

MONTREAL-MEDICAL

VOL. II

15 MAI 1902

No 3

DES ARTHRITES CHRONIQUES EN GENERAL (1)

PAR SIR WILLIAM HINGSTON

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Depuis quelque temps vous voyez passer devant vous une série de malades souffrant d'arthrites chroniques; vous pouvez juger de là, l'importance de bien étudier et de bien connaître cette affection sous peine de tomber dans de déplorables erreurs de diagnostiques et de thérapeutiques. Autrefois sous le terme général de *tumeur blanche*, qui nous dit rien au point de vue pathogénique et clinique, on décrivait les maladies articulaires de causes les plus diverses, depuis la blennorrhagie et la syphilis jusqu'au rhumatisme et à la tuberculose. Après avoir fait l'analyse des lésions, le terme *tumeur blanche* fut réservé pour spécifier l'arthrite fongueuse. Cependant, le tissu fongueux peut se rencontrer autour d'un séquestre, d'un corps étranger, quelquefois dans le cours des arthrites rhumatismales chroniques, mais généralement vous le trouverez dans l'*arthrite tuberculeuse*. Ce sont des tubercules qui envahissent d'abord le tissu osseux lui-même et se répandent ensuite dans toute l'articulation. A un âge assez avancé, la maladie débute plus souvent dans le synoviale. L'arthrite à bacilles de Koch est-elle la première manifestation d'une affection tuberculeuse ou une localisation d'une tuberculose générale? La réponse à cette question est pour le chirurgien de la plus grande importance pour éclairer son pronostic et son traitement. Ce n'est qu'après un examen minutieux des viscères et en particulier des poumons que vous pourrez vous prononcer sur le fait de savoir si la lésion chirurgicale est primitive ou secondaire. Vous constaterez souvent que l'articulation est envahie primitivement, et j'ai vu fréquemment cette lésion chirurgicale gué-

(1) Notes cliniques recueillies par A. G., le 30 avril 1902.

rir complètement, la santé se maintenir excellente et le malade rester à l'abri de toute généralisation. Si vous trouvez une affection pulmonaire ou autre concomitante la difficulté du problème consiste à préciser quel a été l'organe qui a été le premier atteint. Si vous consultez les statistiques vous verrez que dans la majorité des cas chez l'enfant et l'adulte, la lésion articulaire a été la première phase de la tuberculose; chez des sujets plus avancés en âge la tuberculose chirurgicale est ordinairement secondaire à la tuberculisation d'autres organes, spécialement des séreuses: plèvre ou péritoine. Les jeunes malades souffrant de coxalgie, que vous venez de voir, ne sont pas atteints d'affection thoracique et devront guérir avec un traitement approprié.

Une autre question plus facile à résoudre est celle du rapport qui existe entre le traumatisme et la tuberculose articulaire. Ce fut le sujet d'une longue discussion au Congrès de Washington en 1891, et la majorité des chirurgiens furent d'opinion que le traumatisme était la cause déterminante d'une arthrite inflammatoire sur laquelle pouvait se greffer plus tard le bacille de Koch. Interrogez tous ces jeunes malades porteurs d'arthrites, et vous trouverez dans leur histoire que la maladie s'est déclarée à la suite d'une chute, d'une entorse, ou d'un traumatisme quelconque. Les recherches anatomo-pathologiques modernes sont venues répandre beaucoup de lumière sur la nature, la marche des arthrites et leurs relations avec la tuberculose, mais il ne faut pas commettre la grave erreur de croire que toutes les arthrites chroniques sont tuberculeuses; même les arthrites fongueuses n'ont pas toujours pour cause le bacille de Koch. Vous pouvez trouver du tissu fongueux autour d'un séquestre, d'un corps étranger, et dans les arthrites rhumatismales; il ne faut pas aussi faire tuberculeuses les arthropathies syphilitiques et celles qui se montrent dans le cours de diverses maladies nerveuses, en particulier de l'ataxie locomotrice. L'histoire complète de votre malade et l'examen attentif des différents organes vous permettront de reconnaître la variété d'arthrite à laquelle vous avez affaire et de distinguer ce qui appartient à la tuberculose ou à d'autres causes. N'oubliez pas, en chirurgien soigneux, de porter une attention spéciale aux symptômes locaux avant de faire votre diagnostic. De l'opinion que vous vous ferez sur la na-

ture de l'affection dépendra le pronostic et le traitement. Après la découverte des arthrites bacillaires, les premières conséquences furent de voir partout des articulations tuberculeuses qui amenèrent par raisonnement pratique une intervention chirurgicale hâtive de crainte que ce foyer infecte toute l'économie. Supprimant une localisation, disait-on, nous empêchons une généralisation.

Le fait est vrai si une plaie articulaire cultive des tubercules, ce qui arrive rarement; il vaut mieux intervenir le plus tôt possible. Mais toutes les arthrites provoquées par un traumatisme ne sont pas tuberculeuses et l'on s'est aperçu qu'on était allé trop loin.

Il faut donc revenir, en ce qui concerne le traitement des arthrites, à un procédé moins radical et l'immobilisation de la jointure malade dans une bonne position vous donnera des résultats favorables. Il existe, pour chaque articulation, une position d'élection que vous devrez déterminer et qui favorise à la fois la suppression des douleurs et la résolution des phénomènes inflammatoires.

A l'immobilisation vous pouvez joindre l'extension, et quelquefois une compression douce et une révulsion légère qui faciliteront le processus de guérison.

Comme la durée de ce traitement doit varier entre dix à quatorze semaines, jusqu'à ce que le malade n'éprouve plus aucune douleur spontanée ou provoquée par le mouvement, on a accusé cette méthode d'être funeste pour la conservation des fonctions articulaires et de conduire à l'ankylose. Vous observerez que pas plus dans ces cas que dans les fractures ce n'est pas l'immobilisation mais bien l'inflammation articulaire elle-même qui produit l'ankylose; or le repos absolu prolongé est le meilleur moyen pour arrêter le travail inflammatoire.

Une médication générale reconstituante jointe à ce traitement local vous donnera un succès d'autant plus assuré que vous l'employerez avec persévérance au début de la maladie. Afin d'obvier à l'inconvénient d'un aussi long séjour au lit, on a imaginé des appareils portatifs qui peuvent concilier le repos de la jointure avec la possibilité de la station et de la marche. Il est donc indiqué de tenter tout d'abord la guérison des arthrites au moyen du traitement interne et des appareils spéciaux; et ce n'est seulement que dans les cas où il est dé-

montré que ce traitement a échoué que vous devez penser à une intervention sanglante. Si vous faites une résection pour une arthrite tuberculeuse, votre pronostic doit toujours être réservé car dans la tuberculose comme dans le cancer la récédive est toujours à craindre. Chez les malades qui peuvent être placés dans des conditions hygiéniques leur permettant de suivre vos ordonnances vous obtiendrez des résultats satisfaisants. Quant aux sujets arrivés à la dernière période de la tuberculose pulmonaire, le mieux est de s'abstenir de toute intervention. Ainsi donc, point d'opérations hâtives au début d'une arthrite, ni lorsque cette lésion locale survient à la fin d'une maladie générale.

(à suivre)

ACCES DE GOUTTE AIGUE HYPERPYRETIQUE

Avec répercussion sur l'encéphale et le muscle cardiaque, traité et guéri par les bains froids.

PAR M. LE PROFESSEUR MONTAGNON.

X... âgé de 38 ans. Antécédents héréditaires goutteux. Grands parents, père, sœur, goutteux; la diathèse est très nettement établie dans les ascendants.

Chaque année, à deux ou trois reprises, manifestations aiguës sur les articulations. N'a pas retiré grand bien des saisons thermales. Ne s'est jamais astreint à aucun régime, ponté plutôt par les exigences de sa profession à faire habituellement bonne chère et à quelques excès de boissons.

Au commencement de décembre, il est pris de quelques douleurs dans les pieds (plante et orteils) et aux mains, mais très supportables, ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations; il s'en inquiète peu, et se contente de prendre un purgatif, comme il avait coutume de le faire en pareille occurrence.

Aucune amélioration ne se produisit; bien au contraire la généralité des articulations commença à se prendre, et le 15 décembre, il fut obligé de s'aliter. À partir de ce jour, la fluxion articulaire devint considérable, les douleurs très vives dans toutes les jointures, les articles cervicaux même furent envahis, de sorte que le patient paraissait inerte dans son lit, le moindre mouvement lui arrachant des cris de douleur.

A ce moment, on lui fit prendre jusqu'à 120 grains de salicylate de soude dans les vingt-quatre heures pendant quatre jours, mais sans aucune rémission.

16 décembre.—L'état semble empirer; fièvre plus intense, aucune amélioration dans l'état fluxionnaire.

17 décembre.—Même situation que la veille; un peu de dyspnée, le pouls est à 120. A l'auscultation du cœur, le médecin traitant constate un dédoublement et souffle systolique rude à la base; depuis un jour ou deux, un peu de somnolence et d'incohérence dans l'idéation.

Réversif dans la région du cœur, purgatifs.

18 décembre.—Appelé dans la matinée auprès du malade en consultation, je constate au niveau des gros orteils que la peau est tendue, luisante, légèrement violacée.

La fluxion articulaire est générale.

Les signes stéthoscopiques cardiaques paraissent moins nets qu'hier, pendant que les phénomènes cérébraux s'accroissent.

Du côté des articulations, l'état est stationnaire.

En présence de ces localisations viscérales, nous cherchons à maintenir la fluxion vers les jointures par l'application de rubéfiants sur les membres inférieurs, diurétiques, quelques purgatifs, lait.

On supprime le salicylate de soude. Je conseille de faire prendre 30 grains d'antipyrine dans le courant de la journée au cas où les douleurs seraient trop vives, de s'en abstenir si elles sont supportables ou si les localisations viscérales augmentaient d'intensité.

Pouls: 120. Température, 102°.

23 décembre.—Je suis appelé de nouveau auprès du malade, au milieu de la nuit.

Depuis le 18, les phénomènes cérébraux n'avaient cessé de s'accroître, le délire n'est pas continu, mais revient par période, et consiste en une grande incohérence d'idées et de paroles, mais sans grande agitation; jactitation, carphologie.

De plus, le patient est dans un état de prostration notable, d'affaiblissement marqué; le teint est mat, terne, le regard terne et les yeux errants sans aucune expression. Jamais de nausée, de vomissements ou de hoquet. La langue est sèche, les bords sont rouges avec un certain degré de fuliginosité au centre.

Les battements du cœur sont sourds, beaucoup plus faibles que le 18 décembre, mais on ne constate plus le dédoublement ni le souffle entendu précédemment.

Le pouls est sans tension, dépressible: 120. Température 1060; à partir de ce moment, il est facile de se rendre compte à vue d'œil de l'affaiblissement progressif du malade; l'adynamie augmente à chaque instant.

En présence de cet état menaçant, et de l'insuccès des médicaments employés, je conseille immédiatement les bains froids.

A une heure du matin, température avant le bain: 1060 2. Température du bain: 860 seulement, et durée de un quart d'heure.

Malgré l'état adynamique, ce premier bain est parfaitement supporté. A la fin du bain, le délire cesse. La température une demi-heure après le bain, est de 1030.

On administre au malade un verre de madère dans le bain, et un autre à la sortie.

Les bains sont ensuite donnés toutes les trois heures, et autant que possible, toutes les fois que la température s'élève au-dessus de 1030 et plus tard seulement quand elle atteindra 1040.

24 décembre.—Mieux notable.

25 décembre.—Mieux se continue, température va en diminuant; le malade éprouve un tel bien des bains, qu'il les redemande lui-même avec instance.

26, 27, 28, 29 décembre.—Malgré l'abaissement continu de la température, le subdelirium persiste, surtout accentué après un léger sommeil qui suit ordinairement le bain; le patient prononce quelques paroles sans suite et répond à côté de la question qu'on lui pose.

Etonné de la persistance de ce délire, je fais un nouvel examen du malade, et je constate, ce qui m'avait échappé auparavant, au niveau des deux tibias, mais surtout à droite, en promenant l'extrémité des doigts sur la crête osseuse, une suite de dentelures irrégulières depuis le haut jusqu'au bas.

