

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 AVRIL 1904

No 2

A PROPOS DE LA PATHOGENIE DE LA CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Vous avez pu voir, couchée au lit n° 28 de la salle Piorry, une femme âgée de quarante ans, exerçant depuis de longues années la profession de garde-malade, qui est entrée dans le service pour un ictère survenu il y a plus d'un an dans des circonstances qu'il convient de mentionner.

Cette femme, sans antécédents héréditaires qui méritent d'attirer notre attention, a toujours joui d'une excellente santé. Elle a eu trois grossesses qui ont évolué dans des conditions régulières; ses enfants sont très bien portants. Il y a environ treize mois, elle éprouva de vives contrariétés; à cette époque, elle habitait Cologne, sa ville natale; ses fils s'étant fait naturaliser Français, elle eut à supporter, surtout de la part de sa famille, une série de vexations qui l'affligèrent profondément et l'obligèrent, en définitive, à quitter son pays. Sa santé en fut un peu altérée. Sur ces entrefaites et à la suite d'une ingestion un peu trop copieuse de choucroute, elle fut prise de vomissements abondants; le jour même apparaissait un ictère qui, si l'on doit s'en rapporter au dire de la malade, a toujours persisté depuis, sans subir aucune atténuation. Cet ictère ne fut suivi d'aucun malaise, d'aucune douleur.

Inquiète toutefois de sa santé, elle se rendit à l'hôpital Necker où elle fit un séjour de trois mois; on lui prescrivit le régime lacté, de l'eau de Vichy, de grands lavements froids, mais son état resta absolument stationnaire. Il en fut de

même dans deux nouveaux séjours qu'elle fit à l'hôpital vers la fin de l'année dernière. Son état général, à vrai dire, ne parut pas s'aggraver d'une façon sérieuse : l'appétit était relativement conservé; les digestions étaient bonnes, elle avait à peine maigri. Le seul symptôme qu'elle accusait était une douleur siégeant sur la limite de la région hypogastrique et de l'hyocondre droit, douleur vague, sourde, qui ne présenta à aucun moment un caractère aigu pouvant faire penser à une colique hépatique.

C'est dans ces conditions que la malade se présente aujourd'hui à notre examen. Comme vous l'avez vu, l'ictère est de moyenne intensité; les téguments, les muqueuses, la conjonctive et la région sublinguale notamment, sont colorés en jaune légèrement verdâtre. Les urines accusent nettement l'élimination du pigment biliaire, tant par leur coloration que par les résultats de l'analyse chimique; le réactif de Gmelin donne la teinte vert émeraude caractéristique. Les fèces, à peine décolorées, ne sont nullement argileuses; au dire de la malade, elles auraient, du reste, toujours présenté le même aspect depuis l'apparition de l'ictère. Le pouls est un peu ralenti, le cœur de volume normal; la région précordiale est seulement le siège d'un souffle mésosystolique offrant tous les caractères d'un cardio-pulmonaire. Le foie est gros : il déborde le rebord costal de trois travers de doigt; sa surface est régulière; sa consistance, partout égale, est un peu augmentée; son bord est dur, résistant. La rate est un peu hypertrophiée : la matité splénique mesure près de 16 centimètres dans son grand diamètre.

En résumé, nous avons affaire, chez notre malade, à un ictère chronique avec tuméfaction du foie et de la rate, ictère survenu brusquement et qui paraît, jusqu'à présent tout au moins, avoir eu peu de retentissement sur l'état général. Quelle est la nature de cet ictère? Devons-nous croire à une maladie purement accidentelle destinée à disparaître, ou supposer l'existence d'une affection grave, en voie d'évolution progressive?

Il ne peut guère s'agir d'un ictère accidentel : la durée de cette jaunisse, dont le début remonte à plus d'un an, va à l'encontre de cette hypothèse. L'existence d'une cirrhose hypertrophique biliaire paraît, au contraire, très vraisemblable, eu égard à la tuméfaction du foie et de la rate. Mais quelle

est la cause de cette cirrhose hypertrophique ? Tel est le point qu'il convient d'étudier plus particulièrement, en raison même des conséquences diagnostiques et pronostiques qu'une semblable question peut entraîner.

Pouvons-nous supposer qu'il y a eu, chez notre malade, présente rétention biliaire par arrêt d'un calcul ? Elle ne paraît avoir à aucun moment, de crises paroxystiques de coliques hépatiques : c'est là, il est vrai, un caractère négatif dont la valeur est toute relative, mais les selles sont colorées à peu près normalement, la bile s'écoule certainement dans l'intestin ; il ne peut donc y avoir obstruction calculeuse.

Nous ne pouvons guère plus admettre la compression des voies biliaires par une tumeur du foie ou d'un organe voisin. Il est sans doute légitime de soulever l'idée d'un cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas, de l'intestin, chaque fois que les raisons pathogéniques de l'ictère restent obscures, et vous connaissez assurément l'observation rapportée par Frantzel d'un cancer du duodénum siégeant sur l'ampoule de Vater et suivi de l'obstruction des voies biliaires. Dans le cas présent, nous ne trouvons aucune trace de tumeur de foie ou des organes voisins ; il n'existe aucun signe probable de l'existence d'une affection cancéreuse ; la rate est plus volumineuse qu'elle ne l'est en général en pareil cas ; ce sont là, à mon avis, des raisons suffisantes pour rejeter pareille hypothèse.

Il y a assurément d'autres causes d'obstruction des voies biliaires. Parmi elles, on doit ranger, en premier lieu, l'oblitération du canal cholédoque consécutive au catarrhe des voies biliaires. Virchow a depuis longtemps démontré que l'inflammation des premières voies biliaires déterminait la formation d'un bouchon muqueux plus ou moins volumineux, dont l'existence est, quoi qu'on en ait dit, indéniable. Chez notre malade, il est sans doute vraisemblable d'admettre que le catarrhe des voies biliaires, consécutif au catarrhe des voies digestives supérieures, a existé au début de l'ictère ; je vous ai signalé déjà les troubles digestifs qui sont apparus chez elle à la suite d'un excès d'alimentation, et alors que son système nerveux avait été, d'autre part, un peu ébranlé par une série de chagrins. Mais si le début de l'ictère est, dans une certaine mesure, justiciable de cette pathogénie, pouvons-nous étendre cette explication au développement de la cirrhose hypertrophique ?

L'étiologie de la cirrhose est assurément fort obscure. Pour M. Hanot et ses élèves, le *catarrhe des voies biliaires initiales* ne saurait être considéré comme la cause de la cirrhose hypertrophique. M. Schachmann, dans sa thèse sur la cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique, admet que la pulpart des gros foies avec ictère ne sont pas précédés de troubles digestifs. Or, si nous nous en rapportons aux observations relatées par l'auteur, nous voyons que sur 26 cas, il y en a 11 où l'on peut relever l'existence de troubles digestifs notables, du genre de ceux que nous avons constatés chez notre malade. C'est ainsi que nous trouvons signalés l'anorexie, les nausées, les vomissements, la diarrhée et des troubles divers ressortissant à un état catarrhal gastro-intestinal des plus manifestes.

L'on ne saurait donc admettre comme absolue l'idée que l'existence de la cirrhose hypertrophique est exclusive d'un trouble digestif *primitif*. Dans la plupart des cas que j'ai pu personnellement observer, j'ai constaté ces troubles digestifs au début de la cirrhose, avant l'apparition de l'ictère. Trois des malades auxquels se rapportent ces faits étaient, il est vrai, des alcooliques, mais nous savons bien que le catarrhe des voies digestives supérieures est un effet souvent précoce de l'intoxication alcoolique.

Le catarrhe gastro-intestinal peut assurément reconnaître des causes multiples. Il me souvient encore d'un bijoutier de trente-huit ans, entré dans mon service pour une cirrhose hypertrophique avec ictère, dont le développement avait suivi l'apparition de troubles digestifs persistants, consécutifs eux-mêmes à une fièvre typhoïde à rechutes.

Chez la femme qui fait le sujet de cette leçon, le catarrhe gastro-intestinal ne doit pas être seul incriminé, et il convient sans doute d'accorder une certaine importance aux émotions dépressives qui ont précédé l'apparition de l'ictère. Les émotions jouent, comme vous le savez, un rôle important dans le développement de l'ictère, qui peut, en pareil cas, apparaître brusquement et pour ainsi dire instantanément, — il existe de ce fait des exemples incontestables — et qui, parfois aussi, survient plus tardivement. Le mécanisme de l'apparition de l'ictère est différent dans les deux cas : dans l'ictère émotif instantané, le spasme réflexe des voies biliaires généralement invoqué n'est pas le seul élément pathogénique ; l'obstruction que

ce spasme est susceptible de déterminer ne commence guère qu'au bout de plusieurs heures. Ce spasme, toutefois, se produisant sur toutes les voies biliaires qui sont contractiles dans toute leur étendue, détermine une élévation de la pression intrabiliaire, analogue à celle que Bochefontaine a pu provoquer expérimentalement par l'excitation de l'écorce cérébrale; la pression sanguine, d'autre part, comme l'a démontré François-Franck, diminue considérablement dans les capillaires viscéraux. Les émotions, les chagrins, sont susceptibles de réaliser une réaction nerveuse propre à entraîner de semblables inversions dans les rapports de la pression biliaire et de la pression sanguine. On comprend dès lors que la bile puisse être rapidement résorbée par les vaisseaux sanguins et entraîner, pour ainsi dire instantanément, l'apparition de l'ictère.

Quand l'ictère est plus tardif, lorsqu'il survient quatre et cinq heures, ou même vingt-quatre et quarante-huit heures après le choc moral, le mécanisme est tout autre. Dans l'intervalle qui sépare l'émotion de l'apparition de l'ictère se développent des troubles dyspeptiques, tels que l'anorexie, les nausées, les vomissements, quelquefois même de la diarrhée. La répercussion des émotions vives ou prolongées sur les voies digestives est de connaissance vulgaire, je ne veux pas y insister; des troubles gastro-intestinaux peuvent ainsi se développer qui entraîneront à leur suite l'ictère.

L'infection, en pareil cas, se propage vraisemblablement des voies digestives aux voies biliaires et provoque l'inflammation de leur tunique muqueuse, d'autant plus facilement que la sécrétion biliaire est le plus souvent ralentie dès le début.

Or, chez les sujets atteints de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique on trouve assez souvent signalés, avant l'apparition de l'ictère, des chagrins ou des émotions vives, émotions provoquées, par exemple, par une chute dans l'eau, par une arrestation inattendue : témoin l'histoire de ce fédéré qui, s'étant caché pour échapper aux poursuites, et entendant frapper à la porte de la chambre où il se croyait en sûreté, présente à la suite de cette violente émotion, des troubles digestifs qui s'accompagnent assez rapidement d'un ictère persistant.

Le cas de notre malade peut vraisemblablement se ranger parmi ces faits : chez elle, en effet, nous trouvons, au début de tous les accidents, des chagrins prolongés et des troubles dys-

peptiques dont l'apparition assez rapide a certainement été favorisée par ces chagrins.

