompagne d'un calme physique qui contraste avec lui: l'alcoolique est agité *intus et extra*; la griserie morphinique est purement intérieure; le morphiné souhaite le silence et se complait, pour mieux savourer son bien-être éphémère dans le calme et l'immobilité." Chacun fait l'éloge de son poison; voyez quel mépris a le morphiné pour l'alcoolique. Vous allez voir maintenant combien va être différente la description; nous arrivons au tableau de la lune de fiel, succédant à la lune de miel; après le paradis, l'enfer "Tel fut, pour un temps du moins, mon "Paradis artificiel"; peu ou pas de sommeil: la morphine n'eut guère pour moi la "vertu dormitive". On sait que rapidement ces joies s'émeussent, et que leur rangon s'alourdit; je n'ai point fait exception à la règle. Dès les premiers temps j'eus à subir certains troubles fonctionnels, dont la plupart allèrent s'aggravant.

Voici les principaux:

1o La curieuse modification du rythme respiratoire consistant en une série d'inspirations croissant en force et en amplitude et coupées par un arrêt absolu, une *pause*, de quelques instants: le rythme de Cheynes-Stoke, en un mot. Cela d'ailleurs sans nulle anxiété, nulle oppression, nul malaise, dans un calme parfait. Je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici mentionné ce symptôme, et je ne l'ai pas observé chez d'autres que moi-même.

2o. Un prurit en diverses parties du corps; d'abord léger, provoquant des grattages agréables; *quasi voluptueux*, qui eux-mêmes réveillaient mon ancienne urticaire, à peu près éteinte à cette époque. Plus tard, ces sensations perdirent leur agrément, et même en quelques régions, comme à la barbe et au nez, devinrent incessantes et insupportables.

J'ai le souvenir de certaines nuits littéralement passées à me frotter le visage et surtout le nez. J'ai eu parfois, à la

suite, des *herpès* confluents du centre de la face". Vous voyez avec quelle rapidité les voluptés du prurit ont été remplacées par des sensations désagréables. Il en est ainsi de toutes les voluptés de la morphine. "30. Des tendances syncopales, nulles dans l'horizontalité, mais naissant fréquemment dans la situation verticale, que je redoutais et que j'évitais avec soin.

Peut-être ne dit-on pas suffisamment aux élèves quel est à ce point de vue, pour certains sujets, le danger de la morphine. J'ai fait allusion au confrère qui me fit la première piqûre: c'était un morphinique d'ancienne date. Un jour, de grand matin, sa femme m'appela en hâte pour le voir: je le trouvai en pleine syncope, et j'eus grand-peine à l'en faire sortir. Il s'était, cette nuit-là, fait une injection de morphine *au moment de se lever*, contrairement à ses habitudes. Et, en faisant sa toilette, il s'était évanoui.

Il faut, on le voit, même en cas de longue accoutumance, prendre le temps de *digérer* sa morphine.

Mais, au total, ces accidents de l'intoxication aiguë sont peu de chose, en regard du tourment physique et moral qu'engendrent la soif, le *désir* morphiniques.

Avant de les indiquer, je note expressément que ma consommation toxique est restée fort modeste: je n'ai guère dépassé 2 centigrammes par jour, parfois trois; une seule fois quatre. Et toujours en une injection ou une injection et demie faites le soir au coucher.

J'ai donc été un *petit* morphinique, un *morphinomane en miniature*. On va voir pourtant que l'empreinte passionnelle était déjà forte.

Les douleurs rhumatismales qui m'obligèrent à employer la morphine durèrent à l'état aigu, pendant une dizaine, puis s'atténuèrent.

J'aurais pu et dû cesser alors les injections; je n'y pensai même pas. L'idée que peut-être je pourrais subir encore une nuit comparable aux précédentes m'était intolérable. Je savais pourtant que j'entraais en convalescence, mais je me disais qu'une injection quotidienne de 2 centigrammes serait en tout cas une habitude aisée à rompre, et je laissai traîner les choses un mois encore.

A ce moment, ayant quitté le lit depuis deux ou trois semaines, je ne pouvais guère ajourner la cessation et, chaque matin, j'en prenais le ferme propos.

Il tenait d'ordinaire jusqu'au milieu du jour. A ce moment s'éveillaient de vagues douleurs des membres, surtout aux points rhumatisés; cela croissait jusqu'au soir, s'accompagnant d'un malaise général et progressif. C'étaient d'abord de l'impatience, de l'agacement et une humeur morose contrastant avec la béatitude nocturne; puis cela tournait à l'irritabilité, à l'anxiété véritable. Dès lors les belles résolutions matinales commençaient à me sembler fâcheuses, importunes, et je cherchais prétexte à les éluder.

On a beaucoup parlé des mensonges et de la duplicité du morphinique : c'est là simplement le reflet et le prolongement de ses mensonges, de sa duplicité envers lui-même. Il y a là un curieux phénomène de dédoublement moral; on se paye de raisons creuses, de faux-fuyants : tout est bon dans ce but; l'on grossit ou l'on déforme toute sensation pour se persuader que l'état actuel est intolérable, et que l'usage du toxique est indiqué.

Certes, par ce que j'ai éprouvé moi-même, je comprends à merveille que le grand morphinomane soit un être amoral, qui ne reculera devant rien pour satisfaire sa passion, qui négligera ou violera les plus graves devoirs sociaux; cela est peut-être bon à répéter avec insistance au moment où le goût de l'opium commence à exercer des ravages parmi nos fonctionnaires coloniaux et nos marins.

Bref, après un mois et demi environ d'absorption quotidienne, à heure fixe, de 2 centigrammes de morphine, j'éprouvais le soir un malaise anxieux né de la fusion intime de deux éléments : le réveil vespéral de vagues sensations rhumatoïdes, avec évocation plus ou moins consciente des douleurs passées et le besoin morphinique croissant d'heure en heure, et évoquant plus ou moins consciemment aussi, l'attente, le désir du bien-être promis; tout cela accompagné d'une irritabilité, morose et constituant un état organique bien malaisé à définir.

Un malade en cet état vit possédé par la soif de la morphine; rien n'y peut faire diversion, et nulle offre au monde ne le ferait renoncer au poison.

Je m'en aperçus bien quelques semaines plus tard, à Aix-les-Bains où notre brillant confrère C. m'avait amicalement ouvert sa maison. Je trouvais là chaque soir la plus attrayante réunion d'artistes, de lettrés, de gens du monde. En tout autre

temps, elle m'eût charmé; tout était vain: quand l'heure de la morphine approchait, rien ne m'eût retenu.

Je m'en aperçus mieux encore au départ d'Aix-les-Bains. Je prenais le soir un express pour Paris: je m'étais, comme bien on pense, muni du précieux viatique, et, le train s'ébranlant, j'achevais d'installer dans le filet mon menu bagage, lorsque, tâtant machinalement la poche où je croyais avoir mis seringue et solution, je la sentis vide; j'entrevis brusquement la longueur désolée d'une nuit sans morphine; l'angoisse me serra la gorge, une sueur froide m'inonda, et je m'affaissai sur le siège... Je m'étais simplement trompé de poche; mais on peut mesurer par ce fait la puissance, chez un petit morphinomane, de l'empreinte toxique.

Je rentrai à Paris amélioré au point de vue rhumatismal, mais anémié, sans appétit, sans courage, le corps atone et l'âme éteinte, sauf aux heures d'écrêtisme morphinique. Aurais-je eu le courage de réagir? n'eussé-je pas lentement glissé à l'intoxication progressive, irrémédiable? J'ai tout lieu de le craindre.

Fort heureusement, une secousse imprévue vint provoquer la réaction salutaire. J'avais mollement repris ma vie accoutumée. Un matin, je devais retrouver mon regretté camarade G., dans le service de Lancereaux, pour y faire avec lui l'épreuve du "malade."

J'arrive en avance; le savant médecin de la Pitié, entouré d'élèves, était au lit d'une malade: c'était une morphinique. M. Lancereaux lui faisait un tableau saisissant de sa déchéance physique et morale et de son pitoyable avenir.

Tout cela, certes, ne m'était pas inconnu; mais, grâce à cet état mental trouble, à cette duplicité envers soi-même dont j'ai parlé, je l'avais à peu près rayé de ma conscience: brusquement, cela y surgissait avec un éclat dramatique. Je me sentis pâlir; ma tête tourna, mes oreilles tintèrent, je descendis rapidement dans la cour, gagnai un banc, et m'y évanouis.

Revenu à moi, je me dis qu'il fallait rompre, ou que j'étais perdu. Et je me décidai, non point à la suppression brusque, dont je n'aurais pas eu la force, mais à la diminution progressive; et désormais, sans nulle omission, je diminuai chaque jour d'un tour de vis la dose quotidienne.

Au bout d'un mois j'étais délivré.

J'ai tout lieu de croire que ma guérison est solide. J'ai passé plusieurs années sans oser garder chez moi une solution de morphine; mais depuis lors, à diverses reprises, je me suis morphiné de nouveau pour des affections douloureuses, heureusement brèves; la douleur passée, j'ai cessé brusquement, et sans nul autre trouble qu'une ou deux nuits désagréables.

J'ignore si M. Lancereaux convainquit sa malade, et j'en doute; mais je n'oublierai point que je dois à sa parole colorée, le choc moral qui éveilla ma conscience engourdie dans la torpeur morphinique, et je suis heureux de lui en exprimer ma reconnaissance."