De plus le testicule gauche est tuméfié, du volume d'un petit œuf, légèrement bosselé à sa surface, la peau scrotale glisse cependant facilement sur lui, la glande semble ne pas posséder sa sensibilité normale à la pression; il n'y a pas d'épanchement dans la vaginale.

On donne alors 60 grains d'iodure de potassium dans la journée, et friction avec la pommade mercurielle dans les aisselles.

30 décembre.—On prescrit 90 grains d'iodure et cela jusqu'au 6 janvier.

Dès le 3 janvier, plus de délire, la fièvre est complètement tombée, le pouls est normal.

6 janvier.—On suspend l'iodure de potassium.

8 janvier.—La température remonte: 101o. Pouls: 90.

On constate deux fois dans la journée une réapparition du délire.

10 janvier.—Les symptômes de délire s'accroissent et reviennent plus fréquemment.

12 janvier.—Température vespérale: 102o; pouls: 108. Délire très net.

On redonne l'iodure de potassium à la dose de 8 grammes par jour, laquelle a été continuée jusqu'au 26 janvier.

14 janvier.—Une amélioration notable s'est produite.

15 janvier.—Température vespérale: 100o; pouls: 80, plus de délire.

26 janvier.—Rémission complète et la convalescence dès ce jour a suivi une marche très régulière.

J'ai revu ce malade quelques mois après, en excellente santé avec un embonpoint qui s'est rapidement développé, et se trouvant mieux que jamais.

Réflexions.—L'histoire de ce malade est intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique et pratique.

Tout le monde connaît l'efficacité des bains froids comme antithermiques.

Les cas où cette méthode a été employée et qui se rapprochent le plus du mien, sont certainement le rhumatisme hyperpyrétique et le rhumatisme cérébral; c'est même cette analogie qui m'a encouragé à user de la balnéation froide chez le malade en question.

C'est toujours en effet la méthode réfrigérante qui a donné les meilleurs résultats, que son application ait été faite sous forme de bains, d'enveloppement froid, de lotions froides ou de vessies de glace.

Elle n'a été mise en usage pour le traitement du rhumatisme hyperpyrétique qu'après les travaux de Wilson Fox.

Tandis qu'on ne compte plus les cas de rhumatisme hyperpyrétique ainsi traités, je n'ai pu, malgré mes recherches, trouver un cas de *goutte aiguë* où cette médication ait été employée, et avec succès.

Cette observation vient démontrer une fois de plus, l'excellence du traitement de l'hyperthermie par le froid.

Cette méthode, en effet, ne doit pas être considérée comme applicable seulement à certaines affections, elle est au contraire essentiellement générale, et si elle fait merveille dans le traitement de la dothiérientérie, elle peut nous être d'un grand secours dans une foule d'autres cas, où les phénomènes hyperpyrétiques dominant la scène, réclament une intervention immédiatement effective, sous peine de laisser, impuissants, succomber le malade sous nos yeux.

Telle était la situation dans le cas que nous relatons.

Ce ne fut pas sans une vive appréhension que je plongeai le malade dans son premier bain, les phénomènes d'adynamie cardiaque, petitesse du pouls, bruits du cœur affaiblis, me faisaient redouter, à juste titre, une syncope.

C'est pour cela que je crus prudent de ne pas employer d'emblée la médication franchement réfrigérante et que je donnai un bain tiède à 86°, ramené successivement à des températures plus basses, et d'une façon progressive, jusqu'à 68° et 66°.

Les suites ont pleinement justifié d'ailleurs cette façon de faire.

Il ne faut donc pas craindre d'employer l'eau froide, même dans les affections les plus diverses, toutes les fois qu'il y a à lutter contre une hyperthermie menaçante.

Ne l'a-t-on pas administrée avec succès dans les fièvres éruptives à forme hyperpyrétique, et même dans la pneumonie, que l'on considérait comme une maladie essentiellement a frigore, où il ne fallait par conséquent pas parler de refroidir le malade, n'a-t-on pas eu à se louer, dans bon nombre de cas, de son application ?

Je ne veux pas dire par là, qu'au début de toute pyrexie, de tout état s'accompagnant de hautes températures, il faille avant tout avoir recours à la balnéation; non, mais lorsque

après l'administration des antipyrétiques habituels, la fièvre reste stationnaire, il ne faut pas hésiter à recourir à l'eau froide, avec discernement bien entendu, et toute la prudence exigible en pareil cas.

L'effet tonique et sédatif des bains froids n'est plus à discuter ici.

Leur action diurétique n'est pas moins incontestable, et dans ce cas particulièrement, l'émission abondante des urines avait une réelle importance.

A plusieurs reprises, l'immersion dans le bain provoqua une miction abondante, favorisant ainsi l'élimination des principes qui, accumulés dans le sang, déterminent et prolongent par leur rétention, l'accès de goutte.

Il est incontestable que cette polyurie a été d'un bon effet thérapeutique, et n'a pas peu contribué à l'amélioration rapide de notre malade.

Un second point intéressant, qui ressort de cette observation, est l'influence exercée sur les troubles de l'idéation par l'existence d'une syphilis antérieure.

Ce subdélire, qu'il était tout naturel de rattacher aux phénomènes hyperpyrétiques, persistant après la cessation de ces derniers, ne pouvait s'expliquer que par une cause étrangère à ceux-ci.

Les dentelures des tibias, la tumeur testiculaire et quelques raisons d'un autre ordre, dans l'impossibilité où nous nous trouvions d'interroger, soit le patient, soit la famille, nous firent, et à juste titre, rendre la diathèse syphilitique responsable de ces phénomènes cérébraux.

Le traitement spécifique, l'iodure de potassium en particulier, pierre de touche de notre diagnostic, justifiaient pleinement mes soupçons.

Quoique de date déjà ancienne (15 ans), la diathèse syphilitique avait donc été pour ainsi dire réveillée par la poussée vers l'encéphale, déterminée par l'accès de goutte, et à son tour celle-là avait imprimé son caractère au processus irritatif cérébral, dont le délire persistant n'était que la manifestation, et qui dut céder promptement à la médication spécifique.

Ainsi donc, il n'est pas jusqu'à l'accès de goutte aiguë qui ne puisse être tributaire, à un moment donné, de la méthode des bains froids.

C'est à leur action antipyretique et à la propriété qu'ils possèdent, en augmentant la sécrétion et l'excrétion urinaires, de favoriser l'élimination des principes devenus toxiques par leur accumulation accidentelle dans l'organisme, que je crois devoir rapporter le bénéfice de leur emploi dans ce cas.

Ils étaient donc doublement indiqués, et ce fait me permet d'enregistrer un succès de plus à l'actif de la méthode réfrigérante, qu'il ne faut pas hésiter à employer chaque fois que les circonstances le permettent, et spécialement dans les pyrexies s'accompagnant de hautes températures, menaçant à brève échéance les jours du malade.

DU TABES SÉNILE

PAR M. LE PROFESSEUR A. PITRES

Le tabes sénile est plus fréquent qu'on ne le suppose généralement. Sur 350 tabétiques observés, 87 (soit 25 pour 100) avaient dépassé la cinquantaine. Mais ces 87 malades doivent être divisés en deux groupes comprenant: le premier, 55 sujets chez lesquels le tabes, après avoir débuté entre trente et cinquante ans, s'est prolongé au delà de la cinquantième année; le second, 32 cas où le tabes s'est développé tardivement chez des sujets déjà âgés de plus de cinquante ans.

Ces cas de tabes sénile à début tardif méritent spécialement notre attention. Ils paraissent, en effet, différer des cas de tabes vulgaire de l'adulte par quelques particularités dont les principales sont les suivantes:

(a) Le tabes tardif survient habituellement chez des sujets dont les artères sont fortement incrustées de dépôts athéromateux;

(b) La syphilis n'y est pas aussi fréquente que dans les cas de tabes précoce; elle est notée dans 76 pour 100 des cas de tabes de l'adulte, dans 56 pour 100 des cas de tabes développé entre cinquante et soixante-cinq ans, et dans 33 pour 100 seulement des cas de tabes ayant débuté après soixante-cinq ans.

(c) Les symptômes du tabes sénile sont les mêmes que ceux du tabes de l'adulte, mais leur évolution paraît être plus rapide chez les tabétiques âgés. Chez ces derniers, la maladie se constitue pour ainsi dire d'emblée avec l'ensemble de ses symptômes sensitifs et moteurs, au lieu d'avoir, comme c'est la règle chez l'adulte, une phase pré-ataxique prolongée dans laquelle les phénomènes d'incoordination motrice font défaut.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HÉMORRHOÏDES

PROCÉDÉ DE WHITEHEAD

"1o On désinfecte la région. Le malade, complètement anesthésié, est placé sur une table haute et étroite, dans la position de la taille, et maintenu en place par deux aides ou par l'appareil de Clover ;

"2o Dilatation digitale du sphincter, qui est complètement paralysé par la distension ; cela permet le prolapsus de la muqueuse et des hémorrhoïdes sans qu'il se produise le plus léger obstacle ;

"3o Section de la muqueuse au niveau de son union avec la peau, dont on suit les moindres méandres ;

"4o On met rapidement à nu les sphincters externe et interne ; on sépare les hémorrhoïdes de la couche celluleuse sur laquelle elles reposent ; on décolle la muqueuse ; on sectionne les quelques points résistants et on amène le tout en dehors de la limite où s'est faite l'incision ;

"5o La muqueuse est alors excisée en plusieurs temps dans une direction transversale et on l'unit à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau, par un nombre suffisant de sutures. *On enlève ainsi un cylindre complet d'hémorrhoïdes avec la muqueuse y attachant ;*

"6o Sauf le chloroformisateur, les autres aides n'ont pas besoin d'éducation spéciale.

"Whitehead a préféré la position de la taille, parce qu'il peut surveiller plus facilement tout le champ opératoire ; il ne conseille pas l'emploi des dilateurs mécaniques, car ils favorisent le prolapsus, exposent aux ruptures et à l'incontinence d'urine. Avec les doigts en cône on surmonte facilement toute résistance, on gradue mieux et plus uniformément la pression exercée, ce qui fait que les fonctions du sphincter réapparaissent rapidement. Il faut avoir bien soin de respecter la peau et de disséquer de bas en haut. D'ailleurs, les adhérences du paquet hémorrhoïdal avec le sphincter sont très légères, de sorte qu'il se sert souvent de ses ongles ou d'un instrument mousse pour vaincre les résistances.

"La torsion suffit dans tous les cas, même dans les plus graves. Pas d'éponge ; gaze phéniquée ou autre. Avant de réunir les surfaces on insouffle sur elles de la poudre d'iodoforme qui

facilite l'hémostase et favorise ainsi la réunion par première intention. On fait les sutures avec de la soie phéniquée. Il est inutile de se préoccuper des fils : ils tombent d'eux-mêmes. Suppositoire belladonné dans le rectum et poudre d'iodoforme finement pulvérisée, tampon et bandage en T pour maintenir le tout en place. Chez les sujets très nerveux on peut mettre un petit sac de glace sur l'anus. Le malade se lève au bout de quatorze jours et un jour plus tard (le quinzième) il peut vaquer à ses occupations.

“Les suites opératoires sont très simples : parfois les malades ressentent quelques douleurs de reins qu'un changement de position fait disparaître. Parfois aussi il y a de la gêne dans l'émission de l'urine au point, dans quelques cas, de nécessiter le cathétérisme, mais c'est là une complication qui ici est beaucoup plus rare qu'avec les autres méthodes. La guérison est beaucoup plus radicale et les dangers à courir semblent beaucoup plus faibles ainsi que les malaises que ressentent les malades après l'opération ; quant à la perte de sang pendant la durée de l'excision et de la suture, elle est si faible qu'il ne vaut pas la peine d'en parler.—Sur 300 cas pas un accident sérieux.”

**NOTE SUR QUELQUES ACCIDENTS DES INJECTIONS
HYPODERMIQUES ET EN PARTICULIER SUR LES
EMBOLIES PULMONAIRES**

PAR M. MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Cette note se rapportant à des accidents souvent connus par cuï-dire, et aussi bénins comme issue que rarement observés, est moins destinée à signaler ceux-ci qu'à éclairer et à rassurer ceux de nos jeunes confrères moins familiarisés que nous avec l'hypodermie.