L'étude de pareil faits pourrait peut-être apporter quelques éclaircissements à la pathogénie de la cirrhose hypertrophique biliaire. Il est aujourd'hui de notion classique que la sclérose, dans la maladie de Hanot, est régie par un processus systématique d'angiocholite et de périangiocholite des voies biliaires capillaire; mais les causes de ce processus, le mécanisme selon lequel se développe l'inflammation si spéciale des voies biliaires restent des plus vagues.

Les hypothèses n'ont certes pas fait défaut; aucune n'est, à vrai dire, satisfaisante. Peut-être, dès lors, n'est-il pas défendu de penser que cette angiocholite radriculaire résulte, dans certains cas, de la propagation de l'inflammation des premières voies biliaires provoquée elle-même par le catarrhe gastro-intestinal.

Ce catarrhe des premières voies biliaires n'est pas du reste chose indifférente, et il ne faudrait pas croire que l'on doive considérer comme absolument bénins les ictères qui reconnaissent cette étiologie. S'il est vrai d'admettre que l'ictère catarrhal, sous sa forme la plus simple, mérite à peine le nom de maladie et que sa durée ne dépasse guère le plus souvent trois semaines, il est des cas où il se prolonge parfois pendant fort longtemps; M. Dieulafoy a rapporté un cas où l'ictère dura cent cinquante-cinq jours. Mais cette durée est de beaucoup dépassée chez notre malade : il n. s'agit donc plus d'un ictère catarrhal simplement prolongé, mais d'un ictère chronique, dont l'explication doit se trouver, avons-nous dit, dans la tuméfaction du foie et de la rate.

La pathogénie invoquée par nous ne saurait donc ici atténuer la gravité du pronostic qu'il convient de porter en pareille circonstance; s'il est permis de penser que la cirrhose hypertrophique reconnaît comme cause initiale le catarrhe des premières voies biliaires, il n'en résulte pas pour cela qu'elle soit moins à redouter.

Le pronostic de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique est toujours grave; on connaît sans doute des cas où une amélioration est survenue, mais toujours, après un laps de temps plus ou moins considérable, la maladie se termine par la mort.

La thérapeutique a cependant une importance capitale en ce sens qu'elle peut prolonger de beaucoup la durée de la maladie, et retarder l'échéance fatale. L'hygiène, notamment l'hygiène alimentaire, l'autisepsie intestinale, l'administration des mercuriaux sous forme de calomel, de pilules bleues, une hydrothérapie prudente peuvent donner de sérieux résultats et prévenir parfois pour longtemps les accidents terminaux de l'ictère grave secondaire.

LES MODALITÉS CLINIQUES DE LA TENSION ARTÉRIELLE

En interrogeant un malade le praticien porte instinctivement ses doigts sur l'artère radiale pour constater si la systole cardiaque est rapide ou lente. Mais outre la fréquence et la lenteur du pouls, il est encore plus important de lire son état régulier ou arythmique, inégal ou non et de bien savoir apprécier les différents degrés de la *tension artérielle*, car les modalités de la tension révèlent souvent le nom de l'organe affecté et le mode de traitement à instituer. Ne considérant que les trois éléments suivants :

- 1° La masse sanguine;
- 2° L'impulsion cardiaque;
- 3° L'état des vaso-moteurs;

on a défini la tension artérielle, l'effort que fait le sang pour sortir des vaisseaux ou la pression exercée par la masse sanguine contre les parois vasculaires; mais si l'on tient compte d'un quatrième élément qui entre en jeu pour modifier la tension savoir :

4° La qualité de l'élasticité et de contractilité des vaisseaux; il vaudra mieux définir la tension artérielle la *résistance qu'oppose l'artère à sa compression lors du passage de l'ondée sanguine*.

Chez l'adulte à l'état normal la tension artérielle mesurée au sphygmomanomètre marque entre 16 et 18; au-dessous de ce chiffre, il y a de l'hypotension et au-dessus de l'hypertension. Cependant sans qu'il existe de causes pathologiques, la tension artérielle présente plusieurs variations physiologiques, ainsi :

TENSION ARTÉRIELLE AUGMENTÉE

Au-dessus d'une artère comprimée.
Pendant l'expiration dans la respiration à type thoracique.

Pendant l'inspiration dans la respiration à type abdominal.

Par les sensations douloureuses, impressions émotionnelles fortes ou excitation du nerf sciatique.

Par les efforts, les cris, la toux.

Dans l'attitude horizontale.

Pendant le sommeil.

A la puberté, dans l'état sénile, avant la menstruation, à la monopause, pendant la grossesse.

Durant l'hiver.

Sous l'influence du froid, des bains froids ou très chauds.

Pendant et après les repas et le soir en dehors de l'influence des repas.

TENSION ARTÉRIELLE DIMINUÉE

Au-dessous de la compression.
Pendant l'inspiration dans la respiration à type thoracique.

Pendant l'expiration dans la respiration à type abdominal.

Par excitation du bout périphérique du nerf pneumogastrique.

Par un exercice modéré sans effort.

Dans la station verticale.

A l'état de veille.

Pendant et après la menstruation, après l'accouchement.

Durant l'été.

Sous l'influence d'une chaleur modérée ou d'une pression barométrique plus élevée que la normale.

Le matin, dans la journée et dans l'intervalle des repas.

Si l'on passe maintenant aux variétés pathologiques de la tension artérielle, l'on constate que les maladies qui, *dès le début*, présentent le plus d'hypotension sont: la fièvre typhoïde, la tuberculose et la grippe.

Nous avons observé une typhoïdique qui n'eut, durant quelques jours, que sept à huit degrés de tension artérielle. À ce grave symptôme se joignait le syndrome généralement fatal de l'embryocardie; cependant sous le traitement d'une médication cardiaque s. i. v. i. e, la malade revint à la santé. Nous voyons actuellement un jeune homme âgé de 19 ans, atteint de tuberculose aiguë présentant, depuis quelques mois, une hypotension variant entre 9 à 10 degrés; il ne se plaint que d'une douleur intermittente dans la région de la base du poulmon gauche et d'une toux qui le fatigue, l'expectoration est rare, la transpiration abondante, la température oscille entre 100° et 103°, une lésion pulmonaire circonstrite n'est reconnue qu'au sommet du poulmon gauche, mais la diffusion de toxine excessivement virulente paralyse tout le système nerveux, amenant une dépression profonde qui tient le malade continuellement au lit, et cause une hypotension artérielle permanente. Le patient maigrit peu et la toux est le seul symptôme dont il se plaint.

Chez un autre malade souffrant d'influenza nous trouvons une hypotension de 11° et malgré nos conseils cet homme d'affaires continue à vaquer péniblement à ses occupations. Dans la nuit il est pris d'une douleur intercostale gauche très vive, un confrère voisin appelé d'urgence ordonne un sinapisme qui soulage le malade et trouvant dans le passé pathologique une histoire de syphilis, il prescrit 15 grains d'iodure de potassium à prendre trois fois par jour. Dans ce cas on faisait très bien une médication pathogénique qui devait guérir cette névralgie, mais après 24 heures de ce traitement, je revois le malade en proie à une dyspnée intense, le pouls est petit, faible, dépressible, le second bruit du cœur est mal frappé, le claquement aortique est à peine perceptible, la tension pulmonaire est exagérée, il existe des symptômes de congestion pulmonaire. Chez ce *grippé* en hypotension artérielle on avait négligé d'interroger les bruits cardiaques et la réaction artérielle, on avait trop tôt compté sur un succès au moyen de la médication pathogénique.

Si, dans un des plateaux de la balance thérapeutique, on avait placé un cœur surmené, dilaté par un abus alcoolique, et un système nerveux déprimé par l'infection grippale, l'on n'aurait pas ordonné de mettre, dans l'autre plateau, de l'iodure de potassium pour combattre chez ce patient une névralgie spécifique. En présence de toutes hypotensions les iodures sont contre-indiqués.

La pathogénie nous donne de précieuses informations dont il importe de bien tenir compte pour instituer un traitement complet et efficace; mais pour répondre à un besoin immédiat il faut savoir lire et interpréter tous les faits cliniques présents qui peuvent révéler les indications requises pour établir une thérapeutique opportuniste.

Ce *grippé*, en état d'osystolie infectieuse et *ioduré*, se trouve mieux des injections hypodermiques de strychnine, de petites doses de quinine à toutes les deux heures, alternant avec la caféine pour remédier à la dépression des centres nerveux.

L'hypotension artérielle peut aussi se rencontrer à la deuxième et surtout à la troisième période de toutes les affections aiguës, mais dans tous ces cas, la médication pathogénique doit céder la place à la médication cardiaque qui est toujours une thérapeutique d'urgence. Dans l'hypotension qui accompagne

si fréquemment la fièvre typhoïde, la spartéine, l'ergot, la caféine, le cognac, les injections de sérum, nous ont donné d'excellents résultats. Chez les tuberculeux, les injections d'huile camphrée, ou au gaiacol, à l'eucalyptol, à l'iodoforme, puis les injections rectales alimentaires alcoolisées rendent de grands services aux malades.

Contre l'abaissement de la tension artérielle, chez les personnes souffrant d'influenza, la strychnine, le sérum de Huchard, la quinine, l'acide phosphorique, et les préparations de kola sont particulièrement indiqués. A côté de l'hypotension artérielle qui peut être suivie d'accident mortel, il existe une hypertension non moins grave que l'on doit connaître et savoir combattre.

(à suivre.)

Dr. D. E. LECAVELIER.

SEMEIOLOGIE DE LA PLEURESIE

Adhérences pleurales et thoracentèse.

PAR M. LE PROFESSEUR JACCOUD.

Chez tout malade présentant des symptômes thoraciques et en particulier quand ces symptômes peuvent vous faire craindre une pleurésie, vous devez adopter une règle invariable et toujours commencer l'examen par la partie antérieure du thorax. Cet examen de la partie antérieure est de la plus haute importance. C'est lui qui, quel que soit le côté de la pleurésie, côté droit ou côté gauche, vous renseigne sur l'abondance de l'épanchement, la matité antérieure ne se produisant évidemment que dans les épanchements fort abondants. Dans les pleurésies gauches en particulier, je tiens à vous montrer l'intérêt pratique que présente une zone spéciale du thorax, l'espace semilunaire de Traube.

Traube signalait, en 1868, la présence de cette zone spéciale et la décrivait dans les termes suivants: "A la partie inférieure du thorax gauche est une région dans laquelle le son de percussion est tympanique. Cette région a une figure semilunaire. Elle est limitée en haut, par une ligne courbe dont la concavité regarde en bas. L'espace ainsi formé commence

au-dessus du cinquième ou sixième cartilage costal gauche. En arrière, il s'étend le long du thorax jusqu'à l'extrémité antérieure de la neuvième ou dixième côte; sa plus grande largeur est de neuf à onze centimètres." Les recherches personnelles que j'ai faites sur cet espace, m'ont permis de confirmer, en tout, la description de Traube. J'ai de plus déterminé la hauteur moyenne de l'espace qui, au niveau de la verticale mammaire, atteint dix centimètres.

