

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

---

---

Vol. LV

AVRIL 1926

No 4

---

---

## LA RAGE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

*Par E. P. BENOIT.*

Un chasseur américain étant venu dans un club des Laurentides avec son chien, cet animal tomba malade de la rage une fois rendu et réussit à mordre plusieurs chiens des environs avant qu'on pût l'abattre. Ces chiens mordus ont propagé la rage dans le pays. On en a abattu plusieurs dont les cerveaux, examinés au laboratoire de la ferme expérimentale, à Ottawa, portaient des lésions propres de la rage. Ces chiens morts de la rage venaient de Hull, de Dorval et de Coaticook. Dans ce dernier endroit, un enfant mordu par un chien malade présente des symptômes rabiques graves. Des personnes mordues sont actuellement en observation à l'hôpital Victoria. Il n'est donc pas douteux que la rage existe actuellement dans la province de Québec et que l'on doit prendre des précautions contre cette maladie si l'on veut éviter une épidémie.

### **Symptômes de la rage chez le chien**

La rage du chien ne revêt pas toujours la même forme. Certains chiens deviennent d'abord enragés (forme furieuse), cherchent à mordre, et demeurent ainsi plusieurs jours avant que la paralysie ne vienne les immobiliser. D'autres chiens n'ont pas l'air d'avoir la rage (forme           ); ils sont muets dès le début et la paralysie les prend presque tout de suite. Mais qu'ils soient violents ou tranquilles, tous les chiens atteints de la rage peuvent donner la maladie.

On doit soupçonner la rage lorsque le chien change de caractère, offre des moments de dépression et d'engourdissement alternant avec des périodes d'agitation, lorsqu'il fuit la lumière vive, erre sans but dans la maison ou se cache pendant quelque temps, lorsqu'il avale difficilement, aboie d'une voie étouffée ou paraît faible du train postérieur. Si le chien devient agité, agressif, violent et cherche à mordre, s'il bave, les symptômes sont encore plus caractéristiques.

La rage existe en toute saison, et non pas seulement pendant les chaleurs de l'été. L'hydrophobie ou crainte de l'eau n'existe que chez l'homme. Le chien enragé avale difficilement, mais il n'a peur ni de l'eau ni des aliments; il s'en éloigne pour ne pas avaler.

### Précautions à prendre et traitement

La rage est une maladie contagieuse et excessivement dangereuse. On doit prendre contre cette maladie toutes les précautions possibles. C'est la salive ou bave du chien enragé qui donne la maladie, soit qu'il vous morde, vous lèche ou vous égratigne; et vous la prendrez vous-même d'autant plus facilement que vous aurez les mains gercées, ou égratignées ou coupées. Si vous voulez examiner un chien douteux, mettez des gants et désinfectez-vous les mains après l'examen. Faites-le examiner par le vétérinaire, qui reconnaîtra plus sûrement que vous-même si votre chien a la rage. Sinon, tenez le chien malade à la chaîne pour dix jours; s'il n'est pas mort pendant cette période, c'est qu'il n'est pas malade de la rage. Si vous avez sur les mains une gerçure, une égratignure, une coupure, une plaie quelconque, même petite, même insignifiante, et que vous ayez manipulé un chien suspect, ou si un chien suspect ou enragé vous a léché, égratigné ou mordu, cautérisez *immédiatement* avec de l'acide phénique (carbolic) pur ou de l'acide nitrique pur, puis consultez votre médecin quant au traitement (vaccination antirabique de l'Institut Pasteur).

Un premier traitement plus énergique encore, et plus sûr par conséquent, c'est de faire saigner la morsure par une forte pression et de la cautériser ensuite profondément au fer rouge.

La période d'incubation (silencieuse) de la rage est très longue. Elle dure généralement de trois semaines à trois mois chez l'homme et de deux semaines à deux mois chez le chien. Le virus remonte lentement de la morsure le long des nerfs jusqu'au cerveau, et c'est lorsqu'il atteint le cerveau que les symptômes de la rage apparaissent. Elle apparaît donc plus vite après une morsure au visage que si l'on a été mordu au mollet. Cette longue incubation permet d'attendre l'autopsie des chiens abattus avant de faire vacciner les mordus; mais elle facilite grandement la diffusion de la rage chez les chiens. Il s'écoulera donc un mois ou deux avant que nous soyons fixés sur l'étendue de la rage dans la province. La vaccination anti-rabique est prolongée; elle demande vingt jours, avec deux injections par jour la première semaine et ensuite une injection

tous les jours. Cette vaccination n'agit pas lorsque la maladie est déclarée; elle agit d'autant mieux qu'elle est précoce.

Tous les animaux mordus par des chiens enragés peuvent développer la rage à leur tour (chat, cheval, vache, mouton, cochon, volaille, loup, renard, etc.).

## DEUX CAS D'ASPHYXIE PAR BOL ALIMENTAIRE

Par WILFRID DEROME,  
*Médecin-légiste.*

Parmi les cas nombreux et variés de mort violente qu'il nous est donné d'observer à la Morgue de Montréal, il en est parfois de si étranges que d'aucuns peuvent se demander comment il se fait que des personnes civilisées puissent mourir si bêtement. En voici deux exemples typiques:

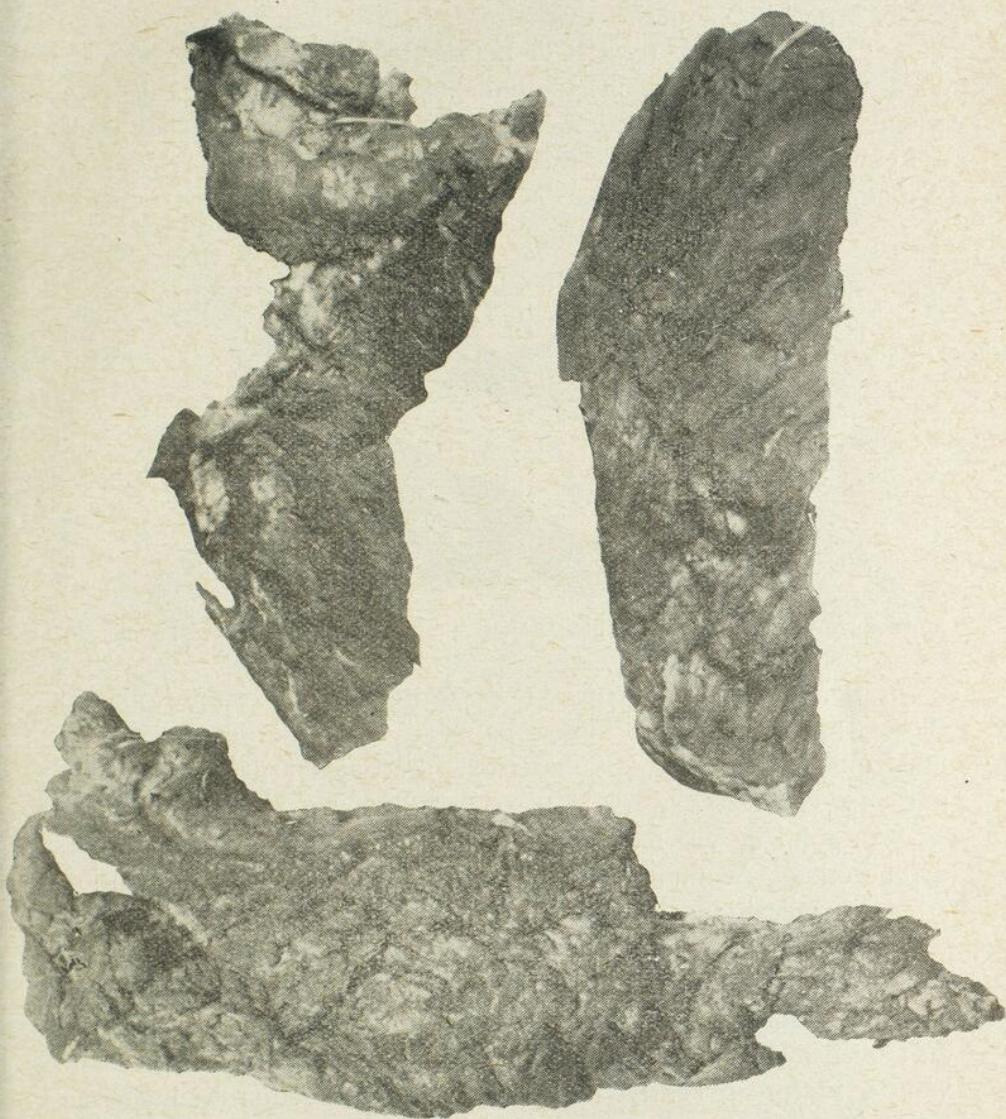
Au mois de janvier 1922, un individu âgé de 28 ans, titubant sous l'ivresse, entre dans un restaurant de la rue St-Laurent et demande qu'on lui serve un "steak" saignant. Le malheureux intoxiqué, n'écoulant que sa faim morbide, avale précipitamment et sans mastication aucune un morceau trop gros et meurt sur place, au grand étonnement du restaurateur qui vainement s'était porté à son secours. L'autopsie, pratiquée peu de temps après, révéla la présence d'un énorme morceau de viande (photo 1), qui était placé à cheval sur l'épiglotte et qui obstruait par ses deux extrémités à la fois l'œ�ophage et le larynx.

Le second exemple, observé tout dernièrement, est à peu près identique: il s'agit cette fois d'un citoyen de la grande république voisine, laquelle souffre, comme tout le monde sait, de l'erreur manifeste qu'est la prohibition à outrance, l'abstinence imposée à force de lois. Or, il arriva qu'un beau jeune homme, venu de New-York à l'hôtel Mont-Royal, se désaltéra tant et si bien qu'il finit par ne plus avoir soif, mais par souffrir d'une grande faim. Il s'installa en conséquence dans la splendide salle à dîner de l'hôtel et, à l'instar de l'individu dans l'exemple précédent, demanda qu'on lui apporte un "bon steak". Il n'en avala que trois bouchées demesurément grandes, ainsi qu'on peut en juger par la photo 2. La première passa et fut retournée dans l'estomac, la seconde put atteindre le cardia, mais la troisième, la plus volumineuse, s'arrêta au niveau du larynx, rétrécissant par compression le calibre de celui-ci au point d'amener rapidement la mort par asphyxie.

Après cela, ne peut-on pas dire avec la chanson:

Que plus que nous la brute est sage,  
Car elle boit uniquement  
Quand la soif l'y pousse vraiment,  
Et elle mange aussi plus raisonnablement.

Les commentaires d'ordre médico-légal que nous suggèrent ces deux morts subites et imprévues ont trait d'une part aux causes diverses de l'asphyxie et d'autre part aux individus qui, par leur état nerveux ou mental particulier, sont ainsi exposés à être victimes de tels accidents.

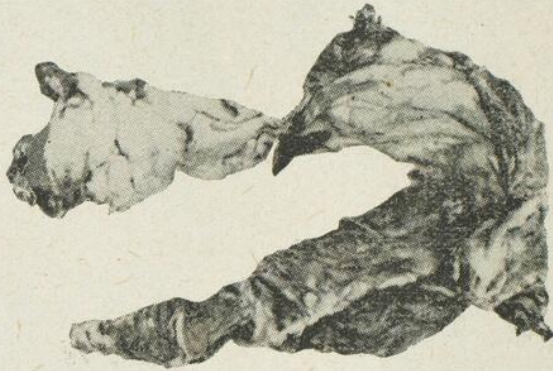


Morceaux de viande ayant provoqué l'asphyxie chez un intoxiqué par alcool.

L'asphyxie est, suivant la définition classique, la suppression des échanges respiratoires. C'est un état syndromique se traduisant par

des symptômes et par des signes cadavériques, toujours semblables, mais dont les causes sont diverses.

L'asphyxie peut, en effet, se rencontrer au cours d'affections naturelles telles que, tumeurs de la gorge ou du larynx, abcès rétro-pharyngiens, diphtérie et surtout croup, œdème et spasme de la glote, bronchite capillaire, œdème pulmonaire, maladies convulsives, etc. Elle peut être le résultat de poisons tels que l'oxyde de carbone, l'anhydrite carbonique, la strychnine, la morphine, etc. Elle peut enfin résulter d'un obstacle mécanique à la pénétration de l'air dans les poumons, soit que cet obstacle siège à l'extérieur comme dans la pendaison, la strangulation à la main ou au lieu, la suffocation par



Morceau de steak qui en se plaçant sur l'épiglotte a déterminé l'asphyxie.

obturation directe des orifices respiratoires ou par compression du thorax, soit qu'il siège à l'intérieur même des conduits respiratoires ainsi qu'il arrive dans la submersion, l'enfouissement et l'occlusion par corps étrangers.

Au point de vue médico-légal, ces dernières variétés d'asphyxie, qu'une étiologie commune caractérise, sont appelées par abréviation asphyxies mécaniques.

L'obstruction directe des voies respiratoires par corps étrangers est rarement un procédé de suicide; cependant Morache, cité par Thoinot, raconte qu'en Chine, les mandarins disgraciés se suicident au moyen d'une mince feuille d'or qui, par une violente inspiration, vient se placer sur l'entrée de la glotte. L'introduction criminelle de corps étrangers tels que, tampons de journaux, de coton obsorbant, de linge, etc., dans l'arrière-gorge des nouveau-nés est à Montréal un procédé communément employé. Nous conservons dans notre musée de Médecine Légale plusieurs de ces pièces à conviction. L'introduction accidentelle est fréquente et comprend les corps les plus

divers. Chez les enfants, ce sont les pièces de monnaie, les tétines, les sucettes, les jouets, etc.; chez l'adulte, ce sont les fausses dents, un bout de cigare, du tabac à chiquer, etc.; enfin chez les uns et les autres, ce peut être des matières alimentaires qui tantôt sont projetées hors de l'estomac par un effort, par un accès de rire ou par une émotion vive quelconque, puis entraînées par inspiration dans le larynx, tantôt par glotonnerie ou par un mécanisme plus morbide encore, sont avalées par morceaux trop volumineux.

Les paralytiques généraux, les vieillards en enfance et les intoxiqués par l'alcool, sont les trois classes de sujets chez lesquels l'asphyxie par bol alimentaire trouve son explication dans un trouble des fonctions neuro-psychiques.

Tous, je pense, vous avez eu l'occasion d'observer l'état de déchéance physique et intellectuel qui marque la fin de la période d'état, mais surtout la période de terminaison chez le paralytique général. Ce n'est d'ailleurs pas le moment d'insister sur les caractères, ni sur les troubles somatiques variés qui ont fini par porter sur tous les systèmes. Contentons-nous de rappeler que le phénomène réflexe de la déglutition, comme d'ailleurs tous les autres réflexes, est profondément troublé, au point qu'il devient dangereux de donner à ces malades des aliments qui n'ont pas été, au préalable, finement divisés, et surtout des viandes non-hachées.

Tous vous connaissez aussi les atteintes plus ou moins profondes des différentes facultés intellectuelles, qui font du dément sénile un véritable enfant, crédule, sans volonté, oublieux de tout, incapable de se conduire; puis, du côté physique, les signes variables suivant la localisation des lésions dans le cerveau, le mésencéphale, le cervelet et la moëlle. Ce sont des hémiplégies permanentes ou transitoires, de la dysarthrie, du rire et du pleurer spasmodiques, de la parésie des sphincters, de la dysphagie, etc. Ce dernier trouble nous intéresse ici particulièrement, puisque, joint à une intelligence déficiente ou encore, nullement corrigé par elle, il explique pleinement chez le dément sénile, l'accident asphyxique par bol alimentaire.

Il nous reste à expliquer le même accident chez l'intoxiqué à la période où l'exaltation a fait place à l'obtusion intellectuelle. Les idées sont confuses, la démarche vacillante, la sensibilité émoussée. Il existe des troubles sensoriels tels que, confusion de la vue, illusions du goût, faim vorace. Etat passager, c'est vrai, mais de confusion profonde souvent, et qui, comme tel, peut donner lieu aux actes les plus étranges, les plus tragiques qui soient, comme, par exemple, celui de s'étouffer en avalant des morceaux de viande démesurés.

## NÉCROLOGIE

HENRI LUC

(1855-1925)

Le Dr Luc, l'un des oto-rhino-laryngologistes les plus brillants et les plus érudits de France, vient de mourir à Paris, le 25 septembre dernier, des suites d'une maladie qui le consumait déjà depuis plusieurs années. Il naquit dans une petite ville du nord, à Saint-Omer, le 6 janvier 1855. Ses études médicales furent d'abord commencées à la Faculté de Lille, où il obtint le titre de lauréat, et en 1875, celui de prosecteur à cette même école. Plus tard il se dirigea vers la capitale et, au concours de l'internat en 1879, il fut nommé interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Dès la fin de son cours universitaire, il se sentit attiré vers la spécialité des maladies des oreilles, du nez et de la gorge, et comme à cette époque l'oto-rhino-laryngologie en France était à peine à ses débuts, il décida d'aller chercher à l'étranger, des connaissances nouvelles. L'école de Vienne était alors la plus renommée de l'Europe, aussi en 1887, il se rendit en Autriche, où il fut particulièrement bien accueilli, entr'autres par Politzer, le père incontesté de l'otologie, et ancien élève de Claude Bernard, au Collège de France.