Le principal de ces accidents, l'embolie pulmonaire, rentre en général dans ce que j'appellerai les *accidents tardifs*; voyons d'abord les *immédiats*.

Laissant de côté, bien entendu, tout ce qui a trait aux phénomènes locaux, douleur, etc., — je dirai simplement qu'il arrive fréquemment, dans les 24 heures qui suivent la piqûre, de voir les malades présenter des maux de tête, de la fièvre,

bref tout l'appareil symptomatique de l'embaras gastrique fébrile: mais j'entends parler ici des accidents qui peuvent *éclater sur l'heure, au moment même* de l'injection. C'est ordinairement: un malaise indéfinissable avec tendance à la syncope; les femmes (car c'est d'elles qu'il s'agit le plus souvent) accusent une sensation de froid aux extrémités; une sorte de vertige, et en réalité une lipothymie s'est produite dans la rue chez une malade qui sortait de mon cabinet.

Comment expliquer ces phénomènes? L'embolie, il n'y faut pas songer: son tableau clinique est, du reste, tout autre. *L'augmentation de la pression artérielle*, sous l'influence de 5 à 10 centimètres cubes de sérum inséré sous la peau et non encore résorbé, n'est pas soutenable: parfois d'ailleurs, l'incident a lieu après l'injection *d'un seul gramme* de liquide.

Reste l'hypothèse de phénomènes toxiques chez des personnes prédisposées: cette supposition est, comme les précédentes, réduite à néant par le fait que voici: une jeune femme a ressenti tout le syndrome clinique auquel je fais allusion, quotidiennement et avec une intensité presque égale, plusieurs jours de suite, après la piqûre. Or, ne recherchant sur elle que des effets toniques généraux, et non pas une action spécifique quelconque, j'avais fait usage, pour cette série de piqûres, successivement, et un jour après l'autre, des substances variées que voici :

Sérum de Hayem,
 Cacodylate de soude,
 Liquide orchitique de Brown-Séguard,
 Protoxyde d'hydrogène,

Et enfin (!) l'eau pure, la malade en ayant été préalablement avertie, ce qui ne l'a pas dispensée des troubles généraux en question.

Je crois, dès lors, qu'on ne peut guère invoquer ici comme origine pathogénique qu'une influence d'ordre réflexe, ayant son point de départ soit dans l'insertion (ou la présence) d'un corps étranger (liquide) au sein des tissus, soit dans la perforation même de la peau par la minuscule aiguille de Pravaz. Et ce qui me donnerait à penser qu'il en est réellement ainsi, c'est ce que j'observe couramment chaque fois qu'il m'arrive de faire une injection hypodermique à un de mes clients — ancien officier et qui a fait ses preuves de courage en 70, et

vient de supporter — stoïquement et sans chloroforme — la longue extirpation d'un kyste adhérent de la région faciale.

Cet homme redoute la piqûre en elle-même; comme il est très méticuleux, il me prie, avant d'opérer, de repérer la place pour la piqûre, dans le trapèze ilio-sacro-fesso-trochantérien à l'aide d'un crayon d'aniline dont un mouvement de rotation doit laisser la trace toute marquée pour l'aiguille de la seringue.

Eh bien, la sensation de vrille due à la pointe du crayon, comme également le simple passage de la pointe perforante de l'aiguille, alors même qu'il ne s'agit que d'une injection de morphine à repérer, tel est le minuscule traumatisme qui, chez cet homme parfaitement brave, suffit à provoquer une nausée avec menace de défaillance ainsi qu'il l'avoue lui-même, tandis que l'injection de calomel le laisse parfaitement indifférent, au point qu'il a pu aller jouer au cricket en sortant de la subir.

Il me paraît donc difficile de trouver ici une interprétation défendable, en dehors du réflexe invoqué tout à l'heure.

Passons aux accidents tardifs.

Les injections dans lesquelles l'embolie semble principalement, sinon exclusivement, être à redouter sont: 1o. les injections de sels mercuriels insolubles; 2o. celles qui renferment des extraits opothérapiques, sans doute en raison de l'excipient, qui est ici la glycérine; et 3o. les injections à véhicule huileux.

Jamais je n'ai mieux compris qu'à cette occasion toute la différence qui sépare les mots gangrène et sphacèle ou nécrose; le 1er indiquant la mortification de tissus dont le bloc cadavérique, objet de fermentation due aux microbes mortificateurs ou à d'autres bactéries associées, subissent la décomposition putride en un foyer septique ultra-virulent; tandis que le second terme (de sphacèle) répond à la cessation de l'influx sanguin et nerveux dans un département cutané ou viscéral, perdu désormais pour la fonction, et destiné à se flétrir et s'atrophier sur place, cédant la place à un tissu adventice de remplissage, sans qu'il y ait ici fonte purulente ou déliquescence putride de la zone anéantie. C'est que, dans ce dernier cas, la lésion a été toute mécanique: il y a eu obturation d'un conduit sanguin ou interruption du courant trophique, et c'est tout.

L'intrusion quelque peu exagérée et encombrante de l'antiseptie dans les opérations médicales avait eu au moins comme résultat heureux de mettre la propreté en honneur dans nos rangs. Toutes les injections hypodermiques, faites désormais avec les soins d'une minutie extrême, s'exécutaient sans le moindre accident local même pour les substances médicamenteuses ou véhiculaires connues pour les plus irritantes. Aussi n'y eut-il jamais d'accidents infectieux consécutifs, au moins valant la peine d'être notés; en particulier, les médicaments qui étaient injectés, sont le plus susceptibles de former des embolies et d'être lancés comme tels dans l'arbre respiratoire, ils ne furent jamais signalés comme ayant déterminé de la gangrène, c'est-à-dire l'obstruction septique, suivie de destruction putride d'un ou de plusieurs cônes du parenchyme pulmonaire.

C'est donc l'embolie *mécanique pure et simple* que le praticien est susceptible d'observer dans le cas qui nous occupe: voici comment elle se présente. Ce n'est presque jamais sur le moment, mais seulement quelques heures après et parfois seulement le lendemain que le malade, adonné à ses occupations usuelles, est pris d'une dyspnée subite, angoissante dont il rapporte d'autant plus aisément la source à l'un des deux poumons, qu'il ressent en même temps un violent point de côté, tandis qu'un frisson le secoue tout entier, et que les battements du cœur s'accélèrent brusquement. Ce frisson ne fait jamais défaut, se répétant à chaque nouvelle arrivée d'un fragment migrateur obturant; aussi, dit-on couramment, à propos de ces embolies mécaniques de petit volume, qui se répètent facilement 2 ou 3 fois pour le même malade, le privant à chaque agression d'une nouvelle mais faible surface respiratoire: "autant de frissons, autant d'embolies". Mais ce complexe symptomatique, pour accentué et significatif qu'il soit, n'a jamais la violence et la durée du syndrome clinique terrifiant des grosses embolies pulmonaires, qui d'ailleurs peuvent emporter le malade sur le coup. Aussi arrive-t-il fréquemment que les malades rapidement remis de cet assaut qui les laisse simplement un peu anhéants, et inconscients du reste de sa nature et du danger qu'ils viennent de traverser, ne quittent pas pour cela leur travail mais le reprennent au contraire après un court repos. C'est ce que j'observai pré-

cisément à la suite d'une injection de liquide testiculaire chez un pêcheur à la ligne consciencieux, qui resta tout le jour à l'affût et s'y remit de même le lendemain après une nuit quelque peu pénible et bien que souffrant d'une toux quinteuse et d'un réel malaise, consécutifs à au moins trois crises emboliques qu'il eut à subir dans l'espace de ces deux journées. Après quelques jours de douleurs thoraciques, accès de toux et frottements pleurétiques, tout était rentré dans l'ordre.

La durée de cet accident troublant peut être encore bien plus courte. Une autre fois je reçus un soir un télégramme d'une jeune femme à qui j'avais, dans la journée, injecté le même liquide orchitique: "Point de côté, souffre beaucoup; oppression; venez ce soir".

Rassuré par le précédent exemple et les procédés rigoureusement aseptiques dont je ne me départis jamais je répondis par le télégramme suivant: Inquiétez pas; vésicatoire, ou ventouses scarifiées; serez guérie demain. L'événement dépassa mes précisions, car le lendemain à 3 heures la malade avait bien pu quitter la banlieue pour venir à mon cabinet se sentant entièrement dégagée, mais en outre elle n'avait pas fait usage du vésicatoire, qu'elle tenait triomphalement dans sa main.

Je n'oserais affirmer que les accidents de ce genre dussent toujours avoir forcément une issue aussi favorable. Mon but a été simplement le suivant: enseigner à nos confrères plus jeunes, que l'*embolie pulmonaire*, accident d'ailleurs rare comme conséquence des injections hypodermiques et peu périlleux, au moins jusqu'à présent, pourvu que les règles de l'antisepsie aient été rigoureusement observées, est un accident tardif d'après au moins les observations publiées.

Par conséquent, lorsque le ou la malade, déjà fortement impressionnée par les innocents apprêts de la minuscule opération, accusera, aussitôt après la piqûre, un violent malaise avec défaillance ou même perte de connaissance, il y a gros à parier qu'on est en présence, non pas de phénomènes emboliques et d'un péril pressant, mais de troubles émotifs circulatoires et thermiques, n'offrant pas dans la réalité un bien sérieux danger, dût-il même aller jusqu'au tableau effrayant de la syncope.

On dit que les avares ne font pas aller le commerce; cependant hier, un bandagiste m'a dit qu'il ne vivait que de la varice.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES SOUFFLES SYSTOLIQUES DE LA REGION APEXIEENNE

10 SOUFFLE SYSTOLIQUE DE L'INSUFFISANCE MITRALE.		20 SOUFFLES CARDIO-PULMONAIRES SYSTOLIQUES DE LA POINTE.	
Siège	Au niveau même de la pointe du cœur.	Siège	Variable: a) Apexiens (sont méso-systoliques); b) Sus-apexiens (sont méso-systoliques); c) Parapexiens (systoliques comme le souffle de l'insuffisance mitrale; par contre, siègent non à la pointe, mais à 1 ou 3 centimètres en dehors d'elle); d) Endapexiens (variété rare; sont presque toujours méso-systoliques).
Moment.	Rigoureusement systolique.	Moment.	Sont presque tous méso-systoliques.
Timbre.	Sibilant ou rude, râpeux, en jet de vapeur.	Timbre.	Doux, voilé, aspiratif.
Tonalité.	Haute.	Tonalité.	Moyenne.
Propagation.	Vers l'aisselle gauche, l'angle inférieur de l'omoplate et même le rachis.	Propagation.	Nulle.
Frémissement cataire.	Systolique.	Frémissement cataire.	Nul.
Durée.	Permanente, sauf à la période asystolique où il peut disparaître.	Durée.	Mutabilité extrême. Souffles apparaissent, disparaissent et peuvent changer de rythme, de siège et de timbre pendant la durée d'un même examen.
Influence de l'attitude du corps.	Quelquefois souffle plus fort dans le décubitus dorsal; mais nombreuses exceptions à ce sujet.	Influence de l'attitude du corps.	Maximum d'intensité dans le décubitus dorsal; diminution ou disparition totale dans la station debout.
Influence des mouvements respiratoires.	Pas appréciable.	Influence des mouvements respiratoires.	Leur amplitude fait disparaître le souffle, qui se transforme souvent en bruit respiratoire saccadé.
Troubles fonctionnels.	Nombreux.	Troubles fonctionnels.	Nuls.

La région de la pointe du cœur, qui est si fréquemment le siège de souffles organiques, est encore un lieu d'élection pour les *souffles anorganiques dits cardio-pulmonaires*. Ceux-ci, comme l'a établi magistralement le professeur Potain, ne se produisent pas dans le cœur lui-même: ce sont des bruits pulmonaires, aspiratoires et localisés, rythmés par les mouvements qui se passent à la surface du cœur; et la partie du poumon dans laquelle ces souffles se produisent est la mince languette du poumon gauche qui recouvre la pointe du cœur et que nous connaissons sous le nom de languette de Luschka.