Je vous laisse, Messieurs, sous le charme de la description si colorée de notre distingué confrère et ami. Je ne saurais rien ajouter à la si vivante et suggestive observation, que je viens de vous lire.

---

## ETUDE SUR L'ASSOCIATION DE L'APPENDICITE ET DE LA CHOLECYSTITE AVEC OU SANS PERITONITE

PAR M. . PROFESSEUR DIEULAFOY.

L'étude que je vais entreprendre a pour but de démontrer l'association de l'appendicite et de la cholécystite. Il ne s'agit pas ici de coexistence fortuite livrée au hasard, mais il s'agit de deux infections associées, l'une entraînant l'autre. On peut dire que l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent, et de cet accouplement, dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive, naît un état complexe que nous allons essayer d'esquisser.

Cette étude est basée sur une trentaine de cas, elle n'est pas sans importance puisqu'elle a pour corollaire immédiat de préciser autant que possible le diagnostic qui conduit à l'intervention chirurgicale. Voici les faits:

Le 23 septembre 1902, je fus appelé par M. Achard auprès d'une vieille dame de soixante-dix-huit ans qui, deux jours avant, le 21 septembre, avait été prise de douleurs abdominales avec état nauséux et fièvre légère. A l'examen de sa malade, M. Achard avait constaté un point douloureux sous le bord inférieur du foie dans les parages de la vésicule biliaire. Il n'y avait pas de défense musculaire, le ventre n'était pas ballonné.

Bien qu'on ne retrouvait pas dans le passé de cette dame, ni symptômes de lithiase biliaire, ni coliques hépatiques, la localisation de la douleur évoqua dans l'esprit de notre collègue l'idée de cholécystite. Il prescrivit des applications calmantes et l'opium.

Le lendemain, la douleur s'était diffusée et avait augmenté d'intensité, la fièvre était plus forte.

Quand nous examinâmes la malade, le surlendemain, 23 septembre, le tableau clinique avait évolué; le ventre était distendu, la localisation initiale de la douleur semblait s'être déplacée et on constatait actuellement une douleur très vive avec défense musculaire à la région de l'appendice. Nous portons alors le diagnostic d'appendicite aiguë et, l'état de la malade empirant d'heure en heure, nous conseillons l'opération et nous demandons qu'elle soit pratiquée le jour même.

Notre décision trouve d'abord peu d'écho dans la famille, on redoute l'âge avancé de la patiente, on redoute aussi "l'opération à chaud", car on est imbu dans cette famille de certaines idées diamétralement opposées à celles que je ne cesse de préconiser. Néanmoins on finit par se rendre à nos bonnes raisons et on fait appeler M. Segond. Lui aussi porte le diagnostic d'appendicite aiguë; comme nous il considère que l'opération est urgente et il la pratique à onze heures du soir.

Avant l'anesthésie, l'intensité de la douleur et l'étendue de la défense musculaire n'avaient pas permis de préciser certains détails; mais aussitôt la malade endormie et la paroi abdominale relâchée, M. Segond perçoit d'une part un empâtement au niveau de l'appendice et d'autre part une tumeur dans la région de la vésicule biliaire. En conséquence, il a soin de faire remonter un peu haut son incision iliaque, et il constate qu'il existe en réalité deux lésions: appendicite et cholécystite. Une traînée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le côlon, le cæcum et l'appendice. La vésicule était abaissée et formait une tumeur violacée et distendue; elle contenait un liquide louche et bilieux ainsi que bon nombre de calculs. La cholécystostomie fut pratiquée. L'appendice, à type remontant, était adhérent, volumineux et turgescant. On en fit l'ablation; il ne contenait pas de calcul stercoral.

L'opération fut suivie d'une détente complète et les suites opératoires furent des plus simples, pas de fièvre, pas de vomis-

sements. Les jours suivants, la fistule biliaire donna issue à de la bile et à deux calculs. Deux mois plus tard cette dame partait pour Nice en excellent état de santé, ne vomissant plus, n'ayant qu'une petite fistule biliaire qui est actuellement cicatrisée.

Ce fait prouve que nous fûmes bien inspirés, mes collègues et moi, d'insister pour que l'opération fût pratiquée sans retard, puisque la détente immédiate succéda à l'intervention chirurgicale "faite à chaud", tandis qu'abandonnée à elle-même et livrée à la temporisation, la double infection de l'appendice et de la vésicule, avec sa marche rapide et menaçante, eût très probablement abouti à une catastrophe.

Je reviendrai plus loin sur la pathogénie de cette double infection, et je passe à une seconde observation qui me paraît instructive à tous égards.

En décembre 1902, nous fûmes mandés avec M. Segond dans le quartier de la Muette, auprès d'un homme d'une trentaine d'années. Arrivés auprès du malade à 7 heures du soir, le médecin nous mit au courant de la situation. L'avant-veille, ce jeune homme s'était senti indisposé. Les symptômes avaient été tout d'abord assez mal caractérisés: état gastrique, inappétence, malaise, fièvre légère; mais le lendemain, les symptômes abdominaux s'étaient destinés franchement, la douleur s'était accentuée, et notre confrère avait constaté une localisation douloureuse sur le bord du foie dans la région de la vésicule biliaire; il avait même senti à ce niveau une saillie douloureuse, et il avait porté le diagnostic de cholécystite. La fièvre était vive et par deux fois étaient survenus des accès violents et des paroxysmes pendant lesquels la température avait atteint le chiffre très élevé de 104 F et de 104.2 F.

Le surlendemain, quand j'examinai le malade à 7 heures du soir, le tableau clinique s'était modifié. La fièvre persistait, et ce qui dominait en ce moment, à la palpation et à la pression, ce n'était plus la douleur dans la région de la vésicule biliaire, mais c'était une douleur vive et caractéristique avec défense musculaire dans la fosse iliaque à la région de l'appendice. Le point maximum de cette douleur était même un peu plus haut que le point de Mac Burney, comme cela se voit dans les appendicites à type remontant. Par un examen méthodique on constatait que la douleur provoquée par la pression décroissait

à mesure qu'on remontait vers le foie. On ne percevait aucune saillie dans la région de la vésicule. A ce moment, on n'avait donc plus sous la main les signes de la cholécystite constatés antérieurement par notre confrère, mais on percevait des signes qui ne laissaient aucun doute sur l'existence de l'appendicite.

L'examen méticuleux que pratiqua M. Segond le conduisit au même diagnostic. Ajoutons que les urines du malade étaient albumineuses.

Nous étions donc en face d'une appendicite dont les symptômes, pour le moment, primaient ceux de la cholécystite. Etant donné la marche rapide du mal, la violence de la fièvre, les poussées fébriles, la présence de l'albumine, la situation nous parut fort redoutable. Tout était possible: n'étions-nous pas à la veille d'accidents appendiculaires toxiques au moins aussi terribles que les accidents infectieux, n'allait-on pas voir éclater d'un moment à l'autre une perforation avec toutes ses conséquences ?

C'est en pareille circonstance qu'il faut savoir prendre une décision. Nous fîmes d'avis, M. Segond et moi, que le seul moyen de parer à de telles éventualités était d'intervenir sans retard afin de couper court à une toxi-infection menaçante. Mais telle n'était pas l'opinion de notre confrère qui défendait sa cause avec conviction; il n'était pas partisan de l'intervention chirurgicale, il redoutait l'opération "à chaud;" toutes nos bonnes raisons ne parvenaient pas à le convaincre; et devant notre décision, il prévint qu'il dégageait sa responsabilité.

Or, ainsi qu'on va le voir, l'opération était d'autant plus indiquée qu'elle mit à découvert une triple infection: péritonite, appendicite et cholécystite.

L'opération fut faite à 10 heures du soir. M. Segond s'occupa d'abord de l'appendicite. A l'ouverture du péritoine, il trouva une certaine quantité de sérosité trouble librement répandue dans la région, ce qui était déjà un indice d'appendicite; une plus grande quantité de liquide trouble avait fusé dans le petit bassin d'où elle fut retirée plus tard.

L'appendice, recouvert d'arborisations inflammatoires, remontait derrière le cæcum. On l'excise. Je prends aussitôt la pièce anatomique que j'examine en la plaçant au devant d'une lampe électrique et j'aperçois par transparence, et par places,

un tel amincissement des parois que j'annonce séance tenante la présence de grandes ulcérations à l'intérieur de l'appendice. Et en effet, à l'ouverture de l'appendice examiné avec un de mes chefs de laboratoire, M. Nattan-Larrier, nous avons trouvé des lésions grossières *d'appendicite ulcéreuse* que j'ai fait reproduire à l'aquarelle par le Dr Bonnier. Au-dessous d'un bouchon de matières fécaloïdes étaient deux grandes ulcérations, l'une allongée, l'autre ovale. Au niveau de ces ulcérations, les tissus étaient tellement détruits qu'on voyait le jour par transparence; la paroi semblait réduite à un mince feuillet. En d'autres points, la muqueuse était tomenteuse; ailleurs existait un piqueté hémorragique.

Après l'opération de l'appendicite, M. Segond s'occupe de la vésicule biliaire. Il prolonge en haut l'incision de la paroi abdominale et par l'exploration digitale il atteint la vésicule profondément située; il constate qu'elle est distendue, ses parois sont rouges et épaisses. Il pratique la cholécystostomie. L'incision donne issue à un liquide jaunâtre, puis à du pus crémeux et enfin à du pus teinté; il n'y a pas de calculs biliaires. Le col vésiculaire paraît oblitéré.