De retour à Paris quelque temps plus tard, il se mit au travail et organisa, dans le quartier du Panthéon, 15 rue Malebranche, une clinique où les malades vinrent en très grand nombre. Grâce à l'esprit observateur et original qui le caractérisait, il commença déjà à concevoir, en chirurgie surtout, les problèmes nouveaux qui devaient le rendre célèbre. C'est à cette clinique qu'il recueillit presque tous les éléments d'un volume très clair et très précis, que tous les oto-rhino-laryngologistes ont dans leur bibliothèque, ou devraient avoir, intitulé: "*Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intracrâniennes*".

Avec le Dr Ruault, il fonda en 1889 les *Archives Internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, qu'il continua de diriger jusqu'en 1896. Dans cette revue médicale il publia un nombre considérable de mémoires originaux et d'analyses des principales communications parues un peu partout.

Le Dr Luc était un polyglotte distingué, car en plus de sa langue maternelle qu'il maniait avec élégance, il parlait couramment l'an-

glais, l'italien, l'espagnol et l'allemand. Sa réputation toujours croissante, grâce à l'importance de ses travaux et au contact qu'il avait avec ses confrères étrangers venus à Paris pour le voir, lui valut de nombreuses invitations à prendre la parole aux séances des sociétés savantes de plusieurs villes de l'Europe et même de l'Amérique.

C'est ainsi qu'en 1890, il assistait au *Congrès International de Laryngologie*, qui avait lieu à Berlin.

En 1895, il était invité par la *British Laryngological Association* qui se réunissait à Londres.

En 1899, il était nommé rapporteur, encore à la *British Laryngological Association*.

La même année, il se rendait à Portsmouth pour un congrès.

En 1903, il prenait part à un autre congrès à Washington.

En 1905, il allait à Bruxelles.

En 1906, il assistait au *Congrès de Laryngologie* tenu à Vienne.

Ne pouvant être présent au *Congrès de Budapest*, en 1910, il envoyait un important mémoire.

En 1911, il se rendait au *Congrès de Berlin*.

En 1912, il traversait de nouveau l'Atlantique pour aller au *Congrès de Boston*. C'est pendant ce dernier voyage que nous eûmes le plaisir de le recevoir à Montréal.

Enfin, la même année, il était convoqué aux Sections otologique et laryngologique du *Congrès International de Londres*.

Ce n'est pas mon intention de donner la liste des nombreux travaux que le Dr Luc a publiés pendant sa laborieuse carrière; je me contenterai simplement de mentionner ici deux opérations qu'il a décrites, et qui dans l'avenir lui survivront indéfiniment en portant son nom. Jusqu'en 1895, le traitement de la sinusite frontale chronique se faisait presque toujours par voie endonasale, et consistait en lavages des narines, insufflations de poudres antiseptiques, résection de la tête du cornet moyen et cathétérismes du canal naso-frontal. Avant cette époque, et même pendant le XVIIIe siècle, on avait bien trépané l'antre frontal, mais seulement lorsque celui-ci était déjà fistulisé. Devant les membres de la *Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie*, en mai 1896, Luc décrivit alors un procédé nouveau pour la cure des sinusites frontales chroniques. Sa méthode consistait à ouvrir l'antre frontal par l'extérieur, même lorsqu'il n'y avait pas de fistule, à le curetter, à élargir le canal naso-frontal pour permettre le drainage, et finalement à suturer la plaie cutanée.

L'année suivante il abordait le traitement de la sinusite maxillaire chronique qui, par le passé, n'avait donné presque toujours que des insuccès. En effet, les lavages de l'antra de Highmore par son orifice naturel, ou pratiqués à la suite d'une ponction à travers le méat inférieur, ou encore après l'ablation d'une dent, la perforation de son alvéole suivie de la mise en place d'un drain, ne pouvaient tarir la suppuration qui est entretenue par les fongosités de la muqueuse sinusienne. Lamorier-Desault avaient bien préconisé d'ouvrir le sinus par la fosse canine et de le curetter, mais les malades étaient condamnés dans la suite, et pendant un temps indéfini, à faire des lavages et à introduire une mèche pour empêcher la fermeture de la plaie de la bouche. Les inconvénients de cette méthode tout à fait incertaine quant au résultat final, firent qu'elle eut très peu d'adeptes. Aussi en 1897, devant les membres du *Congrès Français de Laryngologie*, Luc proposa de trépaner la paroi antérieure du sinus mixillaire, après avoir incisé la muqueuse gingivo-labiale, de curetter complètement l'antra de Highmore, de pratiquer une ouverture dans la fosse nasale pour permettre le drainage, et finalement de suturer l'incision buccale.

Nous devons à l'impartialité de dire qu'un chirurgien écossais, *Alexander Ogston*, professeur à l'Université d'Aberdeen, avait décrit en 1884, une opération indentique à celle de Luc, pour le traitement de la sinusite frontale chronique. De même le *Dr Geo. W. Caldwell* de New-York, en novembre 1893, avait exposé un nouveau procédé pour la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique, analogue à celui de Luc. Toutefois ce dernier auteur, lors de la publication de ses deux mémoires, n'était nullement au courant des travaux d'*Ogston* et de *Caldwell*, comme il le déclare lui-même, et comme en fait foi la discussion qui eut lieu à la suite de ses communications en Angleterre et ailleurs, car nulle part on parla de priorité. Ce ne fut que plus tard, lorsque la presse médicale mondiale s'empara de ses méthodes, et que des recherches bibliographiques furent faites, que les travaux de ses deux prédécesseurs furent tirés de l'oubli. Le grand mérite de Luc consiste donc non seulement à avoir eu la conception de ses procédés maintenant classiques, mais aussi à avoir imposé aux générations futures ses idées nouvelles pour le traitement des suppurations des cavités accessoires des fosses nasales. Aussi les méthodes d'*Ogston-Luc* et de *Caldwell-Luc* formeront-elles les deux plus belles pierres du monument scientifique élevé à sa gloire.

Bien que libéré de toute obligation militaire, le Dr Luc se mit à la disposition du Ministère de la Santé, au début des hostilités

en 1914, et fut nommé chef de l'important service oto-rhino-laryngologique du Val-de-Grâce. Il occupa cette charge jusqu'à la fin de la Grande Guerre, et un nombre considérable de blessés et de malades lui durent leur guérison. Comme il était Chevalier de la Légion d'Honneur depuis 1904, le Gouvernement français lui décerna la rosette d'officier en 1920, promotion que sa haute personnalité médicale lui avait méritée déjà depuis longtemps.

Le Dr Luc, qui était très affable, aimait beaucoup à recevoir les étrangers, et particulièrement les Canadiens. Aussi sa clinique de la rue de Chanaleilles, qu'il partageait avec le Dr Guisez, était très recherchée par tous les amateurs de belle chirurgie.

La mort du Dr Luc laisse un grand vide dans l'oto-rhino-laryngologie française, et de bien sincères regrets de la part de tous ses collègues qui ont eu l'avantage de le connaître. Depuis plus de vingt ans, j'avais eu l'occasion de le rencontrer souvent et d'apprécier sa science, sa franchise, sa bonté et ses autres qualités de l'esprit et du cœur, et comme il voulait bien m'honorer de son amitié, je me fais aujourd'hui un douloureux devoir de rendre ici ce dernier hommage à sa mémoire.

Dr J. N. ROY.

## TUMEUR DE L'HYPOPHYSE SANS TROUBLES HYPOPHYSAIRES

*Par le Docteur G. E. BEDARD,  
Assistant à la Clinique Ophtalmologique et Oto-Rhino-  
Laryngologique de l'Hôtel-Dieu, Montréal.*

Ayant eu la bonne fortune de pouvoir suivre, depuis une quinzaine de mois, une malade atteinte de tumeurs de l'hypophyse, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de présenter son observation à une réunion du "Dimanche du Praticien".

Voici, sommairement rapportée, en élaguant tous détails inutiles, son observation clinique.

Patiente X... , âgée de 47 ans, se présente à mon bureau le 27 janvier 1925 pour faire changer ses verres. Elle se plaignait de maux de tête qu'elle attribuait à sa vue, qui avait baissé depuis deux mois. Cette cliente, que j'avais vue au mois d'avril de l'année précédente, présentait, dans le temps, une vision, après correction, de

l'Œil Droit  $V = 1$

l'Œil Gauche  $V = \frac{1}{2}$

Son acuité visuelle était maintenant  $\frac{1}{4} = O. D.$

réduite à  $\frac{1}{2}f. = O. G.$  sans amélioration possible avec des verres correcteurs. La tension oculaire, prise au Schiötz, donnait 18 m.m. Hg. pour chaque œil. En général, le sens des couleurs était conservé, cependant une légère dyschromatopsie existait pour le vert. Les globes pouvaient se mouvoir dans tous les sens et ne présentaient pas d'exophtalmie. L'œil droit était un peu en strabisme divergent. Les pupilles étaient égales et les réflexes pupillaires directs et consensuels quoique conservés, présentaient une certaine paresse à réagir. L'accommodation convergente fonctionnait.

A l'ophtalmoscope, les milieux de l'œil sont transparents. L'image droite nous donne deux rétines nasales légèrement décolorées: les artères de ces deux secteurs sont plus petites et presque filiformes en comparaison avec celles de la région temporale. Quoique le disque optique fût bien délimité, la rétine me paraissait comme un peu noyée dans un léger nuage d'œdème.

Ayant fait faire un examen général de la malade, celui-ci ne révéla rien de particulier. Cœur normal avec une pression artérielle de 140/100; ni albumine, ni sucre dans les urines. Constante d'Ambard normale. Réaction de Wassermann dans le sang négative.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

La malade se présente de nouveau chez moi, le 17 février, c'est-à-dire trois semaines après sa première visite. Son état s'est considérablement aggravé. Sa vision est réduite à

$\frac{1}{6}$  de l' O. D.

$\frac{1}{4}$  de l'O. G.

Le champ visuel, fait au périmètre, me donne la suppression complète de deux régions temporales.

Voulant me rendre compte alors des dimensions de l'hypophyse, j'adressai la patiente à M. le Dr Parizeau, le priant de vouloir bien me renseigner sur l'état de la selle turcique. La radiographie fut positive: il existait un agrandissement de la selle turcique dans le sens antéro-postérieur, avec déformation des apophyses clinoides.

Dès lors, le diagnostic de tumeur de l'hypophyse s'imposait. La nature histologique du néoplasme ne pouvait être déterminée. Mais dans ce cas, cette lésion de la selle turcique présentait ceci de particulier: nous n'avions aucun trouble dystrophique, acromégalie, gigantisme, dus au lobe antérieur; ni troubles de la nutrition, adiposogénital, polyurie, glycosurie dus au lobe postérieur. Tout le retentissement pathologique de cette tumeur se répercutait par compression sur le chiasma et à l'appareil visuel.

Aujourd'hui, le diagnostic de ces lésions de la selle turcique est devenu assez facile, depuis que nous avons la radiographie à notre disposition pour venir confirmer nos examens cliniques.

Deux grands ordres de symptômes, les uns généraux et les autres oculaires, imposent le diagnostic dès qu'ils sont nettement constatés.

I.—Parmi les symptômes généraux, mentionnons les altérations du système osseux (nanisme, gigantisme, acromégalie et agrandissement de la selle turcique), les troubles de la nutrition générale avec ou sans retentissement sur l'appareil génital, (syndrome adiposogénital, polyurie, glycosurie, cachexie hypophysaire).

II.—Parmi les symptômes oculaires, les uns (la stase papillaire, la paralysie oculaire et l'exophtalmie) sont exceptionnels et les autres constants (atrophie des nerfs optiques, altération profonde du champ visuel dont la moitié externe est supprimée). Cependant, de tous ces symptômes, les plus importants sont l'agrandissement de la selle turcique, les lésions atrophiques du nerf optique et le rétrécissement temporal du champ visuel.

Comme traitement.—Que faire dans ces cas? A une époque qui n'est pas encore très éloignée, la thérapeutique se résumait à du nihilisme. Plus tard, l'organothérapie est venue ensuite jeter une

lueur d'espérance à ces pauvres malades destinés à vivre dans l'obscurité. Avec les progrès admirables de la chirurgie moderne et de la technique opératoire, on a conseillé l'exérèse chirurgicale: mais malheureusement, les difficultés et les dangers de cette chirurgie cranienne, qui est restée l'apanage de quelques rares maîtres, mettent un obstacle presque insurmontable à sa vulgarisation.

Enfin, de nos jours, dans la liste un peu restreinte de nos moyens curatifs, nous avons la radiothérapie profonde dont l'action merveilleuse autorise de grands espoirs.

La malade qui fait l'objet de cette observation, ayant été confiée à M. le Dr Parizeau, pour être traitée à la radiothérapie, vit son état s'améliorer assez rapidement. Les maux de tête sont disparus; le champ visuel s'est un peu élargi, et la vision de l'œil gauche était  $V=1$  le 27 mai, c'est-à-dire, trois mois après le début du traitement. Quant à l'œil droit, malheureusement, la vision est restée à  $V = \frac{1}{8}$ .

De cette observation, nous pouvons tirer cette conclusion qu'une coopération plus intime entre le médecin et l'ophtalmologiste aidera à dépister cette affection exceptionnelle. Alors le malade soumis, de très bonne heure, à la radiothérapie profonde, bénéficiera des résultats favorables de cette thérapeutique.

## LES SYNDROMES DE LA TUBERCULOSE (1)

*Par le Docteur DEL VECCHIO,  
Professeur de diététique et de clinique des maladies contagieuses  
à l'Université de Montréal,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Institut Bruchési.*

Avant d'entrer dans mon sujet, il serait peut-être intéressant de faire une petite digression sur la tuberculose en général; de considérer ce qu'en pensent un certain nombre d'auteurs, et ensuite de tirer quelques conclusions.

Les sources de contamination tuberculeuse sont nombreuses et permanentes dans les milieux civilisés, le bacille de Koch est universellement répandu.

Les poussières, les objets courants, les aliments véhiculent des bacilles tuberculeux.

Cependant il ne faut pas trop s'effrayer, car si la pénétration des bacilles est habituelle en nous, la germination tuberculeuse n'en reste pas moins assez restreinte.

Il y a des chiffres qui le démontrent. Des recherches, contrôlées par un grand nombre d'auteurs, établissent que dans les grandes villes 95 à 98 pour cent environ des adultes réagissent à la tuberculine et sont par conséquent infectés par le bacille de Koch, mais que 8 à 10 pour cent seulement présentent des foyers cliniquement décelables de tuberculose torpide ou en évolution.

De même qu'on retrouve dans 80 pour 100 des cadavres recueillis à la Morgue de Paris des lésions de tuberculose en activité ou éteintes.

Malgré ces contaminations, on ne connaît pas d'épidémies de tuberculose.

Dans les hôpitaux et les sanatoria, les bacilles foisonnent, cependant les médecins, infirmiers et gardes-malades ne sont pas tuberculeux plus fréquemment que les autres personnes.

Ces faits ont été constatés et admis par un grand nombre d'observateurs.

Par exemple le professeur Letulle, lorsqu'il a été question de la déclaration obligatoire de la tuberculose, à l'Académie en 1919, disait: "Je puis affirmer, avec l'expérience acquise par plus d'un demi-siècle de pratique, que l'homme normal ou se rapprochant de la normale, lorsqu'il est placé dans un milieu adéquat à sa constitution, est un

---

(1) Travail présenté à l'Institut Bruchési, à un Dimanche du Praticien.

de ces êtres réfractaires à la tuberculose. Et il faut bien qu'il en soit ainsi, car sans cela l'espèce humaine serait décimée depuis longtemps.

Vous êtes bien obligés de reconnaître que les salles de nos hôpitaux sont infestées de bacilles. Or j'aperçois dans cette enceinte des médecins âgés qui, pendant de longues années, ont respiré et avalé des millions de bacilles tuberculeux et ne s'en portent pas plus mal."

Le Professeur Calmette écrivait dans la *Presse Médicale*, au 17 décembre 1919, un article ayant pour titre: "Les acquisitions récentes de la médecine expérimentale":

L'infection bacillaire, abondamment diffusée et véhiculée par la civilisation à travers le monde, est chez l'immense majorité des sujets tuberculisables (hommes et bovidés principalement) compatible avec les apparences de la santé.

Le bacille de Koch reste le plus souvent, pour leur organisme, un parasite inoffensif."