Le tympanisme de cet espace est particulier; c'est un son vide, abdominal, aigu, différent de la sonorité plus grave, plus pleine du poumon. C'est qu'en effet, sur ce point, le sillon costodiaphragmatique n'est pas rempli par le poumon. La paroi costale, la plèvre costale et diaphragmatique, le diaphragme seul sont interposés entre le doigt et l'abdomen. La percussion retrouve sur ce point la sonorité de l'estomac et du côlon.

À côté du tympanisme, j'ai signalé à l'état sain deux autres particularités: 1° l'absence des vibrations vocales; 2° l'absence du murmure vésiculaire, qui s'expliquent par l'absence même du poumon. Les vibrations vocales doivent être recherchées avec le bout des doigts, car la main appliquée à plat déborderait les limites de l'espace et serait trompée par la vibration des parties voisines. De même pour le murmure vésiculaire, l'oreille ne doit pas s'en laisser imposer par le murmure éloigné de propagation.

La matité, remplaçant ce tympanisme normal, offre un intérêt clinique de premier ordre. Cette matité se trouve dans trois grandes conditions pathologiques.

La première de ces conditions rétrécit parfois de moitié, mais sans jamais amener une suppression complète, le champ sonore de l'espace de Traube. C'est la pneumonie de la partie antérieure du lobe inférieur du poumon gauche. Il y a dans la région mate du souffle, de la bronchophonie. Bien que l'affection soit rare, le diagnostic est donc facile.

Les épanchements pleurétiques peuvent aboutir à une suppression totale. Tantôt c'est le fait d'un épanchement pleural gauche abondant, condition qui, comme la précédente, avait été bien signalée par Traube; tantôt c'est le fait d'une pleurésie partielle. La pleurésie partielle sous-mammaire, avec épanchement limité antérieurement empiétant sur la région

axillaire, n'est pas rare, comme je l'ai montré, surtout à gauche. Il y a naturellement absence de vibrations vocales, silence complet dans les deux cas.

La troisième condition, que Traube avait méconnue et que je crois avoir le premier signalée, est l'accumulation d'une couche épaisse et continue de fausses membranes dans le sillon costodiaphragmatique. Ces adhérences fermes, clôturantes, cette symphyse phréno-costale sont très fréquentes. Méconnues, elles peuvent conduire à une thoracanthèse faite en un point dangereux et parfois, comme je vous le montrerai, suivie d'accidents mortels. Le matité, l'absence de vibrations vocales, de murmure vésiculaire, existent comme dans la pleurésie.

Comment donc distinguerez-vous les adhérences et l'épanchement ? Vous n'avez qu'un seul signe différentiel, l'altération de la mobilité respiratoire du côté gauche ; mais bien cherché il est excellent. A l'état normal, l'inspiration s'accompagne d'une projection en avant de l'épigastre, avec projection latérale excentrique des dernières côtes. Des mouvements inverses accompagnent l'expiration.

Le renversement de ce type normal se rencontre dans de nombreuses affections et en particulier dans les adhérences. Mais dans les adhérences, il présente un aspect particulier, seul caractéristique. Placez-vous au pied du lit du malade. Regardez comparativement le côté droit et le côté gauche. Du côté atteint, au point atteint, et ce point est très souvent l'espace semilunaire, vous constatez pendant l'inspiration une dépression, un retrait actif des espaces intercostaux et des côtes. Il semble qu'une main intérieure vienne tirer sur un côté du thorax. Au moment de l'expiration, les côtes se soulèvent au contraire, reviennent en place passivement par élasticité. Du côté sain, vous avez au contraire l'expansion inspiratoire et le retrait expiratoire. D'où une sorte d'alternance dans les mouvements des deux côtés.

Un épanchement liquide peut bien être au moment de l'inspiration cause d'une dépression passive. Mais ce qu'il ne donne jamais, c'est cette dépression active, ce retrait brusque, cette sorte de traction vers la ligne médiane.

Une variété d'adhérences peut, au contraire, produire un fait sémiologique curieux et rare, l'agrandissement du tympanisme semilunaire. Ce sont les adhérences en couche mince

qui ont fixé le diaphragme trop haut. On a vu parfois le diaphragme remonter ainsi jusqu'à la quatrième côte. Le refoulement du diaphragme par le météorisme abdominal augmenterait également la zone sonore. Mais ces faits sont moins importants.

Les faits du premier groupe ont, au contraire, pour le diagnostic des adhérences et de la symphyse phréno-costale, une importance extrême. Ces adhérences sont fréquentes. Leur possibilité doit toujours vous préoccuper dans les pleurésies au moment où il faut pratiquer la thoracentèse. Si vous méconnaissiez ces adhérences, vous risquez de ponctionner trop bas, là où le liquide, si abondant qu'il soit, ne peut descendre, la cavité pleurale étant supprimée par l'accolement des feuillets.

Il n'a pas, quoi qu'on ait pu dire, de point d'élection pour la thoracentèse. Si vous soupçonnez *a fortiori* si vous avez reconnu la présence d'adhérences, il faut ponctionner très haut. Sinon vous risquez, comme on en a rapporté deux observations, de traverser avec le trocart la couche unique formée par la paroi, la plèvre costale et diaphragmatique fusionnée, le diaphragme, sans trouver le liquide et de pénétrer dans l'abdomen. Vous concevez donc l'importance de l'examen de la partie antérieure du thorax, partie où les symptômes dus aux adhérences se rencontrent avec le plus de netteté.

LES IDEES DE M. BEHRING SUR LA PATHOGENIE DE LA PHTISIE

Nos lecteurs n'ont pas oublié la communication sensationnelle faite par M. le professeur Behring, au mois d'octobre de l'année dernière, au Congrès de Cassel. Partant de cette idée que la tuberculose de l'adulte date presque toujours d'une infection bacillaire de l'intestin, contractée pendant la première enfance, le savant professeur de Marbourg préconisait, comme moyen de lutte contre la tuberculose, l'emploi, chez les nourrissons, du lait provenant de vaches immunisées contre le bacille de Koch. Des expériences en cours, faites sur des veaux, lui auraient montré qu'un tel lait agissait à la façon d'un vaccin et conférait une immunité sinon définitive, du moins durable, contre la tuberculose.

M. Behring a repris aujourd'hui toute cette question dans

une communication à la *Société de médecine interne de Berlin* et dans un article de la *Berliner Klinische Wochenschrift*, celui-ci rédigé sous forme de 41 propositions dogmatiques. Dans les deux, dans l'article comme dans la communication, M. Behring a gardé à ses premières idées toute leur originalité, si par originalité on entend négation systématique des faits amplement démontrés et universellement admis. En revanche, le lait-vaccin, le lait anti-tuberculeux, semble abandonné et est, pour le moment, remplacé par du lait prophylactique et antiseptique, un lait auquel quelques gouttes de formaline confèrent un pouvoir bactéricide sans égal.

* * *

M. Behring nie d'une façon formelle la possibilité, chez l'adulte, d'une infection tuberculeuse primitive du poulmon, et la proposition 12 de son article de la *Berliner klinische Wochenschrift*, nous annonce que pas un cas authentique de tuberculose pulmonaire, ou bronchique, ou trachéale, ou laryngée, n'existe dans la science, si ce n'est chez les individus infectés de tuberculose depuis leur première enfance par la voie intestinale.

Les arguments que M. Behring invoque en faveur de cette façon de voir sont de deux ordres.

Nous retrouvons tout d'abord l'ancien argument, celui qui consiste à dire que si la tuberculose par inhalation existait, tous les laryngologistes seraient fatalement voués à la phthisie. Or, il paraît que jamais un laryngologiste n'est devenu tuberculeux, et comme preuve à l'appui, M. Behring nous cite le cas du célèbre laryngologiste Schmidt, qui a soigné des milliers et des milliers de larynx tuberculeux, sans devenir la proie du bacille de Koch.

Il y a ensuite l'histoire des infections bacillaires du poulmon par manieiment de paperasses ou de livres ayant appartenu à des tuberculeux. Les recherches récentes de Mitulescu ont justement prouvé que près d'un tiers des livres des cabinets de lecture renferme des bacilles tuberculeux virulents. M. Behring ne nie pas le fait, mais il estime que dans aucun cas l'inhalation de ces poussières virulentes n'a provoqué la phthisie chez un adulte. Ainsi, tout dernièrement, Knopf (de New-York) a signalé l'histoire d'un bureau dans lequel vingt employés seraient devenus phthisiques pour avoir manié des actes dont

les feuilles étaient souillées de matières tuberculeuses. M. Behring a eu la curiosité d'aller aux sources mêmes de cette information, et il a appris que Knopf n'a pas observé personnellement ces faits, et qu'il les a rapportés par oui-dire.

D'un autre côté, les expériences sur les animaux — et c'est là la partie vraiment intéressante du travail de M. Behring — auraient montré qu'il est possible de reproduire la *phthisie*, sans avoir recours aux inhalations de matières tuberculeuses. En injectant, dans l'épaisseur de la langue de divers animaux, des bacilles tuberculeux dont la virulence avait été atténuée par la formaline, M. Behring a vu les animaux succomber à une véritable phthisie pulmonaire, les petits (cobayes, lapins) au bout de quelques mois, les grands (chevaux, veaux) au bout de plusieurs années. Et de tous ces faits, M. Behring conclut que la tuberculose pulmonaire, la phthisie, n'est jamais primitive, mais plutôt l'*aboutissant* accidentel d'une infection tuberculeuse dont la marche serait la suivante.

Chez le nourrisson les bacilles tuberculeux qui se trouvent dans le lait de vache, pénètrent dans l'intestin et sont repris par les lymphatiques qui les transportent dans les ganglions mésentériques où ils sont retenus. Chez l'enfant plus grand et chez l'adulte les bacilles qui pénètrent par le nez et par la bouche (avec les aliments), sont également saisis par l'appareil lymphatique du nasopharynx et emmagasinés dans les ganglions cervicaux, sous-maxillaires, et peut-être dans ceux du médiastin.

Ainsi emprisonnés, les bacilles peuvent rester dans les ganglions pendant des années et des années et même pendant toute la vie. Mais il peut aussi arriver que les bacilles émigrent des lymphatiques et pénètrent dans le sang. Il se produit alors une infection hémotogène dont une des éventualités est l'arrêt des bacilles dans les terminaisons périphériques sous-pleurales de l'artère pulmonaire, lequel arrêt donne lieu à la formation de tubercules qui infestent le poumon.