Les résultats de l'opération furent remarquables. N'oublions pas que nous avions affaire à une triple infection, péritonite avec liquide louche dans la fosse iliaque et dans le petit bassin; appendicite à forme ulcéreuse peut-être voisine de la perforation et cholécystite suppurée, le tout accompagné d'albuminurie, de fièvre et de violents paroxysmes à 104° et 104° 2.

Eh bien, tous ces accidents furent arrêtés net; deux heures après l'opération la température était tombée à 98°, la nuit était bonne, le lendemain matin la température était à 97°, la partie était gagnée, et l'intervention "à chaud" était triomphante. La guérison a suivi son cours sans incidents.

Voici un autre cas, au contraire, où l'appendicite et la cholécystite coexistantes ont abouti l'une et l'autre à la perforation et à la mort:

Ce cas, publié par Grant, concerne un homme de cinquante-trois ans qui aurait eu antérieurement des coliques hépatiques. Une nuit, éclatent soudain des douleurs violentes localisées dans la région de la vésicule biliaire. Grant diagnostique une cholécystite et prescrit la morphine et l'atropine qui procurent quelque soulagement. Deux heures plus tard survient une nou-

velle et terrible crise avec vomissements. On diagnostique une rupture de la vésicule. A ces symptômes s'ajoute le lendemain matin une douleur intense dans la région de l'appendice. M. L. Freeman appelé en consultation admet la cholécystite mais il pense que les accidents actuels dépendent d'une appendicite. L'opération est faite et on constate une appendicite et une cholécystite ayant abouti l'une et l'autre à la perforation. Le malade succomba quatre jours plus tard à sa péritonite généralisée.

Je ne peux pas donner ici en détail toutes les observations concernant la double infection de l'appendicite et de la cholécystite; il est néanmoins nécessaire que j'en fasse connaître un certain nombre afin d'essayer l'étude pathogénique et clinique que nous poursuivons.

(Cas de Quénu).—Je cite textuellement : Une malade soignée pour des coliques hépatiques avait fait des saisons à Vichy. Appelé près d'elle au mois de décembre, au moment d'une crise d'appendicite, nous constatons nettement l'existence d'un empatement iliaque. Nous nous demandons même à ce moment si la désignation antérieure de coliques hépatiques était bien exacte. La laparotomie faite au commencement de février nous démontre la réalité de la double lésion appendiculaire et biliaire. L'appendice fut réséqué, puis, l'incision ayant été prolongée par en haut, la vésicule biliaire rouge, vasculaire, fut dégagée de ses adhérences; nous en retirâmes cinq gros calculs. Les suites opératoires furent des plus simples. La malade sortait de la maison de santé vingt-cinq jours après l'opération, complètement guérie.

Dans une publication récente, Adolf Becker a réuni une trentaine de cas concernant la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. Je vais donner le résumé de quelques-uns de ces cas et je les diviserai en deux groupes; dans le premier groupe je placerai les quelques cas où l'appendicite paraît avoir précédé la cholécystite; dans le second groupe je placerai les cas beaucoup plus nombreux où la cholécystite a précédé l'appendicite.

*Premier groupe.*—(Cas de Kehr).—Une malade de quarante-six ans paraissant avoir eu antérieurement trois crises d'appendicite est prise un jour de violentes coliques hépatiques. On pratique la laparotomie. L'appendice entouré d'ad-

hérences était accolé à la partie postérieure du cæcum et du côlon. La vésicule biliaire recouverte de membranes, contenait un liquide trouble et 8 calculs.

(Cas de Kehr).—Chez un homme de trente ans atteint d'appendicite, on soupçonne également la cholécystite. On pratique l'opération. On trouve un appendice épaissi, déformé en zigzag, remontant derrière le cæcum et le côlon, et entouré d'adhérences qui l'unissent à ces organes. La vésicule biliaire est complètement recouverte d'adhérences. On enlève la vésicule et l'appendice.

*Deuxième groupe.* — (Cas de Muller). — Une jeune fille de vingt et un ans avait eu des crises très douloureuses à l'hypocondre droit avec irradiations aux épaules au dos et à la poitrine, sans qu'on eût constaté ni ictère ni calculs biliaires dans les selles. On avait fait le diagnostic de cholélithiase. Plus tard survinrent pendant plusieurs jours des douleurs très violentes à la région iléo-cæcale droite; la pression de la région appendiculaire était très douloureuse. Muller fit le diagnostic de cholélithiase et d'appendicite. L'opération démontra, d'une part l'existence de la cholécystite avec vésicule adhérente, rétractée, et calculs biliaires, et d'autre part l'existence de l'appendicite avec sténose du canal à l'embouchure du cæcum, épaississement de la paroi et exsudat purulent.

(Cas de Muller).—Un homme de quarante-six ans avait eu depuis plusieurs années des coliques hépatiques avec ictère, mais on n'avait pas trouvé de calculs dans les selles. Plus tard, on constata une tumeur très douloureuse à la région cæcale. Muller fit le diagnostic d'appendicite chronique et pratiqua l'opération, ne visant que l'appendicite. Il trouva en effet l'appendice entouré d'adhérences et dilaté en forme d'ampoule à son tiers inférieur. Mais malgré l'ablation de l'appendice, le malade continuait à se plaindre de douleurs violentes qui occupaient, comme autrefois, l'hypocondre droit. On constata sous le foie à la région qui correspond à la vésicule biliaire, une tumeur piriforme et fort douloureuse. On pratiqua alors une deuxième opération, et on trouva une vésicule biliaire entourée d'adhérences et contenant plusieurs calculs.

(Cas de Muller).— Une femme de trente ans avait eu autrefois plusieurs crises de coliques hépatiques suivies d'ictère; elle avait constaté pendant ses crises une tuméfaction doulou-

reuse sous le foie. Plus tard, on put déterminer deux centres douloureux, l'un au niveau de la vésicule, l'autre au niveau de l'appendice. L'opération fut pratiquée. La vésicule biliaire était entourée d'adhérences, et dans le canal cystique on trouva un gros calcul. L'appendice présentait, au-dessous de son embouchure dans le cæcum, un rétrécissement qui ne put être franchi avec la sonde la plus fine, et, au-dessous de cette sténose, le canal appendiculaire dilaté était rempli de liquide mucopurulent.

(Cas de Muller).—Une jeune fille avait éprouvé des douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Plus tard on constata une double localisation; on sentait au niveau de la vésicule une résistance douloureuse et au niveau de l'appendice une induration douloureuse. On diagnostiqua une cholélithiase et une appendicite.

Les douleurs ayant augmenté d'intensité l'opération fut pratiquée. L'appendice et le cæcum étaient entourés de fausses membranes, l'appendice était épaissi et contenait un liquide muco-hémorragique. La vésicule biliaire était dilatée, très abaissée et entourée de membranes qui la faisaient adhérer au cæcum.

(Cas de Muller).—Un garçon de vingt-cinq ans avait eu des crises douloureuses de lithiase biliaire. Plus tard on put constater deux centres douloureux, l'un au niveau de la vésicule biliaire qui formait tumeur, l'autre à la région de l'appendice. On émit l'hypothèse de cholélithiase et d'appendicite et l'opération fut pratiquée. On trouva une appendicite avec adhérences, épaississement des parois et dilatations de l'appendice à sa pointe. Autour de la vésicule biliaire était une collection purulente et près du canal cholédoque était un calcul.

Dans plusieurs observations le mode de début par appendicite ou par cholécystite n'est pas nettement spécifié, mais à l'opération on trouve les deux lésions. Ainsi dans un cas de Czerny il y avait cholécystite calculeuse et appendicite avec perforation de l'appendice. Dans un cas de Laplace il y avait empyème de la vésicule biliaire et abcès péri-cæcal avec gangrène de l'appendice.

En résumé, les lésions aiguës ou chroniques de ces appendicites associées à la cholécystite se présentent sous les formes multiples de toutes les appendicites : liquide mucopurulent ou

hémorragique, ulcérations des parois de l'appendice, sténose, dilatation, perforation, gangrène, adhérences, suppuration péri-cœcale, péritonite, etc. Les cholécystites sont calculeuses ou non calculeuses, la vésicule biliaire étant, suivant le cas, distendue, épaissie, rétractée, adhérente et contenant un liquide variable comme quantité et comme qualité.

Nous avons maintenant à nous demander quelle est la cause de cette double infection intéressant l'appendice et la vésicule biliaire. Cette double infection est-elle simultanée, se fait-elle en même temps sous l'influence d'une cause dominante, ou bien y a-t-il superposition des deux infections, l'une préparant l'autre, et dans ce cas quelle est celle qui commence, est-ce l'appendicite ou la cholécystite ?

On pourrait s'arrêter un instant à l'idée que les deux infections sont dues à un processus lithiasique, provoquant à la fois la cholécystite calculeuse et l'appendicite calculeuse. Mais cette hypothèse ne tient pas devant ce fait que chez les malades atteints de la double infection qui nous occupe, les concrétions calculeuses sont rares dans l'appendice et font parfois défaut dans la vésicule. Il faut donc chercher ailleurs la pathogénie de la double infection.