De son côté, le Professeur Marfan a écrit dans la *Presse Médicale*, 22 décembre 1923, un article ayant pour titre: les enseignements de la *Cuti-Réaction*, dans lequel il disait: "Toutes montrent que la proportion de cuti-réaction positive, nulle à la naissance, augmente progressivement jusqu'à l'âge adulte où elle est de 100 pour cent.

Donc le nombre des porteurs de lésions bacillaires (je ne dis pas de tuberculose en évolution) augmente avec l'âge; et en Europe à peu près tous les adultes sont infectés. Par conséquent l'étude de ces faits nous conduit à la conception suivante de la tuberculose: la tuberculose est universellement répandue dans l'espèce humaine.

Chez les peuples civilisés, particulièrement ceux qui habitent l'Europe, à peu près tous les adultes portent en eux des foyers bacillaires. Cette infection bacillaire est compatible avec une bonne santé apparente, et chez un grand nombre le bacille est comme un parasite inoffensif. La tuberculose est une maladie de civilisation et de déchéance, plus qu'une infection microbienne pure et simple.

On ne devient pas tuberculeux à la seule rencontre des bacilles de Koch sur sa route, il faut surtout avoir subi soi-même et souvent aussi par ses ascendants des mauvaises conditions d'existence.

Il faut avoir dévié depuis longtemps les lois qui régissent la physiologie normale.

Il faut avoir usé son organisme avec des aliments intoxicants: alcool, boissons fermentées, aliments industriels, abus de viande et régime trop riche.

Il faut avoir négligé l'activité motrice qui est indispensable.

Il faut avoir vécu dans des taudis ou dans l'insuffisance d'air et de lumière.

Il faut avoir surmené son système nerveux à trop travailler ou à trop s'amuser.

Il faut avoir mené la vie d'agitation et d'usure d'aujourd'hui.

Il faut avoir détruit ses forces organiques, gaspillé son capital vital, ruiné ses défenses protectrices; alors le bacille a beau jeu pour pulluler.

Pidoux, dans ses études sur la Phtisie en 1874 a écrit ce qui suit: "L'homme n'arrive à la phtisie qu'après avoir descendu par ses ancêtres ou par lui-même l'échelle de plusieurs maladies constitutionnelles, dont la tuberculose est un des dernier termes.

La tuberculose n'est pas une maladie qui commence, mais une maladie qui finit.

De sorte que la lutte anti-tuberculeuse ne doit pas être menée comme un combat anti-microbien seulement, mais surtout sur la réceptivité et la résistance du terrain organique.

C'est pourquoi cette lutte dirigée aujourd'hui contre le microbe n'a donné que des résultats médiocres et très factices.

La lutte anti-tuberculeuse ne sera efficace que le jour où l'on travaillera à réformer l'individu en lui montrant à s'alimenter, à s'abstenir de poisons chimiques, de l'alcool et des aliments industriels, et de rechercher les aliments naturels, le bon air, l'eau pure, la lumière solaire, qui avec le régime et l'activité motrice sont les vrais moyens de conservation des immunités naturelles, c'est-à-dire l'assurance du maintien de l'intégrité organique.

Ces quelques pensées que je viens de vous exprimer présentent à notre esprit trois considérations. La première, c'est que la tuberculose est une maladie d'échéance et que chaque fois que nous traitons un adulte tuberculeux (j'entends souffrant de lésions évolutives), nous ne pouvons que retarder l'échéance.

La seconde considération. Chez l'enfant, au contraire, il est admis d'une façon générale que c'est pendant l'enfance que la tuberculose prépare son lit; eh bien! il faut empêcher la préparation de ce lit, en nous occupant beaucoup plus du terrain que du microbe pur et simple.

C'est pourquoi je vous parlerai dans un instant des syndromes qui nous permettent de percevoir la réceptivité du terrain au stade prémonitoire.

La troisième considération : c'est que la cuti-réaction est négative à la naissance et qu'au fur et à mesure qu'on avance en âge elle devient de plus en plus positive pour atteindre 100 pour cent à l'âge adulte.

Voici ce que Poix nous dit dans la *Presse Médicale* du 28 février 1923, au sujet de la valeur pratique de la cuti-réaction.

Au-dessous de 3 ans, une cuti-réaction positive à une valeur absolue au point de vue tuberculose.

Au-dessus de 3 ans, c'est-à-dire chez l'enfant et l'adolescent, la cuti-réaction positive ne peut avoir qu'une valeur probable de tuberculose.

Voyons maintenant les syndromes qui nous permettent de percevoir l'aptitude morbide.

La présence de ces syndromes chez les personnes qui se présentent au dispensaire doit être sérieusement considérée, car tous les tuberculeux, c'est-à-dire tous ceux qui font des lésions évolutives, présentent depuis très longtemps ces syndromes.

Je dois signaler cependant que tous ceux qui montrent ces syndromes ne seront pas nécessairement des tuberculeux.

Ces syndromes sont au nombre de trois : 1° le syndrome d'*intoxication digestive*; 2° le syndrome de *déminéralisation*; 3° le syndrome d'*hyposystolie par réflexe digestif et congestion consécutive*.

#### **Le syndrome d'intoxication digestive.**

Le tube digestif, à force d'avoir été surexcité et surmené par une alimentation nocive et défectueuse, réagit par à-coups.

Il y a d'abord des périodes d'entrain digestif, suivies de périodes de fatigue et d'anorexie.

L'appétit devient capricieux, le matin la bouche est amère, la langue pâteuse et blanc jaunâtre, l'haleine fétide. Les digestions se font mauvaises.

Au niveau de la ceinture apparaissent des sensations de barre, de pesanteur, de crampes, de brûlures, des gonflements, avec clapotage d'estomac qui obligent à desserrer les vêtements et qui se terminent par des renvois aigres et quelquefois des régurgitations d'aliments 4 ou 5 heures après les repas au moment où l'estomac se contracte pour se vider.

L'intestin qui reçoit ces matières irritantes et mal préparées manifeste son mécontentement par des spasmes, des brûlures, des coliques, des gaz putrides, de la diarrhée, laquelle est suivie de

périodes de constipation. Le foie, chargé de transformer et de neutraliser les poisons alimentaires, exprime sa souffrance par une sensibilité nauséuse du creux épigastrique, par de la congestion qui s'accompagne de subictère et d'hémorroïdes.

Toutes ces irritations des viscères digestifs produisent à distance des phénomènes réflexes, de chatouillement du larynx avec toux spasmodique, oppression par irritation du pneumogastrique, palpitations cardiaques, bouffées de chaleur avec rougeur de la face, cauchemars et agitations nocturnes. Les émonctoires s'encombrent et s'irritent. Les urines chargées encrassent les vases de nuit. Les coryzas, les enrouements et les angines récidivent sans cesse, l'acné couvre le dos et le visage. La séborrhée envahit le cuir chevelu ou la région présternale, la dyshidrose abîme les doigts, etc.

Enfin l'état général se ressent de l'empoisonnement du sang et de l'irritation des centres nerveux. La fatigue apparaît, les migraines se succèdent, les réveils sont de plus en plus pénibles.

Les accès de fièvre ou d'état subfébrile se déclarent.

Le malade commence à maigrir, il s'alimente de plus en plus irrégulièrement et péniblement. Alors, suivant ses prédispositions personnelles, il manifeste ses petits signes plus particulièrement sur un appareil et devient un gastropathe, ou un hépatique, ou un entéritique, ou un graveleux, ou un eczémateux, ou un neurasthénique, la sangle abdominale s'avachit, ce qui favorise la ptose viscérale accompagnée de tous ses inconvénients de parésie fonctionnelle. Chez les enfants les fautes alimentaires produisent des troubles locaux du même genre, selles pâteuses, glaireuses, fétides, de colorations foncées ou pâles, crises de fièvre, accès périodiques de vomissements avec migraine, période d'appétit et d'anorexie, teint subictérique, foie hypertrophie, troubles nerveux, terreurs nocturne, faux croup, etc. (Comby et Marfan).

Ordinairement, tous ces troubles sont traités par des médications absolument symptomatiques.

Pour la diarrhée on donne du bismuth, pour la constipation des laxatifs, pour l'anorexie des apéritifs, pour l'hypo-pepsie les acides et les ferments, pour l'hyperchlorhydrie les alcalins, pour la migraine les calmants, etc. Mais quand il s'agit de vérifier la physiologie du régime et de réformer l'hygiène alimentaire, bien peu s'en tracassent.

Les troubles sont mis sur le compte des organes récalcitrants et chacun déplore d'avoir un sale foie, un vilain estomac, un mauvais intestin, un affreux rein, sans penser qu'il n'y a qu'un seul coupable

dans toute cette affaire, c'est l'individu qui ne sait pas se conduire et refuse de croire à ses errements de diététique.

Alors les premières fautes de régime s'accroissent, on se suralimente pour lutter contre l'amaigrissement et la faiblesse, et on se drogue pour se tonifier. Alors apparaissent et s'aggravent les points de côté, la perte d'appétit, l'asthénie, l'état subfébrile, l'amaigrissement, l'épuisement vital et finalement il est étiqueté tuberculeux, à moins qu'une circonstance heureuse lui fasse faire à temps machine en arrière.

## 2° Le syndrome de déminéralisation

Dans certains cas, un autre syndrome se présente isolément ou, plus souvent, s'ajoute au précédent : c'est celui de la déminéralisation. Il se manifeste par une diminution des sels minéraux des tissus et par une augmentation des éliminations minérales (phosphaturie principalement).

En clinique, cette déminéralisation se révèle par un ensemble de signes précis.

D'abord l'état général est mauvais, le malade maigrit, il est pâle, anémique et d'une faiblesse irritable très prononcée. Il est sans force musculaire et sans entrain psychique. Les moindres bruits un peu aigus le font tressauter et retentissent douloureusement sur son système nerveux et son cœur. Il est très émotif, et d'un caractère instable.

Il est de plus d'une frilosité exagérée, il grelotte au moindre froid et se couvre à l'excès.

Il est éprouvé par une perte de son poids spécifique, c'est-à-dire que lorsqu'il se baigne, il se tient mal assis au fond de la baignoire et ses membres inférieurs s'élèvent et entraînent le siège qui glisse en avant.

Cette perte de poids spécifique du corps (d'après Ferrier) est typique de la grande déminéralisation. Sur les tissus, la déminéralisation se reconnaît par un grand nombre de troubles *trophiques* des *dents*, des *ongles*, de la *peau* et des *muqueuses*.

Des *dents* par la grande sensibilité des collets dentaires à la friction de la brosse et aux aliments acides qui indique la décalcification dentaire et prépare la carie.

Les *ongles* présentent souvent des points et des lignes blanches transversales.

Sur les *muqueuses*, on voit des fissures, des commissures buccales (perlèche des enfants), des ulcérations de la muqueuse du nez,

des fissures de l'anus et un grand nombre d'irritations dues aux excréments acides *sur les yeux*: conjonctivites, blépharites, dacryocystites.

Sur les *voies digestives*: aphtes, angines, glossites, entérites glaireuses.

Sur les *voies respiratoires*: coryza, végétations adénoïdes, rhumes et bronchites.

Sur la *peau*: erythèmes, fissures.

Sur les *voies génito-urinaires*: cuissos, cystites, urines troubles, etc., etc.

Toutes ces dégradations minérales accompagnées d'irritations par les acides éliminés diminuent l'alcalinité des humeurs et l'intégrité physiologique des tissus et du sang, ainsi que la résistance générale de l'organisme.

Ce qui veut dire qu'après une période de troubles fonctionnels le sujet devient la proie d'une maladie consécutive produite par un déficit en sels minéraux. S'il s'agit d'un enfant il devient *rachitique* ou *lymphatique* (polyadénite, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales) ou *chlorotique* ou *tuberculeux* (ganglions suppurés, tuberculose osseuse ou pulmonaire).

S'il s'agit d'un adulte il sera plutôt *neurasthénique* ou *tuberculeux*.

Alors que fait-on dans ces cas, d'une façon générale ?

Au lieu de prendre la mal à sa source, alors qu'il est temps encore, on engage une bataille thérapeutique locale et symptomatique.

On combat la *phosphaturie* par des poudres récalcifiantes, l'*anémie* par des piqûres, la *faiblesse* et la tuberculose par la suralimentation et les toniques chimiques.

Le *dentiste* répare les caries dentaires.

Le *chirurgien* coupe végétations, amygdales, ganglions et os.

L'*oculiste* applique ses collyres.

Le *laryngologiste* fait ses badigeonnages.

Le *spécialiste de la peau* prescrit ses pâtes et pommades.

Chacun travaille de son mieux, dans sa spécialité, à traiter l'organe affecté, sans penser que ces organes font partie d'un individu et qu'ils ne valent que par la résistance et la bonne conduite hygiénique de cet individu et qu'ils ne se guérissent que par des soins et des réformes générales de régime et d'hygiène.

D'où provient réellement la déminéralisation ?

C'est une incapacité métabolique de l'organisme à l'égard des substances acides, et les pertes minérales sont dues :

1° A l'attaque des tissus par les acides introduits dans la nourriture, ou par les acides formés par le métabolisme imparfait des graisses, sucres et aliments azotés forts.

2° A un mécanisme de défense naturelle qui mobilise les sels minéraux de réserve (os et tissus) et les jette dans la circulation pour neutraliser les acides absorbés, afin de maintenir l'alcalinité du sang, sans lequel la résistance physiologique ne pourrait plus exister.

Ces explications nous permettent de comprendre toutes ces décharges de sels calcaires rencontrées du côté des émonctoires (les sables, graviers, calculs, etc.), qui se traduisent par une impuissance métabolique de l'organisme à l'égard des substances acides, par fatigue ou usure, absolument comme les autres incapacités métaboliques telles que les sucres et amidons pour le diabète et les substances azotées et minérales (rhumatisme, goutte, albuminurie).

A côté de cette insuffisance de l'organisme à l'égard des acides, la déminéralisation peut être aggravée par l'insuffisance minérale de l'alimentation, c'est-à-dire régimes sans légumes verts crus et cuits, sans œufs, sans salade crue, sans fruits crus qui contiennent les seuls sels minéraux assimilables, et de plus les sels multiples et les vitamines indispensables à la bonne nutrition.

On peut ajouter encore comme causes complémentaires de déminéralisation, l'usage habituel du pain blanc, de l'eau bouillie, l'abus de fruits acides et des aliments acidifiants, enfin le grand froid et les surmenages physiques et intellectuels.

Alors, comme vous voyez, le syndrome de déminéralisation comme celui d'intoxication digestive est édifié et maintenu par les fautes de régime et d'hygiène, et il n'y a que les corrections de régime et d'hygiène pour les effacer ainsi que les maladies consécutives.

### **3° Le syndrome d'hyposystolie par réflexe digestif et congestion consécutive**

En clinique ce syndrome se caractérise par trois signes principaux: 1° La sensibilité du creux épigastrique; 2° Une teinte carminée des ongles des mains; 3° Une opacité respiratoire du poumon droit.

1° *La sensibilité du creux épigastrique* existe dans 80 pour 100 des cas. Elle donne la sensation de poids, de barre, de pesanteur douloureuse de la région épigastrique et hépatique. A l'exploration on met cette sensation en évidence par une pression au creux épigastrique qui provoque une impression pénible, angoissante, nauséuse qui coupe la respiration. Cette sensibilité est due à une

ongestion hépatique, car cette sensibilité se produit aussi quand on explore sous le rebord costal droit et surtout au niveau du lobe gauche du foie.

Si le malade se couche sur le côté gauche, cette position déplace et tiraille le foie et augmente la douleur épigastrique, tandis que le malade couché du côté droit, la douleur s'amointrit parce que le foie se trouve reposé.

L'origine de cette sensibilité a été interprétée différemment.

Les auteurs classiques en font un point de névralgie du plexus solaire.

D'autres (Pascault, Glénard, de Grandmaison) ont reconnu son origine hépatique et venant surtout du lobe gauche du foie (lobe d'alarme de Pascault).

Cette prédominance de la douleur dans le lobe gauche du foie s'expliquerait expérimentalement et cliniquement par un répartition plus forte dans ce lobe du sang veineux venant de l'estomac, de la rate et de la plus grande partie du gros intestin, le plus chargé de substances toxiques, tandis que le lobe droit reçoit le sang du petit intestin et d'une petite partie du gros intestin par la grande mésentérique (Glénard et Siraud, Séréjé, Silvestri, Pincherle, Rendu, Pascault, de Grandmaison, etc.).

2° *La teinte carminée des ongles.* Elle est typique et permet de porter le diagnostic de congestion hépatique avec viciation d'ordre alimentaire.

À l'état normal la coloration est identique à celle des téguments du dos des doigts, tandis que dans le cas présent les ongles ont une teinte carminée. Ce signe est encore plus net quand la main est tenue élevée ou quand on exprime les doigts du malade entre les deux mains.