Les souffles cardio-pulmonaires de la région apexienne occupent des sièges variables: les uns (apexiens) occupent le niveau même de la pointe et se rencontrent dans une fréquence de 18 pour 100; d'autres (sus-apexiens) se produisent au-dessus de la pointe, et cela dans une fréquence de 14 pour 100; d'autres encore naissent en dedans de la pointe (endapexiens) avec la proportion plus faible de 2 pour 100; enfin, il existe une dernière variété (souffles parapexiens) perçus en dehors de la pointe. Sans insister davantage sur les souffles cardio-pulmonaires, que nous rencontrons si souvent au lit du malade, je rappellerai brièvement leurs caractères principaux. Ces bruits ont en général un caractère superficiel, leur timbre est doux, plus voilé que celui des souffles organiques; cependant il est des exceptions, et j'ai rapporté autrefois quelques faits de souffles cardio-pulmonaires d'une grande intensité. Ces souffles ont une tonalité moyenne, leur rythme est tantôt systolique, quelquefois diastolique, et même présystolique; mais ces bruits sont, dans la grande majorité des cas, méso-systoliques (70 pour 100). Leur propagation est à peu près nulle; de plus, ils sont variables et inconstants, et pendant la durée d'un même examen peuvent changer de siège, de rythme et de timbre; enfin, ils s'affaiblissent ou même s'effacent complètement lorsque le malade quitte le décubitus dorsal pour s'asseoir sur son lit ou se tenir dans la situation debout; il en est de même, et cela quelle que soit l'attitude du malade, quand on exagère l'amplitude des mouvements respiratoires. Au point de vue étiologique, j'ajouterai que ces souffles se produisent de préférence avec les cœurs de volume réduit; qu'ils sont surtout fréquents chez les jeunes sujets et chez les adultes, et qu'on les a trouvés également dans l'enfance. Ils sont rares dans

l'emphysème et dans le cours des cardiopathies organiques; au contraire, ils sont fréquents chez les névropathes, dans la maladie de Basedow, dans la chlorose, le rhumatisme articulaire aigu, le saturnisme, la fièvre typhoïde, etc. Le diagnostic différentiel de ces souffles avec ceux qui se rattachent à une lésion organique, et particulièrement celui de l'insuffisance mitrale, avec lequel ils sont encore si souvent confondus, est de la plus haute importance, car vous connaissez toute la gravité du pronostic dans ce dernier cas, alors que les souffles cardio-pulmonaires n'ont aucune valeur pathologique. Pour frapper davantage l'attention, je crois préférable de présenter ces caractères différentiels sous forme de tableau, où vous verrez d'un coup d'œil les caractères propres à chacun de ces bruits.

Docteur BARIE.

VIANDE CRUE.

La viande pulpée est d'abord délayée dans un peu de bouillon froid jusqu'à ce que le mélange ait l'aspect de la purée de tomates; on verse alors doucement un pot à au tapioca sur cette purée de viande en ayant soin d'agiter constamment avec une cuiller. L'aspect doit être à peu près celui d'un potage aux tomates.

POUDRE DE VIANDE:

On emploie la viande de cheval ou de mouton pour se mettre à l'abri du ténia; on la gratte avec un couteau et la pulpe est mise à sécher au bain-marie. On l'étale en couche mince dans un plat creux, maintenu à la surface d'un vase suffisamment large, rempli d'eau. On la soumet ainsi au bain-marie jusqu'à ce qu'elle soit devenue parfaitement jaune et sèche. On la broie alors au mortier, ou bien on la passe plusieurs fois au moulin à café, en ayant soin de serrer progressivement la vis, de façon à obtenir une poudre de plus en plus fine. Il est facile, soit de prendre la poudre ainsi obtenue, purée dans du bouillon dégraissé et peu salé, soit de l'incorporer à des bouillies de divers ordres, à des purées claires faites avec les diverses farines alimentaires.

DR A. MATHIEU.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS UTERINES ET PERI-UTERINES

PAR M. LE DOCTEUR PICHEVIN, DE PARIS.

(Suite de la page 63)

Il importe de parler sérieusement de l'infection banale qui est imputable à la malpropreté des premières voies de l'appareil génital.

On peut admettre qu'il existe, en dehors de la puerpéralité et de la blennorrhagie, une infection mal étudiée au point de vue bactériologique, et qui provient de la pullulation de micro-organismes vulgaires (streptocoques, staphylocoques, etc.). Ces agents de la suppuration, venus de l'extérieur, trouvent un excellent milieu de culture dans le vagin où s'accumulent les produits de sécrétion, le sang des règles, l'épithélium desquamé et où se multiplient à foison les microbes normaux. La présence de l'hymen est un obstacle au libre écoulement des liquides et du mucus. Les jeunes filles, élevées dans le respect quasi superstitieux de leurs organes génitaux, ont à peine le droit de se laver extérieurement. Combien sont-elles les mères de famille qui osent apprendre à leur fille la façon de prendre une injection vaginale? On semblerait commettre un attentat à la pudeur en recommandant à une vierge des soins intimes de propreté élémentaire. Certains médecins vénérables ne craindraient d'endosser la responsabilité d'ordonner à une jeune fille des injections vaginales. On préfère les laisser croupir dans la saleté et les exposer à une infection grave qui, pour n'être pas très fréquente, n'en est pas moins réelle. Ainsi le veulent nos mœurs! Ces mœurs sont absurdes et vont à l'encontre des lois les plus vulgaires de l'hygiène. C'est une raison pour que ces habitudes invétérées se perpétuent encore pendant quelques générations. Qu'on n'aille pas faire intervenir des questions de pudeur dans une affaire de ce genre!

Une jeune fille ne sera déflorée ni au physique ni au moral quand elle s'administrera, au nom de la propreté puérile et banale, une injection vaginale au besoin. Objectera-t-on que les manœuvres nécessitées par l'irrigation sont de nature à ouvrir des horizons nouveaux dans un esprit virginal et à lui révéler des secrets qu'il ignore encore? Peut-on soutenir sérieusement que l'introduction d'une canule dans le vagin, soit

susceptible d'éveiller les penchants vicieux qui sommeillent chez une jeune fille ignorante et candide?

Ces objections n'ont guère besoin de réfutations.

La vierge doit être l'objet de nos respects. C'est entendu. Mais n'est-ce pas faire injure à sa pureté et à son intelligence, n'est-ce pas méconnaître la nature féminine et la réalité des choses de la vie que d'attribuer une influence corruptrice et pernicieuse à une mesure d'hygiène et de propreté? Les vierges recluses et réduites à un minimum de soins intimes, en vertu de l'éducation qu'elles reçoivent, sont-elles moins exposées à la masturbation et à d'autres vices que les jeunes filles qui apprennent de bonne heure à laver convenablement leurs organes génitaux?

Une mère intelligente saura faire comprendre à sa fille que l'écoulement sanguin qui vient de faire sa première apparition est le résultat d'une fonction naturelle. "On devra donc dire alors toute la vérité aux jeunes pubères, parce que, s'il est dangereux de trop savoir, il est souvent plus dangereux de tout ignorer." On profitera de cette leçon nécessaire pour montrer à la jeune fille comment elle doit prendre une injection de propreté.

Il est inutile d'ajouter qu'il y a des exceptions et des empêchements à cette règle qui devrait être établie.

L'état général n'est peut-être pas l'objet d'une attention suffisante de la part des gynécologistes modernes. L'état local, considéré jadis comme secondaire, a conquis, à bon droit, la place importante qu'elle doit occuper dans la pathologie des organes génitaux. Mais la réaction a peut-être été trop vive et on a trop oublié les indications tirées de l'état général.

On peut et on doit admettre que l'anémie, certains états constitutionnels qui affaiblissent l'organisme, préparent le terrain et facilitent à l'évolution des germes pathogènes.

La conséquence qui découle naturellement de ces considérations est d'instituer de bonne heure un traitement pour modifier la constitution dans un sens favorable, et pour exalter les phénomènes de phagocytose.

L'hygiène éclairée des organes génitaux est la meilleure prophylaxie des affections utérines et péri-utérines toujours graves.

Le mariage est un poison dont la dot est l'antidote.

LES COMPLICATIONS DE LA VARIOLE

Sur soixante variolés, nous avons eu à enregistrer deux décès. Le premier est dû à un érysipèle des deux fesses apparu à la période de dessiccation de l'éruption. Le second est survenu chez un malade atteint de cataracte et d'emphysème pulmonaire avec bronchite suffocante, cœur droit forcé, œdème des pieds ; ce malade est mort en pleine suppuration de l'éruption.

Ces deux malades avaient été vaccinés avec succès dans leur jeune âge.

Les complications qui sont venues modifier l'évolution de nos soixante variolés ont été peu nombreuses.

APPAREIL RESPIRATOIRE.—Du côté du larynx un cas d'aphonie complète avec dyspnée extrême, sans signes stéthoscopiques du côté des poumons et du cœur ; cette aphonie a disparu au bout de quelques jours sous l'influence de fumigations boriquées. Du côté des poumons, nous avons observé une bronchopneumonie, terminée par la guérison, survenue chez un vieux mineur qui tousse chaque hiver depuis plusieurs années.

TUBE DIGESTIF.—Un enfant de 4 ans a présenté, pendant toute la durée de son affection, un relâchement de ses sphincters vésical et rectal : d'où une incontinence de l'urine et des matières fécales, guérie d'elle-même.

Un autre malade a eu pendant six jours de la dysenterie avec selles sanguinolentes ; guérison.

APPAREIL URINAIRE.—Nous avons trouvé l'urine albumineuse chez douze de nos varioleux. Cette albuminurie n'a été constatée qu'au moment de la période d'invasion. Elle a d'ailleurs été passagère, puisque aucun de nos malades n'est sorti du service avec de l'albumine dans l'urine.

ORGANES DES SENS.—Un enfant est entré, à la période de dessiccation des pustules, porteur d'un staphylôme de l'iris consécutif à un abcès cornéen. Le staphylôme s'était produit quelques jours auparavant.

PEAU.—C'est principalement du côté de la peau que les complications ont été fréquentes. Elles ont consisté surtout en abcès sous-cutanés. En voici l'énumération :

Abcès multiples des fesses, des cuisses et de l'arcade sourcillière.

Abcès superficiel de la partie externe du pli de l'aîne droit avec empatement de la région mastoïdienne droite.

Abcès sous-maxillaires et des cuisses.

Abcès glandulaires du nez.

Vaste abcès péri-articulaire du genou droit, ayant déterminé de l'arthrite sèche de voisinage. Guérison.

Aucune de ces complications n'a présenté de gravité.

VARIOLOIDES

Cette épidémie nous a fourni un contingent de quatre-vingt-seize varioloïdes.

Sous le rapport de l'âge, nos malades se divisent ainsi :

De 10 à 30 ans.....	77
De 30 à 40 ans.....	16
De 40 à 50 ans.....	3

Le tableau suivant montre que la plupart d'entre eux ont été vaccinés :

Vaccinés.....	90
Non vaccinés.....	2
Douteux.....	4

Sur les quatre-vingt-dix malades vaccinés, soixante-quinze l'ont été en jeune âge et n'ont pas été revaccinés depuis cette époque. Chez quatre d'entre eux, la revaccination remontait à 20 ans. Chez six autres, elle ne dépassait pas 10 ans. Enfin deux malades vaccinés avec succès, l'un 11 mois, l'autre 8 jours avant leur varioloïde, n'ont présenté que quelques pustules varioliques.

La période d'invasion a eu une durée très variable. Elle a été de :

1 jour chez 8 malades	
2 jours chez 50	—
3 — 24	—
4 — 6	—
5 — 4	—
6 — 1	—
Inconnue chez 3	—

Cette statistique ne fait que confirmer l'opinion des auteurs classiques sur la durée de la période d'invasion de la varioloïde. Contrairement à ce qu'on observe d'habitude dans la variole, où la période d'invasion est fixe dans la majorité des cas, la varioloïde présente sous ce rapport la plus grande irrégularité.