La cholécystite serait-elle la conséquence de l'appendicite ? On sait, en effet, avec quelle facilité se font les infections ascendantes d'origine appendiculaire. Ainsi, dans le foie appendiculaire, l'infection qui aboutit à la purulence de l'organe part du foyer appendiculaire et est transportée au foie par la voie ascendante des réseaux veineux qui aboutissent à la veine porte et au foie. Mais cette migration veineuse de l'infection n'a rien à voir avec l'infection de la vésicule biliaire; c'est le foie qui est atteint et non la vésicule, et la preuve, c'est que dans les cas fort nombreux de foie appendiculaire la vésicule est restée indemne.

On peut alors se demander si l'infection partie du foyer appendiculaire ne pourrait pas atteindre la vésicule biliaire par voie ascendante à la faveur des lymphatiques et des adhérences qui relie si souvent l'appendice, l'intestin et la vésicule ? Ce mode d'infection ascendante est celui qui aboutit à l'empyème sous-phrénique appendiculaire et à la pleurésie appendiculaire. Nous l'avons longuement étudié dans notre travail sur la pleurésie appendiculaire. En pareil cas, l'infection partie du foyer

appendiculaire, *primum movens*, remonte le long du cæcum et du côlon, gagne l'hypocondre, détermine souvent un empyème sous-phrénique, traverse le diaphragme perforé ou non perforé et envahit la cavité pleurale; les traînées membranueuses et purulentes jalonnent sa route, si bien qu'on peut suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement intra-thoracique où la pleurésie est souvent purulente et putride. Mais en relisant les nombreuses observations où l'infection appendiculaire remontante a abouti à l'empyème sous-phrénique et à la pleurésie on voit que la cholécystite n'est pas signalée; l'infection a pu laisser sur les parois de la vésicule biliaire des traces de son passage, mais, je le répète, elle n'a pas provoqué de cholécystite.

Or, si la vésicule biliaire échappe à la grande traînée infectieuse d'origine appendiculaire qui remonte en s'épanouissant le long de l'intestin, autour et au-dessus du foie, et jusque dans la cavité thoracique, est-il rationnel d'admettre qu'elle est infectée par la petite traînée qui la relie à l'appendice? Je ne le crois pas; je pense que dans la grande majorité des cas ce n'est pas l'appendicite qui provoque la cholécystite, mais c'est la cholécystite qui provoque l'appendicite; l'infection n'est pas ascendante, elle est descendante.

Du reste, dans le plus grand nombre des observations, 25 fois au moins sur 30, on voit que ce sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent la scène, les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard.

Tel malade, par exemple, a dans son passé des signes non douteux de colique hépatique ou de cholécystite; il a éprouvé, il y a un an, il y a six mois, il y a quelques semaines, ou quelques jours, des douleurs localisées à l'hypocondre droit ou à la région de la vésicule; on a fait le diagnostic de lithiase biliaire, de colique hépatique, de cholécystite calculuse ou non calculuse. A un moment donné surviennent des douleurs localisées à la fosse iliaque droite; ces douleurs sont accompagnées d'autres symptômes qui permettent de diagnostiquer une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique. Habituellement, surtout dans les formes aiguës, ce sont les symptômes de l'appendicite avec ou sans péritonite qui prennent le dessus, et les symptômes de cholécystite s'effacent ou disparaissent. Dans d'autres cas,

surtout dans les formes subaiguës, les deux foyers appendiculaire et vésiculaire restent assez distincts pour qu'on puisse formuler le diagnostic de cholécystite et d'appendicite.

Bien des erreurs ont dû être commises tant que l'attention n'a pas été appelée sur l'apparition de l'appendicite consécutive aux cholécystites calculeuses ou non calculeuses. Tel médecin qui avait assisté plusieurs fois à des coliques hépatiques franchement caractérisées a pu croire à une nouvelle colique hépatique, le jour où d'une façon subintrante a éclaté l'appendicite. Tel autre médecin qui assiste à l'éclosion d'une appendicite aiguë peut méconnaître l'existence antérieure d'une cholécystite si les symptômes de cholécystite ont disparu ou si les renseignements qu'on lui fournit ne sont pas suffisants.

C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des cholécystites et de l'appendicite; l'association possible de la double infection doit sans cesse nous tenir en éveil.

Aussi, faudra-t-il, à l'avenir, porter un soin tout particulier au diagnostic de l'accouplement de ces deux infections. Certes l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendicite est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain seul de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors avoir tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise et pendant ce temps là, l'appendicite qu'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectueux, avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou par la triple infection, faute d'avoir agi à temps.

C'est ici que l'intervention chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. N'opérer que la cholécystite lorsqu'il y a appendicite concomitante, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute sa gravité; mais n'opérer ni l'une ni l'autre et prêcher la temporisation, c'est aller au-devant d'accidents les plus redoutables.

---

Le seul moyen d'être grand dans la vie, c'est d'avoir la conscience qu'on ne reculera pas devant son devoir, dùt-on y trouver la mort.

## SUR LA TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DU COLON

PAR M. LE DOCTEUR P. PENNATO.

Sous le nom de typhlite tuberculeuse simulant les tumeurs de la région caecale (Hartmann et Pilliet) et de tuberculome hypertrophique du caecum (Dieulafoy), on a décrit une variété de tuberculose localisée au caecum ou à la région, et qui a pour caractères l'hypertrophie des parois intestinales avec une limitation assez étroite des lésions tuberculeuses. A l'encontre de l'entérite ulcéreuse tuberculeuse banale, le tuberculome hypertrophique serait primitif; les lésions pulmonaires ne surviendraient que dans la suite, tardivement.

M. P. Pennato a observé récemment un cas de cette manifestation de la tuberculose. Il s'agissait d'une femme de dix-neuf ans plutôt grêle; dès le début d'une grossesse, elle souffrit de douleurs abdominales assez vagues, occupant la partie inférieure du ventre et la région du caecum. Quelques vomissements, diarrhée.

Les douleurs, sauf quelques rémissions, devinrent plus graves peu à peu; au quatrième mois, le ventre avait le volume de celui d'une grossesse à terme, la dyspnée était intense; les douleurs abdominales, à droite surtout, étaient intolérables. Jamais de fièvre.

C'est dans cet état que la malade fut amenée à l'hôpital et passée dans un service de chirurgie. La laparotomie donna issue à quelques litres d'un liquide trouble et jaunâtre; toute la région du colon était occupée par une tuméfaction diffuse, adhérente à la colonne vertébrale et s'étendant vers l'épigastre. Evacuation de l'utérus (césarienne). Quelques heures après l'opération, mort dans le collapsus.

A l'autopsie on ne trouva pas de lésions des méninges ni des poumons, pas de ganglions péribronchiaux caséeux. Pas de liquide dans les plèvres. Cœur et aorte de volume un peu insuffisant.

Dans l'abdomen un peu de liquide trouble. Tout le péritoine viscéral est épaissi, brillant, imprégné de sérosité. Mésentères, épiploon, comme oedémateux. Caecum et colon ascendant augmentés de volume au point de constituer une tumeur volumineuse dont les limites se perdent graduellement sur le colon transverse. Les parois de l'intestin sont fortement épaissies,

lardacées, elles crient sous le couteau et demeurent rigides après la section; on distingue sur la coupe les trois tuniques épaissies, et l'intestin est doublé d'une sorte d'énorme gaine scléro adipeuse. Au niveau de la valvule iléo-cæcale une vaste ulcération, partie caséuse, partie nécrotique, à fond irrégulier, fait le tour de toute la lumière de l'intestin.

L'aspect de l'ulcération, celui du péritoine, indiquaient une variété scléreuse de tuberculose localisée originairement au côlon, avec extension ultérieure au péritoine. L'histologie précisa la nature des lésions; la muqueuse avait 1 millimètre d'épaisseur, la sous-muqueuse 5, la musculaire 3, la séreuse 10. Dans la muqueuse l'infiltration embryonnaire est très manifeste; elle s'étend à la musculaire et est très riche sous la séreuse. La gaine fibro-adipeuse entourant l'intestin est complètement constituée par des fibres conjonctives enfermant des éléments embryonnaires et des globules adipeux dans les mailles qu'elles forment. On ne trouvait de lésions tuberculeuses caractéristiques, des tubercules, que dans un petit nombre de préparations de l'intestin. Infiltration de cellules rondes dans le péritoine abdominal et dans le péritoine diaphragmatique épaissi.

En somme, tuberculose primitive du côlon, et péritonite consecutive. Au point de vue clinique il faut remarquer la marche apyrétique de la maladie, et l'importance des douleurs abdominales qui, au début, pouvaient être mises sur le compte d'une grossesse et d'un certain degré d'insuffisance rénale.

Au point de vue anatomique il est intéressant de constater l'existence de cette tuberculose modifiée, de cette hypertrophie conjonctive simulant une néoplasie, de cette péritonite tuberculeuse presque sans tubercules. Il s'agit d'une forme de tuberculose toute différente de l'entérite ulcéreuse commune et l'on est en droit d'espérer beaucoup d'une intervention chirurgicale dans les cas de ce genre.

---

La persuasion est un médicament moral des plus précieux; la peur est le bouillon de culture le plus favorable à la propagation de toutes les épidémies. L'hypochondriaque meurt de la peur de mourir. Le neurasthénique est souvent malade de la crainte de la maladie.

