

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAÎSSANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLI

1er MAI 1912

No 5

MEMOIRES

UN CAS DE SYPHILIS MALIGNE (1)

Par le Dr GUSTAVE ARCHAMBAULT

Dermatologiste de l'Institut Bruchesi, assistant dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter ce soir une observation prise dans ma clientèle, qui m'a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Mde D... 25 ans, consulte le 12 mai 1911 pour des lésions secondaires syphilitiques.

Elle est malade depuis un peu plus de 2 mois, i.e. que son affection a commencé vers le 1er mars 1911.

Elle eut alors une petite ulcération à la vulve, diagnostiquée quelques jours après : chancre syphilitique : par un médecin Anglais qui lui fit aussitôt une injection de 606, dans les muscles de la fesse gauche.

Le chancre disparut assez rapidement, dans une dizaine de jours environ, malgré les douleurs atroces causées par l'injection d'arseno-benzol.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 9 avril 1912

Vers le 1er mai, i.e. 1½ mois après l'injection, les lésions secondaires firent quand même leur apparition, et augmentant d'intensité la malade vint consulter.

A l'examen, nous trouvons des lésions secondaires de l'aile du nez, de la joue gauche, des 2 jambes, du type ulcéro-croûteux (grands placards suintants et recouverts de croûtes brunâtres).

Les muqueuses buccales et vulvaires sont farcies de plaques érosives.

L'adénopathie est généralisée et la céphalée très violente.

A la fesse gauche, nous constatons une induration de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse à la palpation. (606 enkysté).

La malade, qui pèse 120 livres, présente un état général assez mauvais. Elle est abattue, anémiée, et ne se sent plus assez de force pour travailler. C'est une femme qui fait la noce et qui est intoxiquée depuis longtemps, probablement par l'alcool, sûrement par le tabac.

Nous lui faisons alors une série de 21 piqûres d'Enesol ; à la dose de 0 gr. 06 centigrammes, quotidiennes et lui administrons 2 grammes d'iodure potassium par jour.

Nous traitons localement les lésions spécifiques par des lavages au sublimé 1/1000 et la pommade au calomel.

Vers la fin de juin, i.e. après un mois de traitement, la malade va mieux. Les lésions, tout en n'étant pas complètement disparues, sont affaissées, ne suintent plus, en bonne voie de guérison en somme.

Nous la mettons au repos pour une semaine, et partant pour l'Europe, nous lui conseillons de continuer le traitement mercuriel pendant l'été.

2 jours après notre retour, i.e. le 22 août, la patiente revient nous voir, présentant encore les mêmes accidents du début.

Seulement elle est inquiète bien plus de sa bouche qui la fait terriblement souffrir. Elle me conte que le médecin qui l'a traitée pendant l'été, lui administrait de l'huile grise.

A l'examen, nous constatons que sa bouche est dans un état très sérieux. La muqueuse buccale est totalement enflammée, les gencives sont gonflées et saignantes, la douleur est vive, la langue est tuméfiée, blanchâtre, les dents sont recouvertes d'un enduit pulvéulent, fétide, la salive est très abondante.

Le diagnostic de stomatite mercurielle s'imposant d'emblée, nous bornons nos efforts à essayer de la désintoxiquer. Cet acci-

dent a failli l'emporter. Elle a fait de la diarrhée, puis des hémorragies intestinales, on a dû la transporter à l'hôpital, et ce n'est que le 16 septembre, i.e. 3 semaines après, qu'elle pût quitter la salle, ayant éliminé tout son mercure, mais cachectisée à l'extrême.

Fait curieux, les lésions spécifiques avaient entre-temps disparu.

Malgré les toniques, la maladie réapparaissait bientôt, et semblant avoir acquis plus de virulence, ou ayant trouvé un terrain moins résistant, prenait bientôt le type de la "vraie syphilis maligne"

Les accidents se multiplièrent, la plupart sous forme d'ulcères sanieux, fétides, creusant en profondeur, et recouverts de croûtes stratifiées brunâtres.

En octobre 1911, nous nous décidons à la remettre au mercure, et lui administrons quelques injections intraveineuses de cyanure, mais celles-ci causèrent de la diarrhée et furent très mal supportées. Les lésions, bien qu'influencées quelque peu, ne rétrogradèrent pas complètement.

En novembre, nous essayons l'hectine, et de novembre à mars i.e. pendant 5 mois, nous faisons 80 injections intra-musculaires, ainsi réparties :

- 20 piqûres d'Hectine " A "
- 5 " d'Hectargyre (abandonné parceque douloureux).
- 55 " d'Hectine " B ".

combinées à plusieurs cures d'iodure.

Or, Messieurs, pendant ce laps de temps, la malade fit des gommés multiples des cuisses et des jambes, qui s'abcédèrent pour la plupart, laissant de grandes cicatrices, souffrit de douleurs ostéo-périostiques au tibia gauche avec phlegmasie superficielle de l'os et empâtement, douleurs qui l'empêchèrent de dormir pendant plusieurs semaines. Jamais je n'obtins d'amélioration assez notable pour pouvoir penser que nous avions enfin pris le dessus sur la maladie.

C'est alors, au commencement de mars 1912, que nous crûmes de notre devoir de forcer presque la malade à accepter une injection de 606, ce qu'elle avait toujours refusé, ayant gardé le sou-

venir douloureux de la première en même temps que celui de son inefficacité.

A ce moment, nous pouvions constater :

A la lèvre supérieure : un syphilôme diffus ; ce que nous appelons le " leontiasis syphilitique " parceque la bouche des malades qui sont affligés de cette infirmité, ressemble vaguement au muffle du lion.

A la joue gauche : une syphilide ulcéro-croûteuse, suintante, de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Au tronc et aux bras : disséminés un peu partout, de larges plaques de syphilides ulcéro-croûteuses.

Aux cuisses : 7 gommés ulcérés.

A la jambe gauche : 3 gommés ulcérés, et 2 à la période de crudité. . .

A la bouche : plusieurs plaques muqueuses, et je crois bien, une gomme de la voûte palatine au début.

Aux organes génitaux : quelques condylômes syphilitiques.

Comme vous voyez, messieurs, cette malade qui ne pesait plus que 85 livres, cachectisée à l'extrême, qui répandait autour d'elle une odeur infecte, et cela malgré un traitement intensif et très énergique, paraissait devoir finir misérablement. Et en fait, quand nous lui fîmes du 606, j'étais absolument convaincu que cette femme mourrait bientôt de sa syphilis, si l'arsenobenzol n'avait pas d'effet.

Le 12 mars, nous lui injectons, avec le docteur Dupont, 0. gr. 40 centigrammes de 606, dans les veines — nous nous sommes servis de 150 l.c. de sérum 6/1000 hyperalcalin. A part la petite réaction ordinaire (céphalée légère, frissons multiples, quelques nausées, et une temp. de 100°) survenue quelques heures après l'opération et qui ne dura pas, la malade a très bien supporté l'injection.

Le lendemain matin, i.e. 16 heures après, elle se levait, venait à mon bureau, pour m'annoncer qu'elle avait bien dormi, très heureuse de ne ressentir aucune douleur.

Je savais, messieurs, que la syphilis maligne est le triomphe du 606, et cependant j'ai été renversé par la rapidité avec laquelle

les lésions se sont détergées (4 jours après, la sécrétion était tarie) et ont guéri.

Une semaine après, les gommés ulcérées étaient cicatrisées presque complètement, les autres étaient résorbées. D'ailleurs aucune de ces dernières ne s'est abcédée. Les syphilides ulcéro-croûteuses laissaient tomber leurs croûtes, et l'épiderme sous-jacent était rouge, luisant, mais guéri.

Il va sans dire que les plaques muqueuses et les condylômes avaient suivi l'exemple ; le leontiasis a été le seul à résister plus de l'embonpoint, qui se sentait renaître à la vie, comme elle disait elle-même, pût commencer à travailler.

Ce fut sa première journée de travail depuis 8 mois.

J'ai revu cette malade il y a quelques jours, et elle ne présente plus aucune lésion en activité, excepté peut-être son syphilôme de la lèvre supérieure.

Je lui ai conseillé une nouvelle injection d'arseno-benzol, et j'espère qu'en continuant cette médication, nous allons réussir à lui sauver la vie.

Voici, Messieurs, cette observation résumée. Il y a certains points sur lesquels je voudrais insister, parce qu'il m'ont paru tout particulièrement intéressants.

D'abord la question de syphilis maligne.

Cette syphilis qui a menacé la vie de cette femme et qui la tuera peut-être, je sais où elle l'a contractée, je connais son étiologie.

Son amant est l'homme qui l'a infectée, et la syphilis de ce dernier, j'ai pu la suivre du début jusqu'à aujourd'hui.

Il a eu d'abord un chancre en janvier 1911 que j'ai diagnostiqué avec l'ultramicroscope.

Ce chancre à tendance ulcéreuse a guéri en 3 semaines avec une injection de 0.60 centigrammes de 606, que je lui ai faite dans la peau, entre les deux épaules. Entre parenthèses, c'est ce patient qui m'a décidé à abandonner la technique des injections sous-cutanées d'arséno-benzol. J'ai eu avec lui des ennuis tels que j'ai cru pour un temps ne pas pouvoir le débarrasser du kyste que l'injection avait produit.

Ce kyste, ligneux, dur comme du bois, et dont je ne pouvais délimiter les contours avec la pomme de ma main, excessivement douloureux, a duré plus de 3 mois. J'ai essayé, avec un trocart, de trouver du pus, en dessous de cette masse ligneuse et je n'ai

jamais trouvé. Je crois tout de même que les quelques explorations que j'ai faites ont infecté le kyste, qui a guéri seulement lorsque les muscles dorsaux se sont éliminés, nécrosés. A part sa roséole, quelques plaques muqueuses, et un début d'iritis avec syphilôme de l'iris en octobre 1911, 10 mois après le début de la maladie et qui a guéri en 3 semaines avec l'enesol, ce malade n'a rien présenté de spécial.

C'est un jeune homme de 29 ans, vigoureux, très bien constitué, qui ne fume jamais, et qui n'a non plus jamais goûté à l'alcool.

J'ai donc pu suivre jour par jour l'évolution de ces deux syphilis, dont le virus était le même.

La différence d'évolution de la maladie, la malignité chez la femme intoxiquée, la bénignité chez l'homme sain jusqu'alors, sont un argument en faveur de ceux qui croient que la syphilis est maligne, pas tant parce que le germe est virulent, que parce que le terrain sur lequel il cultive n'est pas résistant, est apte à aggraver n'importe quelle infection.

Ici, il ne fait aucun doute que c'est le terrain plus que le virus qui a fait la syphilis maligne.

Il y a ensuite l'intoxication mercurielle qui est intéressante dans cette observation.

Cette intoxication, tellement intense qu'elle a pu causer jusqu'à des hémorrhagie intestinales et qui a failli emporter la malade, a fait son apparition alors que la patiente était en période active de syphilis et présentait de multiples lésions.

Quand la malade quitta l'hôpital, 3 semaines après le début de cette intoxication, guérie de ce dernier accident, les lésions syphilitiques si tenaces et si difficiles chez elles à guérir, avaient complètement disparu. La patiente était blanchie.

Je me rappelle avoir lu que les anciens syphiligraphes, quand ils prescrivaient le mercure, ordonnaient toujours d'en continuer l'usage jusqu'à la salivation, alléguant que c'était le seul moyen d'avoir un résultat satisfaisant.

Sans vouloir discuter ici le mérite de cette méthode, il est certain que chez la malade qui nous occupe, le mercure qui empoisonnait l'organisme a continué d'agir quand même sur les tréponèmes, et a guéri les lésions syphilitiques, tout en intoxiquant la malade.

Il y a enfin, Messieurs, un troisième point plus intéressant encore, plus important il me semble, et sur lequel je désirerais in-

sister tout particulièrement : c'est l'action merveilleuse du 606, dans un cas où toutes les médications classiques, par le mercure, par l'hectine, par l'iodure de potassium, avaient complètement échoué.

Il est bon, puisqu'on discute encore en certains milieux sur la valeur réelle de l'arsénobenzol, que chacun apporte tous les faits à sa connaissance, et contribue ainsi dans la mesure de ses faibles moyens, à élucider une question d'une si haute importance.

Je fais du 606 depuis plus d'un an, et je suis devenu très enthousiaste de cette méthode. Je ne dis pas avoir guéri mes malades en leur injectant le médicament d'Erlich (je n'ai jamais promis de guérison), mais ce dernier s'est montré un si bon et si rapide cicatrisant, la technique est si simple, l'injection est si bénigne, que je crois de mon devoir de m'en servir chaque fois que je le puis.

Dans la statistique que je publierai bientôt, vous verrez que je n'ai jamais eu un seul accident, vous lirez que j'ai injecté 3 malades, porteurs de chancres syphilitiques contrôlés par la clinique et l'ultramicroscope, déjà depuis plusieurs mois, et qui n'ont pas encore présenté d'accidents secondaires, vous apprendrez que toujours, chez les autres malades injectés, j'ai eu un résultat satisfaisant. Suivant le conseil des syphiligraphes Français, je fais maintenant des séries d'injections chez le même malade. Celles-ci, toujours intraveineuses, sont faites avec des doses initiales de 0.30 à 0.40 centigrammes répétées 2 à 3 fois dans le même mois ; je me sers d'un sérum à 5/1000, préparé le jour même de l'opération, et rendu hyperalcalin par l'adjonction de soude, — au moment de l'injection. —

J'ai ainsi de meilleurs résultats encore, et la faible réaction qui suit généralement l'injection se réduit à presque rien.

On a souvent parlé de mort à propos du 606. Or, les quelques cas qu'on a pu réunir et qui ont été rapportés dans les sociétés médicales du monde entier ont été analysés. A part 2 ou 3 dont la cause n'a pu être trouvée, tous ont été expliqués, soit par un défaut de technique, soit par une trop forte dose, soit encore par une injection faite chez un sujet qui présentait des contre-indications bien précises. Et le nombre d'injections faites dépasse aujourd'hui le million.

Personne ne pense à ne plus se servir du chloroforme, dont la

statistique de morts donne 1 mort sur 2000 cas, et cependant cette statistique est bien plus terrifiante que celle du 606.

Et pour terminer, Messieurs, m'adressant aux médecins peu convaincus de l'efficacité du 606, comme moyen curatif de la vérole, je leur dis ceci :

Il est hors de doute aujourd'hui qu'un chancre syphilitique guérit en 8 jours environ avec le 606, alors qu'il prend 30 à 40 jours pour disparaître avec le mercure ; il est certain aussi que le chancre syphilitique est un foyer de contagion des plus dangereux, et que les porteurs d'une telle lésion, laissés dans la circulation, sont une source de nouvelles syphilis, semant partout l'affreuse maladie.

Si le 606 détruit, brûle je pourrais dire, ce foyer de tréponèmes si contagieux, 5 à 6 fois plus vite que le mercure, ne croyez-vous pas que c'est suffisant pour qu'on se serve de ce moyen chaque fois que l'occasion s'en présente, ne croyez-vous pas que c'est un progrès immense réalisé dans la lutte contre la vérole.

Ce qui s'applique à l'accident primaire, s'applique encore mieux aux plaques muqueuses qui disparaissent en 3 à 4 jours avec le 606, et à tous les accidents eutanés, les plus contagieux, les seuls presque qui sont la cause de contamination. Ne croyez-vous pas que ces seuls faits soient suffisants pour donner la supériorité à l'arsénobenzol sur tous les autres médicaments antisiphilitiques, et ne vaut-il pas mieux empêcher la syphilis de faire de nouvelles victimes, plutôt que d'essayer à guérir celles-ci.

UN CAS DE SPINA BIFIDA

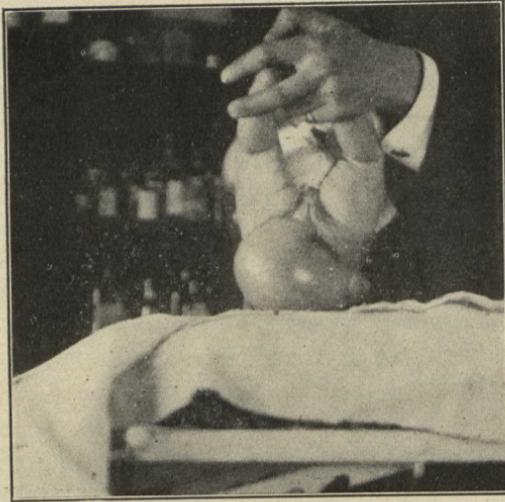
par le Dr LA PORTE
de Grand Falls N. B.

