

MONTREAL-MEDICAL

VOL. I

MAI 15

NO 3

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU TETANOS (1)

PAR M. LE DOCTEUR BRUNELLE,

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Messieurs,

En cette saison de l'année où les travaux recommencent avec grande activité, il arrive un plus grand nombre d'accidents tant chez les forgerons, chez les apprentis ouvriers que chez les cultivateurs novices qui se servent pour la première fois d'un instrument nouveau. A la suite des blessures de l'extrémité des membres, très graves dans certaines circonstances, quelques fois d'apparence bénigne, vous verrez souvent se développer le *tétanos*. Or que devez-vous faire à un malade qui présente les premiers symptômes caractéristiques du *tétanos*? Il vous faut remplir d'urgence les trois indications thérapeutiques suivantes :

10. Supprimer le foyer infectieux par le traitement *chirurgical* ;

20. Calmer l'hyperexcitabilité médullaire et éliminer le poison tétanique par le traitement *médical* ;

30. Détruire la toxine répandue dans l'organisme par la *sérothérapie*.

Dans cette leçon nous allons nous occuper que du traitement chirurgical. De nombreuses expériences ont démontré

(1) Leçon recueillie par M. Rodolphe Goyer.

que, chez les animaux, la suppression de la plaie infectée favorise considérablement la guérison. Ainsi les cobayes, à qui on enlève le foyer infectieux dès le début du tétanos, guérissent tandis que les cobayes témoins, abandonnés à eux-mêmes, meurent. Si on injecte une culture pure du bacille de Nicolaïer dans la queue d'une souris, on peut empêcher l'écllosion du tétanos en amputant l'organe une demi-heure après l'inoculation. N'oubliez pas que le bacille tétanique peut vivre longtemps à la surface des plaies sans déterminer de grandes crises neuro-musculaires ; mais sécrétant continuellement sa toxine il infecte lentement l'économie. Quelques fois de très légers symptômes apparaissent et sont enrayés par un traitement médical, mais la cause n'étant pas enlevée l'affection reprend son cours et la mort peut survenir longtemps après. Dans ces cas, Messieurs, l'éradication du foyer toxique s'impose.

En agissant ainsi vous pourrez, parfois, guérir votre malade, ou diminuer la gravité du cas et contribuer à transformer un tétanos aigu, presque fatalement mortel, en un tétanos chronique plus facilement curable. Pour atteindre ce but, vous avez trois procédés à votre disposition : l'amputation ; le débridement de la plaie contaminée ; la cautérisation du foyer infectieux.

Considérons d'abord l'amputation

Un certain nombre d'auteurs affirment que l'amputation faite à propos est le plus sûr moyen d'arrêter le tétanos qui a pour point de départ une blessure des extrémités. Berger est un partisan convaincu de l'amputation dans les cas de tétanos confirmé ; ayant eu à traiter quatorze blessés atteints de tétanos, ils ont tous succombé excepté deux chez lesquels il avait pratiqué l'amputation du membre infecté. Dix-neuf jours après l'accident on a amputé le médius écrasé d'un tétanique et on a guéri le malade. Plusieurs médecins italiens rapportent de nombreux succès en désarticulant des doigts. Finoti a guéri un tétanique en lui amputant un bras. Darolles, Farraton et Folet ont publié plusieurs guérisons arrivées après la désarticulation ou l'amputation du foyer septique. Remarquez bien que tous ces succès se rapportent à des tétanos subaigus ou chroniques, à longue incubation et par conséquent relativement bénins.

Les observations des vétérinaires concordent avec celles des chirurgiens et souvent chez les chevaux devenant tétaniques, à la suite de l'amputation de la queue, on voit cesser les accidents, si on ampute plus haut. En consultant les statistiques de la guerre de Sécession, vous verrez que la mortalité a été de 90 p. 100 pour le tétanos traité par les médicaments internes et de 65.5 p. 100 dans les cas de tétanos traités par l'amputation. Lorsque l'opération ne porte que sur les doigts et les orteils, la mortalité n'est que de 35 p. 100 et de 54 p. 100 si elle est pratiquée sur un segment de membre volumineux.

Curling et Yandell sont d'opinion que cette méthode donne 10 p. 100 plus de guérisons que tous les autres procédés. Cependant, Verneuil affirmait que non seulement l'amputation n'a pas d'action curative mais qu'elle ne possède même aucune action préventive. Certains expérimentateurs ont extirpé compétement le muscle dans lequel ils venaient d'injecter quelques gouttes de poison tétanique et n'ont jamais réussi à arrêter le tétanos. Quelques chirurgiens ont attiré l'attention sur le développement possible de colonies bacillaires à distance de la plaie, rendant ainsi inutiles toutes interventions opératoires prétendues radicales. Cette divergence d'opinion sur la valeur de l'amputation, pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques, tient surtout à ce que l'on n'a pas tenu assez compte : d'abord de la durée d'incubation et de l'époque de l'apparition de la complication ; puis de la marche et de la variété clinique du tétanos observé ; et en troisième lieu du degré d'intoxication tétanique et de la gravité du cas au moment de l'intervention.