## COMMENT PEUT-ON EVITER LA TUBERCULOSE?

(Consomption) (1)

*" Mieux vaut prévenir que guérir "*

La science médicale nous montre clairement la cause de la consommation et nous donne les moyens de nous préserver de cette terrible maladie; toutes les personnes intelligentes doivent donc connaître les soins qu'il faut prendre pour ne pas devenir tuberculeux.

Cette maladie *contagieuse, évitable et curable*, est causée par un parasite qui détruit les parties où il se trouve, comme le vers ronge le fruit dans lequel il pénètre.

Ces parasites appelés microbes sont répandus par millions dans l'air que nous respirons, aussi la tuberculose (consomption) tue, à Montréal, plus de monde que toutes les autres maladies contagieuses réunies : (variolo, diphtérie, coqueluche, rougeole, scarlatine, etc.).

Ces microbes sont répandus dans l'air par toutes les personnes souffrant de consommation, soit par les ulcères, les plaies (les écouvelles), etc., mais surtout par ceux qui toussent et qui crachent par terre.

Il est de la plus haute importance que les crachats des malades qui contiennent des millions de germes de la tuberculose ne tombent pas sur les tapis, les planchers, les murs, etc., etc., parceque séchés et réduits en fine poussière, ces parasites circulent dans l'air, sont respirés, et pénétrant dans les poumons ils donnent la maladie. Si vous êtes en parfaite santé le poison est détruit sans avoir pu nuire, mais si vous êtes faible vous ne pourrez résister à l'attaque, le microbe se développera facilement et vous deviendrez tuberculeux. Il faut donc pour éviter la consommation toujours être en bonne santé et vivre dans un air le plus pur possible.

La faiblesse est généralement le résultat de l'ignorance des soins à prendre pour conserver la santé ou l'effet de la mauvaise volonté à bien faire ce qui est nécessaire de faire.

Parmi les principales causes d'affaiblissement on peut citer : 1o les maisons mal aérées et mal éclairées; 2o une mauvaise nourriture et 3o l'usage de l'alcool sous toutes ses formes.

L'air c'est le pain du poumon, plus l'air que vous respirerez

(1) Préparé pour distribution gratuite par *La Ligue Antituberculeuse de Montréal*, 11, rue Bleury.

sera pur plus le poumon sera fort, il serait bon de s'habituer à dormir dans une chambre ouverte jour et nuit afin de ne jamais respirer l'air enfermé, car l'air emprisonné c'est de l'air empoisonné. En couchant la fenêtre ouverte il n'y a aucun danger de prendre le rhume si le lit n'est pas placé dans un courant d'air c'est-à-dire entre deux ouvertures. Vous habituant à respirer l'air du dehors jour et nuit vous donnerez aux voies respiratoires la force de résister aux froids de l'hiver et de prévenir les rhumes toujours dangereux. Une petite toux fatigue d'abord, épuise ensuite et favorise quelquefois le développement des microbes de la tuberculose (consomption).

L'habitation pour être salubre doit être bien éclairée, le meilleur et le plus économique des moyens de désinfection c'est le soleil, la lumière solaire qui purifie doit donc pénétrer dans toutes les chambres de la maison, les germes des maladies poussent mieux dans l'obscurité et rappelez-vous que là où le soleil n'entre pas le médecin entre souvent.

Une mauvaise nourriture est aussi une grande cause d'affaiblissement, les aliments entretiennent la vie et réparent les pertes; il faut que les recettes d'une saine alimentation soit en rapport avec le travail fait et les forces dépensées. L'alcool n'est pas nécessaire pour stimuler l'appétit, il trouble les fonctions de l'estomac, du foie, des reins, etc., et devient la cause de nombreuses maladies; c'est un des principaux ennemis de l'homme, qui apporte la tuberculose au foyer.

Si vous habitez avec des personnes affectées de consommation il vous faut prendre des soins particuliers afin de ne pas contracter la maladie. Ces malades doivent avoir des objets de toilette qui ne servent qu'à eux seuls. Comme ce sont leurs crachats qui sont la plus grande cause de propagation de la tuberculose ils devront se servir de crachoir de poche facile à nettoyer ou d'un petit mouchoir en papier qui sera brûlé après usage. Bien que contagieuse, sachez bien que la tuberculose n'est pas un monstre qu'il faut fuir mais une maladie qu'il faut combattre, n'oubliez pas que c'est la plus curable de toutes les maladies chroniques. Dès que vous ressentirez les premiers symptômes de cette affection : faiblesse, respiration courte, gêne, perte d'appétit, toux, transpiration, consultez un médecin compétent et sans vous laisser tromper par les réclames des journaux suivez fidèlement le traitement que vous avez reçu, qui sera le meilleur pour vous guérir.

Docteur LECAVELIER.

## ACTION DU BLEU DE METHYLENE SUR L'ENTERITE ULCEREUSE DES TUBERCULEUX.

PAR M. M. L. RÉNON.

J'ai donné le bleu de méthylène chez bon nombre de phthisiques atteints de diarrhée intense et incoercible; dans les quatre cinquièmes des cas, l'action du bleu de méthylène s'est montrée très favorable.

Le bleu était donné par la voie gastrique, à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour. On prescrivait en une fois l'un ou l'autre des cachets suivants :

Bleu de méthylène . . . . .	0,15 centigr.
Lactose. . . . .	0,60 "
Bleu de méthylène. . . . .	0,20 "
Lactose. . . . .	0,80 "

ou trois à quatre fois par jour un cachet plus petit :

Bleu de méthylène. . . . .	0,05 centigr.
Lactose. . . . .	0,20 "

La lactose n'avait pour effet que de diviser la poudre de bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Sous l'influence du médicament, les selles diminuent très rapidement de fréquence; dès le premier jour, leur nombre tombe de quinze ou vingt à cinq ou six. Au bout de trois jours, on observe souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant remplacer même la diarrhée.

Comment expliquer cette action curieuse? Il est probable que le bleu déterge les ulcérations intestinales, en s'opposant au développement des agents d'infections secondaires. Dans plusieurs cas, les malades ont succombé à la cachexie tuberculeuse; ayant eu sous les yeux l'intestin, j'ai vu que les ulcérations n'étaient point cicatrisées, mais qu'elles étaient moins tomenteuses et moins irrégulières que normalement.

C'est vraisemblablement de cette façon que le bleu de méthylène agit dans l'entéro-colite muco-membraneuse et dans la dysenterie, où l'on a constaté les heureux effets des lavages avec une solution de bleu; les résultats sont souvent remarquables, comme j'ai pu le vérifier.

Dans la fièvre typhoïde, j'ai vu souvent des doses de 10 centigrammes de bleu abaisser la température de 2 à 5-10 de degré; il s'agit probablement aussi d'une action sur les microbes

d'infection secondaire, encore qu'avec M. Louste j'aie noté une diminution de la vitalité du bacille typhique dans les solutions étendues de bleu.

---

## LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES INFANTILES ESTIVALES

PAR M. LE DOCTEUR MAC-KEE.

L'auteur propose la classification suivante des diarrhées infantiles qu'on observe si fréquemment pendant la période des chaleurs : 1<sup>o</sup> La diarrhée dyspeptique due le plus souvent à la mauvaise nourriture ou à la nourriture imparfaitement digérée; le rôle des microbes est ici des plus douteux. Cette forme revêt parfois les apparences d'une indigestion intestinale aiguë. 2<sup>o</sup> Les diarrhées infectieuses dues à divers microorganismes; ces derniers sont presque invariablement ingérés avec les aliments et surtout avec le lait de vache; on peut distinguer les formes suivantes : la diarrhée de fermentation (infection gastro-intestinale atténuée), l'entérocélite aiguë ou chronique, enfin le choléra infantile.

Au point de vue de la thérapeutique de ces diarrhées la question du régime est d'importance capitale. Dans les cas où le nourrisson est élevé au biberon il faut supprimer le lait, sauf dans les cas de troubles très légers. S'il s'agit de diarrhée dyspeptique il est bon de donner du lait dilué ou encore du lait peptonisé. Que si le lait est la cause de l'infection, il va de soi qu'il faut le supprimer. On donnera pendant vingt-quatre heures simplement de l'eau bouillie sans nourriture; on peut ensuite donner de la décoction d'orge, sauf cependant dans les cas où la diarrhée est due à l'ingestion de matières sucrées. Le troisième jour on donnera du jus de viande ou du consommé et ce n'est que progressivement qu'on reprendra l'usage du lait.

Quant au traitement médical, il consistera le plus souvent en une purge qu'on administrera tout au début : on donnera la préférence à l'huile de ricin et au calomel. Quelquefois, cependant, c'est aux astringents qu'il faut avoir recours (sels de bismuth, nitrate d'argent). Le salol donne d'excellents résultats comme antiseptique intestinal; dans certains cas un opiacé est indiqué. Si des stimulants sont nécessaires, on donnera de

l'atropine, de la strychnine et du cognac. Pour combattre la fièvre rien ne vaut les enveloppements humides.

On voit parfois apparaître comme complication de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie qu'on soignera selon les règles habituelles.