Le 17 mars au soir je fus appelé auprès d'une femme pour un accouchement. J'avais affaire à une pluripare à son quatorzième. Tous ses accouchements antérieurs dont un gémellaire ont été normaux. Elle est âgée de quarante ans et a toujours joui d'une bonne santé. Quand j'arrivai à la parturiente il était temps, les tranchées se succédaient à des intervalles très rapprochés et de la manière qu'elle "poussait" tout indiquait que l'enfant était dans

le vagin. Je recommande à la parturiente de se retenir un peu si elle pouvait et je me désinfecte les mains. Je fais un toucher et sachant que j'avais affaire à une présentation Occipito Iliaque Gauche Antérieure, je crève la poche des eaux. En deux tranchées elle accouche de la tête, les épaules passent de même sans difficulté. L'accouchement s'effectua normalement jusqu'à l'ombilic. A ce moment l'enfant s'arrêta net dans sa sortie, malgré les grands efforts de la parturiente. Tout de suite je donnai du chloroforme et envoyai chercher un confrère. La parturiente fut vite endormie et je pus faire un examen qui ne me révéla qu'une chose, soit : une dystocie du côté de l'enfant. Cet examen vaginal ne me révéla rien d'exact, ayant juste assez de place pour faire pénétrer mon index. Ce que je sentis à la partie postérieure de pubis fut une masse énorme et dure qui était comme on pourrait dire moulée sur ces Pubis. Du côté postérieur je sentis deux petites masses ovales accolées qui correspondaient très bien à la face antérieure des cuisses. L'examen extérieur ne me révèle rien de positif et je suis embarrassé pour le diagnostic. Pendant tout ce temps le petit enfant entre les jambes de sa mère respire comme un étouffé. Comme la femme était endormie, assez solide, et qu'elle commençait à perdre un peu de sang je me résolus de faire des tractions sur la tête quitte à disloquer la colonne, et j'en fis pendant près de vingt minutes. A la fin et à la force je sentis que l'enfant gagnait peu à peu du terrain et dès que cette masse fut bien engagée le tout s'expulsa dans un clin d'œil. Je ligaturai un cordon qui ne battait plus et me mis en devoir d'extraire le placenta, la femme faisant de l'hémorrhagie. Après l'extraction je donnai une bonne douche chaude et du massage. Voilà ce que je faisais quand arriva mon confrère le Dr Lorenzo Chapman. Je lui donnai ma place auprès de la malade et me reposai un peu. Après une heure de massage, n'entrevoiyant plus de danger quant à l'hémorrhagie, la femme étant bien éveillée nous la laissâmes se reposer et allâmes examiner l'enfant.

C'était une fille pesant environ dix livres et demie, mesurant vingt pouces de longueur et conformée normalement excepté qu'à la partie postéro-inférieure du dos se trouvait une masse semblant être la continuation du corps. Cette masse de consistance solide mesure diamétralement six pouces, d'une hanche à l'autre en tournant la masse dix pouces et trois quarts et comme circonfé-

rence treize pouces et demi. Sur la face latérale gauche se trouve une grosse vésicule, à enveloppe très mince, et remplie d'un liquide transparent. Le rectum porté en avant se trouve horizontal quant à la partie antérieure du corps. Le pli fessier n'existe pas.



Le lendemain le père m'apporta l'enfant mourant à mon office. J'appelai aussitôt le Dr Chapman et l'enfant venant de passer nous nous décidâmes d'ouvrir cette masse devenue quasi fluctuante. Nous fîmes une large incision transversale de la peau qui était tapissée par une couche de sang caillé d'environ un demi-pouce d'épaisseur. Nous enlevâmes ce sang. Juste au-dessous se trouvait une autre peau blanchâtre et mince ressemblant beaucoup au tissu méningé. Nous incisons. Par l'ouverture s'écoule une certaine quantité de liquide semblable au liquide céphalo-rachidien. En introduisant la main dans la cavité je trouvai accolé sur la hanche gauche une certaine quantité de tissu jaunâtre, friable, qui par sa structure macroscopique ressemble beaucoup à du tissu sarcomateux. Je poussai plus loin l'exploration et recherchai s'il n'y avait pas de communication avec le canal vertébral. Je trouvai une ouverture à la partie antérieure du sacrum, ouverture assez grande où je pus faire pénétrer mon index jusqu'à la deuxième phalange. Le coccyx n'existait pas. A part quelques filets nerveux qui sortaient de ce trou et tapisaient la partie interne de l'enveloppe interne c'est tout ce que je

notai. Voilà, au plus juste que je puis le faire, l'histoire de ce cas. D'après Ribemont Dessaignes et G. Lepage (page 1015), je trouve que j'ai eu affaire à une tumeur fœtale excessivement rare et comme telle je tiens à en rapporter le cas.

S'il y avait eu moyen de garder l'enfant pour en faire une dissection minutieuse je l'aurais fait et peut-être aurais-je pu donner une meilleure description du cas, mais le père s'y est opposé et je dois me contenter du peu que j'ai pu observer pour rédiger l'histoire de ce cas.

INTERETS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU FEU BILL DES REBOUTEURS

Le Bill des rebouteurs passe dans le domaine public depuis la dernière session. Nous l'y suivrons. Un correspondant anonyme a publié dans "Le Devoir" du 16 avril dernier, l'article suivant. Je tiens à mettre la question devant le public médical afin de le renseigner et de lui permettre d'apprécier la conduite de certains députés qui posent au désintéressement en prenant, *sur la même question*, des attitudes absolument opposées suivant les circonstances...

Voici ce qu'écrit mon interlocuteur, qui doit être un *naïf*, si j'en juge par sa façon d'envisager cette question.

CE PRETENDU BILL DES REBOUTEURS

Des Faits et des Textes.

"La législature de Québec a-t-elle été saisie, au cours de la dernière session, d'un bill à l'effet de légaliser la pratique des rebouteurs ?

C'est bien ce que croient très sincèrement beaucoup de braves gens, surtout parmi les membres de la profession médicale.

Ainsi, la Société Médicale de Montréal a cru devoir protester contre ce bill monstrueux, au moyen d'une résolution très énergique, en date du 20 février dernier. Nous trouvons le texte de

cette résolution dans "L'Union Médicale du Canada," livraison du 1er mars 1912, où M. Galipault, député de Bellechasse, est particulièrement pris à partie par M. Albert LeSage :

" 1. — Attendu qu'un bill, dit bill des rebouteurs est actuellement devant la Législature Provinciale, pour donner à ceux-ci le droit d'exercer la médecine ;

" 2. — Attendu que les rebouteurs demandent par là l'exercice d'un privilège irraisonnable ;

" 3. — Attendu que la Profession Médicale a le devoir non seulement d'envoyer les maladies, mais encore de protéger le public contre l'exploitation des faux guérisseurs ;

" La Société Médicale de Montréal proteste avec la plus grande énergie contre la présentation du dit bill, et prie tous les membres de la Chambre d'Assemblée et du Conseil Législatif de s'opposer à l'adoption de cette loi à la fois rétrograde, injuste et dangereuse. "

D'autres associations médicales de la province ont aussi protesté, et, dans certains quartiers, on a voué à l'exécration de la Faculté les députés qui s'étaient oubliés jusqu'au point de voter pour cette mesure " rétrograde, injuste et dangereuse. "

Eh bien, le croirait-on ! toutes ces protestations portaient à faux, car personne n'a proposé, cette année, à la Législature, de légaliser la pratique des rebouteurs, ou de " donner à ceux-ci le droit d'exercer la médecine. "

M. Lafontaine, député de Maskinongé, a proposé de modifier la loi médicale de façon que l'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, ou de l'obstétrique soit puni, dans tous les cas, d'une amende n'excédant pas deux cents piastres.

La loi qu'il voulait amender impose une pénalité n'excédant pas cinquante piastres pour une première offense, et de pas moins de cinquante, ni de plus de deux cents piastres pour tout offense subséquente.

Voilà donc tout ce que proposait M. Lafontaine, à ce sujet.

Mettons en regard l'un de l'autre le texte de la loi existante et celui de l'amendement proposé :

LOI EN VIGUEUR

"4971. Toute personne non enregistrée dans cette province, qui est trouvée coupable d'y avoir exercé la médecine, la chirurgie, ou l'obstétrique, en

contravention avec les dispositions de la présente section, encourt une pénalité n'excédant pas cinquante piastres pour une première offense, et de pas moins de cinquante piastres ni de plus de deux cents piastres pour toute offense subséquente.

"Cette disposition ne s'applique pas aux services rendus gratuitement par des personnes qui, à raison de leur état, peuvent, dans des circonstances spéciales, faire certains actes qui, autrement, tomberait sous le coup de la présente section."

BILL LAFONTAINE

"4971. Toute personne non enregistrée dans cette province, qui est trouvée coupable d'y avoir exercé la médecine, la chirurgie, ou l'obstétrique, en contravention avec les dispositions de la présente section, encourt une pénalité n'excédant pas deux cent piastres. (1)

"Cette disposition ne s'applique pas aux services rendus gratuitement par des personnes qui, à raison de leur état, peuvent, dans des circonstances spéciales, faire certains actes qui, autrement, tomberaient sous le coup de la présente section.

"Les articles 1112 et 1151 s'appliquent à toute action ou poursuite basée sur les dispositions de de paragrapp'e."

Le dernier alinéa du bill Lafontaine se rapporte simplement à la procédure devant les tribunaux et n'intéresse que les avocats.

Où trouve-t-on, dans ce bill, la législation de la pratique des rebouteurs, ou le droit pour eux "d'exercer la médecine" ?

Ce bill peut être discutable, comme toute autre mesure, mais il n'est sûrement pas le monstre que l'on a représenté. Sa seule portée, c'est de hausser le maximum de l'amende pour la première offense, et de faire disparaître le minimum pour les offenses subséquentes. Il n'y a rien de subversif ni de dangereux là-dedans. Nos statuts foisonnent de dispositions conçues de cette façon, même ceux de la session qui vient de finir.

Mais, sait-on que cette partie-là du bill Lafontaine est extraite, mot par mot, du bill de refonte de la loi médicale que les délégués du Collège des Médecins ont eux-mêmes fait adopter par l'Assemblée Législative, en 1909, et que le Conseil Législatif a ensuite modifié, *proprio motu*, conformément au texte ci-dessus cité ? (Voir bill 168 tel qu'adopté par l'Assemblée Législative).

Sait-on que les dispositions du bill Lafontaine ont été votées unanimement par l'Assemblée Législative, à la session de 1911, et seraient devenues loi, si le Conseil Législatif les eût aussi adoptées ?

Alors, pourquoi les indignations et les protestations de cette année ? — Oui pourquoi ?

— Peut-être n'avait-on pas lu le bill de M. Lafontaine.

JACQUES DESCHAMPS.

(1) Dans le premier cas la loi fixe le montant de l'amende ; dans le bill Lafontaine cet item est laissé à la discrétion du juge. Ne saisissez-vous pas la nuance ? "une piastre ou 8 jours." Vous connaissez la formule. A. LeSage.

— A cette correspondance, je répondis par l'article suivant dans "Le Devoir" du 19 avril.

A PROPOS DE FEU LE BILL DES REBOUTEURS

"Dans le Devoir du 16 avril courant, M. Jacques Deschamps essaie de justifier l'attitude de certains députés qui ont appuyé de leur vote le bill Lafontaine, dit "bill des rebouteurs."

I. — A l'appui de son opinion, il cite l'article 4971 de notre loi médicale :

LOI EN VIGUEUR.

"4971. Toute personne non enregistrée dans cette province, qui est trouvée coupable d'y avoir exercé la médecine, la chirurgie, ou l'obstétrique, en contravention avec les dispositions de la présente section, encourt une pénalité n'excédant pas cinquante piastres pour une première offense, et de pas moins de cinquante piastres ni de plus de deux cents piastres pour toute offense subséquente.

"Cette disposition ne s'applique pas aux services rendus gratuitement par des personnes qui, à raison de leur état, peuvent, dans des circonstances spéciales, faire certains actes qui, autrement, tomberaient sous le coup de la présente section."

—Et, à côté, le bill Lafontaine, conçu à peu près dans les mêmes termes moins la nuance que j'ai signalée au bas de la page 261 avec, *en plus*, un dernier aliéna, qui se lit comme suit :

"Les articles 1112 et 1151 s'appliquent à toute section ou poursuite basée sur les dispositions de ce paragraphe."

"Le dernier alinéa, dit-il, se rapporte simplement à la procédure devant les tribunaux et n'intéresse que les avocats.

II. — Il affirme "que les dispositions du bill Lafontaine ont été votées unanimement par l'Assemblée législative, à la session de 1911, et seraient devenues loi, si le Conseil Législatif les eût aussi adoptées."

III. — Enfin, il termine par ces paroles :

"Peut être, n'avait-on pas lu le bill de M. Lafontaine."

En réponse, je me permettrai de demander à M. Deschamps pourquoi, si le bill de M. Lafontaine est extrait, "mot à mot" de

notre loi médicale, on a voulu le soumettre de nouveau à l'approbation de nos deux corps législatifs ? On a pris ce moyen afin de pouvoir insérer le dernier alinéa, qui permet de simplifier la procédure ; de choisir quand la chose est possible un tribunal absolument *bon enfant* ; et surtout de réduire les frais de contestation à une somme dérisoire. (1) C'est tout simplement, une mesure tendancieuse faite dans le but déguisé de protéger autant que possible les charlatans qui tombent autrement sous le coup de la loi commune. C'eût été l'encouragement à la récidive, et plus tard, la tolérance parfaite. C'est pour cette raison que nous nous y sommes opposés avec énergie.

D'ailleurs, ce bill n'a été adopté que parce que nous y avons été forcés, l'année dernière.

M. Tourigny, en 1911, avait présenté une mesure dans laquelle il demandait que l'article 4971 des Statuts refondus ne "s'applique pas aux rebouteurs notoirement connus comme tels." Nous avons protesté, mais nous n'avons réussi à le faire renvoyer au comité de législation que par 36 contre 25. Demandez des détails au Dr Morisset, député de Dorchester.

A ce moment, plutôt que de perdre la partie, nous avons accepté certains amendements, afin de sauver le principe. Voilà pourquoi nous avons abandonné la lutte à l'Assemblée, afin de concentrer tous nos efforts au Conseil législatif. Et, heureusement, nous avons gagné notre point.

Donc, M. Deschamps, quand vous écrivez que "les dispositions du bill Lafontaine ont été votées unanimement par l'Assemblée législative, à la session de 1911", vous ne dites pas toute la vérité.

(1) **ARTICLE 1112** Toute action ou poursuite peut être, au choix du poursuivant, intentée devant la Cour de circuit, mais sans droit d'évocation à la Cour supérieure, ou devant deux juges de paix du district judiciaire, ou devant le juge des sessions de la paix, ou devant la Cour du recorder ou le recorder, ou devant le magistrat de police, le magistrat de district ou tout autre officier ayant les pouvoirs de deux juges de paix, sujet aux dispositions de l'article 70^s du Code criminel.

Pour les fins du présent article toute chose nécessaire pour l'exécution des dispositions de la présente section au sujet des poursuites contre les contrevenants, y compris la signature des assignations et mandats d'arrestation et les ajournements accordés, peut être faite par un seul juge de paix, sauf ce qui a trait à l'audition et au jugement qui sont régis par les dispositions des articles 1144 à 1150, tous deux inclusivement. 63 V., c. 12, s. 169 ; 8 Ed. VII, c. 19 s. 23.

ARTICLE 1151 Dans toutes poursuites ou actions intentées devant la Cour de circuit, les honoraires du greffier de ce tribunal, de l'avocat et de l'huissier sont les mêmes que ceux qui sont présentement alloués dans le tarif des honoraires pour la classe d'action de vingt-cinq à quarante piastres.

Enfin, lorsque vous insinuez, en terminant, que nous n'avons probablement pas lu le bill Lafontaine, vous voulez vous payer la tête de vos lecteurs.