Cette coloration n'a rien à voir avec la teinte cyanosée de l'asystolie ou des troubles occasionnés par le froid ou les défauts de circulation.

La teinte carminée peut varier d'intensité dans la même journée. Tout ce qui augmente la souffrance du foie: repas trop copieux, absence d'exercice, constipation, accroît la teinte carminée des ongles.

Tout ce qui soulage le travail du foie: repas légers, marche modérée, selles faciles, efface ou diminue cette teinte.

Par conséquent cette teinte peut servir de guide pour la bonne direction du régime et de l'hygiène et en même temps le baromètre de l'état pulmonaire.

D'une façon générale, des ongles qui ont une teinte normale indiquent une nutrition normale et des poumons dégagés, et au contraire des ongles carminés indiquent une pléthore sanguine et des poumons engorgés.

Chez ces malades nous trouvons en même temps un troisième signe: une diminution de volume de l'inspiration à la base droite et souvent des signes d'insuffisance respiratoire du sommet droit avec exagération des vibrations et légère submatité. De plus on constate des troubles de la digestion, de la dyspnée avec angoisse précordiale, de l'assourdissement du premier bruit du cœur, et le second bruit est plus claqué vers le bord gauche du sternum (par suite de l'hypertension pulmonaire). Souvent il existe un état subfébrile dû à l'intoxication par surcharge ou fatigue des voies digestives.

La cause de tous ces symptômes, c'est la souffrance d'un viscère digestif; et huit fois sur dix le point de départ est hépatique.

Quelquefois le point de départ est du côté de l'estomac, de l'intestin, de l'appendice ou du rein (gastrite, entérite, appendicite, etc., etc.).

L'incitation sensitive ayant pour point de départ un de ces organes digestifs et en particulier le foie, se rend par le grand sympathique au plexus solaire et de là au bulbe, où elle détermine un réflexe sur le pneumogastrique qui produit de l'hypertension pulmonaire (par vaso-constriction des capillaires pulmonaires), de la fatigue et un début de dilatation des cavités droites du cœur suivant le mécanisme décrit par Arloing Morel (thèse de Lyon, 1879), Frank (Académie de Médecine, 1896), et invoqué par Potain, 1878, Huchard et Rendu, 1881.

En même temps ce réflexe retentit sur d'autres réseaux nerveux et provoque différents troubles vaso-moteurs localisés (rougeur d'une oreille d'un seul côté pendant la digestion, bouffées du visage, congestion du larynx avec toux).

La distension de l'oreillette droite, produite par l'hypertension pulmonaire réflexe, amène un trouble de compression des veines pulmonaires droites comprimées entre l'oreillette distendue en avant et le plan vertébral résistant en arrière.

C'est de cette gêne circulatoire mécanique que naissent la diminution de capacité alvéolaire du poumon droit, et d'une série d'altérations congestives, sclérosantes, et de fixations infectieuses de ce même poumon.

Le pouls est petit et hypotendu, et souvent on observe chez ces malades de l'œdème pré tibial.

Si l'intolérance organique s'accroît, l'opacité pulmonaire droite fait place à de la congestion qui peut dépasser les limites du tissu pulmonaire, déterminer de l'infiltration pleurale et sous-pleurale de la plèvre pariétale du sommet droit et produire des signes de compression des organes qui reposent sur le bonnet pleural.

Alors il se présente un sous-syndrome de pleurite du sommet avec congestion du voisinage. Les engourdissements, fourmillements des doigts, troubles vaso-moteurs de la face, les névralgies de la base du cou et un souffle sous-clavier traduisent dans ce cas la compression des plexus nerveux du ganglion sympathique cervical inférieur de la veine et de l'artère sous-clavière.

Les troubles vaso-moteurs des ongles, de la face, des oreilles s'expliquent par le voisinage des centres bulbaires de l'appareil vaso-sympathique avec les centres vaso-moteurs généraux.

Ce syndrome d'hyposystolie simule la tuberculose pulmonaire au début (à cause des points de côté, des modifications respiratoires droites, du mauvais état général, de la dyspnée et de l'état subfébrile fréquent), mais ce qui ne l'est pas en réalité cependant y prédispose, si nous ne considérons pas la véritable cause et agissons en conséquence. Si nous considérons ces cas comme des tuberculeux, et si nous les condamnons à la suralimentation, à la chaise-longue, et à la médication chimique, on augmente leurs fatigues viscérales, leur intoxication humorale, leur congestion et enfin la réceptivité bacillaire.

Ce syndrome d'hyposystolie a été trouvé et décrit aussi par Madame Sidler chez les nourrissons, par R. Brunon dans son traité: *Traitement et prophylaxie de la tuberculose*.

Grancher en 1890 (Maladies de l'appareil respiratoire).

Potain (Congrès médical de Paris, 1878).

Renan et Sollier, 1901 (Fausse phtisie).

Renan, 1906 (Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique).

Faisans, 1911 (Société médicale des hôpitaux).

Ces messieurs s'accordent à dire que les tuberculeux sont d'abord de faux tuberculeux avant de devenir tuberculeux.

Par conséquent, il est très important, comme vous le voyez, de relever les antécédents familiaux et personnels des tuberculeux qui vous permettent de constater chaque fois la lente et lointaine préparation morbide opérée par les fautes d'hygiène et de régime des ascendants et du malade lui-même.

On voit défilier chez les ascendants et durant toute la jeunesse du malade en cause les troubles de congestion et d'intoxication. migraine, eczéma, lithiase, congestions cérébrales, troubles hépatiques, dyspepsie, entérites, rhumatisme, goutte, etc.

Et ce n'est que lorsque l'altération des résistances du terrain familial et individuel a versé dans l'épuisement après des périodes d'hyperréaction défensive, que la décadence organique, que l'appauvrissement de la vitalité et que l'acidification des humeurs apparaissent et favorisent la greffe tuberculeuse.

Je pourrais encore citer d'autres auteurs, tels que Pidoux, Beau, Marcel Labbé, Laffont, etc., qui s'accordent tous pour dire que la tuberculose est le résultat éloigné des erreurs alimentaires. L'alimentation vicieuse prépare l'état de déchéance exprimé par les syndromes que je viens de vous indiquer, sur lequel se greffe et évolue la terrible peste blanche.

Le vrai fléau, ce n'est pas le bacille, mais l'absurde régime alimentaire de l'espèce humaine.

La lutte contre le bacille sera toujours illusoire, la seule qui soit utile est celle qui vise à la réforme de l'alimentation.

D'autres preuves. Les professeurs Sergent et Delamare, médecins des centres de triage pendant la dernière guerre, on trouvé que sur 600 malades envoyés à l'arrière comme suspects de tuberculose, 301 étaient exempts de tuberculose en évolution et que l'erreur était due à l'ignorance de la genèse digestive de la plupart des maladies.

Par conséquent, ce qui importe c'est de bien connaître l'adulte tuberculeux, de déterminer pourquoi il est devenu tuberculeux en mettant à jour: les erreurs, insuffisances, les excès, carences, inadaptation de régime et d'hygiène, les gaspillages nerveux, les faiblesses de construction native, les vices humoraux hérités, les incapacités métaboliques digestives (dues aux aliments dénaturés, dévitalisés, concentrés, industriels, ainsi que les abus de produits chimiques, pharmaceutiques et biologiques, etc.).

Connaissant alors les raisons de défaillance du terrain, nous pourrons attaquer le mal à sa source par une réforme alimentaire et mentale destinée à ramener la normale dans l'état humoral et à chasser le microbe en rendant sa culture impossible.

Je vais maintenant vous présenter quelques radiographies, ainsi que quelques malades qui vous prouveront cliniquement la véracité de l'exposé que je viens de vous communiquer et permettront d'imprimer davantage dans votre esprit l'idée du bien que nous pouvons faire pour la génération actuelle et future.

N.B.—Ce travail a été inspiré particulièrement par le traité "Tuberculose par Arthritisme", Dr O. Carton, 1921.

## TRAITEMENT D'UN CAS DE COLITE ULCEREUSE

Par le Docteur GUY HAMEL,  
Assistant au service du Docteur T. Bruneau,  
Assistant à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

J'ai cru qu'il serait peut-être intéressant et en même temps pratique de vous dire quelques mots, ce matin, sur le traitement d'un cas de colite ulcéreuse que nous avons eu dans notre service l'année dernière et qui nous a donné beaucoup de fil à retordre.

Je suis certain que plusieurs d'entre vous ont malheureusement rencontré de ces cas rebelles que ni médicaments ni régimes ne semblent soulager ni améliorer.

Laissez-moi en quelques mots vous présenter cette malade.

Le 7 octobre 1924, Mlle M., âgée de 21 ans, a été admise dans notre service, présentant une diarrhée rebelle de 10 à 15 selles par jour avec entérorragies abondantes et violentes douleurs abdominales.

Ces troubles dataient d'à peu près 3 moi. Elle éprouvait des coliques abdominales généralisées, accompagnées de sensations de crampes et de ténésme rectal. Elle présentait un aspect anémique, amaigri, et était d'une faiblesse extrême.

*Antécédents héréditaires*: Père et mère vivants et en bonne santé. Trois frères et deux sœurs et en bonne santé.

*Antécédents personnels*: rien qu'une rougeole et une varicelle dans l'enfance. Menstruée à 15 ans, régulière, mais avec menstruations douloureuses, durée 4 à 5 jours.

*Examen subjectif*: présente peu d'intérêt, sauf quelle souffre de céphalée, d'insomnie, d'inappétence et d'éruclations gazeuses.

*L'examen objectif* révèle un abdomen sensible surtout sur le parcours du côlon descendant.

Les poumons sont négatifs.

Pouls de 96-104. Pression artérielle 98/44.

Poids 82½ livres. Température 99-100.

Wasserman négatif.

Examen des selles: sang en grande quantité.

Analyse cytologique: normale, sauf une diminution de l'hémoglobine et des globules rouges.

La rectoscopie faite par le Dr Sénécal quelques jours après son entrée a révélé un ulcère de la grandeur d'un 25 cents situé à la

jonction de l'ampoule rectale et de l'S iliaque. La muqueuse présentait un aspect extrêmement irrité et congestionné avec une quantité de mucus et de sang.

La malade, ayant beaucoup souffert, refuse après cette séance toute autre rectoscopie.

Voici maintenant la partie la plus longue à vous décrire, mais je vous ferai grâce et je vous dirai brièvement que nous avons essayé et tenté un grand nombre de médicaments sans toutefois guérir cette malade.

Nous avons choisi un régime alimentaire où deux idées fondamentales présidaient au choix des aliments. Il fallait éviter les aliments pouvant exciter l'activité intestinale en premier lieu; en second lieu, proscrire les aliments pouvant causer de la flatulence.

Comme médicaments, nous avons tour à tour essayé:

- 1.—Des cachets de dermatol et opium.
- 2.—Injection d'hémoplastine.
- 3.—Hémostyl.
- 4.—Suppositoires adrénaline et opium.
- 5.—Chlorure de calcium.

6.—Le lavement d'huile d'olive et d'eau de chaux. Ces lavements semblaient être la seule solution que nous pouvions introduire dans l'intestin sans provoquer une réaction locale trop intense. Toutes les autres solutions que nous avons tentées ont été rapidement renvoyées.

- 7.—Thromboplastine.

8.—Fer réduit qui a certainement aidé à améliorer la formule sanguine.

Au mois de février, le résultat jusqu'à date n'était pas encore très brillant, mais toutefois nous avons une amélioration: la malade avait moins de diarrhée et moins de sang dans ses selles.

Nous pensâmes alors à essayer un traitement par les lavements d'acriflavine neutre, traitement préconisé par Crohn et Rosenberg, de New-York.

L'acriflavine est un produit synthétique, une substance colorante (en jaune) et dont la solution est fortement antiseptique. Ce produit n'est pas supposé être irritant pour les tissus et sans toxicité. Crohn et Rosenberg, connaissant le grand pouvoir de diffusion de ce médicament, ont pensé qu'ils pourraient l'employer avec des chances de succès dans les colites ulcéreuses.

Voici les statistiques données par eux au Congrès de l'American Medical Association en 1924:

	1921-22		1923	
	Sans acriflavine		Par acriflavine	
Malades de colite ulcéreuse . . . .	15		14	
Mort . . . . .	1	6%	0	
Non améliorés . . . . .	4	26%	3	21%
Améliorés . . . . .	10	66%	5	35%
Guéris . . . . .	0		6	42%

Voici maintenant deux mots sur les lavements.

Nous nous sommes servi d'une solution aqueuse d'acriflavine 1/4000, 500 c.c. le matin et 500 c.c. le soir, que la malade gardait une vingtaine de minutes. Au bout de quelques jours, on s'aperçut d'une amélioration, moins de diarrhée et moins de selles sanguinolantes. Nous espaçons nos traitements. Un lavement tous les jours, puis un tous les deux jours, et finalement, le 25 avril 1925, la malade quitte notre service apparemment guérie et pèse 99½ livres.

Au mois de décembre 1925, elle est venue me voir à mon bureau. Voici ce qu'elle m'a relaté: 1 mois après sa sortie de l'hôpital, elle a recommencé à travailler pendant deux mois. Elle s'est mariée à l'été, et elle pèse actuellement 105 livres, semble en bonne santé, et n'accuse aucun symptôme abdominal.

## LA CYSTITES TUBERCULEUSE APÈS LA NEPHRECTOMIE

*Par le Docteur ERNEST PRUD'HOMME,  
Assistant libre à la Clinique Necker.*

Grâce aux nouvelles méthodes employées pour l'exploration du rein et de la vessie, on a pu dépister, de façon plus précoce, les tuberculoses rénales et faire des néphrectomies alors que les lésions rénales étaient presque à leur début et que les altérations viscérales étaient à peine notables.

Dans ces cas, généralement, la guérison définitive est de règle, mais tous les malades opérés pour tuberculose rénale ne le sont pas dans des conditions aussi avantageuses; et, à côté des succès rapides et reconfortants qu'offre parfois la néphrectomie, on rencontre divers états pathologiques de la vessie qui sont toujours une source d'ennuis pour le malade et qui, souvent même, font le découragement du chirurgien. La conduite de ce dernier variera donc suivant la gravité et l'intensité des lésions vésicales constatées chez l'opéré.

1° Si la cystoscopie ne révèle que des lésions banales et paraissant d'origine plutôt inflammatoire, l'on devra se contenter d'un traitement général, consistant en une hygiène vigoureuse et en une alimentation reconfortante. Les reconstituants généraux seront conseillés, et l'on pourra joindre à ces médicaments un antiseptique urinaire qui est généralement le bleu de méthylène à la dose de 0 gr. 05, deux fois par jour. Ce médicament a, en effet, l'avantage de calmer, d'une façon remarquable, les douleurs vésicales.

Peu à peu les symptômes vésicaux perdent de leur intensité et tout rentre dans l'ordre.

2° Toutefois, il arrive souvent que l'opéré attende en vain cette amélioration tant souhaitée, et que les phénomènes de cystite, loin de s'atténuer, semblent devoir persister ou s'aggraver d'une façon déconcertante. Quand la plaie opératoire est guérie et que l'on se trouve en présence d'un pareil résultat au point de vue vésical, il ne faut pas tarder à entreprendre une thérapeutique locale. Tous les deux ou trois jours, l'on fera une injection de 5 c.c. d'huile phéniquée à 2 ou 3 pour 100, d'huile goménolée de 5 à 20 pour cent, d'huile iodoformée à 5 pour 100.

Rosving préconise des lavages chauds avec une solution phéniquée à 5 pour 100 et contenant un peu de glycérine. Ces lavages

provoquent une desquamation importante de la muqueuse vésicale, et donnent de très bons résultats à condition qu'ils ne soient répétés que lorsque la vessie a évacué tous les débris muqueux.

L'enfumage iodé sera pratiqué avec avantage pourvu que les vapeurs ne soient pas laissées dans la vessie plus d'une ou deux minutes, et on devra les laisser s'échapper avant ce temps, si le malade éprouve la moindre douleur ou la sensation du besoin d'uriner.

Contre les douleurs, les lavements antipyrinés et laudanisés, les suppositoires à base de belladone et de morphine peuvent être d'un précieux emploi.

S'il existe des ulcérations tuberculeuses marquées ou des plaques d'incrustation sur la muqueuse vésicale, l'étincelage est tout indiqué et donne parfois des résultats merveilleux.

La guérison complète peut même survenir après douze ou quinze mois. Mais si après cette période le malade continue à souffrir, s'il présente tous les symptômes d'une cystite grave avec une pollakiurie extrême qui dénote l'intolérance absolue de la vessie, l'on doit songer à la possibilité d'une tuberculose du rein non opéré, inoculant sans cesse la vessie, ou conclure à l'existence d'une tuberculose vésicale réfractaire à tout traitement.