Tous ces éléments de pronostic doivent guider la conduite du chirurgien, qui parfois est bien difficile.

Cependant vous serez toujours justifiable d'intervenir :

10. Lorsque des lésions graves, considérables atteignent les os, les articulations, les nerfs et décollent les muscles et la peau ;

20. Lorsqu'elles ne siègent que sur des segments peu importants des membres. Dans ces cas, l'importance du sacrifice à faire n'arrête pas l'opérateur. Ces indications opératoires sont à peu près admises par tous les chirurgiens ;

30. Enfin, dans les cas intermédiaires où l'étendue, la pro-

fondeur, la nature des lésions font hésiter entre la conservation et l'amputation, vous devez mettre en balance les chances de guérison que comporte le sacrifice du membre et les risques que peut faire courir la blessure aggravée par la complication tétanique.

C'est lorsque les lésions traumatiques graves siègent vers la racine des membres que vous devez faire un large débridement de la plaie contaminée, suivi d'une cautérisation au fer rouge. Lorsque la toxine tétanique a infecté l'organisme, une *grave* opération n'est pas indiquée. Plusieurs malades sont morts à la suite de l'amputation de la jambe ou de la cuisse. Il faut toujours tenir compte de la gravité de certaines formes de tétanos, de la composition cellulaire du terrain et du tempérament du malade. En règle générale la *rapidité* de l'écllosion des premiers symptômes du tétanos après l'accident est une contre-indication presque absolue aux grandes opérations ; vous obtiendrez de meilleurs résultats avec le curetage, le débridement, la cautérisation ignée de la plaie et un pansement parfaitement aseptique.

En résumé, nous pouvons donc conclure que l'extirpation radicale du point infecté a des chances de succès lorsque le tétanos suit une marche lente et prolongée, lorsque les bacilles, végétant à la surface de la plaie, ne sont ni trop virulents, ni trop nombreux et ne sécrètent pas une trop grande quantité de toxine.

Toute infection est une lésion, mère de beaucoup de complications ultérieures.

* * *

La fièvre transforme l'organisme en une sorte d'étuve qui paralyse l'armée de cellules phagocytaires qui se lève pour repousser l'ennemi envahisseur.

* * *

L'Herpétisme est une maladie constitutionnelle à longue période, essentiellement héréditaire, non contagieuse, caractérisée par des désordres dynamiques des trois grandes fonctions : *sensitives, motrices ou raso-motrices et intellectuelles.*

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE ET DE LA DYSPESIE

A tout chlorotique on prescrit du fer. Le résultat ne dépendant pas à l'attente, on y ajoute une alimentation intensive, des viandes rôties ou grillées, des œufs, des vins généreux, du vin de quinquina. La chlorose ne cédant pas, on a recours ensuite aux préparations arsenicales, aux bains de mer, aux promenades, aux exercices du corps. C'est peine perdue et la maladie s'aggrave toujours.

Mais, direz-vous, nous avons donné du fer, ce spécifique de la chlorose ; d'abord des préparations insolubles comme l'enseignait Trousseau, puis des préparations solubles, et à une dose qui n'a jamais dépassé 30 à 40 centigrammes par jour.

Cela est juste ; mais il ne suffit pas de connaître le médicament qui convient à une maladie, il faut savoir s'en servir, et un bon outil entre les mains d'un ouvrier inhabile à le manier n'est toujours qu'un mauvais outil. Cela est vrai pour tous les médicaments, et la digitale bien administrée produit des résultats merveilleux, tandis qu'elle échoue souvent, si son action n'a pas été favorisée tout d'abord par une sorte de médication préparatoire, consistant en repos, régime lacté, purgatifs.

Il en est de même pour l'emploi des ferrugineux dans le traitement de la chlorose, et lorsque celle-ci présente la forme dyspeptique, il faut bien se garder de prescrire d'emblée les ferrugineux. "On introduit alors du plomb dans l'estomac", disais-je déjà en 1890, et si je reviens encore sur cette question, c'est qu'elle est éminemment pratique, qu'elle se présente chaque jour, pour ainsi dire, à l'observation.

Le plus souvent, lorsque le fer ne réussit pas dans la chlorose, c'est parce qu'on l'administre trop tôt, à trop haute dose, et dans les cas où les phénomènes gastriques sont prédominants.

Donc la première indication thérapeutique, en présence d'un cas de chlorose dyspeptique, est de soigner la dyspepsie, d'autant plus que celle-ci paraît souvent indépendante de l'état anémique du sujet, qu'avec une hypoglobulie très accentuée il y a une dyspepsie légère, et qu'une dyspepsie très sérieuse peut correspondre à une chlorose peu intense.

Que sera donc le traitement ?

a) Tout d'abord, occupons-nous de l'alimentation.