Nous l'avons lu, même entre les lignes, et nous avons, surtout, bien compris où l'auteur de cette mesure voulait nous conduire.

Nous avons décliné l'offre de ce nouveau Cicerone. S'il veut parler en notre nom, qu'il demande d'abord notre autorisation.

En attendant, nous sommes satisfaits, dans les circonstances, de notre loi sur ce point. A une majorité de 14 voix, l'Assemblée législative a refusé, cette année, d'appuyer les prétentions de M. Lafontaine. Et elle a bien fait. A qui fera-t-on croire que tous ces bills étranges sont conçus dans un véritable esprit public ?

Pas à nous, sûrement, ni au public éclairé. L'intérêt particulier, et dans ce cas-ci, l'intérêt politique local le plus détestable et le plus rétrograde anime seul ces mesures inopportunes.

Le Collège des Médecins, et avec lui tous ses membres se sont toujours opposés à toute législation tendancieuse dans ce sens, parce qu'il y a là une question *d'intérêt public*.

Quoi qu'on dise, nous ne prêchons pas *pro domo*, car, chaque fois que nous sommes appelés à donner nos soins — dans nos hôpitaux ou ailleurs — à ces victimes des pratiques odieuses de certains charlatans, nous agissons pour le mieux, gratuitement ou non, suivant les circonstances.

Dans les deux cas, c'est le public qui perd, non les médecins. Souffrez donc, monsieur, qu'on le protège contre lui-même et contre eux.

DR ALBERT LESAGE.

Et maintenant jugez, chers confrères...

Dans quelque temps, je mettrai devant vos yeux des chiffres et des textes qui constituent des faits plus éloquents que les belles paroles de députés en quête de votes.

Je n'aime pas les gens qui quêtent avec des sacs à double fond. Que les médecins exigent de la part des candidats une attitude nette sur ce point. Pas de préjugés ; mais de la politique saine, éclairée et progressive.

A. L.

NOUVELLES

JUBILE DE MONSIEUR LE DR A. M. RIVARD, DE JOLIETTE

Le 25 mars dernier, les médecins du district de Joliette, au nombre d'environ vingt-cinq, se groupaient autour de leur ancien confrère, M. le Dr Rivard, pour fêter son cinquantenaire professionnel ; et à ce sujet, l'Association médicale offrait à ses membres, en l'honneur de leur vieil ami, un charmant banquet, à l'hôtel Windsor. La salle bien décorée, les tables surchargées, la musique admirablement rendue, les santés, les discours jaillissant des cœurs comme les fleurs au printemps, firent oublier pendant quelques heures les laideurs de la vie canadienne, les déboires, les amertumes que trop souvent le médecin ne peut éloigner de son cœur, de ses lèvres.

C'était tout joie, que d'entendre les spirituelles et heureuses remarques des Dr Barolet, Bernard, Lavallée, Sheppard, Laporte, Gaudet Pelletier, etc., les joyeuses chansonnettes de MM. Beaudoin, Dr Bernard et Dr Archambault. Nous reproduisons ici la réponse de M. le Dr Albert Laurendeau, à la santé de leur vieux camarade et de la profession : il croque sur le vif quelques types vécus de médecins.

Monsieur le Président, Mes honorés Confrères,

“Homines ad deos nulla re propius accedunt, quam salutem hominibus dando” (Cicero in pro Marcello).

“Les hommes n'approchent jamais plus près de la divinité, que lorsqu'ils conservent la santé aux autres hommes.” *Cicéron.*

Vous savez Messieurs en quelle estime nous tenions Cicéron sur les bancs du collège, malgré que ce fameux rhéteur ait été à la fois avocat et politicien, — ce qui pourrait peut-être induire à croire que chez les anciens, la politique et la pratique de la loi allaient de pair avec l'honnêteté et la droiture, — si donc Cicéron a dit vrai, notre ancien et sympathique confrère le Dr Rivard à qui nous présentons nos hommages, doit indubitablement toucher la divinité, car depuis plus d'un demi-siècle, que sans relâche, sans repos, il s'acharne à “conservé la santé aux autres hommes”.

Je regrette qu'ici, au Canada, l'on ne reconnaisse pas officiellement comme on le fait en Europe, les services rendus à la société, par les vétérans de notre profession. En France, la République reconnaissante à ceux qui l'ont bien servie, décore ses anciens ser-

viteurs. En Allemagne, où l'on pousse la passion de la science, jusqu'à la placer à la hauteur d'une divinité, l'on fait encore plus : quand un médecin a la chance d'atteindre son cinquantenaire professionnel, alors le gouvernement lui décerne des titres honorifiques comme en France, et en plus, l'Empereur lui fait remettre un "diplôme jubilaire" signé de la main propre de sa Majesté.

Ici, Messieurs, dans un pays jeune, où tout nous presse, où tout nous pousse, nous n'avons pas encore eu le temps de songer à classer les mérites, à récompenser les dévouements comme il convient ; le Gouvernement a trop à faire, pour distribuer des couronnes, des titres honorifiques, le côté matériel accapare trop ses activités, ses ressources pour qu'il ait le temps de songer à récompenser, à honorer ceux qui ont bien mérité de leurs concitoyens ; — toutefois si nous pouvons regretter ici l'absence de mandataires officiels, de représentants de l'autorité, qui auraient donné à cette fête un cachet d'une plus haute portée, nous pouvons nous consoler, en songeant que les initiatives privées sauront suppléer à l'insuffisance des pouvoirs. Au lieu de la reconnaissance officielle, souvent sèche par le cœur se manifeste alors par des lois, des décrets, des ordonnances, vous pourrez jouer mon cher Confrère, de la reconnaissance vive, spontanée, de la sympathie qui part du cœur de vos amis, lesquels serrent leurs rangs autour de l'ancien, de l'amphitryon aimé, que nous fêtons aujourd'hui.

Ne vous offensez pas, cher et ancien confrère, si nous profitons de ce jour, que peu d'entre nous sans doute auront la satisfaction d'atteindre, — car le labeur de chaque jour et de chaque nuit est tellement accablant, épuisant, que rares sont ceux qui ont l'heure d'atteindre votre verte vieillesse, — ne vous offensez pas dis-je, si nous profitons de cette circonstance publique pour vous dire que nous vous estimons, que nous vous admirons pour votre vie droite, honnête dans vos rapports avec le public ; d'efforts de travail pour votre conscience, pour votre famille ; toute d'urbanité, de rectitude vis-à-vis vos confrères.

J'appuie sur cette dernière qualité : elle est assez rare dans nos petites villes, dans nos villages, dans nos campagnes, où la compétition est souvent ardente, le désir de réussir un peu âpre, où les contacts fréquents et obligés, amènent parfois des frictions et aiguïsent les angles au lieu de les émousser, — vous avez su vous, au cours de votre longue carrière, vous faire des amis de tous ceux

qui vous ont connus ; vous avez sù triompher de la nature animale qui est en nous, pétrie d'orgueil, de susceptibilité, d'amour propre, d'égoïsme. Combien parmi nous résistent à la tentation d'amoindrir un confrère qui mange au même gâteau que nous, en faisant connaître au public les erreurs de diagnostic, les fautes de traitement, etc., qu'il a commises.

Permettez-moi à ce sujet de vous croquer sur nature, quelques-uns de ces types de médecins qui pèchent trop souvent par calomnie, par médisance, ou même seulement par intempérance de langage.

Voici un confrère tout rond, qui crie sa façon de penser partout où il se trouve : à son bureau, sur la rue, à la consultation, etc. il liâme s'il le juge opportun, sans retenue, devant le malade, la famille, les étrangers, en présence même du confrère qui l'aura fait mander. Il peut être honnête, mais il lui manque le sens de la délicatesse et la connaissance de la déontologie. Celui-là peut être insupportable, mais ce n'est pas le plus dangereux.

En voici un autre dont les procédés sont tout l'opposé. En votre présence, il est obséquieux, poli, tout miel. Il plaît, parfois il charme, — mais prenez garde, il a des griffes qu'il sait rentrer ou sortir à propos : car le moment d'après, dans un milieu bien choisi, — généralement celui-là est intelligent, — il saura aiguiller la conversation sur votre compte ; puis à votre endroit, faire de savantes réticences, des sous-entendus malicieux, des appréciations tendencieuses. Celui-là, évitez-le et ignorez-le.

Tel autre, plus positif, plus pratique, passe des paroles aux actions. Avec un air tout à fait désintéressé, il ira faire une petite visite dans la famille ou vous avez un patient, sous prétexte d'amitié, de l'intérêt qu'il porte à votre malade, etc. Adroitement, il amène la conversation sur la maladie de votre client, et quand il est au fait de tout, il critique votre traitement, émet des doutes sur votre diagnostic, etc. Bref, il vous escamote votre malade. Celui-là, dédaignez-le, méprisez-le.

Mais le plus dangereux de tous, à cause de la mentalité de notre population, c'est celui que j'appellerais volontiers : " l'auxiliaire de la Providence ". Souvent intelligent, instruit, faisant parade de bons principes et de pure conscience, sa conduite est toujours correcte. Mais si vous avez le malheur de perdre un malade, ou même à l'occasion de quelque complication imprévue ou de rechute

inopportune, oh ! alors ce confrère, rigide, méticuleux, à cheval souvent sur l'étiquette médicale, saura trouver la commère dont il a besoin, — quel village n'a pas une veuve, une vieille fille ou simplement une matrone à la dévotion du médecin, — et alors, d'un air benoît, il débitera quelque sauce comme ceci : “ Mon confrère a perdu le jeune Chose hier, c'est singulier il est pourtant bon médecin, travailleur, instruit, . . . *mais il n'est pas chanceux*. Je n'ai jamais perdu un seul malade dans les mêmes circonstances.

Eh bien ! Messieurs, ce “ *il n'est pas chanceux* ” est la pire de toutes les condamnations ; car voyez-vous, alors c'est la Providence qui se refuse à vous aider, c'est l'échec fatal, c'est la guigne. Soyez paresseux, blagueur, ivrogne, luxurieux, l'on vous pardonnera — l'on dira de vous : “ quant il veut, ou quand il est sobre, ou quand il est à son poste, il est bon médecin ”, — mais “ si vous n'êtes pas chanceux ”, ayez toutes les qualités du monde, que vous verrez quand même fuir la clientèle. Je ne sais trop quel conseil vous donner au sujet de ce confrère. J'ai presque envie de vous dire : Faites-vous en un allié, un ami.

Messieurs, je viens de faire la séméiologie d'une maladie sociale. Nous médecins, qui avons l'habitude d'aller au delà d'un diagnostic, — quel traitement conviendrait aux plaies professionnelles que je viens d'étaler ? Dans toute thérapeutique, le meilleur traitement, vous le savez, est le traitement causal ; et dans l'espèce, la cause de cette affection réside dans notre mentalité, dans notre éducation, ou plutôt dans notre manque d'éducation classique et universitaire. Si à ce sujet, vous voulez savoir ce que peut une éducation bien dirigée, regardez ce qui se passe chez notre clergé. A l'école élémentaire, au collège, l'on inculque aux enfants la vénération du prêtre ; puis plus tard, au séminaire l'on apprend aux ecclésiastiques à se respecter et à se faire respecter, on les imprègne de solidarité hiérarchique : aussi, jamais ou à peu près, vous entendrez un prêtre médire de ses confrères ou des religieux ; jamais vous ne verrez un homme d'église rabaisser les ministres de Dieu. Je vous propose cette éducation comme modèle. Il faudrait que la Faculté nous fit une conception plus haute et plus large de notre belle profession ; il faudrait convaincre les nouvelles générations que le discrédit de chacun des

membres de notre communauté, rejaillit sur toute notre corporation ; il faudrait que l'on fit de la médecine un sacerdoce. Quant à nous, qui pour la plupart avons depuis longtemps, quitté les banes de la faculté, — pour parfaire notre éducation professionnelle incomplète, nous avons la *Société médicale*.

Remarquez, Messieurs, l'opinion que je crains pas de publier, fort de mon expérience : “ *les meilleurs médecins, tant au point de vue professionnel ou déontologique, qu'au point de vue scientifique, sont ceux qui fréquentent le plus assiduellement les sociétés médicales.* ” Je voudrais que cette phrase que je souligne, fut accrochée au frontispice de la bibliothèque de chacun des médecins canadiens-français de notre province.

Enfin, Messieurs, pour terminer, si j'avais un conseil à donner à chacun de vous, je vous dirais : ne laissez pas rouiller vos cerveaux, et surtout sachez diriger vos travaux. Les hommes, formés de matière animée, sont sans cesse sollicités au mouvement, — mais quand ils tournent, s'agitent, sans objet, leur conscience leur dit la puérité de cette agitation : cela ne convient qu'aux enfants inconscients ; — Mais donnez-leur un but, alors la joie renaît, les jours passent rapidement ; de pessimistes ils deviennent optimistes ; je n'ai jamais miex aimé la vie que quand je me suis donné une tâche, et les plus grandes jouissances que j'ai eues, furent durant l'accomplissement de cette tâche : le travail, l'activité, sont les meilleurs dérivatifs, dans les grands désespoirs, dans les grands dérèglements passionnels, et les meilleurs facteurs de l'éthique, de la morale, au cours des événements de la vie.

Messieurs,

Au nom de la Société Médicale du district, j'offre ce souvenir (1), à notre vieil ami M. le Dr Rivard et je bois à la santé de notre amphitryon, au prolongement physiologique de sa verte vieillesse.

Je bois aussi à la santé de notre profession et au progrès moral, intellectuel et matériel de ses membres.

N.D.L.R. — *L'Union Médicale* — se joint aux confrères de Joliette pour adresser à son vénérable doyen, ses meilleurs vœux de longévité.

(1) L'Association médicale présenta alors à M. le Dr Rivard, une canne ebène à pommeau d'or.

“ UNE BONNE ”

Le vent est aux réformes. Voici qu'on parle de réformer les études médicales. Les médecins auraient fait une découverte tout-à-fait imprévue. Ils se seraient soudain aperçu qu'ils avaient faits pour guérir les malades.

Voilà ce à quoi aucun d'eux n'avait songé jusqu'ici, et cette découverte inattendue aura des conséquences non moins considérables que celles de l'attraction et de la vapeur.

Jusqu'à présent, on s'était habitué à enseigner dans les Facultés toutes sortes de choses curieuses et intéressantes : on y apprenait l'anatomie, la physiologie, l'histologie, l'histoire naturelle, toutes sortes d'autres sciences, mais on n'y apprenait pas à guérir les malades.

Dans les syndicats médicaux de France, quelques membres ont pensé qu'il y avait là une lacune. Sans doute ils ne méconnaissent pas l'importance des études *transcendantes*, et ils n'ont pas la prétention d'empêcher les étudiants en médecine de connaître l'univers, mais ils désireraient tout de même que, de temps en temps, ne fut-ce que pour se reposer, ils apprissent aussi à soigner les rhumes et les maladies d'estomac.

Car les plus savants de nos médecins ne sont pas aussi différents qu'ils se l'imaginent de ceux que saillait Molière. A la vérité, ils ne parlent plus latin comme ces derniers, mais ils sont gens à discuter à perte de vue sur les causes et les effets, sur la biologie et ses problèmes, connaissent toutes matières, écrivent des thèses à foison sur tous sujets, font l'admiration des académies et savent, à n'en pas douter, “ pourquoi votre fille est muette ”. Quant à la façon de lui rendre la parole, c'est un souci qui les hante peu. On ne leur a jamais parlé de cela.

Les nombreux malades qui préfèrent le bon onguent du petit praticien à l'étalage de plus belles théories seront reconnaissants aux entrepreneurs de cette réforme des études. Il y a là un signe des temps qui nous reconcilierait presque avec l'idée que l'humanité finira par avoir le sens commun. (1)

HENRY MARET,
(carnet d'un sauvage).

(1) Cette nouvelle nous est adressée par un médecin humoriste à ses heures, qui emprunte le nom d'un humoriste français bien connu. Nous aurions préféré qu'il eut signé. *Rédaction.*

VARIETES

MICHEL SERVET ET LA CIRCULATION DU SANG

On cite toujours Harvey comme le Maître qui, le premier, prouva que la circulation du sang se fait telle qu'on la connaît aujourd'hui. Qu'on lise les pages suivantes empruntées à la Clinique infantile de Paris, on la verra exposée, en termes clairs, bien avant Hervey, par Servet. C'est merveilleux. Le professeur Richet de Paris, signalait ce fait extraordinaire dans la Presse Médicale, il y a quelque temps, sans pouvoir l'expliquer.