Et le lait étant, chez l'homme, la source principale de l'infection tuberculeuse qui plus tard, par le mécanisme ci-dessus, aboutit à la phthisie, M. Behring estime que celle-ci ne peut être efficacement combattue qu'à la condition de donner aux nourrissons du lait ne contenant pas de bacilles tuberculeux. Ceux-ci sont bien tués par l'ébullition et la stérilisation; seulement

la chaleur a l'inconvénient de détruire en même temps les ferments et les anticorps qui se trouvent dans le lait, et qui jouent un rôle important dans le développement de l'enfant et sa résistance aux infections. C'est pourquoi M. Behring nous propose de remplacer le lait bouilli ou stérilisé par du lait additionné de formaline (au 10.000ème), laquelle substance a la propriété de tuer les bactéries sans toucher aux ferments ni aux anticorps.

* * *

Il est inutile de souligner les points faibles de cette théorie. Existence d'ulcérations tuberculeuses primitives de la *muqueuse* du larynx; fréquence extrême des adénopathies trachéo-bronchiques opposée à la rareté, chez les nourrissons, de la tuberculose des ganglions mésentériques; apparition de la tuberculose chez des enfants nourris au sein et dont la mère ou la nourrice étaient manifestement exemptes de tuberculose; épidémies de *phtisie* se déclarant chez des employés de bureau à la suite de l'arrivée d'un collègue tuberculeux qui toussait et crachait, etc., etc.: tous ces faits, de connaissance vulgaire, ont été tour à tour invoqués contre les idées de M. Behring au cours de la discussion qui suivit sa communication.

Mais parmi les arguments qui ont été invoqués, celui qu'a fait valoir M. Fraenkel, nous paraît particulièrement probant.

M. Fraenkel a fait notamment remarquer que d'après Behring — et M. Behring a maintenu son opinion, — la tuberculose humaine n'est pas transmissible aux bovidés. D'un autre côté, la nouvelle théorie de M. Behring est basée sur ce fait que la source principale sinon unique de la tuberculose de l'adulte, est le lait de vaches tuberculeuses, pris pendant la première enfance. Autrement dit, ce serait le bacille de la tuberculose bovine qui provoquerait la tuberculose chez l'homme. Dès lors il est impossible de comprendre pourquoi le bacille de la tuberculose bovine deviendrait inoffensif pour les bovidés après un seul et unique passage à travers l'organisme humain. D'après M. Fraenkel, il y a là une contradiction formelle entre les deux théories qui fait qu'aucune d'elles, surtout la seconde, ne peut être acceptée sans conteste.

Dans l'appréciation de tous les actes humains tenez toujours compte de l'intention morale, *se regard de l'âme*.

CIRRHOSE ALCOOLIQUE GUERIE PAR LA MEDICATION OPOTHERAPIQUE

PAR M. LE DOCTEUR HIRTZ.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, alcoolique invétéré atteint de cirrhose du foie avec ascite, œdème des membres inférieurs, dilatation des veines sous-cutanées et de l'abdomen. Le foie paraissait petit. Les urines étaient rares, sans sucre ni albumine.

On mit le malade au traitement habituel : deux litres de lait par jour, calomel, eau-de-vie allemande, etc. Trois ponctions à quelques semaines d'intervalle donnèrent chaque fois douze litres de liquide. Ce traitement ne procura aucune amélioration. On administra alors 140 à 200 grammes de foie de porc frais, dans du bouillon tiède.

Au bout d'une semaine la quantité des urines monta de 500 grammes à 1 litre, puis jusqu'à 2 litres par vingt-quatre heures avec 20 grammes d'urée. Une quatrième ponction donna 8 litres de liquide. Ce fut la dernière car l'ascite ne se renouvela plus. Depuis un an la guérison persiste. Ce succès remarquable est loin d'être constant. Actuellement j'ai deux autres malades en traitement et les résultats ne sont pas brillants.

Sur quelles indications se baser pour savoir si le traitement opothérapique a des chances d'être efficace ?

On dit en général que les cas de cirrhose hypertrophique sont les plus favorables, parce que la destruction des cellules hépatiques est moins prononcée.

Cependant il est des cas de cirrhose atrophique qui guérissent par l'opothérapie. Il faudrait probablement se baser sur une analyse complète des fonctions hépatiques.

Si l'on sait tout ce qu'est la médecine, par le fait même on est médecin, ainsi en est-il pour les autres sciences. Mais il n'y a rien de semblable pour les vertus, savoir ce qu'est la bonté, la justice et l'amour cela ne veut pas dire qu'on est bon, juste ou amoureux.

Il faut se faire une fête quotidienne et perpétuelle de l'accomplissement de ses devoirs, car la joie est attachée au bien et celui qui fait le bien en son temps a travaillé pour les siècles.

LE RÉGIME DANS LES MALADIES DU FOIE

PAR M. LE PROFESSEUR A. ROBIN.

Le régime lacté est indiqué quand il y a suractivité du foie; il est nuisible dans le cas contraire. Pour apprécier l'activité hépatique il faut se baser sur un ensemble de symptômes, sur un syndrome dont l'analyse chimique constitue un élément essentiel :

a) *L'urobilirurie* indique seulement une insuffisance relative du foie, qui peut être normal, mais qui en présence d'une destruction globulaire exagérée est incapable de transformer l'hémoglobine en pigments normaux.

Le pigment de l'insuffisance vraie du foie est l'uroérythrine qui donne aux sédiments urinaires une coloration briquetée. Il faut pour que ce signe ait de la valeur qu'il soit permanent et non passager.

b) *L'indican* ou mieux l'indoxyle a trois origines: l'intestin, les aliments (surtout végétaux) et la destruction de certaines matières albuminoïdes. Le rôle des maladies du foie dans sa production est encore hypothétique.

c) Le dosage de *l'urée* a plus d'importance; le taux s'élève s'il y a hyperactivité, il baisse en cas d'insuffisance hépatique.

d) Le coefficient *d'utilisation des matériaux azotés* fournit un renseignement précieux; le rapport s'abaisse si l'activité hépatique diminue; je l'ai vu atteindre 98 pour 100 en cas d'hyperactivité et descendre à 60 pour 100 en cas d'hypoactivité.

e) *L'acide hippurique* augmenterait en cas d'hyperactivité. Cependant le rôle du rein en pareil cas est des plus importants et peut fausser les résultats.

f) *Le rapport du soufre neutre au soufre total* est un bon criterium de l'activité hépatique.

Si, au lieu d'établir le rapport entre le soufre neutre et le soufre total on établit le rapport entre le soufre total et l'azote total on obtient un second coefficient permettant d'apprécier l'activité biliaire.

g) *L'examen des matières fécales* permet de juger si le bilan nutritif est normal. Leur coloration fournit des renseignements sur l'abondance de la sécrétion biliaire.

h) *La sensibilité de la cellule hépatique aux médicaments* indique encore le degré de sa vitalité (calomel, etc.).

L'importance de l'étude de l'activité du foie devient évidente lorsqu'il s'agit de préciser les indications du régime lacté.

Le lait est nuisible lorsqu'il y a hypoactivité: ictere simple, cirrhose atrophique, coliques hépatiques. Au contraire le lait doit être prescrit dans la cirrhose hypertrophique avec ictere, dans la période congestive de la cirrhose hypertrophique.

TRAITEMENT DU CHANCRE SYPHILITIQUE

PAR LE DOCTEUR T. BARTHÉLEMY.

Le *traitement du chancre génital*, pénien, ou balano-préputial, comprend le traitement externe ou local, le traitement interne ou général et le traitement moral.

1° *Traitement externe.* — Si le chancre date seulement de quelques jours, s'il siège au bord libre du prépuce (comme aussi chez la femme au bord libre d'une lèvre) on peut conseiller l'excision suivie d'une suture aseptique. On a ainsi vu la guérison remarquablement hâtée. L'excision n'atténue pas assez sensiblement l'infection pour contrebalancer les inconvénients d'un tel procédé quand le chancre siège dans des régions moins propices à l'intervention.

Si le chancre est ulcéreux ou végétant, s'il a une durée anormalement prolongée, de deux mois par exemple, et que l'excision ne soit pas possible, on pratiquera tout autour et au-dessous de la plaie, une série d'injections, de quelques gouttes chacune d'une préparation mercurielle soluble (oxycyanure, benzoate, biiodure d'hydrargyre ou sublimé).

Après avoir lotionné la plaie avec une solution de nitrate d'argent du trentième au cinquantième, on la pansera par une couche d'onguent napolitain ou de pommade suivante:

Vaseline.	15 grammes.
Lanoline.	5 —
Résoreine	0 gr. 50
Précipité blanc . . .	1 gramme.

C'est avec cette dernière préparation ou encore par la poudre de calomel que l'on traitera le chancre syphilitique dans sa forme normale après un bain local de cinq minutes et après

une lotion, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre, soit au permanganate de chaux, à la dose de 0, 25 par litre d'eau stérilisée.

2° *Traitement interne.* — Le mercure devra être prescrit aussitôt que le diagnostic de syphilis sera certain. Tant que cette certitude n'est pas formelle, on ne doit faire que le traitement local. Si le malade réside dans un endroit où il soit possible que les injections intra-musculaires soient bien faites, il n'y a pas à hésiter à prescrire immédiatement, soit les injections hebdomadaires d'huile grise, soit les injections quotidiennes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre ou d'une autre préparation mercurielle soluble. Si le malade n'est pas dans les conditions mentionnées plus haut, on prescrira les pilules de proto-iodure, ou la liqueur de Van Swieten, ou les frictions mercurielles, celles-ci ne pouvant aussi donner des résultats assurés que dans des conditions spéciales.

Ces frictions sont parfois utiles dans le traitement local des adénopathies inguinales, parfois considérables, qui accompagnent le chancre.

3° Le traitement moral comporte deux points: le premier consiste dans les conseils que le médecin devra donner sur les précautions que le malade doit prendre pour ne pas propager la syphilis, et sur la nécessité du traitement méthodique et prolongé pour se préserver, lui et ses descendants futurs, des accidents tardifs de la syphilis. Le second point a été signalé récemment par Fournier, qui a pu réunir dix-huit cas de suicides à la suite du désespoir causé par l'annonce brusque de la syphilis (Académie de médecine de Paris, mai 1903). Fournier conseille de ne faire cette déclaration qu'avec douceur et précaution, après avoir préparé le malade auquel on ne laissera pas de doute sur la guérison de son mal s'il fait un traitement suffisant, actif et prolongé."

Naissance, honneurs, richesses, rien ne peut aussi bien que l'amour inspirer à l'homme ce qu'il faut pour mener une vie honnête; c'est-à-dire la honte du mal et une noble ardeur pour le bien.

S'il faut des monastères pour ceux qui se dégoutent du monde, il en faut aussi pour ceux qui l'aiment passionnément.

TRAITEMENT DU TETANOS PAR LES INJECTIONS INTRA-RACHIDIENNES DE SERUM ANTITETANIQUE

Le 15 mars, la nommée Maria St..., Italienne, âgée de soixante-deux ans, veuve, bonne à tout faire, entre à l'hôpital d'isolement de Saint-Paul (Brésil).

Elle raconte que, vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, elle s'était blessée au pied droit; en marchant elle s'était enfoncé au pied un clou du plancher. Dix jours après l'accident, elle commença à éprouver des tiraillements dans la jambe droite, ensuite à la jambe gauche, ainsi qu'aux muscles des régions lombaire et dorsale. Peu de temps après, l'impossibilité d'écartier les mâchoires était complète.