---

### INFLUENCE DE LA MENSTRUATION DE LA NOURRICE SUR L'ENFANT QU'ELLE ALLAITE

Tout d'abord, le nombre des nourrices menstruées est considérable puisque, d'après diverses statistiques, il dépasse 41 %. Les observations montrent ensuite que, la plupart du temps, l'enfant reçoit le contre-coup de la période menstruelle, mais qu'il réagit de façons très différentes. La plupart du temps, il présente une diminution de poids qui ne s'accompagne d'aucun autre phénomène. Quelquefois il y a augmentation de poids et cela dans des proportions considérables : mais cette augmentation est souvent le prélude d'une diminution et cela grâce à des troubles digestifs qui peuvent se produire.

Ces troubles digestifs sont un des modes de réaction de l'enfant. Au moment d'une période menstruelle, un enfant est pris de vomissements, un autre a des selles grumeleuses, mal liées, quelques-uns enfin des selles verdâtres, liquides, une véritable diarrhée capable d'irriter les téguments et de déterminer de l'érythème fessier. Ce sont ces faits qui, par leur brusquerie et leur ressemblance avec une intoxication, ont mis dans l'esprit du public la croyance que les règles viciaient le lait de la mère, et que continuer l'allaitement dans ces conditions équivalait à empoisonner l'enfant. Mais l'on a fait justice de ces erreurs, et la majorité des auteurs ne croit plus aux dangers graves du lait des nourrices menstruées.

Dans d'autres cas, la menstruation semble retentir, non plus sur la santé, mais sur l'humeur du nourrisson, et l'on voit des enfants, habituellement doux et paisibles, devenir grognons et agités au moment du retour de la menstruation chez leur mère, sans qu'un examen attentif puisse expliquer d'une autre manière le changement de leur caractère.

Quelques-uns présentent des lésions eczémateuses : peut-être surtout ceux qui sont prédisposés et ont souffert d'une atteinte antérieure.

Il est à noter aussi que la diminution du poids qui se produit alors est permanente, en ce sens qu'à partir de la première menstruation, le lait diminue de quantité d'une façon définitive et il faut alors ajouter à l'alimentation un peu de lait stérilisé qui permet à la courbe de se rétablir régulièrement. Bien souvent, d'ailleurs, ce n'est pas à la première menstruation que se font ces modifications, mais à la seconde ou à la troisième.

Dans ces conditions, qu'elle est la conduite à tenir vis-à-vis de la nourrice dont la menstruation est rétablie ? Les accidents étant presque toujours passagers, comme il y a presque toujours à ce moment une diminution de poids, il est bon de prévenir le fléchissement par l'addition du régime stérilisé. Les recherches cliniques paraissent montrer qu'au moment des règles le composition du lait se modifie et que sa teneur en beurre augmente sensiblement, ce qui est peut-être l'origine des troubles digestifs.

---

## L'ALBUMINURIE PHYSIOLOGIQUE

PAR M. LE DOCTEUR RAPP.

Les progrès de la chimie, le perfectionnement des méthodes de recherches, l'emploi de réactifs plus sensibles, et surtout la découverte de nouveaux composés albuminoïdes, se distinguant des autres par leur coagulation plus difficile, leur solubilité plus grande, ont permis de déceler plus souvent la présence de l'albumine dans l'urine humaine. L'attention a été attirée sur cette question par les travaux de Gull (1873) et de Leube (1877).

La réaction par l'acide nitrique et la chaleur permet de trouver de l'albumine chez 32 ou 46 pour 100 de personnes bien portantes (Capitan, etc.).

Les recherches de Rapp, qui a pratiqué plus de 1,500 examens d'urine chez les jeunes gens, ont donné des résultats qui concordent avec les précédents.

L'auteur estime que toute urine albumineuse ne signifie pas maladie du rein.

Beaucoup de personnes bien portantes éliminent plus ou moins d'albumine dans leurs urines. Cette élimination est d'ailleurs favorisée par la station debout, le travail musculaire, le travail de la digestion, par l'alimentation, les bains froids, les influences nerveuses,

Pour déceler l'albumine, il n'est pas indifférent d'examiner les urines de la nuit, par conséquent celles émises dans une position horizontale, ou celles du jour, c'est-à-dire celles émises dans la position debout.

L'albuminurie décelée est-elle physiologique ou pathologique? C'est là une question de première importance, surtout quand il s'agit d'assurances sur la vie, de service militaire.

Dans le diagnostic différentiel, il faut éliminer tout d'abord les états congestifs et les maladies qui provoquent l'albuminurie, sans affections des voies urinaires : catarrhe vésical, tuberculose de l'appareil uro-génital, etc. Parmi ces maladies, citons en particulier les lésions rénales accompagnées de symptômes légers, la néphrite au début, l'atrophie du rein. Cette dernière surtout est difficile à diagnostiquer, car, dans une urine normale, ou presque normale, comme quantité et comme coloration, on trouve de faibles quantités d'albumine (0,5 à 1 pour 100), et les malades n'accusent aucun phénomène subjectif. Néanmoins, de grandes quantités d'albumine, constatée en dehors de tout exercice physique, ne sont pas en faveur de l'albuminurie physiologique.

Il faut aussi se rappeler que même l'albuminurie physiologique peut revêtir un caractère intermittent sous l'influence des facteurs précités. Quand on constate de l'hydropisie, de la tension vasculaire, de l'hypertrophie cardiaque, de légers phénomènes uréniques, la question devient facile à élucider. Très souvent, la solution est donnée par l'examen ophtalmoscopique, qui fait découvrir la rétinite albuminurique. La variété d'albumine n'aurait aucune signification diagnostique (Leube).

Les cylindres urinaires hyalins ne peuvent faire suspecter une inflammation rénale que s'ils sont en grand nombre. Enfin, quand, chez un malade gardant le lit, on trouvera des cellules épithéliales du rein, des globules rouges sanguins, ou des cellules de pus, on pourra poser le diagnostic de néphrite.

Il faudra surtout distinguer de l'albuminurie physiologique l'albuminurie de la puberté, qu'on observe chez les adolescents pâles, frêles : l'albumine est plus ou moins abondante, elle est diurne. Elle est due à l'anémie, à l'insuffisance cardiaque avec tendances aux stases. Elle exige un traitement de plusieurs mois, mais son pronostic est bénin.

## COMMENT ON DOIT TRAITER L'HYDARTHROSE TRAUMATIQUE DU GENOU

PAR M. LE DOCTEUR MAURANGE.

Les chutes sur le genou, mais surtout l'entorse du genou, s'accompagnent fréquemment d'un épanchement important dans la synoviale articulaire. Quelle doit être la conduite du praticien en présence d'un cas de ce genre?

Si l'épanchement est extrêmement abondant, quelques heures après l'accident, que les culs-de-sac paraissent fortement distendus, le mieux est de pratiquer séance tenante la ponction antiseptique de la synoviale dans le point où elle est le plus facilement accessible. La région est soigneusement brossée au savon et à l'eau chaude, puis dégraissée à l'éther, et enfin désinfectée au sublimé au millième. Des compresses stérilisées protègent convenablement le champ opératoire. La ponction est pratiquée avec l'aiguille No 2 d'un aspirateur stérilisé par l'ébullition prolongée dans un bain contenant 2% de carbonate de soude. Le liquide évacué, l'aiguille est retirée rapidement en détruisant le parallélisme des tissus. Une couche d'ouate et de collodion obture complètement l'orifice cutané.

Avec quelques précautions, cette ponction est sans danger et à la portée de tous les praticiens. Mais nous déconseillons absolument tout lavage de la cavité, même à l'eau phéniquée, d'abord parce qu'il n'augmente pas sensiblement l'efficacité de l'acte opératoire, ensuite parce qu'il le complique et, pour la moindre faute de technique, la moindre erreur de robinet dans le manœuvrement de l'aspirateur est susceptible d'entraîner l'infection de l'article.

Si l'épanchement est moyen, la ponction est inutile, mais l'immobilisation dans une gouttière plâtrée est la règle absolue. Tous les autres procédés d'immobilisation, l'appareil silicaté notamment, les bandages compressifs sont insuffisants et toujours inférieurs à l'appareil plâtré.

Faut-il appliquer sur la région antérieure du genou des révulsifs variés, tels que teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu? En principe ce sont là des moyens complètement inutiles, dans l'hydarthrose traumatique, l'immobilisation seule suffisant, dans l'immense majorité des cas, à amener la résorption rapide de l'épanchement. Il va sans dire que la question ne se posera même pas si l'on a pratiqué la ponction.

La compression elle-même n'a qu'une action médiocre : elle peut être combinée à l'appareil plâtré sans améliorer sensiblement les résultats.

Quelle doit être la durée de l'immobilisation ? A notre avis, elle doit être très courte, au moins dans sa forme absolue. En général, cinq à six jours suffisent, mais il est bon de ne dépasser dans aucun cas huit jours. Habituellement, le sixième jour, l'épanchement s'est réduit dans la proportion des trois quarts ou des quatre cinquièmes. Si vous ne voulez pas de raideurs articulaires consécutives, et surtout si vous ne voulez pas risquer une atrophie du triceps capable de gêner la marche de votre malade pendant longtemps, le moment est venu de commencer la mobilisation et le massage. La gouttière plâtrée se prête admirablement aux exigences de la situation. Si votre appareil est bien fait, il est assez souple pour qu'on puisse l'écarter sans le casser et en sortir le membre pour lui appliquer la seconde partie du traitement.