On a inauguré dernièrement à Vienne (Drôme), un monument de Michel Servet. Il est malaisé d'établir d'une manière précise le rôle scientifique qu'il joua. On lui attribue la découverte de la petite circulation du sang : celle qui va du cœur au poulmon afin de s'y vivifier. Il ne paraîtra pas sans intérêt de reproduire ici le passage de son livre principal, la *Restauration du christianisme*, qui concerne cette découverte.

C'est dans le 5e livre de la *Restauration du christianisme*, pages 165 et suivantes de la seule édition qui existe, que Michel Servet parle de la circulation du sang. Voici en quels termes il s'exprime (d'après la traduction anglaise de Willis) :

“ On dit communément qu'il y a dans le corps de l'homme un triple esprit dérivé de la substance de trois éléments supérieurs ; un esprit *naturel*, un esprit *vital* et un esprit *animal*. Le premier caractérisé comme *naturel*, est passé des artères aux veines par l'intermédiaire des anastomoses ; il est primitivement associé au sang, dont le siège est le foie et les veines. Le second est l'esprit *vital*, dont le siège est le cœur et les artères. Le troisième, l'esprit *animal*, comparable à un rayon lumineux, a son siège dans les nerfs et le cerveau... Que l'esprit naturel aille du cœur au foie, et non du foie au cœur, cela est démontré par la formation de l'homme dans l'utérus, car nous voyons une artère associée avec une veine passer de la mère au nombril du fœtus, et dans le corps de l'adulte, nous trouvons toujours une veine associée à une artère. Mais ce fut vraiment dans le cœur d'Adam que Dieu insuffla le souffle de vie ou l'âme. Ainsi c'est du cœur que la vie est communiquée au foie... ”

“ Pour bien comprendre la question, il faut considérer d’abord la gⁿération substantielle de l’esprit vital, composé de l’air inspiré et de la partie la plus subtile du sang. L’esprit vital a donc sa source dans le ventricule gauche du cœur, les poumons aidant d’une manière essentielle à sa production. C’est un esprit fin et atténué, élaboré par le pouvoir de la chaleur, d’une couleur rutilante et d’une grande puissance, comme si c’était la vapeur lucide du sang, composé d’eau, d’air et de feu ; car il est engendré comme on l’a vu, par le mélange de l’air inspiré avec la partie la plus subtile du sang que le ventricule droit transmet au ventricule gauche. Cette communication n’a cependant pas lieu à travers la cloison médiane du cœur, comme on le croit généralement ; mais par un autre admirable arrangement, le sang est transmis à la veine pulmonaire par un détour à travers les poumons où il est élaboré, et devient d’une couleur rutilante. Mêlé pendant ce détour avec l’air, et libéré des vapeurs fuligineuses par l’acte de l’expiration, le mélange est alors complet à tous les points de vue, et le sang devient apte à être le siège de l’esprit vital ; il est finalement attiré par la diastole et atteint le ventricule gauche du cœur.

“ Que la communication et l’élaboration aient lieu dans les poumons de la manière décrite, nous en sommes sûrs à cause des conjonctions et communications de l’artère pulmonaire avec la veine pulmonaire. La grandeur de l’artère pulmonaire montre par elle-même, comment sont les choses, car le vaisseau n’aurait pas été d’une pareille dimension, et une pareille quantité de sang le plus pur n’aurait pas été envoyée à travers lui aux poumons pour la nutrition de ceux-ci seulement ; le cœur n’aurait pas non plus alimenté les poumons d’une telle manière, puisque nous les voyons, chez les fœtus, nourris d’une autre manière, car les valves du cœur ne fonctionnent qu’après la naissance, comme l’enseigne Galien. Le sang doit être par conséquent déversé dans une pareille mesure du cœur aux poumons pour une autre raison que pour nourrir ces organes. D’ailleurs, ce n’est pas simplement de l’air, mais de l’air mélangé avec le sang qui vient des poumons au cœur par la veine pulmonaire.

“ C’est par conséquent dans les poumons que ce mélange a lieu, et c’est dans les poumons et non dans le cœur que le sang devient rutilant. Il n’y a pas en effet assez de place dans le ventricule

services. Il importe, en effet, que, pendant son séjour à la Faculté, le futur docteur en médecine soit amené à observer et à voir soigner toutes les affections graves que, dès sa sortie de la Faculté, il peut rencontrer dans la pratique ;

4° Enfin, pour diminuer la part de chance dans les examens, les étudiants auront un livret scolaire où seront indiquées les notes qu'ils ont obtenues aux travaux pratiques, aux exercices cliniques et aux examens antérieurs.

Telle est la réforme. Au surplus, le ministre se réserve, afin d'en mieux assurer le succès, de constituer une Commission permanente de l'enseignement médical qui sera composée, comme la Commission précédente, de la façon la plus libérale et où seront représentés tous ceux qui par leur profession ou par leurs travaux ont à s'occuper de ces questions. Il n'est pas de carrière plus utile et plus honorable que la carrière médicale, mais il n'en est pas de plus grave. L'Etat, qui délivre le diplôme de docteur en médecine, assume de ce fait une lourde responsabilité ; il doit au pays de ne rien négliger pour former des médecins qui, par la pratique du laboratoire et de l'hôpital, soient en mesure d'accomplir leur tâche pour le plus grand bien de tous.

— A propos de l'application prochaine de ce décret, l'Association corporative des étudiants a organisé un meeting de protestation au cours duquel a été adoptée la résolution suivante :

“ Les étudiants réunis à l'A. C. approuvent l'attitude de la corporation dans les questions d'enseignement ;

“ Repoussant le décret, qui est : 1° inapplicable dans la pratique ; 2° néfaste, parce qu'en multipliant les travaux pratiques et les stages spéciaux, il détruit l'enseignement clinique et enlève à l'étudiant toute facilité pour ses études personnelles ; 3° incomplet, parce qu'il ne prévoit pas l'extension du stage à tous les services hospitaliers et surcharge au contraire les services déjà encombrés ;

“ Demandent l'abrogation du décret et la mise à l'étude, par le Conseil médical supérieur préconisé par le Congrès des praticiens, d'une réforme basée sur l'extension du stage. ”

A propos de cette question, le professeur Pierre Teissier, qui était rapporteur de la Commission à Paris, a fait une magnifique

leçon d'ouverture du cours de Pathologie Interne, et il avait choisi comme sujet "*la réforme des études médicales*". Il y soutient avec force les conclusions de ce rapport qui a été publié entr'autres dans "*La Presse Médicale*", de mars 1912. C'est un document à consulter.

LE NETTOYAGE DES BILLETS DE BANQUE

Un billet de banque, quand il a circulé, est habité, en moyenne, par 142,000 bactéries. Des expériences faites aux Etats-Unis sur 21 billets ont démontré que le plus propre, un billet presque neuf, en contenait 14,000 et le plus sale 586,000. Aussi a-t-on accueilli avec faveur l'invention de M. F.-B. Churchill de Shelbyville (Indiana). M. Churchill, employé depuis vingt ans dans une grande blanchisserie, ayant acquis la certitude que les billets de banque malpropres pouvaient se blanchir aussi bien que du linge, a imaginé l'appareil que voici. On place les billets dans une corbeille métallique, fermée par trois serrures, qui plonge dans un bassin rempli d'une solution savonneuse de soude ; un mécanisme fait osciller le bassin ; un jet d'air comprimé agite le liquide ; en peu d'instants, le papier a repris une blancheur virginale. On immerge la corbeille dans un autre bassin contenant de l'amidon, pour coller le papier et lui rendre du corps. Elle est posée ensuite sur un séchoir mobile, qui tourne à toute vitesse, au milieu d'un violent courant d'air ; la force centrifuge a bientôt expulsé la dernière goutte d'eau. On ouvre alors la corbeille ; on fait passer les billets entre deux cylindres ; ils sortent blancs, soyeux, sans plis, tout pareils à des billets neufs. Plusieurs banques américaines se proposent déjà d'établir des blanchisseries de billets. Elles y trouveront un sérieux avantage. Au lieu de renvoyer leurs vieilles bank-notes à New-York et d'attendre plusieurs jours qu'on leur expédie en échange des coupures nouvelles, elles feront une grosse économie de dépense et de temps. Mais c'est surtout le Département du Trésor qui s'intéresse à l'invention. Il estime à 1 milliard 183 millions de dollars la valeur des billets souillés qu'il retire annuellement de la circulation et qu'il doit réimprimer. Ces billets sont au nombre de 200 millions, sur lesquels 80 p. 100, c'est-à-dire 160 millions, pourraient être lavés. La réimpression de chacun de ces billets coûte 1 cent trois dixièmes, tandis que le

lavage ne coûte qu'un dixième de cent par centaine de billets. Soit une économie théorique de 2,080,000 dollars. En admettant que la pratique donne un peu de déchet, on peut encore espérer économie annuelle d'au moins un million de dollars, et c'est bien quelque chose. La vie moyenne était de deux ans pour les coupures d'un dollar (celles qui circulent le plus), de trois et de quatre ans pour les coupures plus fortes. Allongée par le lavage, elle permettra de réduire de moitié le personnel du bureau d'émission.

L'HYGIENE DANS ONTARIO

Le Parlement d'Ontario, cette année, a introduit un bill divisant la province en dix districts pour les fins de l'hygiène, dirigés par dix inspecteurs-médecins qui relèvent d'un directeur en chef, à Toronto, ayant ses bureaux dans les bâtisses du parlement.

Ces médecins inspecteurs de districts recevront un salaire de \$2,500 par année avec une allocation supplémentaire de \$1,000 pour leurs dépenses de voyage : soit \$3,500.

Voilà qui est bien. Ces médecins pourront devenir des hygiénistes de carrière sans courir le risque de crever de faim.

Dans la province de Québec, où on a établi une subdivision semblable, on a fixé le salaire de nos médecins inspecteurs à \$1200 par année, tout simplement.

Camparez — **\$3,500 à \$1,200.00.**

Nous sommes incapables de faire autrement *qu'en petit*, dans Québec. Allez donc demander à un médecin de vivre convenablement avec \$1,200.00 par année ? C'est tout simplement ridicule.

Partout, en toutes circonstances, dans les charges publiques la médecine est au rabais, ici.

On se demande quels sont ceux qu'on doit le plus blâmer ; de ceux qui fixent ces salaires de misère ou des médecins qui les acceptent ?

LE LANGAGE DES SEINS

La langue française est, indéniablement, riche en synonymes. Il n'en faut, pour preuves, que l'abondance d'expressions figurées pour désigner les appas dont, chez la femme, le buste est plus ou moins généreusement orné.

On dit, couramment, qu'elle a : du *pelotage* ou du *capitonnage* ; qu'il y a *du monde au balcon* ; des *oranges sur l'étagère*.

On appelle aussi les éminences mamelonnées : des *avant-scènes*, des *avantages pectoraux*.

Le chanteur Nadaud les dénommait élégamment : d'*appétissantes protubérances*.

Un poète les qualifie de : *réservoirs de la maternité*.

A la vue d'une poitrine opulente, un Anglais s'écriait : " Oh ! les belles *laiteries* !" Un de ses compatriotes avait dit, d'une femme ainsi douée, qu'elle était *poitrinaire*.

Rapportons encore, au sujet de ces hémisphères luxuriants, l'anecdote bien connue du toast final, porté à un banquet. Un invité galant, ayant proposé de boire : *au beau sexe des deux hémisphères*, un de ses compagnons riposta par cet à-propos : " Et moi, je bois au deux *hémisphères du beau sexe* !" "

Saint-Simon avait dit d'une femme veu sensible, mais gourmande, qu'elle avait plus de *gésier* que de *cœur*.

Le LISEUR.

POESIES

L'AVEU OU CE N'EST PAS TA FAUTE

Une maison connue était tout en rumeur,
Voisins, gardes, servants, invoquaient saints et saintes ;

La dame du logis sentoit de la douleur
Pour accoucher. Falloit entendre ses plaintes !

Falloit voir les soins de l'époux,

Mais très époux et portant mine

D'un être débonnaire et doux !

Aux moindres cris il conjuroit Lucine

De regarder en pitié

Sa moitié.

La maligne femelle

Crioit encore de plus belle,

L'accoucheur actif travailloit

Et l'époux bénin sanglotait.

Assez souvent on compte sans son hôte ;

Vous allez voir : " Mon cher petit mari,

Dit la femme souffrante au bonhomme attendri,

Ah ! ne pleure pas tant, va : ce n'est pas ta faute ! "

L'AIGUILLE

Une étrange nouvelle est ici parvenue !
 On prétend qu'embusquée au milieu d'un fauteuil,
 Une aiguille a percé votre peau blanche et nue,
 Dans un endroit soustrait aux profanes coups d'œil.
 Pardonnez-lui, madame, un crime involontaire,
 Un crime non commis dans un but libertin ;
 Sans doute elle pensait remplir son ministère,
 et n'être pas coupable en piquant du satin.
 Dieu merci ! de la peur que vous avez conçue,
 Il ne vous reste plus qu'un cuisant souvenir,
 Et cette histoire a pris une comique issue,
 Alors qu'elle pouvait tragiquement finir.
 Ah ! madame, pour vous quelle triste aventure !
 Quel deuil pour votre époux ! si, s'égarant ailleurs,
 Cette aiguille, exercée à l'œuvre des tailleurs,
 Au lieu de faire un point, eût fait une couture !

BARTHÉLEMY.

SOCIÉTÉS

Celui qui sait tout et ne peut rien retirer de la frégulation de la Société Médicale, nous fait penser à ce spécimen d'avorton humain l'enfant prématurément siné, dont la dégénérescence a avorté une veillesse précoce à un corps d'enfant. OSLER

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL*Séance spéciale 13 Mars 1912*

Présidence de M. BOUCHER

M. J.-N. ROY. — *Anatomie et physiologie comparées de l'œil et de ses annexes.*

Dans son introduction, le conférencier divise son travail en deux parties : les invertébrés et les vertébrés. Comme les invertébrés semblent présenter moins d'intérêt que l'autre classe, il en fait la description en un seul chapitre. Il consacre quatre chapitres

aux vertébrés représentés par les reptiles, les poissons, les oiseaux et les mammifères.

Abordant les invertébrés, il décrit d'abord les protozoaires, les célentérés et les échinodermes. La classe des annélides vient ensuite, dans laquelle se trouvent les vers et les hirudinés ; et une mention spéciale est faite de la sangsue médicinale. Les mollusques lamelibranches, gastéropodes, céphalopodes sont décrits en troisième lieu. Finalement les arthropodes crustacés, arachnides, insectes terminent le premier chapitre.

Dans sa deuxième partie, le conférencier parle d'abord des reptiles batraciens, chéloniens, sauriens et ophidiens. Il décrit longuement l'appareil oculaire des animaux qui appartiennent à cette classe, — d'ailleurs comme ceux des trois autres — et attire l'attention sur le cône des reptiles inséré sur le nerf optique, et le muscle choanoïde, rétracteur du globe.

Les poissons font le sujet du second chapitre, et comme particularité M. Roy mentionne chez les téléostéens, l'accommodation négative qui est sous la dépendance du repli falciforme et du muscle de la campanule de Waller, la glande choroïde de la membrane argentine. Chez les plagiostomes, dont l'orbite est très profond, existe une tige cartilagineuse qui sert de soutien au globe.

Les oiseaux viennent ensuite avec leur peigne inséré sur le nerf optique, et leurs muscles carré et pyramidal, qui servent à donner à la membrane nictitante sa motilité.

Enfin, parlant des mammifères, le conférencier décrit entr'autres : le cornet qui tapisse l'intérieur de l'orbite, le tapis de la choroïde, le choanoïde qui chez eux est un muscle rétracteur et suspenseur, et la troisième paupière, renfermant le cartilage onguet, qui est mise en mouvement par la boule adipeuse du corps clignotant. Quelques mots sur les singes terminent ce quatrième chapitre. Nous rappellerons en passant que les différents organes que nous venons de nommer chez les vertébrés leurs sont absolument particuliers, et ne se rencontrent pas dans le système oculaire de l'homme, qui a été également décrit en détail.