C'est alors que se pose un problème plutôt angoissant: admettre qu'il ne reste rien à faire et laisser le malade à ses souffrances sans lui fournir aucun espoir d'amélioration, ou lui proposer l'*exclusion de la vessie*, qui fera de lui, pour toujours, un infirme, mais qui lui assurera du moins la cessation de la presque totalité de ses douleurs.

a) Le *soulagement de ses douleurs* constituera généralement pour le malade un motif suffisant d'accepter la seconde alternative, puisque ce sont généralement aussi ces mêmes douleurs qui l'ont forcé antérieurement à subir une néphrectomie.

b) Mais il y a une autre raison à considérer: c'est la préservation du rein sain, qui *peut être inoculé* par voie ascendante.

Comment réaliser cette exclusion vésicale ?

1° Si le rein est sain, l'*urétérostomie iliaque cutanée* sera le procédé de choix.

Après avoir au moyen de l'incision iliaque découvert l'uretère, celui-ci sera sectionné. La portion inférieure sera ligaturée, tandis que le bout de la portion supérieure sera fixé à la paroi abdominale en passant à travers l'incision musculo-cutanée.

Une sonde urétérale sera laissée en place durant 7 ou 8 jours, puis l'uretère sera définitivement fistulisé à la peau.

Un appareil fait de caoutchouc pourra s'adapter facilement à la paroi abdominale et maintenu avec d'autant plus de facilité que le malade a tous les avantages pour en rectifier la position.

Cette opération a le désavantage de n'être pas sans danger à cause des coutures possibles de l'uretère et des complications faciles qui peuvent survenir.

2° *Si le rein est malade*, la néphrostomie permanente seule doit être pratiquée, et c'est, *dans tous les cas*, l'opération la moins grave et qui offre la garantie la meilleure au point de vue des résultats.

Plusieurs procédés de néphrostomie permanente se présentent avec des chances de succès à peu près égales. Je dirai un mot du procédé de Toupet et du procédé de Marion.

a) *Procédé de Toupet*. — Après avoir bien dégagé le rein, le bassinnet et l'uretère, on sectionne l'uretère entre deux ligatures. Une pince est introduite dans le bassinnet puis poussée à travers la substance même du rein jusqu'à ce que son extrémité sorte par le bord externe du rein. On introduit alors un drain en caoutchouc entre les mors de la pince et on retire celle-ci en entraînant le drain jusque dans le bassinnet. Le drain est fixé par un catgut au niveau de la capsule du rein, puis son extrémité passe à travers la plaie musculo-cutanée et peut être reliée à un autre tube pour recevoir les urines.

b) *Procédé de Marion*. — Ici le bassinnet est respecté et le drain est introduit directement de dehors en dedans.

Après avoir pratiqué une incision d'un centimètre de long sur la capsule au niveau du tiers inférieur du bord externe du rein, on fait pénétrer un dilatateur de Tripiel jusque dans le bassinnet. Puis, entre les branches du dilatateur, on glisse le drain qu'on fixe comme dans le procédé ci-haut décrit.

Ce drain est renouvelé de temps en temps et remplacé à chaque fois par un tube de plus en plus petit, jusqu'à ce que la fistule soit bien organisée.

Alors, un tube coudé est introduit dans la plaie et relié à une poche en caoutchouc fixée au tronc du malade.

Cette dérivation haute des urines n'est pas, il est vrai, une méthode qui enlève au malade la suppression de tous ses maux, et nous admettons qu'elle constitue une pénible infirmité, mais devant les avantages immenses qu'elle offre: a) préservation du rein sain, b) suppression des douleurs vésicales, c) maintien du moral du

malade, qui a l'impression d'être continent et qui n'est pas forcé de se déranger à chaque instant pour aller *vider sa vessie* des quelques gouttes d'urine qu'elle refuse de garder, qui peut même se livrer à certains travaux — devant ces avantages, le malade a le droit de demander au chirurgien de recourir à cette opération, et *il lui sera toujours reconnaissant*, sinon de lui avoir prolongé la vie, du moins de lui avoir épargné des douleurs atroces et lui avoir permis de vivre ses derniers mois dans une quiétude d'esprit et une béatitude aussi parfaite qu'il peut le désirer.

## TRAITEMENT DU MEGACOLON CHEZ L'ENFANT (1)

Par le Docteur PAUL LETONDAL,  
De l'Hôpital Sainte-Justine,  
Docteur en Médecine de l'Université de Paris,  
Diplômé de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Paris.

Le traitement du mégacôlon tant au point de vue médical que chirurgical, est devenu ces derniers temps, singulièrement compliqué. Mais il ne faut pas dire, parce que les moyens thérapeutiques sont nombreux, qu'ils sont tout à fait insuffisants.

Bien entendu, la maladie de Hirschprung est une affection grevée d'une forte mortalité, puisqu'elle s'élève encore à 55 ou 60%, et nous sommes loin d'en être arrivés au traitement idéal des mégacôlons.

Néanmoins, il existe des succès thérapeutiques qu'on ne peut nier, et ces faits encourageants doivent nous inciter à perfectionner le plus possible nos moyens de traitement. Nous nous efforcerons dans cette étude d'en préciser les points essentiels, et nous négligerons à dessein les moyens qui n'ont pas fait leurs preuves ou qui constituent des faits d'exception.

Envisageons successivement le traitement médical et le traitement chirurgical.

### 1° Le traitement médical

L'indication fondamentale, dit le professeur Marfan (2), est de vider le côlon des gaz et des matières qui s'y accumulent. Le meilleur moyen pour y arriver, c'est l'*entéroclyse quotidienne*. On introduit dans le rectum une sonde longue, bien huilée; on la pousse doucement, aussi haut que possible, jusque dans le côlon; il faut faire pénétrer dans celui-ci une grande quantité d'eau à 37° environ, sous une pression faible.

Si l'on se contente du lavement ordinaire, même répété à plusieurs reprises dans la journée, on n'obtiendra jamais de résultats,

---

(1) Nous sommes heureux d'extraire de la thèse de notre jeune confrère la partie qui concerne le traitement du mégacôlon. Nous profitons de l'occasion pour féliciter M. Letondal de la mention honorable qu'il vient d'obtenir au récent concours du prix de thèse de la Faculté de Médecine de Paris.—N. D. L. R.

(2) Marfan: article *Mégacôlon* in *Les affections des voies digestives dans la première enfance*, p. 521.

car le point essentiel du traitement médical, qui est de vider le côlon ectasié des matières et des gaz qu'il contient, ne peut être réalisé que si la sonde poussée aussi haut que possible atteint la partie dilatée du côlon.

Là où l'entérolyse quotidienne réussit le mieux, c'est dans le syndrome de Hirschsprung de la deuxième enfance, lorsque le mégacôlon est la résultante de phénomènes mécaniques (coudure de l'S iliaque, valvule à l'union de l'anse sigmoïde et du rectum).

Dans le mégacôlon idiopathique des nouveau-nés, dans le mégacôlon congénital qu'on doit seul appeler maladie de Hirschsprung, il faut le plus souvent associer à l'entérolyse le massage de l'abdomen. L'introduction du doigt dans le rectum aussi haut que possible, voire même, si la chose est réalisable, le lavement électrique.

Si ces moyens malgré leur emploi suffisamment prolongé ne donnent pas d'amélioration, il faudra — à moins que l'état général de l'enfant ne s'y oppose — discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Le régime des enfants atteints de mégacôlon varie naturellement suivant l'âge. Avant 2 ans, il est inutile d'instituer un régime particulier; aussi bien l'alimentation normale, surtout l'allaitement maternel prolongé, constitue-t-il la meilleure des diététiques. Mais après la deuxième année, l'enfant mangeant un peu de tout, il convient de lui appliquer — sans trop de sévérité bien entendu — le régime de la stase intestinale chronique de l'adulte qui — ainsi que l'ont montré récemment de nombreux spécialistes en matière de gastro-entérologie — doit être composé avant tout de substances qui laissent peu de résidus dans l'intestin. En d'autres termes, il faut d'une part donner au malade des aliments riches en albumine: des viandes, des poissons, des œufs, des fromages. Il faut restreindre d'autre part, le plus possible, les aliments riches en amidon tels que le pain, les pommes de terre, les farines, les pâtes alimentaires, certains légumes, comme les choux, les carottes, les épinards, l'oseille, la rhubarbe, etc.

Les médicaments occupent une place de second plan dans le traitement du mégacôlon. Néanmoins lorsque le spasme peut être mis en cause, le sulfate d'atropine a donné à A. E. Meyers des résultats extrêmement brillants (3). Il faudra donc l'employer quand l'on soupçonne l'élément spasmodique. Les purgatifs doivent être rejetés. Par contre les laxatifs, comme l'huile de ricin, l'huile

---

(3) A. E. Meyers, *Am. J. Dis. Child.* Chicago, mars 1920.

de praffine, peuvent être employés sans danger; mais leur action n'est pas toujours d'une très grande efficacité.

Quels résultats faut-il attendre du traitement médical? Les statistiques à cet égard nous paraissent par trop catégoriques, et nous ne croyons pas comme le pensent MM. Bensaude et Hillemand (4), que si les moyens médicaux sont nombreux, leurs résultats sont médiocres. Les chiffres de Lowenstein et Neugebauer prêtent à discussion:

*Cas traités médicalement:*

88% de mort (Lowenstein).

93% de mort (Neugebauer).

*Cas traités chirurgicalement:*

52% de guérison (Lowenstein).

90% de guérison (Neugebauer).

Nous croyons que pour pouvoir établir une statistique sur le mégacôlon il faudrait faire la part, et de la maladie de Hirschsprung, ou mégacôlon idiopathique survenant chez le nouveau-né, à terminaison le plus souvent fatale, et du syndrome de Hirschsprung, ou mégacôlon symptomatique, apparaissant plus tardivement, à pronostic plus favorable.

Sans cette distinction les statistiques n'ont aucune signification. On ne peut donc se fonder sur les chiffres de Lowenstein et de Neugebauer pour se faire une idée exacte de la valeur du traitement médical.

Quoi qu'il en soit, tout mégacôlon doit être d'abord soumis au traitement médical, et celui-ci doit être poursuivi avec persévérance. Les résultats de ce traitement ont été dans certains cas d'une réelle efficacité (5). Mais lorsqu'avec les moyens médicaux la situation n'est nullement améliorée, lorsque surviennent des complications graves il faut sans tarder discuter l'opportunité de l'acte opératoire.

## 2° Le Traitement Chirurgical

Le traitement chirurgical du mégacôlon est un sujet plein d'actualité, et tant à la Société de Pédiatrie qu'à la Société de Chirurgie cette question était encore récemment l'objet de nombreuses

(4) Bensaude et Hillemand. — Maladie de Hirschsprung. (*Annales de Médecine*, déc. 1922, p. 459).

(5) Aquilino Hurlé, Alvarez. — Histoire d'un cas de maladie de Hirschsprung terminé par la guérison (*Thèse de doctorat de Madrid*, 1916). *Le Nourrisson*, juillet 1917, p. 245).

communications. Mais ce qui importe au médecin de savoir, ce n'est pas tant les détails de technique opératoire que les indications de l'intervention.

*Et d'abord, le médecin doit-il envoyer son malade au chirurgien ?*

Cette question mérite d'être posée, car bon nombre de médecins ne croient pas à l'efficacité de l'acte chirurgical dans le traitement du mégacôlon congénital des nouveau-nés et des nourrissons. Nous nous permettrons à cet égard de citer l'opinion de notre maître, M. le professeur Taillens, de Lausanne, qui disait au récent Congrès des Pédiatres de Langue Française (6) :

"Je ne pense pas qu'on puisse à bon droit conseiller une intervention chirurgicale; celle-ci ne pourrait être qu'un anus iliaque, avec si peu de chances ultérieures de guérison et en tout cas avec une survie si misérable qu'il est plus humain de laisser mourir l'enfant que de vouloir à tout prix, même par une opération si aléatoire, le faire vivre mal et pendant peu de temps."

M. Taillens qui est abstentionniste dans la vraie maladie de Hirschsprung du nouveau-né est d'avis contraire dans le mégacôlon tardif: "Je pense qu'on devra toujours commencer par le traitement médical, et, en cas d'échec de celui-ci, on aura le droit de proposer une intervention opératoire." Par contre MM. Veau et Rocher croient que l'anus iliaque sur l'anse distendu est une opération parfaitement souhaitable même chez de très jeunes enfants.

*Quand doit-on envoyer le malade au chirurgien ?*

Il est d'abord des cas où tout le monde est d'accord par exemple, lorsque surviennent des complications, telle l'occlusion intestinale, les coliques aiguës à répétition qui nécessitent une intervention d'urgence; ces cas même bien opérés meurent le plus souvent. En pareille circonstance, le chirurgien ne peut faire qu'une opération palliative: anus contre nature ou simple colotomie.

En dehors des accidents aigus la question de l'intervention se pose chaque fois qu'à la suite d'un traitement médical bien suivi la situation du malade s'aggrave.

*A quel âge peut-on envisager l'opportunité d'un traitement sanglant ?*

Pour Weill (7), dans les deux premières années de la vie, les

(6) Taillens. — Quatre cas de mégacôlon (*IVe Congrès des Pédiatres de Langue Française, Séance du 30 septembre 1924*).

(7) E. Weill. — Article *Mégacôlon*, in *Pédiatrie*, t. I. du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, p. 813.

risques opératoires sont trop grands; il faut déconseiller l'intervention chirurgicale. Entre 2 et 5 ans, les dangers sont moins considérables: on doit réserver la cure sanglante aux cas très accusés, aux troubles considérables de l'évacuation intestinale. Au-dessus de cinq ans, les conditions sont bien meilleures; la résistance vitale est accrue; les succès opératoires sont plus nombreux.

M. Rocher, de Bordeaux (8), est d'opinion que la vie des enfants est subordonnée à l'intervention et que l'âge ne doit pas être pris en considération. Il dit avoir opéré un bébé de 28 jours pour un mégacôlon, avec des résultats immédiats excellents.

Dans les cas de mégacôlons non améliorés par les moyens médicaux où la cure radicale est indiquée, deux grandes interventions sont à retenir: l'iléo-sigmoïdostomie et la colectomie.

*L'iléo-sigmoïdostomie* est une opération simple, sans danger, rapide. Elle est nettement indiquée dans les cas de mégacôlon total où la colectomie d'emblée ne peut être exécutée sans de graves inconvénients. M. Bensaude a publié un cas de guérison complète par ce procédé; le malade, opéré par le professeur Grasset il y a plus de dix ans, est toujours en bonne santé. Le plus souvent l'iléo-sigmoïdostomie soulage le malade, mais elle donne rarement des résultats définitifs.

*La colectomie*, précédée ou non de l'iléo-sigmoïdostomie, est l'opération de choix dans le mégacôlon partiel. Elle se fait en un temps (Pauchet), ou en deux temps après extériorisation (Pierre Duval).

M. Lecène (9) insistait récemment, à la Société de Chirurgie, sur les avantages de la colectomie en un temps, quand cela est possible. Lorsque le malade supporte bien l'opération, la guérison est définitive.

Si l'on peut schématiser au point de vue didactique les directives générales de la thérapeutique chirurgicale, préciser davantage est impossible, car le traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung est, à l'heure présente, en voie d'évolution.

En résumé, nous disons que tout enfant atteint de mégacôlon doit être d'abord soumis au traitement médical. Si ce dernier ne réussit pas, on fera appel au traitement chirurgical: "colectomie dans les ectasies segmentaires, iléo-sigmoïdostomie dans les ectasies totales" (Pierre Duval).

---

(8) Rocher. — *IVe Congrès des Pédiatres de Langue Française*, séance du 30 septembre 1924.

## EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

### COMMENT S'Y PRENDRE POUR POURSUIVRE UN CHARLATAN

Mon cher Docteur,

Vous me demandez de vous mettre au courant de ce qui regarde l'exercice illégal de la médecine, des moyens à prendre pour poursuivre et faire condamner un charlatan, des choses à éviter pour compromettre le moins possible la profession et les médecins dans cette lutte.

Voici d'abord quels sont les règlements du Collège des médecins à ce sujet.

"La centralisation au bureau du Registraire de toutes les affaires concernant l'exercice illégal est décrétée depuis juillet 1910.

Il est du devoir du registraire de faire personnellement, ou de faire faire par un enquêteur de son choix, une enquête préalable à tout procès.

Le médecin qui désire que cette enquête ait lieu doit signer une plainte et l'adresser au Registraire. Cette plainte donne les détails connus, mais cela ne suffit pas pour que l'action soit intentée. La plainte est transmise au Président qui autorise ou refuse l'enquête.

Il est entendu que les détails fournis par le médecin-plaignant sont strictement confidentiels.

Il est du devoir des gouverneurs de faciliter la tâche de l'enquêteur officiel du Bureau, de lui fournir les renseignements dont il a besoin, de lui indiquer, chaque fois que possible, les moyens à prendre pour mener à bien son enquête.