LE NOUVEAU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR TRANSFIXION ELECTRIQUE

(Passage d'un puissant effluve à travers les pounons).

PAR M. LE DOCTEUR GUIMBERT.

Par cette méthode on a obtenu des résultats des plus encourageants, qui se sont traduits par la diminution rapide de l'expectoration, l'abaissement de la fièvre, la suppression des sueurs nocturnes, la restauration des forces générales, l'augmentation du poids. La tension artérielle se relève. L'état mental, les symptômes nerveux d'éréthisme général disparaissent. En même temps l'auscultation et la percussion indiquent la diminution des régions atteintes, le retour du fonctionnement des zones péricuberculeuses, la disparition des phénomènes de congestion secondaire.

Voici le mode opératoire : après avoir réglé le débit de la machine statique, à son minimum, on place sur la face antérieure du thorax du malade, au niveau et en regard du foyer principal, une large électrode de métal souple, dont toute la surface est soigneusement isolée par une dissolution de caoutchouc, sauf en un point central, de la dimension d'une pièce de cinq francs, par où l'effluve se frayera passage. Sur la face postérieure du thorax, en regard de la première électrode, on en place une seconde, dont l'isolement complet réunit les mêmes conditions. On met chaque plaque en communication avec un des pôles de la machine, et laisse passer l'effluve en augmentant, progressivement, le débit de l'électromoteur, jusqu'à ce que les sensations éprouvées par le malade commencent à devenir douloureuses.

L'auteur s'est adressé aussi à la haute effluation, c'est-à-dire à l'effluve produit par un courant de haute tension et de haute fréquence à l'aide du résonnateur Oudin.

Pour remonter un organisme en faillite physiologique, en déchéance vitale, en état d'infériorité héréditaire ou acquise, il faut avoir recours aux tablettes nutritives "Vita" qui produiront les plus heureux effets.

L'homme passe de 30 à 40 ans de sa vie à gagner la goatte, et le reste à en souffrir.

DE LA VALEUR DES SYMPTÔMES OCULAIRES DANS LE DIAGNOSTIC

PAR M. LE DOCTEUR COOKS.

Travail lu à l'Académie de New-York.

On ne saurait trop appeler l'attention des praticiens sur les renseignements précieux que les symptômes oculaires, même les plus minimes en apparence, peuvent leur fournir pendant l'examen d'un malade. Même en mettant à part les troubles oculaires profonds qui ne peuvent être reconnus qu'avec l'ophthalmoscope, instrument dont il faut avoir une certaine habitude pour s'en servir utilement, il reste un très grand nombre d'affections superficielles, dont la constatation est facile et qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Lépiphora ou *larmolement* est quelquefois le premier symptôme de la paralysie faciale. L'orbiculaire ne peut plus tenir les points lacrymaux en contact avec le globe, de là l'écoulement des larmes sur les joues.

Le larmolement peut tenir aussi à une obstruction des voies lacrymales, du canal ou du sac, causée le plus souvent par un catarrhe nasal ancien.

Quand il n'y a pas de catarrhe nasal, la cause du larmolement peut être une exostose ou une périostite d'origine rhumatismale.

Le *zona* ou *herpès zoster ophthalmique* est pathognomonique d'altérations probablement inflammatoires dans le domaine de la cinquième paire et dans le ganglion de Gasser.

La douleur persistante et le siège unilatéral des vésicules le long des filets de la cinquième paire, empêcheront de le confondre avec l'érysipèle.

L'*œdème de la paupière supérieure* paraissant le matin, appartient au mal de Bright.

Le *ptosis* ou *chute de la paupière supérieure* peut provenir de la compression produite par une tumeur syphilitique ou par un gonflement rhumatismal.

L'*exophthalmie* doit faire penser à la maladie de Graves.

Limitée à un seul œil, elle peut être le fait, soit d'une tumeur de l'orbite, soit d'une périostite syphilitique, soit d'une hémorragie orbitaire (coqueluche).

Des nausées, des vomissements, des maux de tête, seront

expliqués par la paralysie ou la parésie d'un ou plusieurs muscles des yeux et par la diplopie qu'elle amène.

Ces paralysies ou parésies indiqueront souvent une affection, non des yeux, mais du système nerveux central.

En général, les premiers symptômes d'une affection de la base du crâne sont constitués par la paralysie de l'un ou de plusieurs muscles de l'œil.

Les progrès d'une tumeur et son siège sont très souvent décelés par l'état des muscles de l'œil qui se prennent successivement.

La conjonctivite et la kératite phlycténulaires indiquent presque toujours une diminution de la vitalité ou une mauvaise hygiène.

La conjonctivite chronique a la même signification; elle s'associe également au catarrhe nasal et pharyngien.

La kératite interstitielle indique toujours un trouble constitutionnel, souvent la syphilis.

Souvent la kératite avec hypopion provient d'un catarrhe nasal ou d'une dacryocystite.

La nécrose de la cornée sans douleurs, kératite neuroparalytique, chez une vieille personne, indique une diminution considérable de la vitalité, et, probablement, de l'athérome des artères.

La sclérite et l'épisclérite sont des manifestations rhumatismales.

L'iritis, dans plus du tiers des cas, est d'origine syphilitique. Dans les autres cas, il est consécutif au rhumatisme, à la blennorrhagie ou à la variole.

Le myosis ou resserrement de la pupille existe dans les premières stades de la pachy-méningite hémorragique; il est surtout marqué du côté correspondant à l'hémorragie. Il se voit dans la première période de la méningite aiguë.

On le rencontre très souvent dans le tabès dorsal; l'accommodation alors n'est pas affectée.

La mydriase ou dilatation de la pupille, quand elle n'est pas produite par de l'atropine, doit faire penser à quelque tumeur, ou à quelque lésion syphilitique de la base du crâne intéressant la troisième paire nerveuse.

L'inégalité des pupilles est un des premiers symptômes de la paralysie générale.

Quant aux lésions profondes de l'œil qu'on ne peut reconnaître qu'en se servant de l'ophthalmoscope, leur valeur diagnostique n'est pas moins grande.

Ainsi la choroidite exsudative concentrée dans la région de la macula, est pathognomonique de la syphilis congénitale ou acquise, et c'est par le traitement spécifique qu'on parviendra à l'empêcher, à sauver la vision, au début du moins.

La cataracte molle, d'aspect blanc uniforme, chez un sujet ayant dépassé l'âge moyen, doit faire songer au diabète.

Les lésions de la rétine et du nerf optique jettent souvent dans les affections intra-crâniennes et dans les maladies générales, une très grande lumière.

Ainsi il y a une névro-rétinite de la région de la macula qui est caractéristique de la maladie de Bright.

La névrite optique, surtout si elle est double, est de la plus haute importance dans le diagnostic des affections intra-crâniennes.

L'atrophie du nerf optique peut indiquer l'existence antérieure d'une méningite cérébro-spinale, d'une méningite bacillaire, ou de tumeur de cette région, ou bien encore d'une fracture de la voûte orbitaire.

Le scotome central pour le rouge et le vert, avec diminution de la vision, est presque toujours pathognomonique de l'intoxication par l'alcool et le tabac.

L'héméralopie, ou difficulté de voir la nuit, survient au début des atrophies du nerf optique ou des rétinites.

La cécité des couleurs, partielle ou complète, et le rétrécissement du champ visuel, indiquent l'atrophie du nerf optique. Le rétrécissement du champ visuel peut aussi être un prodrome du glaucome.

L'hémiopie monoculaire indique souvent une lésion intra-oculaire. Quand cela est binoculaire, elle indique à coup sûr une lésion intra-crânienne siégeant, soit le long du tractus optique, soit dans le lobe occipital correspondant au côté de l'hémiopie.

Entre gommeux: Je crois que j'hériterai bientôt de mon oncle.—Qu'est-ce qu'il a?—La gravelle.—Méfie-toi! tu bâtis sur le sable!

Homme : Terme générique qui embrasse la femme.

INFLUENZA INFANTILE

PAR M. LE DOCTEUR CÉNAS.

J'ai observé assez fréquemment chez de jeunes enfants une forme clinique de la grippe qui ne me paraît pas avoir été décrite. Le début est plus ou moins brusque, marqué souvent par des vomissements d'ingesta ou de bile, quelquefois par des épistaxis. Au bout de quelques jours, on note surtout du coryza, des plaintes continuelles, des cris perçants, de l'agitation, une adynamie extrême, une insomnie absolue. Un enfant jusque-là très affectueux ne peut pas supporter que ses parents le touchent ou l'approchent; il craint la lumière, présente de la dyspnée, une accélération du rythme respiratoire, sans que l'on trouve rien à l'auscultation, ni à l'examen de la gorge; quelquefois du tirage sus-claviculaire et une respiration bruyante provenant de l'arrière-cavité des fosses nasales. La toux est fréquente, un peu sèche, faible, cassée; la langue un peu saburrale, le ventre aplati, la constipation tenace. L'urine est souvent albumineuse, toujours extrêmement rare, cuisante et chargée en urates. Le pouls est régulier, à peine accéléré; la température oscille entre 100° et 101°. Les yeux sont remarquablement indemnes, on est frappé de la teinte nette des conjonctives.

Cet état aigu cède quelquefois au bout de 5 ou 6 jours; l'extrait thébaïque est très utile, à la dose de 3-4 de grain, bien fractionnée, pour des enfants de 1 à 2 ans. Le plus souvent, l'amélioration ne se dessine que vers le 20^e ou le 25^e jour, sans que l'on trouve aucun signe de fièvre typhoïde. Dès le début, l'amaigrissement est rapide, si bien que l'enfant perd près de la moitié de son poids et que ses membres inférieurs deviennent complètement inertes.

En somme, groupement assez caractéristique de symptômes empruntés à diverses affections infantiles. Malgré la gravité apparente, le pronostic est généralement bénin. Dans un cas, j'ai trouvé au bout d'un mois, au moment où l'état général commençait à s'améliorer, des signes pseudo-cavitaires à la base droite, faisant craindre une pneumonie spongieuse chronique; cette complication s'était produite sans élévation de la température. L'état général a néanmoins continué à s'améliorer, et les signes stéthoscopiques ont disparu au bout de 15

jours. On sait que la pleurésie purulente n'est pas rare à la suite de la grippe, surtout chez les enfants; je ne l'ai jamais constatée dans les cas dont je parle. Elle suit d'ailleurs généralement une broncho-pneumonie, et s'accompagne, au moins pendant les premières semaines, d'une élévation thermique beaucoup plus accusée.

PERSISTANCE DU BACILLE DE LA DIPHTÉRIE APRES LA SERUMTHERAPIE

Durée d'incubation de la diphtérie directement communiquée.

PAR M. LE DOCTEUR GRÉGOIRE.

On sait, de par les études bactériologiques récemment faites, que le bacille diphtérique persiste dans la bouche des enfants traités, soit par le sérum antitoxique, soit par les divers procédés locaux ou généraux.

Cette persistance du bacille est de plusieurs semaines.

Il est des cas où le bacille a conservé sa virulence, d'autres où il l'a perdue.

Le temps nécessaire au développement du bacille dans les cas de contagion indirecte, paraît être de 4 à 7 jours.

Dans les cas de contagion directe, le temps est plus court: trois jours dans le cas cité par le docteur Wehlin de Clamart. Malheureusement dans l'observation, le diagnostic bactériologique n'ayant pas été fait, on ne peut rien affirmer.

L'observation suivante me paraissant mettre les choses au point, je me fais un devoir de la publier.

Un enfant de 28 mois est visité le 23 décembre dernier et est reconnu atteint de diphtérie. Il est injecté à Paris le 26 décembre, est ramené chez lui le 29.

Le 21 janvier, soit 26 jours après, il est amené par sa mère chez un maître d'hôtel du pays, vers 4 heures du soir, et il embrasse sur la bouche le plus jeune des enfants âgé de 3 ans. Le 24 janvier à midi, ce jeune enfant se met à tousser; la toux est rauque et persiste environ 2 heures; dans la nuit, la toux et la raucité recommencent et durent trois heures, de 9 heures à minuit; le matin la voix est rauque par moment; il y a un peu de chaleur.