En conclusions le Dr Roy reprend certains points de sa conférence qui lui permettent de faire quelques dissertations philosophiques, et dit que plus nous nous élevons dans l'échelle zoologique, plus l'appareil oculaire, qui est toujours en rapport avec les con-

ditions de vie ambiante et de défenses physiologiques des différentes espèces animales, se perfectionne, jusqu'au point d'atteindre chez l'homme son développement le plus complet.

Le secrétaire G. WILFRID DEROME.

Séance du 19 Mars 1912

Présidence de M. BOUCHER

M. LATREILLE. — *Pyo-pneumothorax — Tuberculisation aiguë secondaire du poumon opposé par la voie sanguine.*

Il nous rapporte l'histoire du malade de la manière suivante : Un homme âgé de 35 ans, souffrant de phtisie, entra à l'Hôtel-Dieu, il y a un mois. On constata d'abord chez lui, un épanchement séro-purulent dans la plèvre droite, puis, quelques temps après, une seconde ponction révéla la présence d'un liquide franchement purulent avec formation de gaz. L'autopsie pratiquée dans les quelques heures qui suivirent la mort, montra un poumon complètement refoulé dans l'angle costo-vertébral, une plèvre épaissie contenant environ trois litres de pus.

L'examen direct de ce pus par M. le Dr Bernier montra une flore microbienne abondante ; son inoculation à la souris détermina la mort après peu de jours, et l'on trouva le pneumocoque à peu près pur dans le sang ; enfin sa culture dans un milieu aérobique ne donna aucun résultat, tandis qu'au contraire dans le milieu anaérobique, le résultat fut positif.

En présence de ces faits, M. Latreille conclut qu'il s'agissait bien de gaz et non pas d'air, qui accompagnaient l'épanchement ; et il ajoute que cette constatation présente un certain intérêt au point de vue thérapeutique. Si, en effet, dit-il, il se fut agi d'air provenant d'une fistule bronchique, aucun traitement était possible, tandis qu'au contraire, l'intervention chirurgicale a des chances de succès s'il s'agit simplement de gaz dus à la fermentation putride.

Il nous parle ensuite de la tuberculisation aiguë du poumon opposé à l'épanchement et que MM. Dubé et Cléroux ont pu constater durant les quelques jours qui ont précédé la mort du malade.

Il rappelle que cette tuberculisation aiguë se fait toujours par

la vie sanguine, et voici comment il explique le passage des microbes d'un poulmon à l'autre : D'abord, dit-il, grâce aux lymphatiques, les microbes envahissent les ganglions inter-trachéo-bronchiques dont quelques-uns voient l'artère pulmonaire. A un moment donné, le ramollissement et l'ouverture de l'un d'eux dans l'artère adjacente, détermineraient l'ensemencement complet du poulmon par les nombreux microbes qu'il contient.

M. A. MERCIER. — *Angio-cholite intra-hépatique.*

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans qui, sans autre histoire que le fait d'être un gros mangeur faisant parfois des excès de table, présenta vers le 27 janvier 1912, des symptômes ressemblant à de l'embarras gastrique fébrile ; mais la persistance de la fièvre par accès vespéraux pendant plusieurs semaines, les frissons solennels qui la précédaient, l'augmentation de volume du foie, l'ictère, les urines chargées et contenant de l'urobiline et des acides biliaires, l'agitation, le délire, etc., avaient fait supposer une fièvre intermittente.

Cette hypothèse fut cependant bientôt rejetée, et grâce à la douleur abdominale, d'ailleurs mal localisée au point de MacBurney, les vomissements, la constipation, etc., on pensa soit au foie appendiculaire soit à l'infection hépatique par obstruction des conduits biliaires. Vue certaine crépitation perceptible au niveau de l'organe faisait d'ailleurs croire à cette dernière hypothèse.

L'intervention chirurgicale faite par M. le Dr Parizeau montra que si la vésicule était vide de bile ou de pus, elle ne contenait pas davantage de calculs, non plus que les conduits biliaires. Le foie était gros, mou et ridé, l'appendice était très-adhérent.

Quinze jours après l'opération, le malade finit par succomber après avoir présenté de la dyspnée, des vomissements noirâtres, du délire, etc.

L'autopsie révéla d'abord la présence d'une péritonite aiguë, puis cette affection du foie qui consiste dans le nombreux abcès aréolaires et qui donnent à l'organe l'apparence d'une éponge remplie de pus.

M. Mercier fait remarquer qu'il a présenté cette observation à cause de son intérêt clinique et qu'il ne s'est pas arrêté longtemps à des recherches sur la pathogénie de l'affection. Toutefois, dans son opinion, deux hypothèses sont possibles : l'infection du foie

vient de l'appendice et partant s'est faite par la voie sanguine, ou bien elle vient directement de l'intestin par les conduits biliaires, et peut-être, ajoute-t-il, à la suite d'une fièvre typhoïde méconnue.

MM. Marien, LeSage, Latreille, Lanoie expriment ensuite leurs opinions.

Pour M. Marien, l'infection du foie serait la conséquence d'une obstruction inflammatoire du canal cystique et pour lui, l'absence de bile dans la vésicule serait une preuve de ce qu'il avance.

Pour M. LeSage et Lanoie, il s'agirait d'une infection par voie sanguine, venant de l'appendice, et M. LeSage ajoute que toutes les fois qu'un malade présente des troubles gastro-intestinaux, ne fussent que des indigestions à répétition, on doit penser au foie ou au rein et là, presque toujours on trouve l'explication de ces troubles réflexes.

G. WILFRID DEROME.
Secrétaire.

Séance du 9 Avril 1912

Présidence de M. BOUCHER

M. A. MERCIER. — *Rétrécissement mitral pur.*

Il déclare que le malade qu'il présente est surtout intéressant au point de vue de l'auscultation ; car on y peut constater d'une façon très nette un dédoublement constant du deuxième bruit à la base, un roulement présystolique et le frémissement catère.

Or, en face de ces signes, il n'hésite pas à poser le diagnostic de rétrécissement mitral pur. Cependant ajoute-t-il, dans la symphyse cardiaque, on peut parfois rencontrer cet ensemble de signes ; mais alors il existe une immobilité complète de la pointe du cœur, due à la péricardite, ce que l'on ne trouve pas ici.

Continuant la description de son malade, M. Mercier dit que le cœur est légèrement dilaté et qu'il existe un souffle systolique qu'il met sur le compte de l'ancienneté du rétrécissement et non pas sur celui d'une insuffisance soit organique ou fonctionnelle.

En discussion, *M. E. P. Benoit* qui a eu l'occasion d'ausculter le malade dans son service de l'Hôpital Notre-Dame, croit devoir différer d'opinion avec le rapporteur pour les motifs suivants :

D'abord, dit-il, les signes physiques du rétrécissement mitral pur ne sont pas ici au complet. Le pouls devrait être petit et en plus il est inégal et intermittent ; en second lieu, le malade n'a jamais présenté aucun trouble cardiaque de nature fonctionnelle, tel que dyspnée d'effort, congestion pulmonaire, etc.

Enfin lorsque le malade est passé dans son service, l'année dernière, il n'avait constaté aucune lésion cardiaque, mais simplement de la dyspepsie, un amaigrissement considérable et beaucoup de nervosité.

Il croit que les signes présentés aujourd'hui par le malade et qui simulent un rétrécissement mitral, doivent être imputés à son état nerveux et il cite les différents auteurs qui les premiers ont observé ce fait et ont cherché à l'expliquer, depuis Desrosiers, Peter, Huchard, Potain et enfin Bard dont l'hypothèse aujourd'hui admise par tous, consiste en une contraction spasmodique de l'oreillette ayant pour résultat la production du frémissement catère et les roulement présystolique.

M. *Bourgouin* qui, lui aussi, a examiné le malade il y a un an, se rappelle avoir constaté de l'arythmie cardiaque.

Pour M. *Dubé*, il n'y a aucun doute que le malade présente aujourd'hui tous les signes du rétrécissement mitral, mais avec, en plus, un souffle systolique et de la dilatation du cœur ; c'est pour quoi, il opine plutôt dans le sens d'une double lésion mitrale, ce qu'on est convenu d'appeler la "maladie mitrale".

M. A. *LeSage* qui a eu l'occasion d'examiner passagèrement le malade à trois reprises différentes, dit qu'il a pu constater les signes déjà mentionnés qui, pour lui, caractérisent bien le rétrécissement mitral ; mais il y a le souffle systolique qui ne lui a pas paru constant, de sorte qu'il serait disposé à lui attribuer une origine fonctionnelle.

Le secrétaire G. WILFRID DEROME.

MÉDAILLE

A la suite du concours international institué par l'Association internationale de la tuberculose, M. le Dr L. F. Dubé, de Notre-Dame du Lac, à la suite d'un travail important sur ce sujet, vient de recevoir une médaille en or.

Nous l'en félicitons vivement.

ANALYSES

MEDECINE

Elimination par les voies digestives des microbes introduits dans la circulation sanguine, par MM. BRETON, L. BRUYANT et A. MÉZIE, dans *Gazette Médicale de Paris*, janv. 1912.

Les recherches récentes de Ribadeau-Dumas et Harvier, celle de Hess, ont montré que certains microbes introduits dans le sang s'éliminent rapidement par les voies digestives. Ces auteurs se sont attachés à étudier le passage des micro-organismes à travers la paroi intestinale et ils ont pu fixer quelques points d'élection de ce passage. Hess, opérant sur le lapin, a signalé l'importance du rôle auto-purificateur de l'intestin.

Il nous a semblé que ces expériences méritaient d'être répétées et complétées, les auteurs précédents n'ayant pas étudié le rôle respectif des voies biliaire et intestinale, dans l'élimination des microbes injectés dans le sang.

Le cobaye a été choisi pour nos essais.

Nos expériences comprennent deux séries. Dans l'une, la ligature du cholédoque a simplement été pratiquée ; dans l'autre elle fut suivie d'un abouchement à la peau de la vésicule biliaire, suivant la méthode opératoire que nous allons décrire.

L'animal, anesthésié à l'éther, est incisé selon une ligne oblique partant de l'appendice xiphoïde et suivant le rebord des fausses côtes. Le pétoine ouvert, on récline à l'aide d'un écarteur le bord inférieur du foie pendant qu'un autre clamp refoule la masse intestinale : on aperçoit alors le canal cholédoque s'abouchant à l'intestin. Rien n'est plus simple, avec une aiguille courbe et mousse, que de l'attirer et de le ligaturer.

Si l'opération est suivie de la fistulisation de la vésicule, on ouvre celle-ci, après l'avoir amenée à la peau, à l'aide d'un fin thermocautère pour éviter toute hémorragie. Il reste à introduire une mince canule recourbée, en verre, portant trois renflements. Ceux-ci servent à poser les ligatures et à provoquer l'abouchement à la peau. La plaie opératoire est ensuite refermée suivant deux plans.

L'animal opéré d'après le premier mode a une survie de trois

à quatre jours ; celui fistulisé meurt vingt-quatre à trente-six heures après l'intervention.

Le microbe choisi est le *B prodigiosus* en raison de ses caractères culturaux. D'autres expériences ont été tentées avec une Sarcine jaune, le *M cinnabareus* et le Bacille tuberculeux. Nous tablerons seulement ici sur les résultats obtenus avec le *B prodigiosus*.

Les cobayes injectés avec des doses massives (supérieures à 1 milligramme de culture sur gélose, râclées), dans la veine jugulaire, sont sacrifiés plus de six heures après le choc opératoire, à des intervalles variant de cinq minutes à vingt-quatre heures après l'inoculation. Desensemencements sont pratiqués, d'une part avec le suc intestinal prélevé à différents niveaux du canal, d'autre part avec la bile recueillie dans la vésicule, et aussi avec le produit de râclage du pharynx, enfin avec le sang. Les voies digestives sont ouvertes au thermocautère pour éviter l'effusion de sang.

Les résultats desensemencements sont les suivants : le microbe injecté est retrouvé dans le sang dans la totalité des cas, même au bout de vingt-quatre heures ; dans la bile, il est décelé entre une demi-heure et vingt-quatre heures, dans 83 p. 100 des cas.

Dans l'intestin grêle, le microbe est mis en évidence au niveau du duodénum dans 73 p. 100 des cas ; dans le jéjuno-iléon dans 38 p. 100 ; aux environs de la valvule iléo-cæcale soixante-deux fois sur cent ; dans le gros intestin à peu près dans la même proportion.

Lesensemencements du pharynx sont toujours négatifs.

Avec de petites doses (milligramme et au-dessous, le pourcentage diminue et le passage est beaucoup moins constant ; toutefois on retrouve encore le microbe, suivant l'ordre de fréquence dans le sang, dans la bile, dans le duodénum, et aux environs de la valvule iléo-cæcale. L'iléon et le jéjunum donnent rarement un résultat. Le gros intestin ne se montre pas perméable, d'après nos expériences).

Les résultats avec de faibles doses ont été surtout obtenus par desensemencements pratiqués tardivement (six à vingt-quatre heures après l'injection).

Pour les autres microbes que nous avons étudiés, les faits sont superposables ; la *bacille tuberculeux* en particulier est retrouvé,

soit dans l'intestin, soit dans la bile, au bout de six à vingt-quatre heures ; ce résultat vient confirmer les faits établis par MM. Calmette et Guérin (1) au sujet de l'élimination du bacille tuberculeux par les voies digestives chez les animaux vaccinés et tuberculeux.

Chez les cobayes fistulisés, le *B prodigiosus injecté* dans la veine jugulaire est décelé dans la bile déjà au bout de cinq minutes ; les cultures sont encore positives plusieurs heures après l'inoculation.

En résumé, certains microbes, injectés dans la circulation, se retrouvent d'un façon constante dans l'intestin et dans la bile des animaux en expérience. Il semble qu'il doive en être ainsi dans les conditions habituelles des infections sanguines massives. Les voies biliaires d'abord, puis l'intestin, jouent le principal rôle dans l'élimination des microbes introduits dans la circulation sanguine. Comme l'ont vu d'autres auteurs, il existe pour l'intestin certains points d'élection ; à côté du duodénum déjà connu, il faut placer la valvule iléo-cæcale. Cette constatation permet peut-être de faire un rapprochement entre la localisation de certains processus pathologiques et ce siège d'élection de l'élimination par voie digestive.

CHIRURGIE

A propos du chancre mou, par le Dr GOUGEROT, dans *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques de Paris*, 10 janvier 1912.

M. Gougerot a présenté à l'une de ses leçons une série de malades atteints de chancres mous venant justifier l'observation qu'il a faite depuis longtemps sur les modifications de cette affection. Les chancres mous que l'on voit actuellement, semble-t-il, ne répondent plus à la description classique.

1° Il y a *contraste entre la gravité relative de l'adénite et la bénignité du chancre mou lui-même.*

C'est qu'en effet on était habitué à considérer et on décrivait autrefois le chancre mou comme une ulcération grave, durable, résistant au traitement, s'accompagnant assez souvent, au moins à l'hôpital, de phagédénisme. Or, depuis quelques années, il sem-

ble que cette affection ait changé d'aspect. Presque toujours le chancre mou est bénin; tantôt il se présente comme une simple vésicule d'herpès, un peu agrandie, tantôt elle dépasse une pièce de 0 fr. 50 à 1 fr., mais dans tous les cas, même si la lésion est plus étendue, elle guérit souvent spontanément, sans soins médicaux, souvent facilement, sous l'influence de topiques peu actifs, pommade au calomel, etc. . . D'une façon générale sa gravité est beaucoup moins grande qu'elle ne l'était.

Au contraire, les adénopathies qui l'accompagnent ont conservé leur gravité et même paraissent plus graves qu'elles ne l'étaient autrefois, car on est surpris de voir une lésion chancreuse disparaître, alors que l'adénite s'aggrave. Plusieurs malades du service, malgré la guérison rapide de leur chancre, présentent une adénopathie des plus graves par son étendue et sa ténacité. M. Gougerot en a montré fréquemment des exemples dans les salles.

2° Il peut arriver fréquemment que le malade ne présente presque plus trace de son chancre, qu'il ne reste plus qu'une cicatrice du chancre, quand il vient consulter pour son adénopathie, et celle-ci continue d'évoluer malgré que le chancre soit cicatrisé.