Seul le registraire est autorisé à poursuivre au nom du Collège, pour pratique illégale.

Les Sociétés Médicales ni les médecins n'ont ce droit, à moins qu'ils ne soient préalablement autorisés par le Président à poursuivre au nom du Collège. Dans ce cas, l'amende perçue appartient de droit au Collège."

Vous voyez tout de suite, dans ces règlements, l'intention bien arrêtée du Bureau de ne pas être mis sur une fausse piste, ou en possession de renseignements qui ne spécifient rien. Les généralités ne sont pas des renseignements spécifiques.

Il faut que la plainte soit suffisamment motivée, sur un cas particulier, avec dates et noms de témoins, pour qu'il soit possible de déterminer immédiatement le sujet positif de l'enquête.

Cette enquête a toujours lieu, quand les motifs de la plainte paraissent sérieux et véridiques.

Un acte d'exercice illégal comprend trois éléments:

1° L'examen du malade.

2° Le diagnostic de la maladie.

3° Le traitement par médicaments ou agents physiques, par manipulations ou applications d'appareils ou de bandages, s'il s'agit d'une blessure, d'une fracture ou d'une luxation.

Un quatrième élément est à lui seul un gage de succès quand on peut le prouver: c'est le *traitement suivi*, c'est-à-dire la preuve que le charlatan a fait deux visites ou plus, pour la même maladie ou le même accident, au même malade.

\* \* \*

Pour chaque cas spécifique, il faut au moins *deux témoins* qui jurent, sans se contredire, avoir vu le charlatan traiter le malade, l'avoir entendu diagnostiquer la maladie, et l'avoir vu ou entendu prescrire ou ordonner des médicaments, ou l'avoir vu faire des manipulations ou poser des appareils ou des bandages.

Aurions-nous cent témoins décidés à jurer qu'un charlatan les a soignés, l'un après l'autre, que ces témoignages ne suffiraient pas à le faire condamner.

Ce qu'il faut, ce qui est indispensable pour gagner une cause contre un charlatan, ce qu'il y a de plus difficile à obtenir, *ce sont deux témoins d'un même fait*, et qui ne se contredisent sur aucun point en le relatant à la Cour.

C'est la loi générale anglaise.

C'est la preuve nécessaire en matière criminelle, dans tout l'Empire britannique.

Cela explique pourquoi il est si difficile, aujourd'hui, de faire condamner des charlatans que nous avons poursuivis plusieurs fois.

A force de comparaître en cour et d'entendre plaider, ces individus ont appris, comme ils le disent eux-mêmes, à leurs dépens, comment s'y prendre pour ne pas tomber sous le coup de la loi. Ils continuent à traiter, mais en ayant soin de recevoir les malades, *seul à seul*, dans leur cabinet de consultation. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on parvient à y faire pénétrer *une mère avec sa fille, une fille avec son amie, un père avec son enfant*. Le charlatan, plusieurs fois condamné, est un charlatan prévenu qui ne se laisse plus prendre aux trucs des détectives du Bureau, hommes ou femmes. Il ne permet jamais au malade d'être accompagné dans son cabinet de consultation.

Appeler le charlatan à domicile ne réussit guère mieux. S'il connaît bien son métier, s'il a déjà eu maille à partir avec le Bureau, il prend ses précautions. Il examine le malade et prescrit privément.

\* \* \*

En somme, dans cette lutte, il faut jouer cache-cache, tout le temps, et faire en sorte que le charlatan ne se doute pas de qui l'observe. De cette façon on finit par le faire prendre en défaut par deux témoins du même fait.

\* \* \*

Il arrive souvent qu'un charlatan soit appelé à la suite du médecin, pour un cas de fracture ou de luxation.

Ici, c'est le meilleur temps de le prendre. Et votre devoir est de le faire arrêter afin de prouver votre supériorité et de le faire sortir de la maison de votre patient.

Si au contraire vous vous retirez, sous prétexte de ne pas prendre la responsabilité des manœuvres du charlatan, le beau rôle est pour celui-ci. Mettez-le donc à la porte, dénoncez-le au Registraire, et reprenez votre malade. Si l'entourage s'y oppose, menacez-le également de poursuite.

Le médecin qui sait ainsi se faire respecter, qui n'a pas peur du charlatan en a vite raison. Une scène dans le genre de celle que je viens de décrire suffit à chasser les charlatans d'une paroisse pour dix ans.

En somme, le charlatan de campagne n'est pas beaucoup autre chose qu'un *ramancheux*.

"Si tu as peur du dos de fourchette, disait un vieux praticien, le charlatan te suivra."

Le jour où s'amène un médecin qui n'a pas peur des luxations ni des fractures, le ramancheux disparaît tout aussitôt.

\* \* \*

Rien n'est préjudiciable à la profession et aux médecins comme de perdre une action intentée à un charlatan.

Un charlatan qui gagne son point est un charlatan auréolé.

Cela explique pourquoi nous ne saurions jamais trop prendre de précautions dans nos poursuites, pourquoi une action n'est intentée

qu'après une série de plaintes, d'approbations, de preuves et de contrepreuves qui ne se contredisent pas.

Avant 1910, avec le système de décentralisation, quand la lutte était entreprise et menée au petit bonheur par n'importe qui, à quels résultats désastreux ne sommes-nous pas arrivés.

Avec le système de centralisation et de lutte à outrance dans tous les districts, nous n'avons pas fait disparaître complètement les parasites de la profession, mais, enfin, les résultats obtenus sont plus qu'appréciables.

Le jour où tous les médecins se riront du dos de fourchette, les charlatans-rebouteurs auront vécu.

Votre très dévoué,

*Le Registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec,*

Dr JOSEPH GAUVREAU.

#### FORMULE DE PLAINTE

**Au Registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q.  
364 est, rue Sainte-Catherine, Montréal**

Veillez tenir une enquête au sujet de:

Nom, prénom et adresse de l'inculpé.....

(Donnez nom et prénom de fille, si c'est une femme, ainsi que le nom et prénom du mari.)

Qui a pratiqué illégalement la médecine à.....

Je suis informé qu'il a traité, le ou vers le.....

(Nom du patient).....

Pour (quelle maladie).....

Cet individu dont je me plains EXAMINE, AUSCULTE ou VISITE les malades. — Il DIAGNOSTIQUE les maladies et il PRESCRIT un traitement.

Spécifier, dans cet espace, la façon particulière d'agir de l'inculpé et les NOMS et ADRESSES des TEMOINS:

.....  
.....  
.....

Signature.....

M.D.

Il est entendu que cette plainte est strictement confidentielle.

## IN MEMORIAM

A LA MEMOIRE DE PAUL DUBE

*Tu n'es plus !*

*Rien n'est grand à mes yeux que mon chagrin. Adieu, Paul; ton souvenir demeure. La Mort ne peut effacer vingt années d'amitié.*

*Tu pars sans que la vie t'ait choyé. Au premier contact, elle t'a abattu d'un coup d'aile sombre. Tu t'es relevé, brisé physiquement peut-être, mais portant fièrement en ton âme une vie intérieure dont les trésors d'intelligence, de bonté et d'amitié ne se peuvent oublier. J'entends encore les accents généreux et enthousiastes de ta voix...*

*Pourquoi donc faut-il que ce soit toi?...*

*"Je vous soubaité", écrivais-tu dernièrement, "des choses très ordinaires. Ce sont celles-là qui arrivent. Elle vous apportent le bonheur qui est lui-même ce qu'il y a de plus ordinaire."*

*Pauvre ami, tu n'as même pas eu le bonheur le plus ordinaire de tous: celui de vivre !*

*Puisses-tu, de l'Au-delà, comprendre la place immense — et qui te fera vivre ! — que tu as prise dans mon esprit et dans mon cœur, impuissants devant l'innommable Réalité.*

*Tu n'es plus !*

Roméo BOUCHER.

## THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

### L'ICTÈRE CATARRHAL

#### Traitement médical — Traitement chirurgical

Nous savons tous que l'ictère catarrhal est d'origine infectieuse. Le siège de l'infection est logé soit dans le **poumon** — couleur sub-ictérique des tissus pendant l'évolution d'une pneumonie — soit dans l'**intestin** — apparition subite d'un ictère à la suite d'un embarras gastrique fébrile (indigestion), d'une appendicite toxique — soit dans le **cœur**, pendant l'évolution d'une endocardite infectieuse lente et maligne, etc.

La cellule biliaire, irritée, entre dans une phase d'hypersécrétion telle que l'excès de bile passe dans les canaux biliaires et dans le sang.

En conséquence, nous constaterons, rapidement, l'apparition de la **fièvre**, de l'**ictère**, qui s'accroît chaque jour, des **selles** fortement colorées, des **urines foncées** renfermant des pigments biliaires, un **foie** légèrement **augmenté de volume** et douloureux, une peau **sèche**, une langue **saburrale**, de l'insomnie et de l'inappétence.

1° **Repos au lit** en position demi-assise pour prévenir la congestion des poumons.

2° **Contre la fièvre:** (a) Glace sur la région hépatique ou sur le creux épigastrique. Si le malade ne peut pas la tolérer, on appliquera un large pansement humide froid recouvert d'une toile cirée ou d'un morceau de soie huilée, que l'on renouvelle toutes les 3 heures au moins.

Si la fièvre persiste on pourra procurer une accalmie passagère en prescrivant:

(a) **Cryogénine** 0.50 centigr., pour un cachet, à répéter au bout de 3 à 4 heures, s'il y a lieu. Cette médication est purement symptomatique.

(b) **Un bain chaud**, lorsque la chose est possible, produit un bon effet sur les glandes sudoripares.

(c) **Un bain d'éponge** suivi d'une friction à l'alcool camphré, sera très utile aussi.

3° **Contre l'infection:** La rechercher et la combattre:

(a) Par un lavement chaque jour avec **glycérine pure** ou glycérine et huile d'olive, 30 c.c., juste assez pour vider l'ampoule rectale et favoriser ainsi la marche du bol fécal.

(b) Calomel . . . . . 0 gr. 10 centigr.

Scarmonée . . . . . 0 gr. 05 centigr.

Pour un cachet No V.

Un cachet toutes les heures, a jeun, suivi de 30 grammes d'**huile de ricin** trois heures après le dernier cachet.

Les jours suivants, on peut prolonger l'effet cholagogue de cette médication en prescrivant les paquets suivants:

(c) Salicylate de soude . . . . . 1 gramme

Bicarbonate de soude . . . . . 2 grammes

Lactose . . . . . 0.50 centigr.

Pour un paquet à prendre trois à quatre par jour de 8 hrs a.m. à 10 hrs p.m. dans de l'eau de Vichy.

S'il y a intolérance, douleurs à l'estomac, on diminue la dose ou l'on suspend durant quelques jours.

(d) Si le malade refuse ou éprouve les mêmes malaises on substitue le

**Lait de magnésie** (Philipp's) à la dose d'une cuillerée à soupe ou deux, deux à trois fois par jour dans un demi-verre d'eau tiède.

#### 4° **Diète** — lacto-végétarienne.

Habituellement ces malades supportent mal le lait parce qu'il est trop riche en graisse et en caséine.

On peut en donner en le diluant au tiers avec de l'eau pure ou de l'eau de Vichy. Des bouillons légers, dégraissés avec du riz ou du vermicelle **bien cuits**; des purées de pommes de terre, des légumes verts bien cuits, du tapioca, des gelées, du jus de fruits, des limonades.

Il importe de varier la nourriture, car les malades éprouvent un dégoût instinctif pour les aliments. Ils sont saturés de déchets alimentaires qu'ils éliminent avec difficulté.

5° **Contre la déshydratation**, assez fréquente avec ces malades, apathiques et intoxiqués, dont quelques-uns font de la concentration uréique ou cholestérinémique, on sera forcé d'user d'autres moyens:

**Appareil Murphy** (goutte à goutte) en faisant pénétrer dans le sang par l'intestin une quantité fixe de liquide: Sérum glucosé à 0/0 ou du Sérum salé à 7 0/00 = 300 à 500 c.c., selon les cas, chaque jour durant deux à trois jours, en se basant sur la quantité de liquide absorbé par l'estomac.

6° **Evolution**. En suivant la marche de la température, en observant l'aspect des selles, la quantité des urines, le dosage de l'urée dans le sang, de la glycémie et de la cholestérine, l'état général nous laisse prévoir quelle sera l'issue de la maladie.

7° **Traitement chirurgical**. Si, malgré un traitement médical approprié, la maladie s'aggrave, on ne doit pas hésiter à intervenir par une cholécystotomie, afin de drainer les voies biliaires et de rétablir ainsi l'équilibre avant que l'ictère infectieux déclanche une **cirrhose hypertrophique biliaire**, qui est une complication grave que le médecin doit prévoir s'il s'acharne à appliquer un traitement médical insuffisant ou même dommageable.

Nous avons, sur ce point, des idées personnelles basées sur des observations inédites que nous publierons lorsqu'elles auront subi l'épreuve du temps.

Mais j'attire l'attention des médecins sur ces faits dans l'intérêt de leurs malades.

Telles sont les directives générales du traitement de l'ictère catarrhal.

Ces malades devront, ultérieurement, suivre une diète appropriée où la viande bien cuite en quantité modérée, les légumes verts et les fruits joueront un rôle de premier plan.

Les hydrates de carbone ne constituent pas une diète de choix, contrairement à l'opinion assez généralement admise, à cause de la



## LA REVISION DE LA COMPOSITION DES EAUX MINÉRALES

*Par le Dr CONSTANT,  
Médecin consultant à Vittel.*

J'ai souvent et depuis longtemps constaté des variations dans les effets des eaux minérales d'une saison à l'autre.

Il faut toutefois tenir compte d'une série de facteurs qui influencent la cure et ont une répercussion forcée sur le fonctionnement des organes. Et tout d'abord, la température; on sait que les grandes chaleurs diminuent la sécrétion urinaire, par l'effet d'une transpiration trop abondante; qu'elles fatiguent les malades; sont une entrave importante à l'activité des échanges; qu'elles occasionnent chez les préscléreux, artério-scléreux, arthritiques de toutes conditions, une exagération de la tension artérielle souvent trop élevée, favorable aux congestions, et qui impose au médecin une réserve prudente dans la direction du traitement.

Il existe aussi des dispositions individuelles spéciales, variables d'une année à l'autre, un état organique particulier, qui ont aussi une importance considérable, soit que la situation se soit aggravée ou que certaines fonctions organiques momentanément ralenties (des insuffisances ayant pu se développer) se laissent moins facilement influencer par les eaux.

Ces réserves faites, j'ai constaté néanmoins que les effets des eaux avaient varié en intensité, surtout dans les stations où les sources étaient peu exploitées pendant la guerre (zone des armées) et que leur valeur curative comme la diurèse semblait s'être accrue dans des proportions difficiles à déterminer exactement, mais nettement accentuées.

Faut-il attribuer cette recrudescence d'activité curative au fait bien naturel, qu'ayant fait un appel moins abondant et moins continu à la nappe d'eau agissante (les expédition d'eau minérale étant à peu près nulles) pendant la longue période de stabilisation de la zone des armées, celle-ci ait pu augmenter ainsi considérablement sa richesse ?

Cette nappe d'eau aurait donc eu tout le temps de s'incorporer en plus grande abondance, les éléments minéraux qu'elle tire du sous-sol et de ce fait arriver à une concentration moléculaire plus intense.

Ce résultat est très possible et paraît même certain étant donné ce que nous savons de l'origine des eaux minérales.

Le contraire peut aussi se produire, c'est-à-dire une minéralisation plus faible avec un débit très abondant.

Enfin des modifications du sol peuvent survenir (dislocation, plissements, failles) où s'intercalent des débris du sol en voie de formation ou d'accumulation (Chassevant) et qui peuvent faire varier la composition des eaux. Quoi qu'il en soit, pour un clinicien averti, ce sont là des faits qui méritent une étude suivie et approfondie.

Il me paraît absolument nécessaire de procéder à une révision de la composition des eaux minérales qui devrait être bisannuelle et de plus effectuée à des époques variables de l'année à fixer (été, hiver, etc.) de façon à en saisir aussi parfaitement que possible les différentes variations.

Ces opérations seraient faites sous le contrôle de l'Académie de Médecine et des Services compétents.

Cette étude ainsi renouvelée serait tout à l'avantage des stations thermales, les malades y trouveraient une nouvelle garantie appuyée déjà sur un long passé de succès cliniques incontestables, elle ferait taire les critiques plus ou moins intéressées ou plus ou moins stupides, qu'elles viennent du dedans ou de l'étranger; et enfin, elle permettrait aux praticiens des villes d'eaux de fixer sur des bases thérapeutiques indiscutables, la valeur des ressources hydro-minérales respectives mises à leur disposition, en faisant la part de chacune des influences que j'ai signalées plus haut.