Je suis appelé à le visiter ce jour là, 25 janvier; le fond de la gorge est rouge, pas de fausses membranes; la toux est ran-

que par moment, ainsi que la voix; mais l'enfant paraît assez gai. Pensant avoir affaire à un cas de faux croup, j'ordonne une potion bromurée; mais pour plus de sûreté, je touche le fond de la gorge et les côtés avec un fil spatule stérilisé, neuf, n'ayant jamais servi et j'ensemence deux tubes de sérum pour établir le diagnostic. Je trouve des bacilles diphtériques et des cocci.

Mon petit malade était donc bel et bien diphtérique. Malgré cela, la nuit du 25 janvier au 26 est meilleure; l'enfant ayant dormi une partie de la nuit et n'ayant presque plus toussé.

Pendant les trois jours suivants, 26, 27 et 28 janvier, la toux, la raucité, la chaleur disparaissent et l'appétit est revenu.

Les parents voyant que leur enfant allait bien, refusèrent l'injection de sérum antitoxique, malgré le diagnostic bactériologique et mes instances.

Le petit malade a entièrement guéri et n'a point infecté ses deux autres frères un peu plus âgés, 5 et 7 ans.

Conclusions.—Il ressort de cette observation que le bacille diphtérique persiste dans la bouche au moins 26 jours après la sérumthérapie ;

Que ce bacille transmis de bouche à bouche a mis 68 heures, soit un peu moins de trois jours, pour se développer; mais que s'il n'a pas produit son effet ordinaire, chez le second enfant, c'est parce qu'il avait perdu sa virulence ;

Que ce bacille non virulent a probablement perdu sa contagiosité ou qu'il a été détruit lui-même, puisqu'il n'a point infecté les deux autres frères avec lesquels le second petit malade infecté vivait d'une vie commune; que tout enfant guéri de la diphtérie, l'est pour lui-même, mais non pas pour les autres et qu'on ne doit le mettre en contact avec aucun enfant pendant plus d'un mois.

En temps d'épidémie, quel est le comble des précautions hygiéniques? C'est vouloir attacher ses chaussures avec un cordon sanitaire.

Sur un steamer, pendant le roulis:

“Comme vous êtes jaune!

—Je ne suis pas malade, je suis Espagnol.”

DE LA MORT SUBITE CHEZ LES ACCOUCHEES

La mort subite chez les accouchées peut dépendre de causes très diverses.

Au point de vue médico-légal, il est très important de savoir que, dans beaucoup de cas, il est impossible de trouver à l'autopsie une lésion capable d'expliquer l'accident. Une injection intra-utérine faite avec le plus grand soin, poussée sans la moindre violence, peut être suivie d'une syncope mortelle. Dans des cas réunis par M. Bonvalot, les liquides employés étaient la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le sulfate de cuivre, et l'autopsie n'a rien montré de particulier.

Une syncope mortelle peut survenir pendant le travail sans la moindre provocation (Gélis) ou consécutivement à une simple injection vaginale. Lorain, faisant une injection avec une seringue de verre chez une femme atteinte de vaginite, vit sa malade succomber brusquement. Le contact d'une canule introduite dans le col dans un but criminel et sans qu'aucune injection ait été faite, a encore pu entraîner une syncope fatale, et le simple toucher vaginal a été, dans un cas, suivi de cet accident.

Même, lorsque la mort ne survient pas, les différentes manœuvres que nous venons d'énumérer sont parfois suivies de phénomènes graves: pertes de connaissance prolongées, accidents convulsifs, etc.

Il est évident que, dans les faits de ce genre, il s'agit de phénomènes d'inhibition, c'est-à-dire "d'un acte en vertu duquel une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une simple action, disparaît complètement ou partiellement, soudainement ou très rapidement, pour toujours ou temporairement, dans une ou plusieurs parties de l'organisme, à distance d'un point irrité du système nerveux"

La syncope succède, du reste, parfois à des phénomènes qui l'expliquent parfaitement, tels que des hémorragies graves, des douleurs très vives, une opération obstétricale de longue durée.

M. Vinay, qui a récemment consacré un mémoire important à l'étude du sujet qui nous occupe, attribue une grande importance comme cause de mort subite à l'embolie de l'artère pulmonaire et du cœur droit. La coagulation veineuse qui est

l'origine de l'embolie, se produit habituellement dans les cas où il se fait une infection légère; chez certains malades, cependant, il n'est pas survenu le moindre phénomène de septicémie pouvant entraîner la formation de thromboses, et on ne peut guère invoquer, pour l'expliquer, que l'anémie tenant à la grossesse, à des hémorrhagies, etc. Fréquemment, des petites embolies se font dans le poumon avant qu'un caillot ne vienne obturer un vaisseau volumineux; on voit alors se produire de petites syncopes, des accès dyspnétiques, des points de côté subits dont la valeur pronostique est grande.

Ehrendorfer a vu la mort être causée par des thromboses simples, non inflammatoires, des sinus. Le même auteur a insisté sur la fréquence relative de la dégénérescence graisseuse du cœur comme cause de mort subite pendant l'accouchement ou la période puerpérale. D'une façon générale, M. Vinay pense que l'on a exagéré le danger des affections valvulaires bien compensées lorsqu'une gestation survient, mais il considère aussi la dégénérescence cardiaque comme très grave.

La mort subite succède parfois à l'introduction de l'air dans les sinus utérins. Cet accident peut se produire à la suite d'explorations vaginales trop fréquentes, et surtout lorsque la main est introduite dans l'utérus pour pratiquer une version ou une délivrance artificielle. Quelquefois, les accidents sont transitoires, mais si la quantité d'air qui pénètre est un peu considérable, on voit survenir les symptômes de l'embolie pulmonaire grave et la malade succombe.

Enfin, la mort peut encore survenir par suite de causes qu'il nous suffira d'énumérer: hémoptysie et hématoméses foudroyantes; hémorrhagie urétrale ou méningée avec ou sans éclampsie; épanchement pleurétique, etc., etc.

Nous attirons spécialement l'attention sur les cas de mort par inhibition. L'expert ayant à faire un rapport sur un fait de ce genre devra bien savoir que l'accident peut survenir indépendamment de toute faute du médecin ou de la sage-femme.

Rhume de cerveau: Fleuve qui prend sa source aux pieds et débouche par les fosses nasales. Guéri par la nasopharin-gine.

La vie est un chemin de fer; les années en sont les stations; la mort la gare d'arrivée, et les médecins... les chauffeurs.

L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LA COCAÏNE

La question de l'empoisonnement par la cocaïne emprunte aux discussions actuelles sur l'analgésie par la voie rachidienne, un intérêt tout particulier. Le Dr E. Bour a rassemblé les cas d'empoisonnement publiés dans tous les pays; il arrive à cette conclusion que la dose toxique varie suivant les individus, et aussi pour chaque individu, car il faut tenir compte du mode d'application de la cocaïne et de l'état des tissus qui subissent son contact.

On sait, en effet, que "la cocaïne est un poison universel, agissant sur les éléments pour les exciter d'abord, pour les paralyser ensuite" (Dastre). Toutefois, elle agit de façon différente suivant son mode d'introduction dans l'organisme. En ingestion et en injection intraveineuse, elle provoque des phénomènes d'excitation psychique et motrice, suivis de rémission brusque, d'insensibilité, et quelquefois de coma et de mort. On observe dans tous les cas une *vaso-constriction* généralisée, avec élévation de la pression artérielle. L'intensité de ces symptômes, d'ordre général, varie avec la dose employée. La dose toxique, administrée par les voies précédentes, est d'autant plus faible que la température normale et le poids du système nerveux sont élevés. Ainsi, par kilogramme de poids, la dose convulsivante est, chez le lapin, de 0,18 centigr., et chez l'homme, de 0,002 à 0,003 milligr.

L'auteur a rassemblé 69 cas d'intoxication, dont 16 mortels. Dans plusieurs d'entre eux, l'état syncopal dominait la situation. D'ailleurs, l'empoisonnement, se traduisant d'emblée par la pâleur des téguments et la tendance à la syncope, est d'un pronostic grave en général. À part les cas de suicide et ceux d'intoxication par badigeonnages et pulvérisations, (procédés dangereux, car on ignore la quantité de cocaïne absorbés), on voit que, presque toujours, la cocaïne avait été employée à dose thérapeutique (solution à 1 %; 0,05 à 0,10 centigr., au maximum). Mais, très souvent, on avait omis les précautions d'usage: maintenir le malade couché pendant l'intervention et pendant les deux ou trois heures suivantes.

Les accidents observés malgré l'emploi de ces précautions ne peuvent être attribués qu'à des susceptibilités individuelles, à la peur, ou à un état névropathique prédisposant à la syncope. éléments dont il faudra toujours tenir compte. Mais, somme toute, il n'existe pas d'empoisonnement grave survenu

à dose thérapeutique, lorsque la technique recommandée a été suivie.

En présence d'une intoxication aiguë, il faudra d'abord coucher le malade, car le plus grand danger est la syncope. On fera respirer immédiatement du nitrite d'amyle (vaso-dilatateur, antagoniste énergique de la cocaïne). Puis on pourra donner du café noir, faire des piqûres d'éther, frictionner le corps et prescrire des boissons et des médicaments diurétiques, pour hâter l'élimination du poison par les différents émonctoires.

LA PHOTOTHERAPIE DANS LE LUPUS TUBERCULEUX DE LA FACE

PAR M. LE DOCTEUR LEREDDE.

1o De toutes les méthodes actuelles proposées pour le traitement du lupus tuberculeux, la photothérapie est celle qui donne la proportion de guérisons la plus élevée. Cette supériorité de la photothérapie se comprend facilement, si l'on prend soin d'étudier le mode d'action des différentes méthodes, *la photothérapie étant celle qui agit le plus profondément et la seule qui agit d'une façon homogène.*

2o La photothérapie est la méthode donnant les plus beaux résultats au point de vue esthétique, et seules, à ce point de vue, les cicatrices dues aux scarifications peuvent supporter la comparaison avec les cicatrices de la photothérapie.

3o La photothérapie est une méthode complètement indolore : sa durée peut d'une façon moyenne être considérée comme plus courte que celle de toutes les autres méthodes curatives, sauf l'ablation ; enfin, les modifications déjà apportées dans les appareils et celles qui ne manqueront pas de se produire encore la mettent et la mettront de plus en plus à la portée des malades de toutes classes.

4o Néanmoins, étant donnée l'installation spéciale qu'elle nécessite, tout médecin est autorisé à recourir d'abord aux scarifications et aux galvano-cautérisations, méthodes plus simples, et applicables dans toutes les circonstances. Dans les cas où elle est impossible et suivant les indications que nous avons formulées à son sujet, on pourra recourir à l'ablation chirurgicale.

5o Les galvano-cautérisations ou les scarifications ne devront être pratiquées que pendant un temps limité. Si, après deux

ou trois mois de traitement et un ou deux mois de repos, les lupomes reparaisent en nombre considérable, on devra recourir à la photothérapie. L'usage prolongé du scarificateur ou des cautérisations produit un tissu scléreux dense et irrégulier qui sera plus tard un obstacle des plus graves à la pénétration des rayons chimiques lorsqu'on se décidera à avoir recours à la photothérapie.

COMMENT NAÏT L'AMOUR

THÉORIE ÉVOLUTIVE DE L'AMOUR

Chez l'homme donc, comme chez les Infusoires, le *choix* dans la vie sexuelle est absolument fonction de la conformation physico-chimique des individus en présence. Mais qu'est-ce qui a produit chez l'homme une conformation physico-chimique telle que chez lui le besoin sexuel soit excité par telle impression plutôt que par une autre. Ici encore nous devons faire intervenir les lois de l'évolution.

Supposons, le fait existe, un homme se sentant invinciblement attiré vers l'homme, sans *nette* tendance vers la femme ; il ne se reproduira pas, ne transmettra pas ses qualités. L'être seul qui est attiré vers un sexe différent du sien perpétue sa race. Les lois de l'évolution nous expliquent clairement pourquoi l'homme est attiré vers la femme. Elles vont aussi nous dire pourquoi il est poussé vers telle femme plutôt que vers telle autre.