3° *Un chancre mou bénin rapidement guéri peut donner une adénite extrêmement grave qui devient phagédénique.* Chez deux malades du service, les chancres ont été également transitoires et cependant, les adénopathies suppurées se sont accompagnées d'un phagénénisme qui dure depuis plusieurs mois et qui résiste à tous les traitements. Il est facile de voir chez ces malades sans les décrire, les ravages que peut déterminer ce phagédénisme: le premier malade a vu un phagédénisme envahir la paroi abdominale, la face antérieure du creux inguinal et du sillon inguino-scrotal. Le deuxième présente des ulcérations confluentes de toute la face antéro-externe de la cuisse. Et pourtant chez lui ce qui prouve bien que l'adénopathie et le chancre sont bien en rapport l'un avec l'autre, c'est que, dans les deux lésions, on a retrouvé, quatre ans après le chancre, le bacille de Ducrey qui est caractéristique, comme on sait, du chancre mou.

Il y a là une modification dans la marche des lésions dont il serait bien difficile de déterminer la cause, mais qu'il est bon de connaître au point de vue pratique.

4° Le chancre mou est très souvent un *chancre mixte*. M. le

Prof. Gaucher présente fréquemment des faits semblables à ses leçons du mercredi. Certes, le chancre mou *pur* existe, mais il est ou paraît plus rare qu'autrefois. Actuellement, le chancre dit mou est le plus souvent dû à la fois au bacille de Ducrey et au tréponème syphilitique de Schaudinn. Le chancre mou, n'ayant qu'une incubation de quelques heures, commence, puis le chancre syphilitique, dont l'incubation est beaucoup plus longue et réclame 3 ou 4 semaines, évolue ensuite. Plusieurs fois même, on a pu voir ici des malades qui avaient eu le temps de guérir de leur chancre mou, avant que le chancre induré syphilitique n'ait eu le temps d'apparaître, et le chancre syphilitique s'indurait dans la cicatrice du chancre mou. Le plus souvent, la lésion du chancre mou persiste quand apparaît le chancre syphilitique, le chancre mou voile les caractères du chancre syphilitique; non prévenu, on croit n'observer qu'un chancre syphilitique. Aussi, et c'est la règle qu'enseigne le prof. Gaucher, il faut toujours suspecter la syphilis devant le chancre mou le plus caractéristique. Quelquefois pourtant, on peut découvrir quelques signes qui font soupçonner la syphilis: l'induration de la base du chancre et surtout un bourrelet induré entourant l'ulcération d'un liseré chancroïde lisse de 1 à 2 mm. de large, l'adénopathie indurée, indolente, froide, survenant dans l'aîne du côté opposé.

Comment affirmer la syphilis derrière le chancre mou qui la masque? Autrefois on attendait l'explosion des syphilides secondaires. Aujourd'hui, nous pouvons hâter notre diagnostic par les examens bactériologiques: recherches du tréponème à l'ultramicroscope et réaction de Wassermann-Neisser-Brück. Mais quelques précautions sont à prendre.

1° M. Gougerot a montré que dans le pus du chancre mixte, le tréponème était exceptionnel sans doute parce que les polynucléaires altérés digèrent, grâce à leur protéine, et détruisent les protozoaires. C'est donc dans le produit de raclage de la paroi qu'il faut chercher le tréponème.

2° La réaction de Wassermann n'apparaît qu'après le 20^e jour du début du chancre syphilitique, il ne faut donc pas tenir compte d'un résultat négatif au début. Il ne faut (admettant que le chancre syphilitique apparaît de 21 à 28 jours après le chancre mou) attribuer toute sa valeur aux réactions de Wassermann-Neisser-Brück que 40 à 55 jours après le début du chancre mou.

C'est là un diagnostic de la plus haute importance, car il permet un traitement précoce de la syphilis, sur l'utilité duquel il n'y a plus à insister, si on se rappelle simplement quelques cas désastreux, où la syphilis étant méconnue, le malade, ne fut pas traité et succomba à des accidents cérébraux syphilitiques.

5° Les règles thérapeutiques découlent tout naturellement des données cliniques prudentes.

1° Le chancre mou ne doit pas être négligé; bains locaux répétés, pommade au calomel, poudre de diiodoforme, etc., rarement cautérisation, mais tous les efforts doivent porter sur l'adénopathie.

2° Chercher à prévenir la suppuration par le repos au lit, les onctions d'onguent gris.

3° Si le pus est formé, ne pas inciser; ponctionner obliquement avec une aiguille pas trop grosse et injecter éther iodoformé que l'on a soin de réaspirer. Répéter les injections tous les jours au début, puis espacer les ponctions. Ne recourir à l'incision qu'à la dernière extrémité. On évitera ainsi les cicatrices, et on diminuera les chances de phagédénisme.

4° Si l'ulcération s'est formée et si le phagédénisme envahit, recourir aux procédés classiques: pulvérisations d'eau bouillie, suivie de cautérisation au crayon de nitrate d'argent et crayon de zinc, puis pansement iodoformé (Fournier) ou compresses imbibées de chlorure de zinc au 1/100e (Gaucher). Varier les cautérisations, tenter les boues radifères, qui dans un cas ont produit une grande amélioration.

5° Se méfier toujours de la syphilis et la rechercher systématiquement dans tous les cas de chancres mous, si caractéristiques qu'ils paraissent.

Mort rapide consécutive à la ponction lombaire dans un cas de fracture de la base du crâne. Par MM. F. ADAM et G. POYER de Paris, dans *La Clinique*, 26 janvier 1912.

Il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante (1). Elle montre, une fois de plus, que la ponction lombaire qui, en dehors de son importance au point de vue du diagnostic, pré-

(1) Observation recueillie dans le service du Dr Damalix.

sente encore une valeur thérapeutique, peut amener, dans certains cas, des accidents rapidement mortels.

H. . . , 27 ans, fumiste, est précipité d'une hauteur de cinq mètres et tombe sur la tête. Il nous est amené, une demi-heure après l'accident. Il est pâle, pousse des cris plaintifs, se roule sur son brancard, remue bras et jambes; il ne réagit pas quand on l'appelle; la respiration est stertoreuse, le pouls à 85; il n'y a pas eu de perte d'urine, ni de matières fécales; il n'y a pas d'érection; les réflexes rotuliens sont abolis; les pupilles égales, légèrement en myosis, réagissent à la lumière; il n'y a pas de plaie du cuir chevelu; pas de perte de sang ou de liquide céphalo-rachidien par le nez ou es oreilles.

Nous trouvant donc en présence d'un malade en état de commotion cérébrale grave, et soupçonnant une fracture du crâne, nous décidons de faire une ponction lombaire. Elle est pratiquée un quart d'heure après l'entrée, le malade étant couché sur le côté droit.

Le liquide céphalo-rachidien s'écoule sous une forte pression. Comme il est fortement coloré par le sang, nous n'en retirons que quelques centimètres cubes.

Immédiatement, H.... sort du coma dans lequel il était plongé, s'assied sur son lit, demandant ce qu'on lui veut, criant qu'on le laisse tranquille; il nous regarde fixement, les pupilles sont alors dilatées et ne réagissent pas à la lumière. Cet état dure deux minutes à peine, et le malade retombe sur son lit: la respiration s'est brusquement arrêtée, il y a cyanose de la face; nous pratiquons immédiatement la respiration artificielle; mais, bien que l'exploration montre que les voies aériennes sont libres, l'air ne pénètre pas, les muscles thoraciques sont comme tétanisés et cependant, de temps à autre, un mouvement respiratoire spontané et profond se produit. Cet état dure une dizaine de minutes, pendant lesquelles le malade ne respire que douze ou quinze fois, bien que nous pratiquions continuellement le Sylvester. Le pouls, qui, au début de ces accidents, a pris de l'ampleur, diminue petit à petit et le malade meurt douze minutes après la ponction.

L'autopsie est pratiquée cinquante heures après la mort: dès que la calotte crânienne est enlevée, du sang s'écoule; de gros caillots compriment la région frontale gauche, le lobe droit du

cervelet et entourent le bulbe, qui, macroscopiquement, est intact. On note une ecchymose de la dure-mère dans la région basilaire et un autre en arrière du trou occipital. Un trait de fracture part de l'apophyse crista-galli, se dirige en arrière vers l'apophyse clinoidale postérieure droite, qu'il contourne, et descend sur la lame basilaire jusqu'au trou occipital; un autre trait se détache du précédent au niveau de l'apophyse clinoidale postérieure, intéresse le rocher et va rejoindre la suture pariéto-occipitale qui s'est disjointe.

On pourrait penser qu'il y a eu simple coïncidence entre la ponction lombaire et la mort de H... Mais le retour passager à la connaissance, succédant *immédiatement* à la ponction et les accidents bulbaires consécutifs établissent, à notre avis, une relation étiologique entre ces faits. L'hémorragie avait vraisemblablement été arrêtée par la formation d'un caillot. L'issue du liquide céphalo-rachidien amena une décompression suffisante pour tirer le malade du coma. Mais, soit du fait même de cette décompression, soit par suite de mouvements intempestifs du malade, le caillot fut mobilisé. Le retour de l'hémorragie amena une compression de tout l'encéphale et, en particulier, du bulbe : de là, le coma, les accidents respiratoires et la mort rapide.

De cette observation, nous pouvons conclure qu'il est prudent, avant de pratiquer la ponction lombaire dans les fractures du crâne, de prévenir l'entourage que des accidents immédiats peuvent être la conséquence de cette intervention. Cette éventualité n'entache en rien la valeur thérapeutique de la ponction dans ces traumatismes, car elle ne peut avoir de suites fâcheuses que dans les cas où les ruptures vasculaires sont à ce point importants que la mort plus ou moins rapide doit en être la conséquence.

PEDIATRIE

La prophylaxie des épidémies de paralysie infantile, par STARR, dans *Revue International de Médecine*.

La prophylaxie consistera en désinfection des cavités nasale et buccale, au moyen de sprays et de gargarismes antiseptiques. Puis on donnera de l'urotropine à tous ceux qui sont exposés à la ma-

ladié ; on sait en effet, d'après les recherches de Flexner, que l'urotropine prise à l'intérieur diminue la susceptibilité pour cette affection. L'auteur insiste sur la difficulté de reconnaître la poliomyélite antérieure aux stades de début ; la ponction lombaire rend de grands services, mais encore faut-il que le praticien ne soit pas trop éloigné d'un centre où l'examen pourra se faire. En règle générale le liquide est plutôt opalescent et présente un grand nombre de lymphocytes grands et petits et quelques leucocytes polynucléés.

Le microbe spécifique de la scarlatine, par VIBOND, de Montréal, dans *Archiv. of pediatr.*, 1911, vol. XVIII, n° 7.

Le microbe en question aurait été trouvé dans sept cas de scarlatine. Il se développe sur tous les milieux ordinaires et son développement se fait en 3 heures et demie ; il est donc très rapide. On trouve les bacilles dans les ganglions lymphatiques où ils se multiplient et forment des toxines qui pénètrent dans la circulation. Les bacilles ont été inoculés à deux lapins et à cinq singes ; chez tous ces animaux il s'est développé une fièvre scarlatine typique y compris l'éruption, l'adénite et la desquamation, etc. En aucun cas il n'y eut de suppuration à l'endroit inoculé. S'il s'était agi de streptocoques il y aurait certainement eu suppuration.

Dans chacun des cas on a trouvé le même bacille dans les ganglions et de plus la croissance typique s'est faite sur les divers milieux.

PEDIATRIE

L'immunité des nourrissons contre les fièvres éruptives et contre certaines maladies infectieuses. — G. VARIOT. — *La Clinique infantile*, 15 octobre et 1er novembre 1911, dans *Journal de Méd. Interne*, déc. 1911.

M. VARIOT, invoquant l'opinion et les statistiques de plusieurs auteurs et produisant les chiffres qu'il a recueillis personnellement, montre que " le nourrisson est plus réfractaire qu'on ne le croit

généralement à un bon nombre d'infections et que les épidémies de fièvre éruptive ne sont pas tellement à craindre dans les agglomérations d'enfants de 0 à 1 an."

Voici les observations personnelles de M. VARIOT.

ROUGEOLE. — A la pouponnière de Châtillon-sous-Bagneux pour nourrissons débiles pesant moins de 2 k. 500, atrophiques, syphilitiques héréditaires, etc., — 1,272 bébés en 4 années, 1 cas de rougeole.

A la crèche du pavillon Pasteur (Hospice des Enfants-Assistés, Paris), pour nourrissons venant à la consultation externe et, après leur hospitalisation, fréquemment visités par leurs parents ; la plupart grands atrophiques : — 241 enfants au-dessous de 1 an, 2 cas de rougeole, un à 5 mois (mort) et un à 10 mois.

Aux pavillons d'isolement de l'Hospice, — en 4 ans, sur 1,375 rougeoles, on compte : au-dessus de 2 ans, 1,086 cas, de 1 à 2 ans, 282 cas, au-dessous de 1 an, 7 cas (3 morts avec broncho-pneumonie et 4 guérisons).

SCARLATINE. — A la pouponnière de Châtillon, — 1,272 bébés (débiles, atrophiques, etc.) en 4 années, pas un seul cas de scarlatine.

Aux pavillons d'isolement de l'Hospice, — en 4 ans, sur 164 scarlatines, il n'y en a pas une au-dessous de un an.

VARICELLE. — A la pouponnière, — 1,272 débiles, atrophiques, etc., en 4 années, pas de varicelle.

Aux pavillons d'isolement, — en 4 ans, sur 200 varicelles, on compte au-dessus de 2 ans, 163 cas ; de 1 à 2 ans, 35 cas ; au-dessous de 1 an, 2 cas (à 11 mois).

COWX POX, VACCINE. — Le nouveau né est rétractaire au vaccin jennérien pendant une période qui ne se prolonge guère au-delà d'une quinzaine. — Ainsi les règlements administratifs qui ordonnent les vaccinations précoces dans les maternités imposent-ils une opération inutile et qui n'est pas sans inconvénients. M. VARIOT a constaté que la vaccine peut ralentir la croissance des débiles et, chez eux, il recule parfois de plusieurs mois l'inoculation de la vaccine.

VARIOLE. — Aucun cas de variole n'a été observé par M. VARIOT parmi les milliers d'enfants qui circulent à l'Hospice. — Cependant, il faudrait consulter les statistiques des hôpitaux spéciaux pour contagieux, car, pour les nourrissons, " il est bien acquis que l'immunité contre la variole n'existe pas comme pour la rougeole et la scarlatine. "

COQUELUCHE. — A la pouponnière, -- 1,272 débiles, atrophiques, etc., en 4 années, ont fourni 2 cas de coqueluche.

A l'Hospice, — en 4 ans, sur 352 coquelucheux, on compte : au-dessus de 2 ans, 275 cas ; de 1 à 2 ans, 68 cas ; au-dessous de 1 an, 9 cas (6 à 11 mois, 2 à 7 mois, 1 à 5 mois).

DIPHTÉRIE. — La statistique personnelle de M. VARIOT constate 43 cas de diphtérie de 0 à 1 an sur 2,267 diphtériques de tout âge jusqu'à 14 ans, soignés par lui, à l'hôpital Trousseau.

A la pouponnière de Châtillon, en 4 ans, — les 1,272 nourrissons débiles, atrophiques, etc., ne fournissent que 1 cas d'angine diphtérique et 8 cas de coryza paraissant diphtérique (pas d'examen bactériologique).

A l'Hospice, — en 4 années, 1 seul cas de 0 à 1 an, sur 3 diphtériques traités.

FIEVRE TYPHOÏDE. — M. VARIOT ne donne aucun chiffre personnel. — Mais, pour démontrer l'immunité relative du nourrisson contre cette maladie, il cite entre autres, Ollivier, qui, à l'hôpital des Enfants-Malades, sur 611 cas, on a seulement 3 de 0 à 2 ans, et Parrot, qui, aux Enfants-Assistés, n'a jamais rencontré la typhoïde au-dessous de 6 mois.

TUBERCULOSE. — M. VARIOT, d'après ses constatations, est en mesure d'affirmer, en parlant de tuberculose chronique, que les lésions bacillaires dans le poumon et dans les ganglions du médiastin sont peu fréquentes dans le premier âge. — Il a noté quelques cas de tuberculose très précoce et probablement d'origine congénitale.