Aussi je propose, m'appuyant sur les idées de M. le professeur Chassevant (1), d'exiger des stations thermales l'analyse bisannuelle

1° *Etude de la fluorescence* pour démontrer la pureté de l'eau;  
2° *Mesurer l'indice de réfraction des eaux.*—Toute variation de cet indice doit attirer l'attention sur la composition de l'eau. Cet indice à mesurer chaque jour (Appareil de Zeiss);

3° *La densité;*

4° *La pression osmotique;*

5° *La thermalité;*

6° *L'ionisation;*

7° *La conductibilité électrique.* — Mesure de la résistance électrique;

8° *La cryscopie;*

9° *Les gaz;*

10° *La radioactivité;*

11° *La composition chimique des eaux et ses variations.*

---

(1) "Hydrologie élémentaire à l'usage des médecins".



## REVUE

### LES RÉGIMES DE L'ACIDOSE

(Suite)

#### DIETETIQUE

Le problème diététique qui se pose en cas d'acidose est double :

- 1° Agir contre l'acidose en elle-même;
- 2° Intervenir sur le trouble du métabolisme qui cause l'acidose.

#### I

##### AGIR CONTRE L'ACIDOSE

Il est bien certain que le fait de remédier à la simple intoxication acide, en combattant le symptôme lui-même, peut présenter un certain intérêt. Mais il s'en faut de beaucoup que cette manière de faire constitue la véritable thérapeutique de l'acidose.

En arrivant à neutraliser les acides formés, on permettra à l'organisme d'écarter une déminéralisation exagérée, une perte trop élevée en alcalins, mais on ne *supprimera pas la cause même des troubles morbides*. On s'explique dès lors ainsi que le bicarbonate de soude à haute dose (50, 80, 100 grammes et plus) n'ait donné que des résultats médiocres; cette thérapeutique, vantée à l'extrême par les Allemands, ne pouvait logiquement conduire qu'à une impasse.

Sans doute, on réussira ainsi à faire excréter les corps acétoniques sous forme de sels sodiques, à diminuer l'excrétion de l'ammoniaque urinaire, à ramener les urines presque à l'alcalinité, mais dans les cas graves, le résultat thérapeutique sera, en réalité, souvent nul.

Faut-il cependant dénier à la cure alcaline toute action bienfaisante. Nous ne le pensons pas. Mais les doses souvent excessives qu'on a prescrites aux malades sont-elles sans danger? Joslin estime que le traitement au bicarbonate de soude à haute dose fait souvent plus de mal que de bien. Bouchardat avait déjà autrefois noté le rôle néfaste, chez certains malades, des alcalins à haute dose.

Avec Desgrez et Bierry, nous avons insisté sur ce point que "les alcalins, sans autre pouvoir que celui de saturer ces acides "acétoniques" et de rendre plus facile leur élimination, n'exercent aucun effet sur la formation même de ces corps. Le rein est d'ailleurs

capable d'en éliminer 60 p. 100 à l'état de liberté". "Dans le traitement de l'état d'acidose, il faut donner des bicarbonates alcalins, à doses répétées et suffisantes pour que les réactions de l'urine se maintiennent au voisinage de celles du sang à l'état normal. L'obtention d'une réaction urinaire correspondant à une hyperalcalinité marquée, n'est pas exempte de dangers pour certains malades."

A la prescription aveugle de la médication alcaline, nous substituons aussi avec Desgrez et Bierry une ingestion rationnelle.

Nous pensons donc qu'on peut donner du bicarbonate, comme adjuvant à la cure, à condition de ne pas prescrire des doses extrêmes.

On pourra utiliser soit l'injection intraveineuse (solution à 3 p. 100 dans une solution de NaCl à 6 p. 1000), soit l'ingestion.

Joslin recommande, dans ce cas, d'éviter les trop fortes quantités, de toujours diluer le bicarbonate de soude, et de ne pas le prescrire dans le lait, mais seulement dans l'eau de Vichy glacée.

On peut également utiliser l'eau de chaux (100 à 200 grammes).

## II

### AGIR CONTRE LE TROUBLE DU METABOLISME

Les graisses et les albumines, ou du moins certaines d'entre elles, sont mal assimilées. Comment peut-on agir pour favoriser cette assimilation ?

On peut intervenir :

1° En agissant sur les trois grandes variétés d'aliments ;

a) *Hydrates de carbone*, en les augmentant ;

b) *Graisses*, en les restreignant ;

c) *Albuminoïdes*, en les restreignant.

2° En supprimant toute alimentation, *cure de jeûne*.

Après avoir exposé ces deux méthodes nous en ferons la critique et nous vous indiquerons ce que doit être, suivant nous, le régime de l'acidosique.

1° *On agit sur les trois grandes variétés d'aliments.*

#### A.—Les hydrates de carbone.

On ne devra jamais restreindre les hydrates de carbone de l'alimentation, ou tout au moins faire suivre au malade un régime de

restriction sévère des hydrates de carbone. Ce fait est à retenir en ce qui concerne certains régimes dans les maladies infectieuses, les affections intestinales, etc. Il est particulièrement important en cas d'intervention chirurgicale; le jeûne, se surajoutant à la purgation (Gosset et Mestrezat) et à l'influence nocive sur le foie de l'anesthésique (chloroforme), crée l'acidose; c'est pour cette raison que certains chirurgiens donnent avant l'opération du sucre à leurs malades (Chevrier).

*Quant au diabète*, on comprendra l'importance qu'il y a, suivant le principe de Bouchardat, de donner au malade *le maximum de féculents* qu'il peut assimiler. "C'est une chose grave, écrivait-il, de supprimer les féculents chez les diabétiques." Dans le diabète simple, on doit rechercher avec soin le coefficient d'assimilation quantitatif et qualitatif.

Tandis que le sujet normal, avec 50 à 100 grammes d'hydrates de carbone, est à l'abri de l'acidose, il n'en est plus de même pour le diabétique. Nous ne connaissons pas le taux d'hydrates de carbone qui certainement empêchera le diabétique de devenir acidosique, aussi doit-on lui en prescrire le maximum possible. On comprendra dès lors qu'un diabète simple présentera un pronostic d'autant plus réservé que le coefficient d'assimilation hydrocarbonée est plus restreint.

En ce qui concerne le *diabète consomptif*, le problème est assez différent.

Dans ce cas, le malade assimile très mal les hydrates de carbone, le fait est exact avec ce correctif, c'est que cette assimilation n'est jamais absolument nulle.

Il serait intéressant de savoir si certains hydrates de carbone ne sont pas mieux tolérés que d'autres; le fait se rencontre fréquemment chez le diabétique. On admet depuis longtemps que le *lévulose* est mieux toléré que le glucose, aussi certains auteurs conseillaient-ils de donner du lévulose. Il a été prescrit soit par ingestion à la dose de 50 à 100 grammes par jour, soit en injection intraveineuse (solution de 5 à 10 p. 100, 1 à 2 litres); les résultats ont été à peu près nuls. Umber a utilisé une solution renfermant 25 grammes de lévulose, 25 grammes de carbonate de soude pour 500 centimètres cubes de sérum physiologique. Nous avons, avec Desgrez et Bierry, montré l'influence, chez certains sujets, de l'administration de lévulose, mais celui-ci doit être prescrit suivant une technique très spéciale (1).

On a proposé également des injections intraveineuses de glucose. En réalité, si on doit, chez ces malades, ne pas restreindre à l'extrême les hydrates de carbone, il y a avantage cependant à ne pas leur en donner trop; on provoque ainsi de véritables troubles secondaires à une surcharge de l'organisme par le sucre. La formule est donc ni trop, ni trop peu.

Dans le même ordre d'idées, on a tenté d'utiliser certains corps anticétogènes: l'acide glutarique (Baer et Blub), l'acide glyconique (Schwartz, 70 grammes d'acide glyconique neutralisé par la soude, dans 500 centimètres cubes d'eau), l'alcool. En réalité, les résultats ont été peu probants, sauf pour l'alcool qui, à dose pas trop élevée, est un bon adjuvant.

#### B.—Les graisses.

Il est certain que les corps acétoniques se forment aux dépens des graisses (Geelmuyden, Magnus-Lévy, Landergren et Forssner). Doit-on en inférer que les graisses ou tout au moins les graisses correspondant aux acides gras cétogènes (qui sont, en réalité, ceux qu'on rencontre dans les graisses alimentaires), doivent être prescrites.

Magnus-Lévy ne le pense pas. M. Labbé se range également à cet avis.

Joslin, Allen estiment au contraire que le trouble du métabolisme des graisses joue un rôle à ce point capital dans le diabète que le premier a écrit: "Avec un excès de graisse commence le diabète, et d'un excès de graisses meurent les diabétiques." Si on lit les nombreux protocoles d'expériences de Bénédict et Joslin, il s'en faut qu'on soit absolument convaincu; sans doute, dans certains cas, note-t-on une exagération nette de l'excrétion des corps acétoniques à la suite de l'ingestion de graisse. Mais le fait n'est pas constant.

Avec Desgrez et Bierry, nous avons repris ces expériences en nous entourant de toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'erreur; il nous a bien paru que l'adjonction de graisses (beurre) au régime élevait la quantité de corps acétoniques excrétés.

Uhlmann a formulé un régime pauvre en graisses:

Bouillon . . . . .	50 grammes
Légumes verts . . . . .	600 —
Gélatine . . . . .	500 —
Vin rouge . . . . .	½ litre
Cognac . . . . .	100 grammes

1. On donnera le lévulose par petites doses fractionnées et en l'associant avec de la levure de bière (Vit. B) et du phosphate de chaux.

Farine . . . . .	50	—
Lait d'amandes . . . . .	50	—
Fromage blanc . . . . .	10	—

Il insiste sur la prescription de la gélatine et de l'alcool.

### C.—Les albuminoïdes.

La restriction des albuminoïdes serait, pour certains auteurs, plus importante que celle des corps gras. Toute une série de régimes sont basés sur la restriction des protéiques et plus particulièrement de la viande; ils sont associés à une cure de féculents.

Lambling a proposé une explication ingénieuse: tous les facteurs réunis dans la cure de féculents: jeûne préalable, suppression des protéiques, emploi de certains féculents présentés sous certains états, emploi du bicarbonate de soude "diminuent l'appel fait à la glande pancréatique, exocrine ou acinie et permettent à la glande endocrine ou insulaire d'augmenter sa masse, ce qui expliquerait pourquoi cette dernière serait alors en mesure d'intervenir plus puissamment par sa sécrétion interne dans le métabolisme des hydrates de carbone et d'améliorer par conséquent la tolérance du malade". M. Labbé n'a pas retrouvé les hypertrophies insulaires signalées par Lambling.

La **cure de pommes de terre** consisterait à donner cet aliment féculent en dehors de toute alimentation azotée carnée. Si quelques faits favorables ont été notés, ils sont relativement rares; en tout cas, ce serait une erreur grave, comme nous l'avons montré dans différentes publications, de permettre *ad libitum* à tout diabétique les pommes de terre sous prétexte qu'elles sont bien assimilées par certains malades.

La **cure d'avoine** de Norden comporte:

1<sup>re</sup> Phase.—Régime sans féculent.

2<sup>e</sup> Phase.—1 à 2 jours de "jours de légumes".

3<sup>e</sup> Phase.—3 à 4 jours du mélange suivant:

farine d'avoine . . . . .	250 gr.
beurre . . . . .	200 à 300 gr.
alb. végétale (riz) . . . . .	300 gr.
ou 5 à 8 œufs.	

4<sup>e</sup> Phase.—1 à 2 jours de "jours de légumes".

Norden a remplacé parfois la farine d'avoine par des bananes, une banane pelée pesant environ 90 grammes et renfermant 20 grammes d'hydrates de carbone.

La **cure de farines** de Blum ne diffère de la précédente que par la substitution, à la farine d'avoine, de farine de froment, sarrasin, orge, et par une quantité moins forte d'albumine azotée (50 à 75 grammes d'une albumine azotée végétale ou 5 à 6 œufs). Dans les

cas graves, Blum prescrit 100 grammes de farine pendant 1 à 2 jours, puis seulement 75 grammes en intercalant des jours de légumes.

Blum a insisté avec juste raison sur la signification de la restriction de l'aliment carné et azoté dans ces cures de farine.

La **cure de légumes secs** de M. Labbé comporte l'usage de pois, haricots, lentilles, 250 à 500 grammes, beurre 150 grammes, 5 ou 6 œufs très cuits, 5 ou 6 pains d'aleurone. Il estime que la restriction des albumines est plus importante que celle des graisses.

La **cure lactée**, anciennement préconisée par Bouchardat, est prescrite par Maurel de la façon suivante :

1<sup>re</sup> Période.—3 à 4 jours, 1750 gr. de lait.

2<sup>e</sup> Période.—1250 gr. de lait.

2 œufs.

pain, 50 gr.

3<sup>e</sup> Période.—Régime mixte ordinaire restreint (1 gr. par par kgr. pour les albuminoïdes,

4 gr. par kgr. pour les matières ternaires.)

M. Labbé associe à 2 litres de lait :

6 lit. 500 lait caillé.

100 à 200 gr. fromage.

100 à 200 gr. crème fraîche.

Café noir, thé, rhum.

20 à 40 gr., pain d'aleurone ou de gluten.

## 2° Cure de restriction absolue.

Nous en donnerons deux types: la cure de Guelpa; la cure d'Allen.

Naunyn prescrit le *jour de boissons* (eau et alcool, café, thé, bouillon) et Strauss donne en plus des amandes, des noix et des oranges.

**Cure de Guelpa.**— Elle consiste essentiellement dans une cure de jeûne absolu de quatre à cinq jours avec purgations quotidiennes (une bouteille d'eau de Montmirail tiède).

Le malade boira à volonté de l'eau ou des infusions chaudes. Pendant la cure d'inanition, le sujet restera au repos et à l'abri du froid.

A cette cure fera suite une semaine de régime lacté, 1 litre à 1 litre et demi, puis une nouvelle cure de jeûne de 3 à 4 jours suivie d'une à deux semaines de régime végétarien.

**Cure d'Allen.** — Cette cure n'est en réalité que la cure de Guelpa, mais sans purgation.

1° *Phase préparatoire.* — Le sujet ne sera pas mis d'emblée au jeûne absolu; il y sera amené progressivement afin de se conformer au principe fondamental: ne jamais provoquer des variations trop brusques dans le régime du diabétique consomptif.

Pendant 2 jours, on supprime les graisses du régime; pendant 2 jours, on supprime les albuminoïdes, puis on réduit de moitié les hydrates de carbone jusqu'à ne plus comprendre dans le régime qu'une quantité inférieure à 10 grammes d'hydrates de carbone.

Si le sujet paraît atteint d'une forme particulièrement sévère, on donnera 1 gramme d'hydrates de carbone par kilogramme de poids du corps et par vingt-quatre heures (jus d'orange, gruau, farine d'avoine).

2° *Phase de jeûne.* — Elle durera quatre jours.

Pendant cette période le sujet sera mis au lit, on le couvrira de vêtements de flanelle, on écartera toute excitation nerveuse. Joslin insiste sur la nécessité d'une surveillance constante par une infirmière expérimentée.

*Boissons.* — Le sujet devra ingérer 1 litre de boisson par chaque six heures. Ces liquides seront pris chauds et lentement: café, thé, bouillon à la viande très léger, eau. Par mesure de prudence, Joslin prescrit au début de la cure un lavement expulsif suivi, une demi-heure après, de la prise d'un lavement renfermant 500 centimètres cubes de sérum salé physiologique.

*Aliments.* — La cure de jeûne complet ne comporte aucun aliment. Allen et Joslin recommandent cependant, dans le cas où le sujet serait atteint de forme très grave, de tolérer 1 gramme d'hydrates de carbone par kilogramme de poids du corps et par 24 heures. Lorsque le patient n'a jamais subi la cure, on tolère 150 grammes de légumes à 5 p. 100 d'hydrates de carbone et une petite orange à chaque repas.

3° *Phase de réalimentation.* — Diverses éventualités sont à envisager:

a) *Si la glycosurie persiste à la fin des quatre jours de jeûne:*

On permet, pendant deux jours, 1 gramme de protéine et 0 gr. 50 d'hydrates de carbone par kilogramme de poids du corps; puis on prescrit à nouveau 3 jours de jeûne.

Si le sucre persiste toujours, on fera 4 jours de régime à 1 gramme de protéine, 1 jour de jeûne et progressivement on arrivera à 1 jour de jeûne par semaine.

b) *Si la glycosurie disparaît:*

1° On commence d'abord par chercher la *tolérance aux hydrates de carbone*, par prise de 5 à 10 grammes d'hydrates de carbone.

2° La tolérance hydrocarbonée obtenue, on cherche la tolérance aux *albuminoïdes* par prise de 15 à 20 grammes de protéines (blanc d'œuf, poisson, viande maigre, poulet).