Les premiers jours, c'est-à-dire en général du sixième au douzième ou quinzième jour, on fait deux séances de mobilisation et de massage par jour, d'une durée de dix à quinze minutes environ. On débute par un effleurage de toute la région articulaire dans le sens du courant veineux, suivie bientôt d'une friction plus énergique portant sur les culs-de-sac et sur la masse musculaire antérieure de la cuisse sur laquelle on insistera particulièrement. Quelques mouvements de flexion et d'extension d'abord passifs, ensuite en résistance, terminent les manœuvres de massage.

Après chaque séance, le malade est replacé dans la gouttière plâtrée que l'on maintient suffisamment appliquée par quelques tours de bande.

Le membre est laissé libre dans la journée, vers le douzième jour, entre les deux séances de massage, et les mouvements actifs sont autorisés dans la position horizontale. L'appareil est rétabli pour la nuit. Si l'épanchement n'a pas tendance à se reproduire après deux jours d'épreuve, la marche est autorisée en général vers le quatorzième jour. A ce moment on ne fait plus qu'un seul massage par jour : l'entraînement doit être progressif. Au bout de huit jours, la guérison est complète et le malade a pu reprendre ses occupations. Il n'y a plus le

moindre vestige de liquide, on ne constate aucune raideur, ni aucune gêne dans la marche : le massage a cessé d'être indispensable dès la fin de la troisième semaine.

---

## RESULTATS DE LA CASTRATION POUR TUBERCULOSE TESTICULAIRE

PAR M. LE DOCTEUR E. HAAS.

Les recherches de l'auteur portent sur 115 cas de tuberculose testiculaire traités par la castration, à la clinique de voa Brun, au cours de ces 50 dernières années. Elles ont trait surtout aux résultats éloignés de cette opération, et nous enseignent que, dans les cas de tuberculose testiculaire unilatérale, la castration a amené la guérison définitive dans une proportion de 44,6 pour 100; dans 26,7 pour 100 des cas de cette série, l'infection a gagné ultérieurement l'autre testicule.

La castration faite pour tuberculose testiculaire bilatérale a donné 56,7 pour 100 de guérisons définitives. Tous les malades castrés d'un côté seulement conservèrent leur puissance génératrice. Chez ceux qui le furent des deux côtés, jamais on ne nota aucun de ces troubles de la santé générale auxquels il est si souvent fait allusion dans les auteurs. Aussi, en présence de résultats aussi favorables, étant donné d'ailleurs la marche toujours progressive de l'affection abandonnée à elle-même, faut-il conclure que la castration, pratiquée aussi précocement que possible, doit rester l'opération de choix dans la tuberculose testiculaire, au moins tant qu'il n'y sera pas prouvé qu'on peut obtenir les mêmes résultats à moins de frais.

---

Les admirables filles de charité de nos hôpitaux sont des papillons divins qui, au milieu des horreurs de la mort, donnent des consolations et des espérances à tous les malheureux et aux agonisants qui eux-mêmes les reçoivent avec un sourire.

---

La souffrance ennoblit les âmes les plus vulgaires, et les problèmes de l'au-delà assiègent les esprits les moins philosophiques à l'approche de la mort.

## TRAITEMENT DES RÈGLES ABONDANTES AVEC OU SANS DYSMENORRHEE

PAR M. LE DOCTEUR LAFOND-GRELLETY.

Lorsqu'il n'y a pas de dysménorrhée, on prescrit généralement l'ergotine ainsi composée :

Ergotine. . . . .	1 grain
Sulfate de quinine. . . . .	¼ "
Poudre de digitale. . . . .	1-6 "
Poudre de coca. . . . .	7.S.

Pour une pilule F. S. A. 20: 4 à 5 par jour. (Dr. Dalché).

Les autres agents constricteurs (hydrastis, hamamelis, senecio, etc.), sont aussi très utiles. La formule de M. Dalché est la meilleure, lorsque les règles sont régulièrement très abondantes, M. Lafond-Grellety lui adjoint systématiquement le chlorure de calcium à l'intérieur. Les travaux de M. Cornil et de ses élèves, les expériences cliniques de Whright et P. Carnot, la thèse documentée de Trémolières, montrent, en effet, l'action hémostatique puissante du chlorure de calcium, et justifient l'emploi de ce médicament dans les cas de règles trop abondantes. Le chlorure calcique peut être administré en potion, à la dose journalière de 1 à 2 grains.

Il convient cependant de faire une réserve. Chez les chlorobrightiques, le chlorure de calcium détermine facilement des accidents d'intoxication, et en particulier des vomissements et de la céphalée. Il faut donc proscrire cette substance quand on a des raisons sérieuses de soupçonner une néphrite. Il est alors préférable de remplacer le sel par une préparation gélatinée (contenant 10 pour 100 de gélatine), dont on injecte 5 à 10 centimètres cubes une ou deux fois par jour.

On peut donner une potion au chlorure de calcium concurremment avec les pilules de M. Dalché. La potion est prescrite une semaine avant l'époque prévue. Les pilules doivent au contraire être prises quelques jours seulement avant les règles, et continuées pendant toute la durée de l'écoulement.

Il ne faudrait pas s'étonner de voir ce premier traitement échouer au début presque complètement. Mais, le mois suivant, le médicament sera déjà efficace, et si l'on continue six, sept et huit mois, on est à peu près sûr d'obtenir les meilleurs résultats.

Dans le cas où il y a dysménorrhée, le traitement varie suivant les personnes. L'administration du sel calcique doit être soigneusement surveillée, la suppression ou la diminution des règles s'accompagnant d'une façon constante d'une exagération dans l'intensité et la durée des douleurs.

On peut cependant obtenir quelques améliorations par l'association du  $\text{CaCl}_2$  au Senegon vulgaire. Le Senegon sera prescrite sous forme d'extrait fluide à la dose quotidienne de XL gouttes (en deux fois); ces gouttes seront prises dans une cuillerée à soupe de potion au  $\text{Ca}^2$  contenant  $\frac{1}{4}$  de grain de ce sel. Cette médication, commencée deux à trois jours avant l'époque prévue, sera continuée pendant toute la durée des règles et prolongée encore quarante-huit heures après la fin de l'écoulement cataménial.

On peut donc conclure de ce qui précède: 1o. Que le chlorure de calcium, agissant comme hémostatique local et sur la masse totale du sang, diminue l'exagération des pertes sanguines au moment des règles; et que celles-ci deviennent régulièrement normales après un traitement prolongé;

2o Que, malgré son action vasculaire toujours marquée, il ne saurait être efficacement employé dans les cas de dysménorrhée, dont il ne restreint ni la durée ni l'intensité du cycle douloureux;

3o Qu'enfin son usage est contre-indiqué chez toutes les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement des reins.

---

### LES MOUSTIQUES, LEURS MEFAITS, MESURES DE PRESERVATION, ETC.

Dans les grandes villes on trouve le plus souvent le *Culex pipiens*, variété que ne transmet pas la fièvre intermittente.

Les anophèles, qui sont les agents actifs de la transmission du germe paludique, sont rares dans les villes; ces moustiques se tiennent de préférence à la campagne.

Si le *Culex* ne transmet pas le paludisme, il paraît être un agent de la propagation de l'éléphantiasis, de la fièvre jaune, de la filariose et peut-être même de la lèpre.

Les causes de l'apparition rare ou permanente des moustiques dans les villes sont purement locales. Les pièces d'eau dormante, les tonneaux d'arrosage, les citernes, les puisards, les réservoirs d'usine, les égouts à écoulement lent ou nul, l'eau

arrêtée dans les chéneaux des toitures, sont les milieux divers dans lesquels se développent les moustiques. Une femelle de *Culex* pond jusqu'à 300 œufs, et, si la saison est favorable, jusqu'à six et huit générations peuvent se succéder dans le cours d'une même année. On a compté les œufs, larves et nymphes qui se trouvaient dans un simple tonneau d'eau de pluie; on a obtenu des chiffres très élevés : 17,259 une première fois et 19,110 une seconde fois.

Ces faits font bien ressortir l'extrême inconvénient que présentent les eaux stagnantes.

M. le professeur Blanchard termine ainsi son rapport :

Les conclusions qui découlent de notre étude sont de deux sortes, suivant qu'elles visent la prophylaxie individuelle ou la prophylaxie générale. Elles ne diffèrent par rien d'essentiel de celles que notre collègue M. Laveran a formulées, dans le rapport qu'il a présenté à l'Académie; aussi lui emprunterai-je la plupart des conclusions ci-dessous :

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE.—1o Dans les quartiers ou maisons envahis par les moustiques, il est indispensable de faire usage de moustiquaires pour se protéger pendant la nuit. Les moustiquaires seront installées et entretenues avec soin; on ne doit pas les suspendre à un anneau; il faut les fixer sur un cadre. La partie supérieure de la moustiquaire doit être en tulle comme le reste, afin de ne pas gêner la circulation de l'air.

Les mailles du tulle qui constitue la moustiquaire doivent être de dimensions convenables, pour empêcher le passage des moustiques sans gêner la circulation de l'air.

Il est nécessaire que le bord inférieur de la moustiquaire tombe assez bas (sans toucher le sol), pour qu'il soit facile de le rentrer sous le matelas quand on s'est introduit sous la moustiquaire.

Il est indispensable de s'assurer souvent que la moustiquaire est en bon état et de tuer les moustiques qui ont réussi à s'y introduire.

2o. On a recommandé, pour se protéger contre les piqûres des moustiques, des pommades ou des teintures variées. La plupart de ces préparations sont d'une efficacité contestable; on peut retirer néanmoins quelques avantages de lotions faites avec une macération de bois de *Quassia amara*.