Il tombe d'accord avec les auteurs français et étrangers (Stirniman : sur 591 autopsies au dessous de 1 an, 41 ont montré des lésions tuberculeuses) pour reconnaître que la tuberculose est rare pendant le premier âge.

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'éphidrose plantaire par l'acide chromique et de l'éphidrose palmaire par les rayons X, dans *Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques*, janvier 1912.

M. le Dr Sabouraud a indiqué dans la *Clinique* (N° 50) les moyens qu'il emploie habituellement contre cette infirmité si désagréable, dont le degré peut varier depuis le plus léger, où la peau est à peine moite, jusqu'au degré extrême, où la sueur traverse la chaussure et les gants.

On voit quelquefois à la moindre émotion les gouttes de sueur ruisseler des mains et tomber à terre comme si la main sortait de l'eau. Certains patients atteints d'éphidrose plantaire sont obligés à des lavages bi-quotidiens, à deux changements de chaussures et de chaussettes par jour, pour rendre tolérable l'inconvénient presque inévitable de la bromhidrose ou fétidité de la sueur.

D'autres inconvénients s'ajoutent à ceux-là. Le patient atteint d'éphidrose palmaire ne peut écrire sans mouiller le papier sur lequel il écrit, il ne peut manier aucun objet métallique sans l'oxyder. Atteint d'éphidrose plantaire, il ne peut marcher, même quelques heures de suite. Le pied macéré se couvre d'ulcérations douloureuses surtout localisées autour du talon et sous l'avant-pied; une demi-journée de marche le rend impotent pour le lendemain.

La gêne des malades atteints de ces misères est de tous les instants. Ils n'osent tendre la main ou serrer celle qu'on leur tend, sachant que leur contact humide est désagréable. Ils ne peuvent accepter aucune partie un peu longue où ils n'auraient la liberté de quitter leurs chaussures et de faire leur toilette. En ce qui concerne les relations sociales, surtout les plus intimes, c'est un martyre.

Ces cas sont assez rares dans leur forme grave, mais fréquents dans leurs formes légères. On a indiqué mille remèdes à cela, comme il arrive quand il n'y en a pas de parfaits. M. Sabouraud indique les deux meilleurs selon lui, ceux qu'il n'a jamais vu quitter pour d'autres, et dont il a toujours vu les patients se féliciter quand les autres ne leur avaient pas réussi. Aux pieds, il conseille

les applications d'acide chromique, aux mains les applications de rayons X.

L'*acide chromique* est un sel roux qui se dissout très bien dans l'eau distillée. On l'emploie en solution de 1 à 10 %. M. Sabouraud emploie presque toujours la solution à 2 %, des solutions plus faibles étant incomplètement inefficaces; des solutions plus fortes pouvant déterminer un érythème analogue objectivement à l'érythème polymorphe.

Le mode d'application est simple. Il consiste à pratiquer un badigeon méthodique des orteils, de la face plantaire du pied et de ses bords, avec un pinceau d'ouate hydrophile. On laisse sécher sans essuyer.

La fréquence de ces badigeons doit varier avec l'intensité du cas. Mais bientôt les symptômes s'amendent et on les espace. On peut commencer par un badigeon quotidien, puis on n'en fait plus qu'un tous les deux jours. On arrive à n'en plus faire qu'un par semaine ou moins encore.

Le premier résultat est la disparition absolue et presque immédiate de la fétidité, avantage inestimable. L'exsudation, l'éphidrose est diminuée, mais elle ne disparaît pas. Le pied reste un peu moite quoique beaucoup moins. Il n'y a pas d'inconvénient à ce traitement. Les cas les plus graves en bénéficient comme les cas légers. Avec lui, la fétidité disparaît sans faute, de même les exulcérations dues à la stagnation de la sueur pendant la marche. Si on rencontrait un cas plus rebelle, il faudrait traiter l'éphidrose plantaire comme l'éphidrose palmaire par le procédé dont il va être question.

Une objection se pose ici tout naturellement. Comment ne pas traiter de même la même difficulté aux pieds et aux mains? C'est que ses inconvénients ne sont pas les mêmes ici et là. Aux pieds, l'inconvénient grave, c'est la fétidité; aux mains, la fétidité n'existe pas, c'est la moiteur qui gêne à cause des incessants contacts.

Pour l'éphidrose plantaire, ce qu'il faut donc se proposer, c'est de faire disparaître la fétidité; l'acide chromique y suffit d'emblée. Mais la moiteur, amoindrie, persiste, ce qui est à peu près sans inconvénients. Aux mains, d'ailleurs, l'acide chromique, qui jaunit la peau, les ongles, est peu acceptable. Et puis son action n'est pas celle qu'on cherche.

Les rayons X agissent admirablement sur l'éphidrose palmaire ainsi que H. Noiré l'a montré le premier. L'application faite suivant toutes les règles ordinaires doit comporter exactement cinq unités H, c'est-à-dire ne pas être suivie d'érythème à quatorze jours de distance, mais provoquer, à cette date, une sensation légère de cuisson de quelques heures, sans rougeur ni exfoliation.

On fait deux applications à trois semaines d'intervalle, si la première n'a pas donné de résultats complets et satisfaisants. Le résultat est la disparition de l'éphidrose. La main redevient sèche et normale.

M. Sabouraud a vu, trois ans après une application de rayons X insuffisante, l'éphidrose se reproduire et disparaître après une seconde application, il n'a pas encore été rencontré de cas rebelle à cette médication.

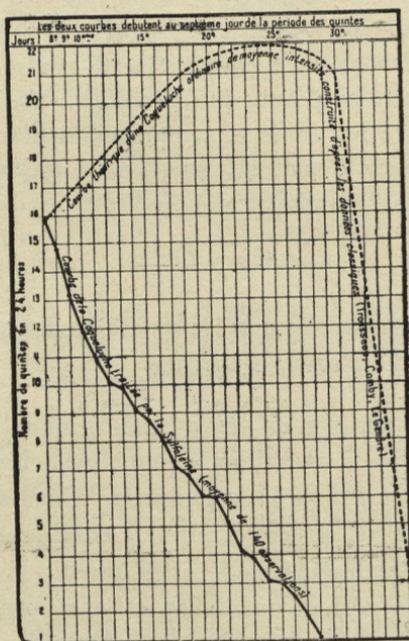
— Nous rappellerons, en terminant cette analyse, et on ne saurait trop insister sur ce point, que la radiothérapie, dont M. Sabouraud a démontré les effets si remarquables dans nombre d'affections et notamment dans les teignes, ne doit jamais être appliquée qu'avec la plus grande prudence.

Action de la sulfoléine sur le nombre quotidien des quintes de coqueluche. — Dr E. ROZET, d'Orléans.

Dans différents articles ou travaux antérieurs, nous avons publié les résultats que nous avons obtenus de l'emploi de la sulfoléine dans le traitement de la coqueluche. Nous avons vu qu'elle diminuait la mortalité, qu'elle diminuait aussi le nombre des complications broncho-pulmonaires fébriles, qu'elle abrégait notablement la durée de la période quinteuse, et, par conséquent, la durée totale de la maladie, qu'elle atténuait la force des quintes, la fréquence des vomissements.

Il est plus malaisé de mettre en relief avec évidence et en peu de mots l'influence de la sulfoléine sur la diminution du nombre quotidien des quintes. C'est pourtant le but que nous nous proposons d'atteindre dans cet article. Nous espérons avoir réussi par la confection d'un graphique, que nous mettons sous les yeux du lecteur. Lisons-le rapidement : la ligne pointillée supérieure ex-

prime la courbe les quintes d'une coqueluche ordinaire de moyenne intensité. La place nous manque pour établir la légitimité de cette courbe. Qu'il nous suffise d'affirmer qu'elle nous paraît indiscutable, car elle a été construite d'après les données les plus classiques, puisées dans Trousseau, Le Gendre, Comby. La ligne pleine inférieure traduit la courbe moyenne des quintes de nos 140 cas personnels traités par la sulfoléine. Elle a été obtenue par deux opérations successives : l'addition des quintes du premier jour de traitement de tous nos cas et ensuite la division par 140. Cette double opération a été répétée pour chaque jour suivant, jusqu'à extinction. Comparons ces deux courbes ; nous y lirons les résultats suivants, indiscutables :



a) Dans la coqueluche ordinaire, moyenne, les quintes durent *rente-cinq jours au moins*. Dans la coqueluche traitée par la sulfoléine, les quintes sont terminées *au vingt-cinquième jour*.

b) La courbe classique des quintes est *ascendante* jusqu'au vingtième jour, *stationnaire* du vingtième au trentième, *descendante* ensuite.

La courbe de la sulfoléine est *descendante* dès le premier jour de traitement.

c) Cette descente se poursuit chaque jour avec la plus grande régularité, sans la moindre oscillation de tracé, sans qu'aucun jour vienne jamais compromettre le bénéfice acquis la veille.

Quand nous avons commencé la longue série des opérations qui devait nous donner notre courbe moyenne, nous savions bien, d'après nos observations, que nous aurions une courbe généralement descendante, mais jamais nous n'avions espéré que cette descente n'aurait pas un seul jour d'arrêt.

d) Enfin, si dans les deux courbes on considère un même jour, le vingtième par exemple, on remarquera que la coqueluche classique en est à plus de 20 quintes par vingt-quatre heures et ne fait que commencer sa période stationnaire, tandis que la coqueluche traitée par la sulfoléine n'a plus que 6 quintes par vingt-quatre heures et se trouve près de terminer son évolution complète.

Surtout qu'on ne nous fasse pas dire, à propos de ce graphique, ce que nous ne disons pas. Il est bien entendu que la courbe des quintes d'une coqueluche moyenne ne se calquera pas exactement sur la courbe théorique pointillée du graphique. Il est bien entendu aussi que toutes les courbes des quintes des coquelucheux traités par la sulfoléine ne se superposeront pas à la courbe moyenne que nous avons obtenue. *Ce serait trop beau.* Mais, en matière de coqueluche il est impossible de raisonner sur des cas isolés, succès ou insuccès. Il n'y a que les moyennes qui comptent. Or, notre graphique est l'expression exacte d'une moyenne, et celle-ci apparaît comme nettement supérieure à la moyenne des coqueluches, traitées par des médications diverses, mais classiques.

Si, comme nous en sommes convaincu, cette manière d'envisager les faits est exacte, si les courbes que nous superposons sont légitimement comparables, l'action de la sulfoléine est alors nettement démontrée. Il nous a paru intéressant de le dire.

BIBLIOGRAPHIE

La luxation congénitale de la hanche, Etudes d'anatomie comparée, d'anthropogénie normale et pathologique. Déductions thérapeutiques, par le docteur J. LE DAMANY, professeur à l'École de Médecine de Rennes. 1 volume grand in-8, avec 486 figures dans le texte, 15 francs. (Librairie Félix Alcan).

Dans ce livre, l'étude pathogénique de la luxation congénitale de la hanche, simple question de pathologie infantile et d'orthopédie, devient un problème philosophique ouvrant des horizons nouveaux sur le passé et l'avenir anthropologique de l'espèce humaine.

Des recherches précises d'anatomie comparée y montrent l'évolution des membres dans la série des vertébrés, et prouvent que la torsion de l'humérus, du tibia et du fémur sont spéciales à l'homme. Les résultats de ces recherches facilitent l'explication du mécanisme par lequel la luxation congénitale de la hanche se produit. Préparée pendant la vie intra-utérine, s'accomplissant après la naissance, elle est la rançon de l'élévation anthropologique de l'espèce humaine.

Montrer aussi clairement que possible pourquoi et comment la hanche se luxe peu à peu, insensiblement, après la naissance, voilà une des parties de ce travail auxquelles l'auteur a consacré le plus de soin.

Des recherches statistiques faites avec le concours de nombreux médecins de France et des Colonies ont mis en évidence l'influence prédisposante de l'élévation anthropologique. La plus grande fréquence dans le sexe féminin s'explique par la conformation du bassin fœtal de la fille.

La hanche subluxable du nouveau-né est un état fréquent, ignoré jusqu'à ce jour, et pourtant des plus importants à connaître, pour établir à quelle époque, après la naissance, se font les luxations des hanches dites congénitales. Les luxations antérieures à la naissance, bien différentes des luxations " anthropologiques " que le médecin reconnaît et soigne, sont " tératologiques ".

La connaissance du mécanisme de la luxation congénitale de la

hanché a conduit l'auteur à une thérapeutique rationnelle dont le principe est la détorsion du fémur. Il en indique la théorie, puis entre dans le détail des applications pratiques dont la connaissance est nécessaire à quiconque voudra employer cette méthode. L'ouvrage se termine par une statistique et des documents de clinique thérapeutique qui montrent la supériorité de cette méthode de traitement.

La Pratique ophtalmologique à l'usage des praticiens, par le Docteur A. POULARD, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8, de 368 pages avec 167 figures noires et coloriées. Cart. 8 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Depuis six ans M. Poulard enseigne à la Faculté de médecine de Paris l'ophtalmologie pratique aux étudiants et aux médecins. Ces quelques années de contact immédiat et de travail en commun avec les élèves lui ont fait connaître les besoins de la pratique médicale et, en même temps, les lacunes de l'enseignement passé.

Sans parti pris, sans préjugés, sans respect pour la routine, il a, chaque année, modifié, perfectionné ou simplifié son enseignement pour l'adapter mieux encore aux besoins de la médecine général.

Cédant à la demande de ses élèves il a rédigé cet ouvrage, qui est le résumé de ses conférences pratiques.

Certes, il ne peut remplacer les leçons orales animées par des démonstrations, des projections et des présentations de malades. Mais, il les complètera et les fixera dans l'esprit et la mémoire des auditeurs.

Par suite d'une mauvaise tradition, que l'enseignement moderne n'a pas su rompre encore les médecins, mal renseignés, considèrent l'ophtalmologie comme une science isolée du reste de la médecine, inaccessible pour eux et réservée aux spécialistes. Ils s'en désintéressent de parti pris et veulent ignorer la pathologie d'un organe dont, pourtant, toutes ou presque toutes les maladies sont liées à des troubles de la santé générale. Ils se privent, délibérément, d'éléments de diagnostic nombreux et puissants, qu'ils auraient, à chaque instant, l'occasion d'utiliser pour la recherche et l'étude des maladies générales qui se rencontrent journellement dans la pratique.

Cet ouvrage contribuera à la réforme de ces préjugés, attirera le médecin vers les choses si simples de l'ophtalmologie, lui apprendra à tirer d'elle les renseignements si importants qu'elle peut donner chaque jour à la médecine générale, et par suite, lui viendra en aide dans les multiples difficultés de sa pratique journalière.

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale.
Le Numéro : 1 fr. Abonnement : 20 fr. avec prime de remboursement (Étranger : 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Étranger : 15 fr.). A. ROUZAUD, Editeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No de mars 1912 :

La Médecine populaire en Syrie et en Palestine (7 illustr.), par le Dr ARAB (de Beyrouth). — La saignée au couteau de poche ; les cautérisations au creux épigastrique (mâleh) ; le traitement des œdèmes par la fumée de bouse de vache sèche en ignition ; un personnage pittoresque, le *moujoberre* ou redresseur d'entorses, luxations, fractures.

Le réalisme pathologique dans nos églises gothiques (11 illustr.), par le Dr Félix REGNAULT, Prof. au Collège des Sciences Sociales. — Formes grimaçantes, types pathologiques scrupuleusement observés ; les monstres de la cathédrale de Bourges ; images naturalistes, licencieuses, bestiales.

Autour d'un portrait de J.-J. Rousseau (4 illustr.), par Louis GUIMBAUD. — Appel au sens physiognomonique de nos lecteurs. Le portrait de Wright : Rousseau en une attitude des prostration physique et morale ; l'oreille.

Nicolas Flamel, alchimiste (7 illustr.), par L. DESORMONTS. — Un fort habile homme ; dame Pernelle ; comment Flamel trouva de l'or dans son creuset d'alchimiste ; le charnier du Cimetière des Innocents et son squelette ; le livre cabalistique du juif.

Les Etudiantes (c illustr.). — Mme MULLON, étudiante en médecine, présidente de l'Association des Etudiantes, nous dit les aspirations et l'état d'âme des jeunes filles et des jeunes femmes qui se pressent à l'heure actuelle sur les bancs des grandes écoles du Quartier-Latin.