Voici quel était son état au moment d'entrer à l'hôpital: elle avait une plaie pénétrante de la région plantaire du pied droit, entre le 3ème et le 4ème métatarsiens, plaie qui s'étendait à la région dorsale du pied. La plaie suppurait, mais pas abondamment.

La malade éprouvait des secousses musculaires et des contractures des muscles des régions déjà citées. Le trismus était très accentué.

Les contractures, les sursauts tendineux et les secousses musculaires augmentaient au moindre bruit.

La malade n'avait pas de fièvre, mais la radiale marquait 120 pulsations par minute. La peau était toujours enduite d'une sueur gluante et abondante.

C'était évidemment le tableau symptomatologique du tétanos traumatique.

M. Bandi commença le traitement par les injections phéniquées conseillées par Bacelli, et pendant six jours ce traitement a été suivi sans aucune amélioration.

C'est alors que nous avons tenté l'emploi du sérum antitétanique en l'employant en injections intra-rachidiennes.

Après Quincke et Corning qui, les premiers, ont utilisé la voie rachidienne, après Bier et Tuffier qui en ont perfectionné la technique pour les rachicocainisations, le professeur Barata Ribeiro, à Rio, avait déjà pensé à employer la cocaïne par voie rachidienne dans le traitement du tétanos. Il a publié ses curieuses observations dans la *Revista Medica de San Paulo*. Les phénomènes douloureux s'amendaient, mais la terminaison fut toujours fatale.

S'inspirant de ces essais antérieurs, le 25 mars, Oliveira Fausto fait la première injection du sérum antitétanique préparé à l'Institut de Berne, après avoir préalablement retiré 6 grammes de liquide céphalo-rachidien. Il introduit seulement 5 centimètres cubes de sérum pour éprouver la susceptibilité de la malade. La ponction lombaire et l'injection ont été faites au lieu d'élection entre la 4ème et 5ème vertèbre lombaire.

La quantité de sérum injectée ce jour-là étant très petite, Godinho fait aussi une injection intra-veineuse de 20 centimètres cubes de sérum d'après les instructions de l'Institut de Berne.

Ces injections intra-veineuses n'ont pas été continuées pour que nous puissions mieux contrôler les effets du sérum en injection rachidienne.

Le 26, pas d'injection.

Le 27, Oliveira Fausto fait une injection intra-rachidienne de 10 centimètres cubes, après avoir retiré la même quantité de liquide céphalo-rachidien (10 centimètres cubes). La malade dort mieux ce jour-là et accuse moins de douleurs.

Le 28, Godinho fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum, ayant retiré 10 centimètres cubes de liquide rachidien. Mêmes phénomènes.

Ce jour-là le trismus commence à céder, la malade peut écarter d'un demi-centimètre les arcades dentaires.

Les jours suivants 29, 30, 31 et le 1er du mois, suivant, nous continuons les injections de 10 centimètres cubes par jour, retirant toujours la quantité correspondante de liquide céphalo-rachidien.

Les améliorations se sont produites graduellement et progressivement, et la malade fut bientôt complètement guérie.

Après la troisième injection, l'examen cytologique du liquide rachidien a été fait par M. Arthur de Mendonça, qui y rencontra des cellules mononucléaires.

Un fait digne de remarque, c'est ce qui a rapport à la coloration du liquide injecté. On sait que le sérum préparé à l'Institut de Berne, et que nous avons injecté à notre malade est de couleur jaune foncé, le liquide céphalo-rachidien retiré le lendemain de l'injection se présentait toujours clair, limpide, avec sa caractéristique d'eau de roche.

Nous n'avons remarqué aucune altération appréciable du pouls ou de la température.

* * *

Deuxième observation. — Le 15 mai, un de nous fut mandé près d'un petit malade atteint de tétanos, qui venait d'entrer la veille à l'hôpital de la Miséricorde. Ce petit malade, Jean Camargo, âgé de dix ans, Brésilien, s'était blessé au pied droit. Outre le trismus complet, la raideur complète des membres inférieurs et supérieurs cet enfant avait le rictus caractéristique et se présentait en opisthotonos. Les secousses musculaires se produisaient au moindre attouchement, et les contractions étaient douloureuses. Oliveira Fausto soumet le malade au chloroforme pour annuler l'opisthotonos, et pouvoir de la sorte faire la ponction lombaire. Il ne peut retirer qu'un demi-gramme de liquide céphalo-rachidien, il injecte cependant 5 centimètres cubes du sérum antitétanique préparé à l'Institut de Berne. On ne constata aucune amélioration ce jour-là. Le lendemain matin nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sérum sous le chloroforme, après avoir retiré 3 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Le soir de cette journée, le trismus commence à céder, le petit malade avale facilement, prend du lait et du thé, les contractures des membres supérieurs diminuent un peu, les contractures et raideurs des membres inférieurs persistent cependant, le rictus disparaît, la température axillaire de 38,3 baisse à 37,2, le pouls de 138 pulsations par minute descend à 120 pulsations.

Le lendemain matin, nous faisons la troisième injection de 5 centimètres cubes de sérum, enlevant préalablement la quantité à peu près équivalente de liquide céphalo-rachidien. Au lieu de chloroforme, on administre au petit malade du chloréthyl en inhalation qui ne réussit pas à anesthésier et ne l'endort pas, on poursuit la narcose avec le chloroforme. Le pouls se ralentit, le diaphragme se tétanise, la respiration s'arrête, et le petit malade tombe en syncope. On fait la respiration artificielle, des tractions de la langue, et après quelques minutes, le malade revient peu à peu.

Le soir, malgré cet accident, les phénomènes tétaniques s'annulèrent.

Le malade écarte facilement les maxillaires et peut aisément nous montrer sa langue.

Les contractures des membres supérieurs disparaissent, le malade peut étendre volontairement son petit bras pour nous serrer la main. Le tétanisme du membre inférieur gauche disparaît, le petit malade peut fléchir sa jambe. Seule la jambe du pied blessé persiste fortement contracturée.

Le pouls cependant est un peu accéléré, et la respiration un peu difficile et saccadée.

Le lendemain matin, on constate les symptômes de congestion pulmonaire intense, le pouls accéléré, la température axillaire marque 39°.

Les symptômes de tétanisme ne se sont pas réveillés, mais l'état général s'aggrave rapidement, et le petit malade est emporté à minuit.

A l'autopsie, on ne constate qu'une congestion pulmonaire intense depuis le sommet jusqu'à la base des poumons.

Le foie est augmenté de volume.

Au niveau des points des injections, il y avait, à la dure-mère un caillot sanguin.

Quoique cette fois-ci nous n'ayons pas été heureux, il est toutefois utile de constater les améliorations rapides et progressives des contractures sous l'influence de notre thérapeutique.

Ces cas nous ont paru assez intéressants pour être mentionnés; le traitement du tétanos étant encore à l'étude. On a publié de nombreux cas d'injections de sérum antitétanique dans le cerveau, nous croyons la méthode d'injections intra-rachidiennes d'une technique plus simple; il est utile de ne laisser sous silence aucun fait qui puisse aider à se faire une opinion raisonnée sur cette médication.

V. GOMPHO ET O. FAUSTO.

San Paulo (Brésil).

Les lois prennent leurs sources dans le droit naturel et si les hommes étaient naturellement justes et bons la justice serait toujours respectée et les lois n'auraient plus leur raison d'être.

Craigne ce demi-savoir malade, anémique et vaniteux qui dessèche le cerveau et le cœur pour conduire à l'incrédulité de tout.

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NE

Instruments et objets nécessaires. — Tube laryngien.

Eau chaude et eau froide.

Deux bassins pour immerger l'enfant.

Farine de moutarde.

Alcool ou vinaigre.

Petite table, solide, haute, placée à bon éclairage, recouverte d'un oreiller de crin ou d'une couverture pliée.

Serviettes chauffées, compresses.

Ballon d'oxygène avec tube muni d'un embouchoir

Disposer ces préparatifs au cours de l'accouchement, si l'on reconnaît que l'enfant souffre ou est exposé à souffrir du fait d'une extraction artificielle.

Conduite à tenir préalable. — 1° *A la naissance le cordon bat*: attendre deux ou trois minutes avant de sectionner le cordon (forme asphyxique); 2° *le cordon ne bat pas*: section immédiate du cordon. Emporter l'enfant, entouré de linges chauds, et l'étendre sur la table à plat sur le dos.

Si le cœur ne bat pas, recourir d'emblée à la respiration artificielle au préalable les premières voies aériennes, soit par suspension tête en bas, les doigts faisant l'expression des muco-sités par pression de la trachée vers la bouche, soit par nettoyage direct à l'aide du doigt introduit dans l'arrière-bouche. Appliquer avec méthode et sans précipitation: flagellation, frictions à l'alcool ou au vinaigre, bains sinapisés alternativement chauds et froids.

Si le cœur ne bat pas, recourir d'emblée à la respiration artificielle dont le meilleur mode est l'insufflation.

A. Insufflation de bouche à bouche. — Les premières voies étant déblayées, l'enfant étendu sur le dos, est rapproché du bord de la table, de façon que sa bouche soit accessible à celle de l'opérateur, placé à côté. Porter la tête en hyperextension à l'aide d'une serviette roulée placée en billot sur la nuque. Interposer un linge fin entre les deux bouches. D'une main fermer les narines, de l'autre empaumer le thorax. Insuffler doucement et lentement; faire l'expiration par pression thoracique. Ne pas dépasser quinze à dix-huit expirations par minute.

B. Insufflation à l'aide du tube. — Même attitude de l'en-

fant, sauf l'extension forcée de la tête. *Avant tout et surtout*, se servir de l'insufflateur pour nettoyer aussi profondément que possible les voies aériennes : commencer avec le doigt et aspirer ensuite avec autant de reprises d'introduction qu'il faudra, jusqu'à ce que le tube ressorte à sec. Se débarrasser à chaque reprise des mucosités aspirées en les soufflant sur une compresse.

Introduction du tube — Glisser l'index gauche sur la base de la langue. Aller très en arrière à la recherche des cartilages aryténoïdes, le doigt non raidi, de façon à bien sentir la double saillie, petite et acuminée. Fixer l'index sur ce repère. L'insufflateur est saisi près de son pavillon comme une plume à écrire; il pénètre en glissant au long du doigt; la pulpe de l'index dirige son extrémité dans la glotte. S'assurer de la bonne mise en place en imprimant au tube des petits mouvements de latéralité qui déplacent le larynx sous les téguments.

Insufflation comme ci-dessus, soit en appliquant la bouche au pavillon du tube, soit en adaptant celui-ci à la poire en caoutchouc de Ribemont.

Durée de l'insufflation. — A. *Arrêt absolu du cœur* (mort probable). — Insuffler pendant une demi-heure au moins et ne cesser au bout de ce temps qu'avec la certitude qu'aucun battement cardiaque n'a été éveillé.