3o. Il est utile également pour chasser les moustiques de repandre dans les chambres, environ une heure avant le coucher,

des vapeurs de formol, au moyen d'un brûleur à platine incandescent. Les personnes qui ne pourraient supporter l'odeur de ces vapeurs aurent avantage à brûler de la poudre de Pyrèthre ou à déterminer pendant le sommeil un courant d'air au moyen d'un ventilateur électrique.

4o. Si les moustiques qui envahissent une maison proviennent d'endroits qui échappent à l'action des habitants, les fenêtres orientées de ce côté pourront être doublées extérieurement d'un châssis fixe, sur lequel sera tendue une lame de toile métallique à mailles assez fines pour que les moustiques ne puissent les traverser.

5o. Pour atténuer les effets de la piqûre, il est avantageux d'employer la teinture d'iode en badigeonnage. Beaucoup de substances ou de formules ont été proposées dans ce but; aucune ne rend de meilleurs services que la simple teinture d'iode.

6o. On veillera à ce que les réservoirs, des mares ou des fossés mal entretenus autour de la maison ne servent pas au développement des moustiques. Tous les réservoirs naturels ou artificiels qui ne sont pas indispensables seront vidés; on détruira les larves de moustiques dans les autres, suivant les indications données ci-dessous.

PROPHYLAXIE GÉNÉRALE.—7o. Il importe avant tout de faire disparaître les eaux stagnantes, surtout celles qui sont à proximité des maisons; de donner aux fossés, aux égouts et aux déversoirs de toute nature, une pente suffisante pour que leurs eaux s'écoulent; de supprimer tous les réservoirs naturels ou artificiels qui contiennent des eaux stagnantes sans usage.

8o. Toutes les fois que la chose est possible, il faut remplacer l'eau stagnante par l'eau courante. Les bassins des jardins publics doivent être alimentés d'eau courante, même pendant la nuit. Le courant doit être assez fort pour empêcher le développement des moustiques, qui viennent pondre de préférence dans les eaux dormantes ou à renouvellement très lent.

9o. En raison de la transmission possible de certaines maladies par les moustiques (paludisme, filariose, fièvre jaune, lèpre), on surveillera d'une façon particulièrement rigoureuse les bassins, réservoirs, citernes, tonneaux d'arrosage, puisards, etc., qui peuvent exister dans les cours, jardins et autres dépendances des hôpitaux ainsi que dans leur voisinage immédiat. On supprimera toutes les eaux stagnantes inutiles; on donnera aux autres un courant assez fort et incessant; on traitera,

comme il est indiqué ci-dessous, toutes celles qui ne pourraient être ni supprimées ni rendues courantes.

10b. Lorsque des eaux stagnantes ne peuvent pas être supprimées, à cause de leur utilité ou parce que les mesures destinées à assurer leur écoulement seraient trop onéreuses, il y a lieu de prendre des mesures pour détruire les larves de moustiques.

S'il s'agit de pièces d'eau d'une assez grande étendue, on peut assurer la destruction des larves de moustiques en entretenant des poissons dans ces pièces d'eau.

Pour détruire les larves de moustiques dans les mares, dans les pièces d'eau ou réservoirs de peu d'étendue, on se servira avec avantage d'huile de pétrole. Pour que le pétrole s'étale bien, on aura soin de le verser sur une série de points, et non en totalité au même endroit; on peut se servir, pour répandre le pétrole, d'un chiffon fixé à l'extrémité d'une perche; le chiffon imprégné de pétrole est promené à la surface de l'eau.

Le mélange d'huile de pétrole et de goudron donne des résultats plus satisfaisants encore que le pétrole pur; il tue les larves plus rapidement, et surtout il a une action plus durable, l'évaporation étant plus lente.

Il suffit d'employer 10 centimètres cubes du mélange de pétrole et de goudron par mètre carré de la pièce d'eau dans laquelle on veut détruire les larves de moustiques; il n'y a pas lieu de se préoccuper du cube d'eau.

L'opération doit être faite au printemps et renouvelée tous les quinze jours jusqu'à l'apparition des grands froids.

C'est au printemps surtout qu'il faut s'occuper de détruire les larves avant qu'elles aient eu le temps de se transformer en insectes parfaits.

11a. Les citernes et les réservoirs qui contiennent de l'eau destinée à la boisson doivent être couverts. Si, malgré cette précaution, l'eau de ces réservoirs se peuple de larves de moustiques, on peut procéder à la destruction de celles-ci en se servant d'huile ordinaire au lieu d'huile de pétrole.

12a. L'Académie émet le vœu que les mesures de prophylaxie individuelle formulées ci-dessus soient portées à la connaissance du public par voie d'affiche, ou de toute autre manière.

13a. Elle émet également le vœu que l'Etat, la Ville de Paris, l'Assistance publique et les autres administrations, chacune en ce qui le concerne, prennent les mesures nécessaires pour détruire les larves et nymphes de moustiques dans les étangs, bassins, réservoirs, égouts, etc., où elles peuvent se développer.

## INTERETS PROFESSIONNELS

UNE SEANCE DES DEPUTES DE NOTRE COLLEGE

Monsieur le Directeur du "Montréal-Médical."

Cher confrère,

Vous avez toujours appris et vous conservez bien précieusement dans votre mémoire comme axiome immuable que *la partie est plus petite que le tout*; eh bien, sachez que vous êtes dans la plus grande erreur et vite effacez de votre esprit une connaissance aussi *erronée*. Nos gouverneurs ont changé tout cela et solennellement à l'unanimité vous dira le prochain rapport du bureau que vous recevrez; ils ont résolu, déclaré, statué, lisez bien, décrété, vous entendez, que *la partie est plus grande que le tout*. Voilà qui est fort; vous en doutez, en voici la preuve: vous savez que notre chambre des députés se compose de 43 membres — des malins comptent 18 membres inutiles — elle tire de son sein, différents comités, qui reçoivent pour mission d'étudier, tant une loi, tant un projet d'instruction, tant une réforme quelconque; ces comités font rapport à l'assemblée générale où l'on étudie, où l'on ajoute et retranche selon le besoin. Or on vient de découvrir qu'il existe un comité de neuf membres, plus grand, plus puissant que l'union des 43 têtes de nos députés; cependant chaque membre de ce fameux comité qui en naissant en plus grand que sa mère, ne compte qu'une tête. Voici comment on a fait le diagnostic de cette faiblesse et mesuré la différence des deux corps.

Un monsieur X... se présente devant le *grand comité* pour recevoir une licence provinciale; mais il n'est pas porteur d'un diplôme de docteur en médecine parce qu'il a manqué son examen devant son Université, il n'avait pas conservé la moitié des points sur la bactériologie. On plaide que cette science est une matière secondaire, etc., etc., etc., bref le comité de huit (M. le docteur Vallée n'étant pas remplacé), lui octroie une licence. On fait rapport à l'assemblée générale, la majorité des 43 membres trouve que l'on a violé les droits de l'Université, que c'est un précédent dangereux d'admettre qu'un *bloqué* devant l'Université puisse devenir un savant en présence du grand comité; on veut refuser la licence, on crie, on se recrie, on se perd en une discussion inutile puis on arrive unanimement à la conclusion que *la Partie est plus grande que le Tout*.

C'est un fait accompli! Il n'y a plus rien à faire.

Le candidat, non docteur en médecine, possède sa licence:

on propose un vote de regret !... et notre nouveau confrère sourit en voyant tant de larmes versées pour \$40.

La constitution qui nous régit n'a-t-elle pas besoin d'être revue, augmentée, corrigée, fondue et refondue ?

Veuillez croire, cher docteur, au dévouement sincère d'un  
*Gouverneur qui gouverne rien.*

---

### NOUVELLES

La statistique nous apprend que durant les 78 dernières années, Berlin a vu naître 22,441 jumeaux, que 229 mères ont donné naissance le même jour à 3 enfants et trois mères à quatre; durant la même période il naissait à Londres 14,000 jumeaux, 75 mères eurent en une seule fois 3 enfants et 2 en eurent quatre; à Paris on compte 7,500 jumeaux, 25 mères 3 enfants et aucune quatre.

On rapporte que le sérum antirabique Pasteur a guéri un malade souffrant d'épilepsie en même temps que l'hydrophobie.

La plus haute note professionnelle payée à un médecin ne le fut pas par Monsieur le seigneur Lussier, de Varennes, mais bien par un généreux malade qui donna \$250,000 à M. le docteur Gale, de Bristol, pour guérison d'une arthrite du genou au moyen de l'électricité. En 1762 pour avoir vacciné l'impératrice de Russie, M. le docteur Dimsdale reçut la somme de \$50,000, plus \$10,000 pour frais de voyage, une rente viagère de \$2,500, puis le titre de baron et la jolie photographie de sa majesté.

Il y a à Paris cinq hommes âgés de plus de cent ans, tous célibataires.

Aux Etats-Unis la vente de l'eau minérale rapporte 20 millions de piastres par an; que faut-il faire en notre pays pour connaître les propriétés thérapeutiques de nos sources minérales et en faire apprécier la valeur ?

2,000 soldats sont devenus épileptiques à la suite de leur campagne en Afrique, ils ont reçu aucune blessure. On attribue leur maladie à l'ébranlement du système nerveux par les détonations répétées des armes modernes,