Lamarck et le Muséum d'Histoire naturelle (9 illustr.). — Lamarck adolescent combat en Allemagne parmi les Grenadiers ; Lamarck au Jardin des Plantes ; ses études en botanique, en zoologie ; un cerveau universel, le transformisme ; la cécité, la misère des vieux jours, ses restes jetés à la fosse commune. La postérité le venge.

Comment nos pères expliquaient la formation des envies et des monstres (4 illustr.), par le Dr CHANTAVE. — La chenille sur le cou de la jeune fille ; le *Mercurie galant* de 1681 nous dit une curieuse histoire de montre et son autopsie.

L'Art Médical en Chine (6 illustr.), par le Prof. Jules RÉGNAULT. — La Chine était savante et polie quand la barbarie couvrait encore le monde ; anatomie, pathologie, opothérapie (fiel d'ours, gélatine de peau d'âne noir), etc. Il y a beaucoup à glaner dans la pratique médicale chinoise.

SUPPLÉMENT. — (18 illustr.). — *La Lèpreuse*. — *Le sommeil de la veuve*. — *Les anges*. — *Les Thermes d'Acqui*. — *Jean Orth est-il mort ?* — *La barbe devant l'esthétique et l'hygiène*. — *Marat électro-thérapeute*. — *Les croque-morts littéraires continuent*. — *Synésius de Cyrène*. — *A propos de la mort du boxeur Belli*. — *La fusion des races algériennes*. — *Minerais radioactifs*. — *De quelques modes de destruction préconisés contre la bête du Gévaudan*. — *Le végétarisme et le Dr Gley*. — *Immoralité de l'art moderne*. — *Le Professeur Nicolas, Rouffignol et Emilienne d'Alençon à la Scala*. — *Les idées modernes sur la constitution de la matière*.

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1912, par le Dr V. GARDETTE. 1 vol. in-18 de 400 pages, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le but du Dr GARDETTE a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Le succès rapide de ce petit livre arrivé à la 6e édition a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

Les notices qui signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou rappellent une spécialité déjà ancienne sont le plus souvent inutiles parce qu'elles ne donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de dire sous quelle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont tous les praticiens sont inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, la notice n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraîchir.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *deuxième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *troisième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

Traitement des tuberculoses externes. — La méthode de traitement des tuberculoses externes par les injections modificatrices est actuellement admise par tous les chirurgiens. Restait à définir, parmi les substances proposées, celle qui présente le maximum d'avantages et le minimum de dangers, celle dont l'emploi est le moins douloureux et le plus commode. C'est à cette étude comparative que s'est appliqué le Dr Tribes, interne de l'Asile national des convalescents des hôpitaux de Paris à Saint-Maurice, et ce sont les résultats de ses recherches qu'il a consignés dans sa thèse (*Faculté de médecine de Paris*, novembre 1911). Brochure in-8 de 82 pages avec figures, \$2.00. Malvini, éditeur.

De son travail très documenté (il ne comporte pas moins de 41 observations personnelles concernant des gommages tuberculeuses

suppurées, des adénites, des ostéites tuberculeuses, des ostéoarthrites, des fistules) ressort manifestement la preuve que le Gomenol s'est montré supérieur aux autres agents modificateurs. Il est tout à la fois, selon les expressions de l'auteur, "un agent qui provoque la liquéfaction des fongosités, une substance asséchante, une substance sclérogène."

Comme agent de ramollissement, le Gomenol a paru au Dr Tribes "avoir une action douce, régulière dans ses effets, modérée, par suite facilement dosable." De plus, l'injection n'en est pas douloureuse. Enfin, un précieux avantage est "qu'avec le Gomenol, il est parfaitement inutile de recourir, pour la cure des tuberculoses externes, à l'emploi d'agents modificateurs différents, selon que l'on veut provoquer au début du traitement la destruction et l'évacuation des produits fongueux, à la fin l'assèchement de la cavité de l'abcès, comme cela est nécessaire avec les agents qui ne remplissent qu'une seule de ces indications."

C'est à l'Oléo-Gomenol à 20% que le Dr Tribes conseille de recourir, ce titre lui ayant paru, après expérience, répondre à toutes les indications. La quantité à injecter est en moyenne de 1 à 2 cent. cubes, mais elle varie naturellement avec la grosseur de l'abcès, son degré de ramollissement et l'intensité des phénomènes inflammatoires. Dans les fistules, il convient d'injecter une solution d'un titre plus élevé et à doses plus grandes (4 à 5 cent. cubes d'Oléo-Gomenol à 33 %). En pareils cas, déclare le Dr Tribes, le Gomenol apparaît véritablement comme "l'agent idéal," puisqu'il est possible, en raison de sa, toxicité pratiquement nulle d'en déposer des quantités parfois considérables au sein des tissus atteints sans amener de phénomènes inflammatoires trop intenses ou des symptômes d'intoxication.

SUPPLEMENT

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE DE L'URASEPTINE

De tous les émonctoires, l'appareil urinaire tient le premier rang par l'importance de sa fonction.

Dans la région haute, aux reins, s'élabore l'urine, s'opère la dépuratation du sang ; il est donc nécessaire qu'à ce niveau l'organe

préposé à cette dépuración remplisse exactement son rôle, sans cela c'est l'intoxication sanguine avec son aboutissant : l'*urémie*.

Pour assurer la sécrétion en quantité, figurent en première ligne les *diurétiques*, nitrate de potasse, scille, théobromine, lactose, pipérazine, sans compter le lait ; certains de ces diurétiques même provoquent en même temps que l'augmentation de l'excrétion quantitative, une augmentation de l'excrétion des chlorures ; on connaît aujourd'hui la part que prend la rétention chlorurée dans la production des œdèmes.

Mais, il n'y a pas que les chlorures dont l'accumulation dans les tissus soit préjudiciable à la santé ; d'autres substances chimiques circulent et se fixent dans l'économie dont l'élimination serait désirable, entr'autres les corps d'origine purique, avec l'acide urique comme type. On peut profiter de la diurèse pour les faits rejeter du sang et des organes où ils s'accumulent, mais ces corps sont difficilement solubles. Ce défaut de solubilité étant la cause de leur rétention, on n'arrive à les expulser que par l'administration de médicaments qui ont la propriété de dissoudre l'acide urique, les sels de lithine ou d'autres substances encore plus dissolvantes, la piperazine et ses sels, etc. . . .

Le fait lui-même est très intéressant, mais pour que ce doublement se produise, il est nécessaire que l'urine soit acide, ce qui n'est pas le cas dans bon nombre des infections des voies urinaires inférieures. L'emploi de l'urotropine seule ferait long feu, même en y ajoutant d'autres antiseptiques comme l'helmitol, qui est à la fois antiseptique et sédatif ; mais, heureusement, nous possédons certaines substances capables d'entretenir l'acidité urinaire : le *benjoin*, l'*acide benzoïque* et les *benzoates* on fait leurs preuves à ce sujet depuis longtemps. L'acide benzoïque possède, de plus, la propriété de se combiner avec les acides animés dont il facilite l'élimination ; avec le glyco-colle il forme l'acide hippurique et son *action totale* aboutit non seulement à maintenir l'*urine acide et antiseptique*, mais à *désintoxiquer l'organisme*.

Pour assurer la diurèse et l'antiseptie vésico-rénale, il est donc nécessaire d'associer en certaines proportions bien définies une série particulière de médicaments, comme la lactose, la pipérazine, l'helmitol, l'urotropine, les benzoates de soude et de lithine. Cette association se trouve spécialisée sous le nom d'*uraseptine*, produit granulé soluble dans l'eau, qui donne les meilleurs résultats dans tous les cas où il est nécessaire de pratiquer l'antiseptie vésico-rénale.

ACTION DE L'ENESOL SUR LES AFFECTIONS NERVEUSES METASYPHILITIQUES ET SUR LA REACTION DE WASSERMANN (1)

par le Dr E. FREY

Après avoir démontré la relative insuffisance de l'arsénobenzol en présence des affections métasyphilitiques, le Dr FREY aborde l'étude de l'Enésol et commence par la révision des principaux travaux publiés jusqu'ici sur cette préparation ; puis il présente ses observations personnelles qui sont suffisamment nombreuses (46 régulièrement suivies) pour le conduire à des conclusions probantes.

L'auteur donne les règles qu'il s'est proposées et qu'il a observées, tant au point de vue du mode opératoire que de la posologie (injections intramusculaires aseptiques de 2 cc. *pro die* avec repos tous les huit ou dix jours ; cure totale de 20 à 30 injections).

“ Parmi les affections parasymphilitique, écrit-il, j'ai fait le traitement à l'Enésol dans des cas de tabes, d'ophtalmoplégie, de cérébrasthénie, de myélite syphilitique et d'hémiplégie. Les ptosis guérirent avec une surprenante rapidité. La paupière supérieure totalement paralysée était complètement mobile au bout de 1 à 2 injections et ce n'est que dans des cas très rares que j'eus besoin de plus de 10 injections pour faire disparaître les ptosis.

“ Sur les 16 cas d'ophtalmoplégie, après 15 à 30 injections, il y eut un seul cas non amélioré ; dans 4 les muscles oculaires paralysés furent très améliorés et dans les 11 autres, le traitement se termina par la guérison complète de tous les muscles paralysés. Donc l'action de l'Enésol est instantanée dans les ophtalmoplégies externes et même étonnante dans le ptosis. On peut certes dire que ces paralysies sont les symptômes tabétiques qui présentent la plus grande tendance à la régression et même guérissent spontanément dans des cas rares. Mais, contrairement à cette affirmation, nous devons nous en référer à nos cas qui montrent que des paralysies des muscles oculaires durant depuis déjà longtemps (trois, quatre ans), ont guéri et que la guérison ne commença qu'après quelques injections d'Enésol, et que de plus les ophtal-

(1) Travail du premier service de neurologie et du laboratoire de la Poli-clinique de Budapest (chef de service : Prof. Dr Karl Schaffer).

moplégies traitées par d'autres méthodes guérissent en bien moins grand nombre et que la guérison ne se produisit pas aussi vite, et de beaucoup, qu'avec le traitement par l'Enésol. ”

Dans le tabes, les résultats obtenus sont au moins égaux et souvent supérieurs à ceux que donnent les méthodes thérapeutiques utilisées jusqu'ici.

“ Parmi les symptômes subjectifs du tabes, écrit l'auteur, les douleurs fulgurantes présentèrent des améliorations importantes après le traitement par l'Enésol, et dans la majorité des cas, même, elles ne se reproduisirent plus. Je ferai remarquer ici que pendant le traitement à l'Enésol, je n'administrerai pas au malades de remèdes analgésiques. Au bout de 5 à 6 injections déjà les douleurs diminuèrent d'intensité et devinrent aussi plus rares. Au bout de 20 à 30 injections, elles ne se produisirent plus du tout. Je dispose de cas dans lesquels, deux ans après la cessation du traitement, je pus me convaincre de l'effet de l'Enésol et dans lesquels les douleurs n'étaient pas revenues.

“ Sur 40 cas, j'ai employé l'Enésol contre les douleurs tabétiques dans 28 cas et les douleurs ne se reproduisirent pas dans 23, c'est-à-dire dans une proportion d'environ 82 %. HUDOVERMIG obtint la cessation des douleurs dans 63% des cas. J'ai vu aussi de bons résultats avec l'Enésol dans les crises intestinal et gastriques des tabétiques. Les 6 malades que je traitai à ce point de vue souffraient de violentes crises gastriques qui souvent ne pouvaient être influencées par la morphine. Dans 5 cas, les crises qui revenaient régulièrement tous les mois ne se produisirent qu'au bout de trois mois, mais cette fois avec beaucoup moins d'intensité; depuis, elles furent plus rares et durèrent moins. Alors que chez ce dernier malade, les douleurs avant le traitement duraient onze jours, après le traitement (20 injections d'Enésol), elles ne durèrent plus que deux à trois jours. ”

Une partie capitale du travail de M. FREY est celle qui concerne l'action de l'Enésol sur la réaction de Wassermann.

“ De nombreux observateurs, dit le Dr FREY, eurent l'occasion de constater que la réaction de Wassermann fortement positive devint négative après un plus ou moins grand nombre d'injections

d'Enésol, et, suivant les données de la littérature, plus souvent même qu'après le traitement par l'aséno-benzol."

L'auteur, après avoir examiné l'état de la question au moment même de son travail, cherche une explication plausible à la disparition de la réaction de Wassermann sous l'influence du traitement à l'Enésol.

"Je me crois justifié à admettre que les cas dans lesquels la réaction de Wassermann ne redevint pas de nouveau positive sont des cas de syphilis réellement guéris et que toute aggravation des affections nerveuses parasyphilitiques est empêchée parce qu'il ne se fait plus de production du virus syphilitique et que le système nerveux sensitif n'est plus exposé à aucune action nuisible."

Puis le Dr FREY rend compte de ses résultats personnels :

"Sur mes 46 cas, je ne fis pas rechercher la réaction dans 15 cas ; celle-ci ne fut donc examinée que dans 31 cas. M. le privat-docent B. VAS eut l'obligeance d'exécuter les réactions. Sur 31 cas, la réaction fut négative dans 6 cas, 25 présentaient une réaction positive. Tous les 25 cas furent examinés à plusieurs reprises et, après 20 injections d'Enésol, 10 cas, 5 après 25, et 3 après 10 injections, c'est-à-dire en tout 18 cas sur 25 ou 72% présentèrent la réaction négative."

(CONCLUSIONS. — "Mes conclusions sont donc les suivantes : l'Enésol est un remède d'action extraordinairement rapide, dont l'effet curatif est indubitable dans les paralysies des muscles oculaires extrinsèques. Les douleurs tabétiques disparaissent dans la plupart des cas, grâce à ce remède ; les crises intestinales et gastriques paraissent favorablement influencées. L'Enésol peut amener la régression des nombreuses altérations nerveuses, et même, une guérison complète. La réaction positive de Wassermann peut devenir négative sous l'action de l'Enésol ; ce médicament ne provoque pas de symptômes d'intoxication, pas plus que de réaction locale. Son action tonifiante est incontestable."

Le Comte Erroll, K. T. C. B., présidant une réunion annuelle des actionnaires de la Cie Bovril Limitée, fit allusion à l'opinion d'une haute autorité médicale du Trinity Collège, de Dublin, où on a fait l'épreuve du Bovril. Voici la citation qu'il fit : " Pour la digestion et l'absorption les principes actifs du *Bovril* sont un aliment du premier ordre. Son action sur la nutrition est comme l'anneau qui unit le corps à la nourriture. Le Bovril est bien un aliment. Le Bovril active les échanges nutritifs, et augmente la chaleur animale. "

A la même réunion, Sir James Crichton-Brown a parlé comme suit : " le bon renom du *Bovril* ne repose pas seulement sur la bonne opinion des médecins, mais aussi, et surtout sur les bases solides de l'expérience scientifique. Les médecins peuvent différer d'opinion, mais les balances et les tubes à essai ne connaissent pas les hésitations du diagnostic. Les observations du prof N. H. Thompson, du Trinity Collège, à Dublin, avec le concours de M. Caldwell, un physiologiste éminent, et de M. Wallace ont établi que le *Bovril* comme aliment et comme calorique est supérieur à toutes les autres préparations de même nature. "

QUEL EST LE MEILLEUR TONIQUE

Quelques médecins, et beaucoup de gens, croient que les mots " toniques " et " stimulants " sont équivalents. C'est une erreur, bien que plusieurs préparations possèdent ces deux effets " toniques-stimulants ". Ainsi, la strychnine est un stimulant cardiaque, mais à petites doses répétées fréquemment, elle est aussi un stimulant nervin. Un stimulant est indiqué en cas d'urgence, mais à la longue il peut amener de la dépression. On donne quelquefois des préparations qui produisent ce double effet. Ainsi, le *Pepto-Mangan (Gude)* est une préparation idéale qui contient une dose convenable de strychnine, suivant les indications. Elle fait merveille dans la convalescence de la fièvre typhoïde, la pneumonie, la Grippe, etc. Le *Pepto-Mangan* est une excellente préparation dans tous les cas de débilité cardiaque et de chloro-anémie.