B. *Le cœur bat.* — Insuffler pendant deux ou trois heures jusqu'à ce que l'arrêt du cœur date d'une demi-heure au moins ou jusqu'à ce que l'enfant soit absolument revivifié. On cessera lorsqu'il criera énergiquement, s'agitiera, sera bien coloré et ne respirera plus sous le ventre (disparition du sillon péri-pneumonique).

Au cours de l'insufflation, si le cœur ne mollit pas, on pourra faire quelques pauses pour recourir à la stimulation périphérique (frictions alcooliques, bains chauds sinapisés et froids alternants, etc.).

Traitement consécutif. — Maintenir l'enfant revivifié en couveuse (25 à 30°) ou en chambre chaude (22 à 25°). Inhalations d'oxygène. Se tenir prêt à reprendre l'insufflation en cas d'apnée récidivante, de syncope, de collapsus avec refroidissement.

Difficultés et accidents. — *Insufflation de bouche à bouche.* — Danger pour l'opérateur de contamination syphilitique; à rejeter dans les cas suspects.

Insufflation du tube digestif. — On l'évite par l'extension forcée de la tête.

Contamination tuberculeuse de l'enfant, par l'opérateur infecté et inconscient. Le meilleur argument en faveur de l'emploi de la poire en caoutchouc.

L'insufflation de bouche à bouche n'est qu'un procédé de pis aller, en raison de la répugnance qu'il comporte.

Insufflation à l'aide du tube. — *Difficulté d'introduction chez le prématuré.* — L'étroitesse de l'arrière-bouche la rend inaccessible à l'index; — introduire l'auriculaire. — La courbure du tube ne s'adapte pas à celle de l'arrière-bouche; — préférer le tube de Chaussier peu incurvé.

Accidents. — On insuffle le tube digestif (issue trop facile et bruyante de l'air insufflé ou gonflement de l'abdomen); recommencer l'introduction.

Emphysème sous-cutané. — On a déchiré les replis épiglottiques; faute à éviter en procédant toujours avec la douceur du cathétérisme.

Emphysème pulmonaire. — Résultat d'une insufflation trop brusque ou trop profonde. Faute à éviter en insufflant doucement, lentement et sans saccades.

Obstruction profonde des voies respiratoires. — Le nettoyage préalable à l'insufflation a été omis ou insuffisant. On la reconnaît à ce que l'air ne pénètre qu'en faible quantité et à ce que le thorax ne se dilate pas. Se garder d'insuffler davantage; essayer de réparer le mal en aspirant avec force pour appeler le bouchon bronchique dans le tube laryngien.

Toute surexcitation nerveuse trop continue chez une personne, introduira dans sa race, en vertu de la loi de l'équilibre des organes, soit l'affaïssement cérébral, soit les maladies du système nerveux ou autres qui aboutiront un jour à la stérilité.

Toute l'éducation de l'enfant doit tendre à ce but : le convaincre qu'il est *capable du bien et incapable du mal*, lui communiquer la force de la volonté qui le rend maître de soi et responsable de sa liberté.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE PAR LES INJECTIONS DE SERUM ARTIFICIEL

Ce nouveau mode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, proposé par M. Condamin, repose sur cette notion pathogénique que les vomissements incoercibles sont la conséquence d'une intoxication générale, plus ou moins grave, de l'organisme survenant, chez certaines femmes enceintes, au début de la grossesse surtout, quand l'organisme est, pour ainsi dire, surpris par la suractivité alimentaire imposée aux émonctoires, rein, foie, etc... Or, le meilleur moyen de débarrasser cet organisme des toxines en circulation dans le sang, n'est-ce pas de faire un lavage de ce sang à l'aide d'injections de sérum artificiel ?

Voici comment M. Condamin applique sa thérapeutique :

1° Repos absolu de l'estomac, par la suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant huit à dix jours ;

2° Injection quotidienne, par la voie rectale de préférence, de 3 à 4 litres de sérum artificiel. S'il y a tolérance, ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements ou recourir à la voie hypodermique ;

3° Au bout de dix à douze jours, permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant quelques jours encore le lavage du sang.

M. Condamin a employé cette méthode dans sept ou huit cas identiques. Les résultats ne se sont pas démentis. L'expérience n'est pas encore suffisante pour juger de la méthode, mais on ne risque rien à l'essayer. Elle a le grand avantage de pouvoir être instituée dès le début des accidents, dans les cas légers comme dans les cas graves, d'être répétée plusieurs fois et de soulager presque immédiatement, en faisant cesser le spasme, parfois si douloureux, du pylore chez ces malades.

Le sentiment moral le plus pur est de faire le bien pour le bien même; ce n'est pas seulement l'utilité du bien qu'il faut enseigner aux enfants mais surtout sa *beauté* qui fait que le bien procure par lui-même une jouissance immédiate.

MENINGITE GUERIE

PAR MM. ACHARD ET PAISSEAU.

La ponction lombaire a permis d'affirmer d'une manière certaine la guérison de nombreuses méningites par la reconnaissance même de la lésion méningée. La guérison est quelquefois incomplète (paralysie ou paresthésie persistante), elle peut aussi cependant ne laisser aucune trace appréciable. L'observation suivante en est la preuve.

Une femme de 36 ans, blanchisseuse, a un délire violent (agitation extrême, cris, menaces). Extension de la tête par contracture des muscles de la nuque. Pas de signe de Kernig. Conservation des réflexes rotuliens, un peu d'hyperesthésie cutanée. Les paupières sont closes, pas d'inégalité pupillaire, T. 102°. Pas d'irrégularité du pouls. Pas de vomissements, pas de constipation. Rien au cœur, rien aux poumons. Urines albumineuses.

Ces accidents ont débuté par des douleurs articulaires, suivies de contracture de la nuque, enfin de délire.

Le 11, ponction lombaire, liquide trouble, légèrement verdâtre. Bains à 82°. Le soir, cessation du délire et de l'agitation. — Le 12, persistance de la raideur de la nuque. Une éruption d'herpès occupe la partie inférieure du côté droit de la face. L'albumine a disparu. T. 103°.

La malade tranquille raconte que le 8, au matin, elle a ressenti une douleur dans le genou droit qui, dans la nuit suivante, devenue déchirante s'est portée dans l'épaule droite. Le lendemain apparut une céphalée occipitale s'irradiant vers les régions temporales. La malade perdit ensuite tout souvenir. — Le 13 et le 14, Etat stationnaire. T. 104°. Insomnie. Urines 2 lit. 300. — Le 15, T. 102°. On cesse les bains. — Les jours suivants, la température tombe. — Le 21, nouvelle ponction. Liquide limpide. Le 22, céphalée frontale et réapparition de la contracture de la nuque.

La malade expulse de volumineux caillots sanguins, métorrhagies vraisemblablement causées par une fausse couche. Les jours suivants, la température présente de grandes oscillations. — Le 16, la malade sort sur sa demande et revient le 29 avec une fièvre élevée (104°). Le 2 septembre, apyrexie. Le 7, la malade s'alimente. Le 16, elle sort guérie.

A l'analyse histologique et bactériologique du liquide de la première ponction, on trouve des polynucléaires et des diplocoques. Inoculation négative à la souris. L'ensemencement sur bouillon donne un liquide louche, la culture sur gélose, quelques colonies rares en gouttes de rosée. Le liquide de la deuxième ponction renferme quelques lymphocytes et polynucléaires.

Dans le cas présent, en raison des douleurs du genou et de l'épaule précédant le délire, l'auteur eut pu penser à un rhumatisme cérébral. La raideur excessive de la nuque a fait poser le diagnostic de méningite confirmé par la ponction lombaire.

Cette lésion méningée bien que purulente s'est résolue rapidement alors que des lésions séreuses amènent non moins rapidement la mort. Ce fait prouve d'abord que la gravité de la maladie ne se mesure point à l'intensité inflammatoire des méninges, en second lieu que les troubles fonctionnels, base du pronostic, résultent moins des lésions des enveloppes que de celles des centres nerveux et que les troubles de l'encéphale ne sont point toujours en rapport direct avec l'intensité de la réaction méningée.

En dernier lieu, l'auteur fait remarquer l'heureux effet de la ponction lombaire dans cette méningite. Si, dans certains cas, cette opération ne produit aucune modification, il en est d'autres où l'évacuation de microbes peu virulents, de leurs produits toxiques et des déchets cellulaires suffit pour aider la réaction des centres nerveux et hâter la guérison.

LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE TYPHOÏDE PAR LE SOUFRE

M. le docteur G. B. Burzagli a expérimenté le traitement de la dothiéntérie par le soufre, selon la méthode préconisée l'année dernière par M. Y. S. Vorochilsky; il en aurait obtenu des résultats supérieurs à ceux de toute autre médication, voire même des bains froids, d'ailleurs peu commodes à employer dans la pratique — surtout rurale — et difficilement acceptés par nombre de malades.

Sur 23 cas de fièvre typhoïde traités pas le soufre que M. Burzagli prescrivait à la dose de 0 gr. 30 cent. à 0 gr. 75 cent., répétée toutes les deux heures (M. Vorochilsky va jusqu'à la

quantité de 1 gr. 25 cent. par prise chez les adultes), l'auteur ne compte qu'un seul décès, concernant une femme qui succomba après neuf jours d'apyrexie, à une pneumonie double. Et cependant, parmi les malades qui guérirent, plusieurs eurent des formes graves et compliquées. M. Burzagli cite notamment l'observation d'un jeune homme de 17 ans, qui eut des phénomènes méningés, des entérorrhagies à trois reprises, une ophthalmie purulente suivie de fonte de l'œil gauche, de l'otorrhée, des épistaxis et des eschares de *decubitus*, et qui ne finit pas moins par se rétablir après avoir absorbé 198 grammes de soufre. Une fillette de 9 ans, sœur du précédent malade, eut au cours de sa dothiéntérie — également terminée par guérison sous l'influence du soufre — des lésions osseuses et articulaires et une eschare profonde au niveau du sacrum.

Ajoutons que l'auteur fait administrer une dose de calomel avant de commencer le traitement par le soufre, et prescrit, pendant toute la durée de celui-ci, deux lavements d'eau bouillie salée par jour.

PATHOGENIE DE L'ENTERITE MUCO-MEMBRANEUSE

PAR MM. SOUPAULT ET JOUAST

L'entérite muco-membraneuse a une grande diversité d'allures cliniques, elle n'est pas bien définie, ni dans ses symptômes, ni dans ses causes, ni dans son évolution.

L'hypersécrétion de mucus, qui est l'essence même de la maladie, est le résultat de l'excitation de la muqueuse intestinale par des causes de nature très différente, et sa valeur sémiologique est uniquement subordonnée à ces causes mêmes. Aussi les auteurs conseillent-ils le terme de *colosuccorrhée* qui exprime le fait même de l'hypersécrétion sans préjuger de ses origines.