Ce que l'on est convenu d'appeler *la beauté* consiste essentiellement dans un certain nombre de caractères morphologiques qui traduisent une adaptation aussi parfaite que possible de l'homme au milieu dans lequel il vit et aux fonctions qu'il doit remplir. Si la beauté est un excitant sexuel, c'est qu'elle est le signe des qualités qui sont nécessaires à la perpétuation de l'Espèce dans les meilleures conditions possibles. L'homme qui dans sa compagne recherche de lourdes mamelles et de larges flancs, la femme qui est séduite par de robustes épaules et des muscles solides agissent tous deux inconsciemment dans l'intérêt de leur progéniture. Cette façon d'agir est devenue instinctive, innée, comme dirait l'École, parce qu'il a été fixée par l'hérédité. Ceux qui se sont comportés ainsi se sont reproduits dans les meilleures conditions ; leur race, avec leur façon de se comporter, s'est perpétuée, tandis que disparaissait la descendance de ceux guidés par d'autres tendances.

Mais, à ce compte-là, dira-t-on, la femme qui réaliserait au maximum les meilleures conditions pour la propagation de l'Espèce devrait exercer un attrait égal sur tous les hommes. Cela est vrai dans une certaine mesure, et ce n'est pas autrement que la croyance au Beau absolu a pu se constituer. Mais il y a de très nombreuses exceptions : la femme idéalement belle, si elle pouvait exister, n'exercerait pas un égal attrait sur tous les mâles ; certains pourraient même sans doute être rebelles à son charme. C'est qu'en effet, dans la propagation de l'Espèce, les deux partenaires jouent un rôle ; chacun transmet une part de ses qualités ; le résultat est une moyenne. Prenons un homme quelconque avec ses qualités inégales et ses défauts ; ce n'est pas avec la femme idéale possédant toutes les perfections au degré voulu, harmonique, que cet homme sera susceptible de donner les meilleurs rejetons. Il lui faudra au contraire une femme compensant ici un déficit par une exagération, là une exagération par un déficit. Voilà pourquoi une femme idéalement belle ne serait séduisante au suprême degré que pour un homme idéalement beau. Voilà pourquoi la conception de la beauté varie avec chaque individu dans d'assez large limites ; et celles-ci seraient encore plus larges si elles n'étaient, dans une certaine mesure, corrigées par l'éducation qui tend à nous faire admettre un type de beauté, qui est le type moyen, le type de l'Espèce, mais non toujours le type qui convient à chacun de nous.

Qu'on nous permette de rappeler certaines locutions triviales mais caractéristiques à cet égard : "cette femme est très jolie, mais ce n'est pas mon type", "voilà une très belle femme, mais elle n'est pas excitante", "cette femme est plutôt laide, mais elle a je ne sais quoi de capiteux...", "elle a la beauté du diable...", etc. Voilà autant de locutions qui peuvent se ramener à la phrase suivante : "Il y a un type de beauté, que j'admets, parce que l'ensemble de mes concitoyens en juge ainsi, mais quant à moi ce qui m'attire, ce qui excite mon besoin sexuel est un peu différent..." ; suivrait, selon le tempérament individuel, l'énumération des modifications que chacun nous voudrait voir faire à ce type.

Toute la méthyphysique de l'amour, dit Schopenhauer, tient dans ces deux lois : "1o Chaque individu exerce un attrait sexuel d'autant plus grand qu'il représente avec plus de perfection au moral et au physique l'idéal de l'Espèce ; 2o L'at-

trait sexuel qu'un individu inspire à l'autre est d'autant plus intense que les défauts de l'un annulent les défauts opposés de l'autre et que l'union des deux promet un enfant plus entièrement conforme au type parfait de l'Espèce."

PROPHYLAXIE SCOLAIRE DE LA DIPHTÉRIE

La mortalité par diphtérie, avant 1894, malgré une diminution progressive, mais lente, oscillait entre 1,200 et 1,400 décès annuels, en France.

Dès la fin de 1894, cette mortalité diminue brusquement, et en 1895 elle n'est plus, pour toute l'année, que de 421.

Cet abaissement de la mortalité par diphtérie s'accroît encore les années suivantes et en 1900 on ne compte plus que 294 décès.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la soudaineté de cet abaissement de mortalité coïncidant exactement avec les débuts de la sérothérapie. Cela ne peut être comparé avec les oscillations normales de la mortalité.

Constatons en outre qu'il a persisté pendant six années, de 1895 à 1900 et que, de plus, si l'on compare la mortalité à la morbidité, il est facile de voir que pour ces années la mortalité aurait été très considérable si la proportion de morbidité avait été la même qu'avant 1894.

En 1901 par contre, vers le milieu de l'année on constate une recrudescence de la mortalité par diphtérie; cette recrudescence s'accroît dans les mois suivants et depuis le commencement de 1902 elle commence à devenir inquiétante.

Il semble qu'il entre bien dans le rôle du médecin de se préoccuper de cette tendance épidémique, d'en rechercher les causes et d'étudier les moyens les meilleurs de lutter contre elle.

Telles seront nos conclusions, mais nous vous demanderons tout d'abord la permission de vous donner à ce sujet quelques appréciations personnelles.

1^o Cette recrudescence très nette de la diphtérie coïncide avec un relâchement considérable dans la sérothérapie. Le corps médical paraît se désintéresser de cette pratique.

Il semble que les quelques inconvénients qui ont pu résulter de l'emploi du sérum ont une tendance à l'emporter dans l'esprit actuel sur les énormes avantages qu'il a amenés.

Il convient de remarquer que le sérum conserve toute son

activité pendant une année et qu'il est préférable de l'employer quelques semaines après sa préparation. Les quelques accidents éruptifs qui peuvent se produire sont ainsi évités. Le trouble qui se produit dans les flacons n'est nullement une indication de détérioration du sérum.

20 Epidémies scolaires.—Les cas de diphtérie sont sensiblement groupés autour des centres scolaires dans les quartiers populaires. Certains foyers ont eu une très longue durée malgré les mesures énergiques prises dans les écoles publiques.

Contamination d'école à école.—Il est vrai qu'on a pu constater dans certains cas une sorte de rebondissement de l'épidémie allant des établissements scolaires municipaux aux établissements libres.

Les établissements municipaux sont soumis à une surveillance très active et les enfants malades ou non guéris en sont écartés. Mais, qu'il survienne quelques cas dans un de ces établissements et les enfants incomplètement guéris ne pouvant plus y rentrer sont accueillis dans les écoles libres non surveillées et les contaminent.

Contamination par la rue.—D'autre part, dans les quartiers populaires, les enfants hors de l'école jouent ensemble. Ceux qui, guéris en apparence, mais conservant le bacille encore virulent, sont écartés de l'école, vagabondent librement dans les rues où ils contaminent les autres enfants.

Contamination par le secouage des tapis.—Enfin dans certaines rues parallèles et très voisines nous avons pu déceler des épidémies qui allant du côté pair d'une rue au côté impair de l'autre pouvaient s'expliquer par une contamination par les derrière de ces maisons où se font les secouages des tapis et des hardes.

La question est donc très complexe, mais elle est en même temps des plus importantes et ne concerne pas exclusivement la diphtérie, mais l'ensemble des maladies épidémiques pouvant atteindre les enfants des écoles.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de la poser et de proposer qu'elle soit mise à l'étude.

Cette étude, pour laquelle nous demandons le concours de nos collègues donnerait lieu à un rapport dont les conclusions pourraient être répandues sous la forme habituelle de ces prescriptions dans les milieux scolaires et même soumises à l'administration compétente.

F. MARIE-DAVY.

VIENT DE PARAITRE

C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris, "Les Fonctions Hépatiques", par MM. A. Gilbert, professeur à la Faculté, et P. Carnot, docteur ès-sciences, membres de la Société de Biologie. I vol. in-12 de 287 pages, cartonné à l'anglaise: prix 5 francs.

A la Société d'éditions scientifiques et littéraires, F. R. de Rudeval et Cie, 4, rue Antoine Dubois, Paris, "La Conjonctivité Granuleuse", par le Dr Hourmonziadès, aide de clinique à l'Hospice National Ophthalmologique des Quinze-Vingts, avec préface par le Dr A. Trousseau, médecin de la Clinique Nationale Ophthalmologique des Quinze-Vingts. Un vol. in-8 de 186 pages, broché, 4 francs.

"Les Courants de haute fréquence en dermatologie", (traitement des maladies cutanées et vénériennes), par le Docteur H. Lebon. Un vol. in-8 de 60 pages, orné de nombreuses figures dans le texte, broché, 2 francs.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENTE DE M. LE PROFESSEUR DEMERS

Séance du 22 avril 1902.

M. ALP. MERCIER présente une partie de la colonne vertébrale portant une fracture de la huitième vertèbre dorsale. La malade n'a survécu que quatre heures après la traumatisme. A l'autopsie, on trouva une forte hémorrhagie au siège de la fracture et les deux plèvres remplies de sang.

M. MARIFX demande quelle a été la cause de la mort, et si les symptômes ne présentèrent aucune indication opératoire, car généralement il conseille l'intervention chirurgicale immédiate.

M. LECAVELIER attribue la mort au traumatisme et à l'hémorrhagie abondante d'un litre de sang dans chaque plèvre. Vu l'absence de la paralysie il ne croit pas que le chirurgien fût autorisé à intervenir.

M. O. F. MERCIER dit avoir fait le diagnostic de fracture de la huitième vertèbre dorsale au moyen de la crépitation per-

ce à cet endroit et non par les symptômes, car la paralysie n'est survenue que trois heures après l'accident. L'hémorragie générale paraît avoir été la cause de la mort. Il rapporte un autre cas de fracture de la colonne vertébrale actuellement sous traitement par l'immobilisation et la contention. Le malade qui, au début, accusait une perte de sensibilité de la jambe droite et souffrait d'une paralysie de la jambe gauche, des intestins et de la vessie, est maintenant en bonne voie de guérison, car il n'y a que la jambe gauche qui soit affectée de la paralysie.

M. LECAVELIER parle du Bill Roddick actuellement devant la Chambre des députés d'Ottawa, il démontre l'intérêt particulier que toutes les provinces de la Puissance du Canada ont pris à la considération de ce Bill et seule la province de Québec est demeurée dans une coupable indifférence.

Nos Universités et notre Bureau des gouverneurs n'ont pas cru devoir envoyer des délégués à Ottawa pour étudier, discuter ou défendre nos intérêts professionnels. Cet apathie des généraux et des sentinelles de notre armée n'est pas de nature à stimuler le zèle des humbles soldats. Il donne rapidement une description *anatomique* du Bill ainsi constitué:

Formation d'un conseil médical composé de 42 membres, (nombre variable selon la population professionnelle de chaque province) répartis comme suit:

- 10 pour la province d'Ontario.
- 9 pour la province de Québec.
- 5 pour la Nouvelle-Ecosse.
- 4 pour le Manitoba.
- 3 pour le Nouveau-Brunswick.
- 3 pour les Territoires du Nord-Ouest.
- 3 pour la Colombie Anglaise.
- 2 pour l'Île du Prince-Edouard.

Et 3 membres élus par les médecins homéopathes du Canada.

Organisation au besoin d'une commission d'arbitrage composée de trois membres: un juge de la Cour Suprême nommé par le gouverneur en conseil, un membre choisi par le conseil médical du Canada, et un troisième délégué par le conseil médical provincial qui aura porté une plainte quelconque.

Maintenant quel est le but et la *physiologie* du Bill. Son

but est d'enlever les barrières professionnelles qui existent entre les différentes provinces séparées par une ligne imaginaire, d'avoir une réciprocité avec la Grande-Bretagne et de pouvoir exercer notre profession dans toutes les colonies sans être obligé de subir d'autres examens.

La physiologie de ce conseil central nommé tous les quatre ans n'est pas compliquée.

Le gouvernement de chaque province est représenté par un membre.

Le collège médical provincial délègue aussi un membre et les membres de la profession doivent élire un député pour le premier 100 ou toute fraction de ce nombre; un pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié; après les premiers 200, pour chaque 600 suivants ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié, un député. Ces membres ne peuvent être choisis parmi les professeurs des Universités ou les gouverneurs du bureau provincial, car ils sont déjà représentés par un délégué. Ainsi dans ce conseil de 43 membres, nous serons que six Canadiens-français.