3° Une fois obtenue celle (1 gr. 5 par kilogramme adulte; 2 grammes pour l'enfant dans la majorité des cas), on cherche seulement alors la tolérance aux *graisses*, par prise de 5 à 15 grammes. On arrête cet essai lorsque le patient cesse de maigrir ou reçoit dans son régime total 30 calories par kilogrammes de poids du corps.

On fera bien, d'après Allen, de prescrire chaque semaine un jour de jeûne quand la tolérance aux hydrates de carbone est inférieure à 20 grammes; quand elle est supérieure à ce chiffre, on se contentera d'un demi-jour de jeûne hebdomadaire.

c) *Si, après disparition de la glycosurie, celle-ci réapparaît à nouveau*, on fera une cure de jeûne (un jour ou plus — suivant la méthode indiquée plus haut).

### 3° *Critique des régimes précédents.*

**Cure de jeûne.** — Il semble au premier abord irrationnel de prescrire une cure de jeûne complet au diabétique acidotique, le jeûne déterminant à lui seul de l'acidose.

En réalité, Bénédic et Joslin ont montré que, dans le jeûne, il était exceptionnel de constater une forte acidose; en tous cas, celle-ci n'est pas progressive et tend plutôt à baisser à mesure que le jeûne se prolonge. M. et H. Labbé, Nepveux admettent un antagonisme véritable entre l'acidose du jeûne normal et celle du diabétique.

En étudiant avec Desgrez et Bierry les effets du jeûne, nous avons constaté que, chez les diabétiques acidotiques, les sujets les moins touchés, grâce à la privation d'aliments, arrivaient à utiliser et à détruire à ce moment même les corps acétoniques; au contraire, chez les sujets plus gravement atteints, le jeûne fait augmenter notablement l'excrétion de ces corps; il s'ensuit que les résultats du jeûne peuvent, chez les diabétiques acidotiques, fournir une donnée

intéressante. *A cela semble surtout se borner pour nous l'intérêt de la cure de jeûne.*

La cure de jeûne est mieux tolérée, nous a-t-il semblé, quand on la pratique suivant la méthode de Guelpa avec purgation. Peut-on la prolonger aussi longtemps que l'admettent Guelpa, Allen, Joslin. Nous n'avons pu, quant à nous, jamais dépasser trois jours, et bien souvent nous avons dû interrompre l'épreuve, les malades se plaignant de faiblesse extrême et refusant d'une façon absolue de continuer ce régime sévère.

Y a-t-il également intérêt à recommencer l'épreuve aussi fréquemment que le proposent Allen et même Guelpa ? Nous pensons que, pratiquement, on se heurte à de graves difficultés et nous n'oserions actuellement considérer comme *sans danger* une semblable manière de faire.

Le régime du jeûne absolu, suivi d'une alimentation d'abord hydrocarbonée, donne certainement, chez quelques sujets, de bons résultats.

Nous avons observé sous l'influence du jeûne la disparition du sucre, une diminution considérable des corps acétoniques urinaires et de l'ammoniurie, la disparition de la réaction de Gerhardt, en même temps qu'une amélioration très nette de l'état général.

*Cet effet est-il durable ? Peut-on véritablement parler guérison ? Nous ne saurions ici être affirmatif.* Pour notre part, nous n'avons **jamais observé** de véritable *guérison*, mais un simple retard dans l'évolution de la maladie.

L'action du jeûne n'est certainement pas *constante*; tous les sujets ne répondent pas de la même façon à la cure qui, pour certains, ne donne aucun résultat. C'est à cette conclusion qu'aboutit également M. Labbé.

Enfin, fait plus important, des *accidents graves peuvent survenir*; Joslin cite trois cas de mort par inanition, ses malades se sont éteints sans coma; sans doute donne-t-il des explications de ce fait et estime-t-il qu'en usant du lévulose on pourrait remédier à semblable événement. Quant à nous, nous avons observé une malade qui, présentant un diabète sans réaction de Gerhardt mais avec glycosurie persistante, malgré un régime sans hydrates de carbone, fut mise au jeûne pendant deux jours; immédiatement on vit apparaître la réaction de Gerhardt qui, malgré une reprise de l'alimentation féculente, continua à augmenter. Au bout de huit jours, la malade

ainsi chez certains sujets, en faisant varier alternativement la quantité de chacun des éléments de la ration, trouver cet optimum qui permettrait à l'organisme de brûler une certaine quantité d'hydrates de carbone et d'excréter au minimum les corps acétoniques. C'est l'obtention de ce rapport optimum entre les divers aliments qui constitue ce qu'on pourrait appeler la solution diététique de l'acidose (Desgrez, Bierry et Rathery).

### CONCLUSIONS

*Dans la pratique courante il est un certain nombre de préceptes diététiques qui doivent être toujours présents à l'esprit du praticien :*

1° Ne jamais supprimer les hydrates de carbone de l'alimentation, pas de cure stricte, surtout brusque.

L'organisme, comme l'ont montré Bénédic et Joslin, s'habitue à la longue, en partie au moins, à la présence d'acide *b*-oxybutyrique; il est plus grave de faire élever brusquement le taux des corps acétoniques par suppression brusque et momentanée des hydrates de carbone, que de supprimer ceux-ci lentement et pendant plus longtemps.

2° Eviter toute variation *brusque* dans le régime.

3° Eviter toute *suralimentation grasseuse et carnée*.

4° Faire subir au malade de temps en temps pendant 24 à 48 heures des cures de restriction globale (nous ne disons pas de jeûne total). Le jour de légumes (légumes verts, féculents à dose modérée, fruits) est excellent à condition qu'il ne soit pas aussi riche en graisse que le prescrivent les Allemands.

5° Chaque acidotique a son régime qui lui est propre. Il est à établir chez chaque sujet en ce qui concerne les proportions respectives de graisses, d'albuminoïdes et d'hydrates de carbone. Il faut chez chaque diabétique acidotique trouver le régime *équilibré* (esgrez, Bierry et Rathery).

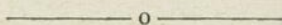
6° On tentera l'ingestion de lévulose à dose fractionnée concurremment avec de la levure de bière et du phosphate bicalcique ou un mélange de phosphate monocalcique et bicalcique (Desgrez, Bierry et F. Rathery).

7° La *cure alcaline* peut être tentée, mais elle ne saurait être considérée comme curative "de l'acidose"; elle remédie simplement à une des manifestations de cet état; elle n'exerce aucune influence

sur la formation même des corps acétoniques (Desgrez, Bierry et Rathery).

On ne la prescrira jamais à l'aveugle; une hypercalcinémie marquée n'est pas exempte de dangers. L'épreuve du bicarbonate de soude et la recherche du PH urinaire serviront de guide pour la juste appréciation de la quantité de bicarbonate de soude qui doit être ingérée par le patient.

Enfin dernière règle: "chez le diabétique acidotique tout est prétexte à coma", faute de régime, faute d'hygiène, abus médicamenteux.



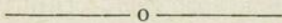
### Lubrifiants vs Cathartiques

Un gastroentérologue éminent, en étudiant les cathartiques, conclut.

- 1° qu'ils ne corrigent pas la constipation. Comme l'opium, il faut augmenter la dose pour obtenir des effets;
- 2° qu'un usage prolongé de cathartiques donne des hémorroïdes, du catarrhe gastrique et intestinal, de l'appendicite et de la toxémie intestinale;
- 3° que l'expérience démontre qu'ils donnent des fèces acides et par conséquent un dérangement de la physiologie intestinale et du métabolisme;
- 4° qu'en produisant des fèces ainsi liquides, les cathartiques les rendent plus absorbables et augmentent l'absorption des toxines;
- 5° qu'ils causent ainsi de la déshydratation et du déséquilibre dans la fonction acide-base de l'organisme.

Des autorités scientifiques ont prouvé qu'un lubrifiant guérit la constipation sans aucun des désavantages des cathartiques.

Le Nujol, le lubrifiant idéal, est la thérapeutique la plus exacte de tous les types de constipation. Le microscope a démontré qu'une trop grande viscosité ne pénètre pas les scybales et que le contraire donne de la diarrhée. Des épreuves cliniques sévères ont démontré que la viscosité du Nujol est physiologiquement adaptée au corps humain et en accord avec l'opinion des autorités scientifiques les plus reconnues.



## ANALYSES

*Les méfaits de la diète hydrique chez le nourrisson.* (Georges Schreiber, "Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", septembre 1925.)

Avec raisons Schreiber s'élève contre la pratique qui consiste à mettre à la diète hydrique tout nourrisson qui a de la diarrhée, que celle-ci soit ou non toxique. Instituée par Luton (de Reims), en 1874, la diète hydrique est devenue classique dans le traitement des affections gastro-intestinales aiguës graves; toutefois son emploi doit être surveillé de très près, car prolongée d'une façon intempestive elle conduit rapidement à l'inanition et souvent à la mort. Il en est de même du bouillon de légumes, considéré encore par certains médecins comme un véritable aliment et qui n'est en réalité qu'une diète hydrique camouflée".

Pour combattre les erreurs communes, dit l'Auteur, il importe de faire comprendre aux médecins et aux étudiants que les restrictions alimentaires ne doivent pas chez le nourrisson être prescrites à la légère et qu'il est nécessaire pour eux de se familiariser avec le maniement des aliments de régime du premier-âge, comme ils le font avec le traitement de la fièvre typhoïde ou de la syphilis par exemple.—Paul LETONDAL.

*A propos de l'action diurétique de la pyrole.* (H. Busquet. Cf. "La Presse Médicale", 6 janvier 1926.)

La pyrole, plante de l'Amérique septentrionale, jouit d'une grande faveur comme diurétique, en Angleterre. On l'emploie sous forme d'extrait fluide hydro-alcoolique à parties égales. C'est un liquide brun, sans odeur ni saveur désagréables, non toxique, d'absorption immédiate et d'élimination assez rapide.

Elle stimule le rein et influence non seulement la quantité d'urine sécrétée, mais aussi l'élimination des principes dissous (urée et chlorures).

Elle a l'avantage sur la théobromine de ne pas surcharger le sang en bases xanthiques, et de ne pas provoquer de céphalée.—Oscar VIAU.

*Néphrites chroniques azotémiques sans hypertension artérielle.* L. Bouchut & P.-P. Ravault. Cf. "La Presse Médicale", 16 janvier 1926.)

La néphrite chronique azotémique sans hypertension n'est pas exceptionnelle.

A l'autopsie, on peut trouver une hypertrophie cardiaque due à une myocardite hypertrophique probable, et des lésions étendues de sclérose rénale interstitielle, glomérulaire et artérielle.

L'hypertension n'est donc pas la condition nécessaire de l'hypertrophie du cœur.—Oscar VIAU.

## COURS COMPLÉMENTAIRES ET DE PERFECTIONNEMENT

### Chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu 1, place du Parvis-Notre-Dame.

Professeur: M. A. Gilbert — Agrégé: M. Maurice Villaret.

#### Cours complémentaires de vacances

Sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux.

Deux sortes d'enseignement de vacances ont lieu aux amphithéâtres Trousseau et Bichat, dans les salles de malades et dans les locaux spéciaux d'enseignement technique de laboratoire (salles Dieulafoy).

#### A.—Cours de révision.

Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique et élémentaire, aura lieu pendant les vacances de Pâques (du 29 mars au 10 avril 1926), sous la direction de M. Maurice Villaret, et avec la collaboration de MM. Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux; Lipmann, Jomier, Paul Descomps, Brin, Saint-Girons, Henri Bénard, Maréchal, Paul Blum, Tzanck, Fatou, Dumont, Mlle Tissier, Deval, Lagarenne, Durey, Dausset, chefs de clinique ou de laboratoire, et de M. Comandon.

Sujet: les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.

Durant deux semaines, il comportera 33 leçons et aura lieu 3 fois par jour (le matin avant 10 heures, le soir de 14 heures à 17 heures).

Programme succinct: Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un hépatique. — Notions cliniques récentes sur les ictères, sur la spirochétose ictérogène. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un gastro-entéropathe. — Notions générale de bactériologie pratique, de sérothérapie, de vaccinothérapie. — Notions récentes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la fièvre typhoïde, du paludisme, des dysenteries, du typhus exanthématique, par les procédés de laboratoire. — Notions récentes sur l'examen des épanchements pleuraux et ascitiques. — Comment on doit pratiquer l'examen d'un hémiplégique, d'un traumatisé cranio-cérébral, d'un blessé des nerfs périphériques, d'un paraplégique, d'un tabétique, d'une griffe psychonévrosique ou physiopathique. — Notions récentes, cliniques et thérapeutiques sur les affections cardiaques et vasculaires: nouvelles méthodes d'exploration de la tension artérielle veineuse et capillaire. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et de laboratoire d'une affection rénale. — Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocrines, sur l'hématologie, sur

la transfusion sanguine, sur le métabolisme basal, sur l'anaphylaxie et les chocs hémoclasiques. — Le diagnostic et le traitement des syndromes méningés, de l'encéphalite épidémique. — Notions élémentaires sur les nouveaux procédés de diagnostic et de traitement de la syphilis. — Notions pratiques élémentaires d'électro-diagnostic et d'électrothérapie, de radiologie, de kinésithérapie, de thermothérapie, d'hydrothérapie. — Démonstrations cinématographiques de biologie médicale.

Droit de laboratoire: 150 francs.

### B.—Cours de perfectionnement.

1° Premier cours de perfectionnement. — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les grandes vacances (du 28 juin au 10 juillet 1926), sous la direction de M. Maurice Villaret, et avec la collaboration de MM. Lardennois et Beaudouin, agrégés, chirurgien et médecin des hôpitaux; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Brin, Paul Descomps, Jomier, Saint-Girons, Henri Bénard, Dumont, Coury, Paul Blum, Mlle Tissier, Deval, chefs et anciens chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet: Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.

Durant deux semaines, il comportera 31 leçons (une le matin avant 10 heures, deux le soir, de 14 h. 30 à 18 heures).

Programme succinct: Manière d'examiner un hépatique. — Les syndromes résultant du vice de fonctionnement de la cellule hépatique: leur diagnostic clinique et de laboratoire. — Le syndrome ictère: cholémies et ictères dissociés; ictères par hyperhémolyse; ictères acholuriques; ictères toxi-infectieux, spirochétose ictérogène; l'ictère grave. — Le syndrome d'hypertension portale: troubles de la tension artérielle et veineuse, épanchements ascitiques, circulations collatérales, troubles du débit urinaire, hémorroïdes, splénomégalie, etc. — Les rapports du foie et du tube digestif en pathologie. — Le syndrome d'hypertension sus hépatique: le foie cardiaque. — Le foie syphilitique — Le foie dysentérique. — Le foie hydatique. — Le foie paludéen. — Le foie tuberculeux. — Le foie alcoolique. — Le foie cancéreux. — Le foie lithiasique; la lithiase biliaire. — Les cirrhoses biliaires. — Les cancers du pancréas. — Les acquisitions récentes sur la diététique, la cure hydrominérale, le traitement chirurgical au cours des maladies du foie et des voies biliaires. — Notions récentes sur la diagnostic clinique, la thérapeutique (insuline, etc.), et la diététique des diabètes sucrés.

Droit de laboratoire: 150 francs.

2° Deuxième cours de perfectionnement.—Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les grandes vacances (du 13 au 27 septembre 1926), sous la direction de M. Maurice Villaret, avec la collaboration de MM. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux; Leven, François Moutier, Lippmann, Paul Descomps, Henri Bénard, Saint-Girons, Dufour-

mentel, Dumont, Mlle Tissier, Deval, Lagarenne, Durey, chefs ou anciens chef de clinique ou de laboratoire.

Sujet: Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.

Durant deux semaines il comprendra 34 leçons dans les mêmes conditions que le précédent cours et sera suivi d'un voyage à Vichy.

Programme succinct: L'exploration (interrogatoire, chimisme-gastrique et duodéal, coprologie pratique, radiologie, oesophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie). — Les symptômes (part du système nerveux), aérophagie, hémorragies gastro-intestinales, vomissements, constipations diarrhéiques, dilatation et ptose, part du foie, des voies urinaires). — Les maladies (affections de l'oesophage; gastrites; syphilis stomacale; ulcus de la petite courbure, du pylore, du duodénum, et sa thérapeutique médicale et chirurgicale; cancer de l'estomac; appendicite aiguë et chronique; dysenteries; helminthiase; tuberculose intestinale; stase duodénale et intestinale chronique; occlusions intestinales aiguës; cancers des côlons; affections du rectum et leur traitement médical et chirurgical; colites, entéro-colite muco-membraneuse). — Les traitements généraux (agents physiques; rayons X, radium, diététique, crénothérapie).

Droit de laboratoire: 150 francs.

#### C.—Enseignement clinique de vacances.

Tous les matin, à 10 h. 30: Enseignement clinique au lit du malade par M. Maurice Villaret.