Les auteurs, après avoir indiqué les causes de l'hypersécrétion du mucus qui peut être d'origine directe (irritation de la muqueuse par le contenu intestinal) ou indirecte (provoquée par l'excitation à distance des nerfs de l'intestin), insistent sur l'influence jusqu'ici méconnue des affections abdominales douloureuses.

Ils insistent sur la coïncidence très fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de ces affections, et admettent que celles-

ci sont la cause du symptôme intestinal qui en suit les fluctuations en bien ou en mal. Ils en établissent la preuve en fournissant une série d'observations où l'hypersécrétion de mucus a diminué ou beaucoup disparu à la suite de l'amélioration ou de la guérison médicale ou chirurgicale de ces affections abdominales. (Néphroptose, 4 cas. Hépatoptose, 4 cas. Ulcère de l'estomac, 32 cas. Appendicite, 21 cas. Lithiase rénale, 4 cas. Lithiase hépatique, 8 cas).

Le réflexe, parti des organes en souffrance et aboutissant à l'intestin, engendre la colosuccorrhée, soit en produisant des troubles moteurs qui mettent obstacle à la circulation normale des matières et favorisent la stase fécale, soit en produisant la sécrétion muqueuse par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs et excito-sécrétoires des glandes.

A l'appui de cette dernière théorie, les auteurs rappellent leurs expériences, dans lesquelles ils ont pu provoquer chez des lapins des productions muco-membraneuses typiques en excitant et en provoquant des lésions de différents organes abdominaux (présentation de muco-membranes obtenues).

Les ptoses provoquent des obstacles mécaniques à la circulation du bol fécal, qui, à son tour, irrite la muqueuse.

GUERISON CERTAINE DU RHUMATISME AIGU ET SOULAGEMENT CERTAIN DU RHUMATISME CHRONIQUE

PAR M. LE DOCTEUR ALLINGON.

“ J'ai donné brièvement et j'espère clairement la cause, les symptômes, les résultats et le traitement du rhumatisme aigu et du rhumatisme chronique. Je me flatte d'avoir établi d'une façon très claire que :

adopter un régime végétarien,
s'abstenir de boissons alcooliques,
éviter le tabac sous toutes ses formes,

sont des garanties absolues contre cette maladie, et que les fruits et les légumes crus sont les antidotes les plus puissants. Les martyrs de cette maladie chronique tireront de grands avantages d'un régime végétarien, et de l'obéissance aux règles hygiéniques et ceux qui sont menacés de cette maladie et qui l'ont eue une fois, ne peuvent mieux faire que d'adopter ce

régime et ce genre de vie; là se trouve leur sûreté. L'expérience m'a prouvé que les fruits crus et l'usage d'eau de citron pas trop forte était le mode de traitement ayant le plus de succès. La quantité de pain *entier* ou pain *complet* est de une livre ou une livre et demie par jour et la même quantité de fruits mûrs et crus, avec, au choix :

du cresson,
des oignons,
de la laitue,
des radis,
des tomates,
des concombres,
des asperges,
du céleri.

A huit heures du matin et à quatre heures de l'après-midi les repas consisteront de :

quatre à six onces de pain *entier*,
de fruits ou de verdure (comme indiqué ci-dessus),
une tasse de limonade ou de cacao sans sucre.

Au milieu du jour, le principal repas consistera de :

huit à douze onces de pain *entier*,
une demi-livre ou une livre de fruits ou de verdure,
et une tasse de limonade (toujours faite d'eau distillée ou d'eau de pluie filtrée).

Quand les malades persévèrent dans cette manière de faire, ils en tirent un grand soulagement. Ce régime est utile principalement pour les formes chroniques, soit qu'elles résultent d'attaques aiguës, réitérées, soit qu'elles soient venues graduellement. Les grands avantages qu'on obtient ainsi viennent de ce que ce régime simple n'apporte aucune matière d'élimination dans l'organisme mais, au contraire, met le corps à même de rejeter les urates, et que l'acide des fruits aide à cette expulsion en rendant ces urates plus solubles.

Ceux qui se regardent comme incurables ne peuvent rien faire de mieux que d'essayer ce régime qui leur fera le plus grand bien."

RAYONS N.

Le rôle physiologique des rayons N.

Les rayons N sont à l'ordre du jour: aux communications de M. Blondlot à l'Académie des sciences s'ajoutent les résultats obtenus par M. Charpentier, qu'il a communiqués à l'Académie des sciences et à la Société de Biologie.

Il s'est toujours attaché à montrer l'importance physiologique de ces rayons dont il est bon de rappeler la nature.

Découverts et étudiés par M. Blondlot, ces rayons ont été isolés en premier lieu du faisceau complexe émané du tube de Crookes et il les a ensuite retrouvés dans les corps incandescents tels que manchon Auer, filament Nernst, etc., et même dans la radiation solaire. Ces rayons se manifestent par leur action favorisante sur de petites étincelles électriques, leur pouvoir d'activer la phosphorescence, etc. Ils traversent sans perte appréciable les corps opaques et les métaux sauf le plomb. L'eau légèrement salée est transparente pour eux. A part cela, ils jouissent des propriétés de tous les rayons lumineux. Ils seront bientôt mesurés comme longueur d'onde et indice de réfraction, et M. Blondlot a montré qu'ils agissaient sur la rétine et augmentaient l'acuité visuelle.

M. Charpentier s'est assuré qu'ils agissaient également sur les centres nerveux; mais il a montré aussi, et cela est infiniment curieux, que l'organisme lui-même est une source de rayons N, et principalement le tissu musculaire et le tissu nerveux.

Pour étudier les rayons N, il faut placer sur leur trajet, le plus près de la source et dans l'obscurité, un petit corps phosphorescent ou fluorescent, par exemple du sulfure de calcium phosphorescent modérément insolé. L'éclat de ce sulfure se trouve plus ou moins augmenté sous l'influence des rayons N. Mais il ne suffit pas de constater cette augmentation de phosphorescence, il faut éliminer l'influence possible de l'élévation de température; pour cela, on interpose un écran formé de plusieurs couches de carton séparées par un intervalle d'air.

Si le corps reste phosphorescent, il y a grande probabilité pour que cette phosphorescence soit produite par les rayons N; pour s'en assurer plus complètement, on verra si le même phénomène se produit à travers un écran d'aluminium, et si, au

contraire, il cesse en interposant une lame de carton mouillée à l'eau pure ou une lame épaisse de plomb. Le sulfure de calcium approché du corps donne lieu à ces divers effets surtout au contact d'un muscle et encore plus au voisinage d'un nerf. Les muscles et les nerfs en émettent d'autant plus qu'ils sont en état de fonctionnement plus actif.

D'autre part, le corps agit bien comme source propre de rayons N et non comme appareil d'emmagasinement des rayons reçus pendant le jour ou à la lumière puisque un séjour nocturne de plus de neuf heures dans une obscurité aussi profonde que possible ne modifie pas le phénomène.

M. Charpentier recherche si l'émission produite par les muscles ne pourrait pas avoir pour origine les terminaisons nerveuses intramusculaires; il n'a pas encore de conclusions définitives, mais il a observé que sur une grenouille curarisée, alors que l'excitation du nerf moteur ou de son bout périphérique est inefficace à produire la contraction musculaire, l'objet d'épreuve accuse pendant cette excitation une émission de rayons N dans le muscle.

Sur quelques causes de production de rayons N.

PAR M. M. LAMBERT.

Dans une note récente j'ai signalé l'émission de rayons N dans les fermentations. Cette émission, constatée particulièrement dans le cas des ferments digestifs agissant sur l'albumine coagulée, me paraissait devoir être rapportée au cas général des phénomènes de contrainte. On assiste, en effet, à des modifications physiques facilement visibles des corps mis à digérer.

Les divers autres ferments solubles produisent également au cours de leur action une émission très sensible de radiation. J'ai observé ce fait pour l'invertine, le maltase, l'amylase, le lipase et le tyrosinase, et l'exploration à l'aide de l'écran fluorescent permet de décider si la fermentation s'accomplit ou si elle est déjà terminée depuis un certain temps.

Pour ces fermentations, l'altération des substances dissoutes est évidemment de nature moléculaire. Il était intéressant de rechercher si les modifications analogues produites en l'absence de ferments solubles par des moyens purement chimiques conduiraient au même résultat.

En produisant l'inversion de la saccharose par l'action combinée de l'acide chlorhydrique étendu et de la chaleur on constate aussi bien qu'avec l'invertine l'émission de rayons N.

En versant dans un tube un essai contenant une solution fraîche d'acide pyrogallique quelques gouttes de lessive de soude on assiste à une émission manifeste accompagnant l'oxydation.

Des modifications chimiques analogues à celles qui s'accomplissent à tout instant au sein des êtres organisés sont donc une cause de production de rayons N. Certains faits physiques très simples sont également une cause d'activité.

Dans toutes mes expériences, je me suis mis naturellement à l'abri de toutes causes d'erreur, particulièrement de celles pouvant provenir de la chaleur, ou d'une observation inconsciemment partielle (1). Elles ont été effectuées dans une obscurité complète, l'écran phosphorescent fixé sur un support, et les modifications de son éclat appréciées sans connaître les alternatives d'approche et d'éloignement de l'objet actif exécutées par un aide.

La profusion des rayons N dans la nature inorganisée permettra sans doute d'en expliquer aisément la production dans un certain nombre de phénomènes dont sont le siège des êtres vivants, et d'éviter les lenteurs qu'a connues jusqu'à Lavoisier le problème de la chaleur animale. S'ils n'apparaissent pas comme mystérieux, ils n'en constituent pas moins un réactif extraordinairement sensible et un puissant moyen d'investigation.

Il faut adapter les générations nouvelles aux conditions de la vie la plus intense et la plus féconde pour l'individu et pour l'espèce.

La famille Yuke, ayant pour ancêtre un ivrogne, produisit, en soixante-quinze ans, deux cents voleurs et assassins, 288 infirmes et 90 prostitués.

(1) Emission de rayons de Blondlot au cours de l'action des ferments solubles. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 25 janvier 1904.

NECROLOGIE

MICHEL THOMAS BRENNAN

1862-1904.

Mourir à quarante-deux ans, après vingt ans de sacerdoce professionnel à un hôpital public, à un hôpital privé et à une clientèle extérieure, c'est disparaître au moment où la vigueur intellectuelle et scientifique du dévoué professeur Brennan s'épanouissait avec éclat au profit de ses confrères, de ses malades et de ses élèves. M. le docteur Brennan fut le plus travaillant des médecins de son temps; aussi, dans le domaine de sa spécialité il laisse un plus grand nombre d'écrits et de travaux que tous ses devanciers et ses contemporains. Pendant qu'il donnait à l'Université Laval un cours d'histologie intéressant et agréable même, pour les débutants aux études de la médecine, il organisait à l'hôpital Notre-Dame un laboratoire où il nous invitait à venir compléter son enseignement théorique. Les connaissances qu'il transmettait ainsi avec un zèle infatigable n'étaient pas un héritage reçu d'autres professeurs, mais bien le fruit de son labeur personnel. L'histologie étant en voie de progrès, il passe à la chaire de professeur de gynécologie qui était à créer à l'hôpital Notre-Dame. Sans avoir l'avantage d'un maître expérimenté pour lui montrer la route à suivre et les difficultés à vaincre, il marche, il travaille, il enseigne, il écrit et arrive bon premier à la tête des gynécologistes distingués de notre pays.