Avant que ce bureau central puisse exister, il faut qu'au moins cinq provinces adoptent une loi statuant que "tout médecin porteur d'un diplôme du conseil médical du Canada pourra exercer sa profession, sans subir d'autres examens, après avoir payé les droits d'enregistrements". Toutes les provinces excepté la province de Québec, qui est muette, ont admis qu'un praticien qui exerce régulièrement dans sa province depuis six ans a droit, sur demande, à un diplôme du bureau central.

Encore un pas de plus dans cette voie et les rouages de cette administration fédérative deviennent inutiles, en disant: "Nous supprimons ce stage de six ans que chaque médecin doit faire dans sa province avant d'être assez *savant* pour exercer dans une autre, si toutes les Universités ou Ecoles de médecine veulent bien avoir un programme unique durant cinq années d'études et également contrôlé par chaque collège provincial."

Ce n'est pas difficile et ce serait l'idéal, nous aurions ainsi la réciprocité interprovinciale *sans stage*, et sans examens au bureau central.

Si ce projet est irréalisable (et pourquoi le serait-il?) il est certain que le bill Roddick nous ouvre les portes de toutes

les provinces et nous permet d'aller exercer notre profession au milieu d'une population de près de 500,000 Canadiens-français privés de médecins de leur nationalité. M. LeCavelier termine en citant une lettre de M. le professeur Fontier, en faveur de la réciprocité interprovinciale. (Voir *Montréal-Médical* vol. I, No 6, page 217).

M. ALP. MERCIER rapporte l'histoire d'un enfant âgé de deux ans qui mourut après avoir absorbé deux pinçes de chlorate de potasse que sa mère lui avait données pour le guérir d'une légère indisposition. L'autopsie n'a révélé rien d'anormal du côté de l'estomac, du foie ou des reins. Seul le sang, couleur jus de pruneau, a permis d'établir l'empoisonnement par le chlorate de potasse, les réactifs chimiques n'ont donné aucun renseignement, les globules n'étaient pas altérés, mais on notait une oxydation considérable de l'hémoglobine.

M. JOHNSTON a fait l'analyse spectrale du sang démontrant l'empoisonnement par le chlorate de potasse; il a déjà fait l'autopsie de trois autres cas semblables et tous présentaient les mêmes lésions, mais quelquefois l'analyse chimique nous montre le poison dans le sang et l'urine, il établit que aucune maladie donne cette altération sanguine produite par le chlorate de potasse.

M. DUBÉ ayant traité un cas de plaques muqueuses syphilitiques avec des tablettes de cinq grains de chlorate de potasse, a vu survenir une cystite aiguë chez sa malade qui avait trop souvent répété la dose.

M. LECAVELIER propose que le chlorate de potasse soit remplacé par le chlorate de soude soluble dans 20 fois son poids d'eau, possédant les mêmes propriétés thérapeutiques que le chlorate de potasse, sans être aussi toxique. L'on verra, alors, moins d'angineux, de scarlatineux débiles ou autres empoisonnés par le chlorate de potasse.

M. FORTCHER donne depuis plusieurs années le chlorate de potasse à dose de 30 grains et n'a jamais eu d'accident.

M. DE COTRET rappelle qu'autrefois le chlorate de potasse était le grand traitement de la diphtérie et qu'il en a toujours observé de bons résultats.

M. VALIN rapporte une observation personnelle. La femme d'un médecin prit pendant 24 heures, une cuillerée à soupe

toutes les heures, d'une solution saturée de chlorate de potasse selon la prescription d'un autre médecin. M. Valin fut appelé pour constater l'intoxication et une mort prochaine. La malade cyanosée n'avait pris aucun autre médicament. Ne connaissant pas un tel pouvoir nocif au chlorate de potasse, on fut surpris d'apprendre qu'il était la cause de la mort.

D'après ce que l'on vient d'entendre ce soir, on serait porté à croire que la littérature médicale est presque muette sur le sujet, cependant M. Lépine a rapporté en 1890 cinquante cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse. M. Brouardel fit en 1881, un rapport sur l'empoisonnement de quatre enfants par ce médicament administré illégalement par une religieuse.

M. Chataing, de Lyon, a fait en 1887, une étude médico-légale sur l'empoisonnement par le chlorate de potasse.

La littérature française est donc assez bien fournie de documents sur ce sujet; le principal est d'en être informé.

Pathogénie.—Au contact du chlorate de potasse il se produit dans le sang de la *méthémoglobine*, c'est-à-dire une combinaison oxygénée de l'hémoglobine beaucoup plus stable que l'oxy-hémoglobine et pour cela incompatible avec la fonction respiratoire du globule rouge. Il peut même se produire de l'*hématine* lorsque la température est élevée, ou lorsque la tension de l'acide carbonique est forte, ou lorsque encore l'alcalinité du sang est diminuée. La *pyrexie* est donc une contre-indication.

Il y a des altérations du globule sanguin, des lésions du foie, de la rate et du rein.

L'oblitération des canalicules du rein par les globules rouges altérés produit l'anurie, de là des symptômes d'urémie par défaut de filtration rénale.

Il n'y a pas de néphrite proprement dite, sauf un peu l'infiltration œdémateuse. Cette notion exclue l'idée d'empoisonnement dans le cas cité par le Dr Dubé. La dose de 6 pastilles par jour ne suffit pas à produire l'intoxication chez un adulte. La mort a lieu souvent par paralysie cardiaque due à la potasse.

Dose toxique.—M. Brouardel la fixe à 35 grammes pour l'adulte et 8 à 10 fois moins pour l'enfant. Cependant un médecin allemand, le Dr Wohlgenuth, rapporte, en 1890, un

cas d'empoisonnement grave (non suivi de mort), causé par 10 grammes de chlorate de potasse pris en 4 jours.

M. Valin parle des idiosyncrasies, et la toxicité augmentée par le mauvais état des émonctoires.

Contre-indications:—Lésions rénales — haute fièvre — le bas âge — donc les brighttiques et les enfants diphtéritiques avec pyrémie doivent être traités par de petites doses.

Traitement:—Si on arrive assez tôt, lavage de l'estomac — combattre les vomissements par piqûre de morphine, glace, sinapisme au creux épigastrique. Soutenir le cœur par caféine, digitaline. Lavage du rein et du sang par entérocluse ou hypodermoclyse. M. le Dr Carreau a essayé d'utiliser les propriétés méthémoglobinisantes du chlorate de potasse contre le bacille de la lèpre, il eut cette idée à la suite d'une observation faite par le Dr Brassac, savoir: chez un lépreux du Brésil, qui s'était soumis à la piqûre d'un serpent à sonnette et qui succomba après 24 heures, les lépromes s'affaiblèrent très rapidement après la piqûre. Or le venin de serpent produit une intoxication ayant tous les symptômes de la méthémoglobémie suraiguë, c'est-à-dire sang noir et fluide, ictere, hémorrhagies, anxiété profonde, somnolence ou convulsions. Le premier malade chez lequel il essaya le traitement était un homme de 39 ans, lépreux depuis 5 ans. Il lui administra d'abord 20 grammes de chlorate de potasse et 10 grammes le lendemain. Les symptômes d'intoxication apparurent et les lépromes subirent une amélioration. Le docteur se décida à administrer encore 15 grammes, l'intoxication s'accrut, fut très forte, mais le malade résista et sa lèpre fut énormément améliorée.

La seconde observation fut celle d'une femme de couleur, atteinte de lèpre maculo-tuberculeuse, et qui ayant pris 30 grammes de chlorate de potasse en 3 doses, eut des symptômes d'intoxication, mais avec disparition de ses lépromes.

L'explication de ces deux améliorations est dans le fait que la méthémoglobinisation du sang contrarie la vitalité du bacille de la lèpre. Il est probable qu'il en serait de même pour d'autres microbes, seulement cette méthode de traitement est trop dangereuse pour être exigée en méthode courante. Tout de même ces faits sont très intéressants pour la science, car ils peuvent être le point de départ de découvertes importantes.

Conclusion.—Le chlorate de potasse n'est pas aussi inoffensif que la plupart des médecins le pensent; qu'il faut s'en défier chez les brightiques et les enfants en état de pyrexie. Cependant, mettant de côté les idio-syncrasies rares, il faut encore atteindre des doses assez élevées pour produire une intoxication suivie de mort.

L'observation personnelle que j'ai communiquée prouve qu'il faut doser le médicament et non pas l'administrer *ad libitum*.

M. DEANERS décrit tous les symptômes éprouvés par le petit malade dont M. A. Mercier a rapporté l'histoire; le diagnostic était très difficile et en présence d'une grande dyspnée des inhalations d'oxygène furent prescrites. Quand aux doses toxiques du chlorate de potasse il n'a jamais observé d'accidents, l'administrant généralement à dose de 30 grains. Ayant traité 11 cas de néoplasme de l'estomac avec le chlorate de potasse, il n'a eu ni intoxication, ni amélioration.

NOUVELLES

A l'occasion des *noces d'or professionnelles* de MM. les docteurs Jean-Philippe Rottot, Duncan C. McCallum et de sir William Hingston, mercredi, le 7 mai, deux cent médecins anglais et français leur offraient à l'hôtel Viger un somptueux dîner d'honneur. Nos vénérés doyens étaient heureux de recevoir de vives et sincères félicitations d'un aussi grand nombre de jeunes confrères. M. le président T. W. Campbell, et M. le docteur E. P. Lachapelle, proposèrent la santé de nos hôtes. L'éloquente et spirituelle réponse des doyens, retraçant une page d'histoire de leur vie médicale et rappelant les salutaires leçons reçues à l'école de 50 années d'expérience, imprima dans la mémoire de chaque convive un inaltérable souvenir.

L'Association Canadienne pour la lutte contre la tuberculose a tenu sa session annuelle, à Ottawa, le 17 et le 18 avril dernier. On délibéra longuement sur les plus sages mesures à prendre pour enrayer la propagation de la *peste blanche*. Cette société donne signe de vie qu'une fois l'an; l'assemblée du 14 février 1901 comptait plus de 100 médecins venus de toutes les parties de la Puissance du Canada, cette année l'organisation boiteuse n'a pu réunir que vingt membres, le programme était

chargé d'importantes questions qui demeurèrent sans réponse, le résultat pratique fut nul ; encore une réunion semblable et la "Canadian association for the prevention of tuberculosis" aura vécu.

La North Western University qui comptait soixante-dix jeunes femmes étudiant la médecine, refuse dorénavant de préparer des femmes aux examens médicaux. "Après trente-deux ans d'expérience, il paraît prouvé, a dit M. Raymond, l'un des plus éminents professeurs de l'Université, que les femmes sont toujours de piètres docteurs. Elles ne comprennent parfaitement ni les travaux de laboratoire, ni la chirurgie. Nous n'en voulons plus et le public n'en veut plus."

Le général Palmer vient de donner \$250,000 pour fonder un Sanatorium à Colorado Springs, pouvant recevoir 150 tuberculeux.

HOTEL-DIEU — Maladies des yeux, du nez, des oreilles et de la gorge, lundi, mercredi, vendredi, 9 à 11 heures.

Qu'est-ce que cette petite réclame anonyme publiée dans "La Presse". Est-ce un appel aux pauvres, un appât aux bourgeois avarés ou du charlatanisme... pur ?

M. le docteur Kellogg, de San Dioga, Cal., offre \$10,000 pour construire un Sanatorium pour les tuberculeux si la ville veut verser une somme égale.

La maison Wampole possède maintenant une succursale à Montréal, au No 20 rue St-Alexis. Le gérant, M. Pineo, aura toujours à la disposition des médecins les préparations les plus demandées.

L'excellent cognac de la maison Bisquit, Dubouche et Cie, est reconnu en France et à l'étranger comme un produit d'une supériorité indiscutable. M. Laporte Bisquit membre du Sénat, délégué par le gouvernement français au couronnement du tsar, membre du jury à l'exposition de 1900, jouit d'une réputation particulière qui ne permet aucun doute sur l'exposé des faits concernant la réelle valeur de leur cognac.