M. le docteur Brennan a vécu dans un temps où il était aussi difficile de connaître son devoir que de l'accomplir; il a l'énorme mérite d'avoir connu et d'avoir tout accompli ses devoirs. Heureux celui qui peut se rendre ce témoignage.

En notre époque d'organisation d'études médicales, le professeur consciencieux qui a le talent de voir juste quels sont nos besoins et la force de caractère de faire bien et d'exécuter tous ses devoirs travaille pour les siècles.

M. le professeur Brennan a semé dans l'intelligence de ses élèves, qui conservent un vivant souvenir de son dévouement, les germes d'une érudition dont profitera la génération future.

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

(Séance du 22 mars 1904.)

Présidence de M. VALIN.

M. Valin présente *M. Coyteux Prévost* d'Ottawa, qui a bien voulu accepter l'invitation de venir donner une conférence devant les membres de la Société Médicale.

M. Coyteux Prévost, par un ciel chargé de nuages et une pluie torrentielle, nous ouvre courageusement les portes de son cimetière pour aller dans le silence de ces 59 tombes étudier la cause de la mort et chercher à la lueur des leçons de l'expérience les secrets de la vie. Sur 1,000 opérés, 59 décès. 13 ont succombé à la suite d'intervention pour occlusion intestinale; 10 malades, morts après appendectomie; 11 victimes de l'hystérectomie vaginale et abdominale; 2 pauvres vieilles opérées pour hernie ventrale, fistule, infection et mort. 2 tombes réveillent les biens cuisants souvenirs d'hémorragie secondaire. Un cas de myomectomie pour petit fibrome, énuclé facilement, puis septiciémie et mort le treizième jour. Une fosse solitaire cachée dans l'ombre s'élève à la mémoire d'une opérée pour cancer du cholédoque; une compresse oubliée dans l'abdomen y séjourna deux jours et ne fut enlevée que pour servir de linceuil à cette pauvre femme de 40 ans.

“ Les brillants résultats, que nul ne saurait desavouer, n'ont pas été obtenus sans peine, et un resplendissant tableau cache un revers où gisent bien des échecs et bien des regrets!...
 “ Que voulez-vous?... La chose est inévitable; c'est toujours l'éternelle antithèse qui préside aux destinées des hommes et des choses ici-bas; c'est par la foudre que l'atmosphère retrouve sa pureté; le malheur et les larmes rendent à l'âme la sérénité qu'elle avait perdue; la paix naît de la guerre et la vie germe dans la mort.

“ Nos échecs sont bien déplorables, j'en conviens, et laissent dans notre mémoire de pénibles souvenirs que le temps ne parvient pas toujours à effacer. Mais, en fin de compte, c'est le reste de l'humanité qui profitera des tortures morales

“ du chirurgien, rendu plus prudent par l'épreuve et assagi
 “ par l'expérience. La révolution subie par la chirurgie, depuis
 “ un quart de siècle, a rendu inévitable la nécessité redoutable
 “ de la léthalité dans les grandes opérations abdominales, mais
 “ de ce mal relatif devra naître le bien; quel incendie à éteindre
 “ n'exige la part du feu ?

“ C'est avec un sentiment de véritable soulagement qu' je
 “ quitte ce séjour endeuillé où sont ensevelies, avec mes pau-
 “ vres morts, les impressions douloureuses que j'éprouvais, les
 “ angoisses qui torturaient mon âme quand, face à face avec
 “ moi-même après la perte d'un opéré, je me sentais entraîné
 “ à me poser le problème de ma responsabilité directe dans la
 “ catastrophe.

“ Dans l'espoir de vous intéresser, je vous ai fait une con-
 “ fession sincère de mes échecs et, ne cherchant en aucune façon
 “ à me soustraire au châtimeut que mérite ma culpabilité, sans
 “ proférer le moindre murmure ni même invoquer le bénéfice
 “ des circonstances atténuantes, je me condamne moi-même...
 “ à être lapidé.

“ Cependant, contrit, humilié, l'instinct de la conservation
 “ et l'espérance d'échapper peut-être au sort qui me menace,
 “ m'invitent à chercher le salut dans cette humble prière :

“ *Que le chirurgien qui ne porte pas lui-même un petit cime-
 “ tière dans un coin de sa mémoire, me jette la première
 “ pierre !*”

M. Lamarche : M. le conférencier vient de nous faire voir,
 au cours d'une promenade macabre “ Parmi les tombes,” les
 envers de la chirurgie abdominale: il nous a aussi rappelé les
 merveilleux progrès accomplis par la chirurgie pendant ces
 dernières années.

Ces deux ordres d'idées réveillent chez moi la pénible constata-
 tion que de toutes les branches de la médecine, c'est l'obs-
 tétrique qui a le moins bénéficié de ces éclatants progrès — et
 que l'accoucheur est le plus actif pourvoyeur du gynécologue.

Le matériel moins abondant et moins accessible, d'une part,
 la gêne instinctive de la femme enceinte nullement ou vague-
 ment consciente des dangers auxquels elle est exposée d'autre
 part, font souvent que l'élève en obstétrique et l'accoucheur

acquièrent insuffisamment les connaissances requises ou ne peuvent appliquer à temps les moyens préventifs pour mener la grossesse à une issue favorable, — viciation du bassin, présentations vicieuses du fœtus, prodrômes de l'éclampsie — état général défavorable, etc., autant de conditions imprévues qui font de l'accoucheur le pourvoyeur responsable ou irresponsable du gynécologue.

Le temps des couches étant survenu — l'antisepsie présente à l'accoucheur de précieuses ressources — mais comme pour le chirurgien l'emploi effectif de ces ressources ne peut pas toujours être contrôlé par l'accoucheur — quelquefois même l'antisepsie employée à outrance ou hors de propos peut constituer un danger — il n'y a pas bien longtemps qu'on en faisait un usage abusif avant l'accouchement et qu'en voulant détruire un germe pathologique absent on enlevait aux organes génitaux leurs moyens de défense, leurs phagocytes — mettant en conflit les deux protecteurs de la parturiente — l'antisepsie et la défense physiologique de l'organisme, d'où l'infection qui pour être aujourd'hui relativement rare fait encore de trop nombreuses victimes et de trop nombreuses tributaires du gynécologue.

Le conférencier a traité son sujet à un point de vue qui a dû vous intéresser exceptionnellement. Nos journaux, vous le savez, ne proclament, le plus souvent, que des victoires plus ou moins éclatantes, permanentes, toujours la terminaison heureuse comme le mariage à la fin d'un roman de la vie heureuse. Aussi cette promenade dantesque à travers les tombes m'a-t-elle singulièrement intéressé par l'attrait de son instructive nouveauté.

NOUVELLES

La 37^{ème} réunion annuelle de la "*Canadian Medical Association*" aura lieu à Vancouver, B. C., les 23, 24, 25, 26 du mois d'août 1904. Le prix, de Montréal à Vancouver, est fixé à \$68.00, aller et retour, et un supplément de \$10.00 via St-Louis, Mo.

Cours de perfectionnement à Londres. — L'union des hôpitaux et des écoles de médecine de Londres étend aux médecins

la faculté de se perfectionner dans les hôpitaux de la capitale britannique. Les hôpitaux suivants sont ouverts aux médecins qui veulent se perfectionner : Charing Cross, King College, London, Middlesex, Saint-Bartholomews, Saint-Georges, Saint-Mary's, Saint-Thomae's, University College et Westminster, puis l'hôpital Brompton pour les tuberculeux, l'hôpital pour les Enfants, l'École de médecine des pays chauds et l'Hôpital pour les paralytiques, épileptiques et l'hôpital ophtalmologique.

Le microbe léthargique. — Une maladie bizarre et nouvelle sévit actuellement en Afrique: le sommeil mortel! Le patient s'endort sans souffrance apparente d'un sommeil léthargique et ne se réveille plus.

L'épidémie a commencé dans l'Ouganda faisant 20,000 victimes; elle sévit maintenant dans la région du lac Victoria et gagne progressivement les régions voisines de l'Océan Indien.

Une commission médicale chargée d'étudier ce nouveau fléau attribue ce mal singulier à une origine microbienne!

Serait-ce de la même famille que le microbe de la Paresse qui fait dans tous les pays tant de victimes.

Un grand point d'interrogation se pose.

Campement des phthisiques. — Le bureau de santé de New-York vient de décider de soumettre à l'approbation de la municipalité le projet d'un camp pour tuberculeux à établir hors de l'enceinte.

On choisira un terrain d'une certaine altitude, situé à 50 milles de New-York, dans un endroit éloigné de tout village, et l'on y dresserait une série de tentes suffisamment confortables, mais relativement peu coûteuses. Chaque tente pourrait contenir deux ou trois personnes et coûterait environ 100 dollars.

La dormeuse de Thénelle. — Elle resta dans le sommeil pendant vingt ans. C'était une jeune fille de vingt-deux ans, fille d'un alcoolique, qui fut prise à la suite d'une vive émotion d'attaques convulsives durant vingt-quatre heures, suivies d'un profond sommeil avec anesthésie et contracture généralisée. On fut obligé de la nourrir avec des lavements. Elle conser-

vait un point sensible à la partie supérieure du sternum, et était prise assez régulièrement de crises convulsives, sans jamais reprendre connaissance. Le point sensible disparut et avec lui les crises convulsives. Le sommeil dura vingt ans. A la suite d'une nouvelle crise elle se réveilla et ses facultés intellectuelles reparurent peu à peu. Elle mourut de la tuberculose peu après son réveil.

L'Œuvre de préservation de l'Enfance, fondée à Paris par M. le Dr Grancher, a reçu un don de 50,000 francs du Dr Henri de Rothschild.

Mme Hériot vient d'envoyer 25,000 francs à Mme la comtesse Alix de Pomereu pour les "Petites ouvrières de Paris menacées de tuberculose," c'est-à-dire à l'œuvre de la *Femme tuberculeuse*, fondée par le Dr Letulle.

L'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris a reçu une somme de 45,000 francs que lui a remise M. Ch. Devin au nom de son fils. Les *Annales politiques et littéraires* ont également versé à cette œuvre 6,000 francs, produit d'une souscription.

La chaire d'opérations et appareils. — Par décret rendu sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, M. Reclus, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Les recherches biologiques en ballon. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Marsoulan, le Conseil municipal de Paris vient d'accorder à M. Louis Lopicque, maître de conférences à la Sorbonne, une somme de 1,000 francs pour être affectée à des ascensions aérostatiques au cours desquelles seront effectuées diverses recherches biologiques.

Le Cellulogène agit en excitant la reproduction des cellules et en multipliant les hématies; il rajeunit les tissus, il confère à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances de causes nerveuses et morbides.