Il faut supprimer le vin pur en excès, et surtout les vins de quinquina dont on abuse, les bières fortes, les boissons alcooliques ; ne permettre l'usage de la viande qu'avec modération ; au besoin, la supprimer complètement jusqu'au rétablissement des fonctions digestives. Interdire les dîners en ville, les soirées, les exercices prolongés, les longues promenades.

Vous prescrirez une alimentation composée, pour les boissons, le lait, et si le lait est mal supporté, l'eau pure, additionnée ou non, aux repas, d'une cuillerée à café d'eau-de-vie ou de thé léger ; ne pas oublier les boissons chaudes, théiformes, ayant pour propriété d'augmenter la sécrétion du suc gastrique.

L'alimentation solide sera composée de laitage, de potages au lait, de quelques œufs, de purées de légumes, de poissons à chair maigre, de pain grillé, de quelques viandes grillées ou rôties, de fruits cuits.

Permettre seulement quelques promenades au grand air, au soleil, de façon à éviter toutes les fatigues.

Avant le repas, prescrire les alcalins à faible dose, qui augmentent la sécrétion du suc gastrique.

Par exemple :

Bicarbonate de soude.....	}	à 10 grammes.
Phosphate neutre de soude.....		

Pour 60 cachets. Un cachet vingt minutes avant chaque repas.

Immédiatement après le repas, s'il y a lieu, faire prendre une faible dose d'acide chlorhydrique ; je dis *faible dose*, car on doit se souvenir que l'acide chlorhydrique médicamenteux n'agit pas par substitution à l'acide chlorhydrique stomacal, mais simplement par sa présence.

Voici la formule :

Acide chlorhydrique pur.....	0 gr. 50.
Curaçao (ou sirop d'écorces d'oranges amères)	50 grammes.
Eau distillée.....	450 —

Un verre à madère immédiatement après le repas.

Dans certains cas, on pourra remplacer avec avantage l'acide chlorhydrique par l'*acide lactique* en solution très diluée à la dose d'un ou deux grammes dans cette formule.

Les lavages d'estomac avec de l'eau pure ou additionnée d'un gramme d'acide salicylique pour 1000, sont indiqués toutes les fois qu'il y a des fermentations gastriques.

b) Contre la *constipation*, fréquente et rebelle, et pour assurer en même temps, au moins en partie, l'antisepsie intestinale, recourir à l'emploi de la poudre de réglisse composée, à la dose d'une à deux cuillerées à café le matin :

Réglisse pulvérisée.....	}	àà 60 grammes
Séné		
Soufre lavé	}	àà 30 —
Fenouille pulvérisée.....		
Sucre.....		180 —
Poudre de cascara sagrada.....		3 —

c) Vous devez veiller aux fonctions cutanées par l'emploi de frictions sèches sur les membres ou de frictions excitantes avec le *liniment de Rosen*, composé de :

Beurre de muscades.....	}	àà 5 grammes.
Essence de girofle.....		
Alcoolat de genièvre.....		90 —

ou avec le liniment suivant :

Téinture de benjoin	10 grammes.
Alcoolat de Fioraventi.....	20 —
— de lavande.....	40 —
Alcool camphré	80 —

Faire tous les matins une friction sur les membres avec une flanelle légèrement imbibée de ce liniment.

d) Dans certains cas, ces divers moyens peuvent encore échouer : c'est parce qu'on ne s'est pas adressé à la cause principale de l'hypochlorhydrie, c'est-à-dire au système nerveux, qui tient dans sa dépendance les principales sécrétions.

Marfan a dit avec juste raison que "le facteur étiologique le plus constant dans l'hyperchlorhydrie, c'est l'existence d'une *disposition névropathique, le plus souvent héréditaire*, très rarement acquise". Or, ce que le clinicien distingué a démontré pour l'hyperchlorhydrie, on l'observe pour le phénomène contraire, c'est-à-dire pour l'hypochlorhydrie. Celle-ci est souvent dominée, non seulement par l'adultération sanguine, mais aussi et surtout par un état morbide du système nerveux (neurasthénie, névropathies diverses, etc.) Dans ces conditions, on fera bien, avant de commencer le traitement local

de l'hypochlorhydrie des chlorotiques, d'instituer un traitement général visant le système nerveux.

Pour remplir cette indication, il faut prescrire, en plus des frictions excitantes sur la peau dont il a été question plus haut, des douches tièdes ou froides, le séjour à la campagne, le climat des montagnes (600 à 1000 mètres), enfin les préparations de strychnine (de préférence, l'arséniate de strychnine à la dose de 3 à 4 granules d'un demi-milligramme par jour).

e) Dans les *dyspepsies par fermentation* que l'on peut appeler les dyspepsies pseudo-hypochlorhydriques des chlorotiques, il faudra proscrire de l'alimentation toutes les substances capables de produire un travail de fermentation : les féculs, le sucre, le lait, les corps gras. En même temps le lavage de l'estomac et l'emploi de l'acide chlorhydrique sont indiqués.

2o. *Médication martiale*.—Après deux ou quatre semaines de traitement antidyspeptique, on peut, d'ordinaire, commencer les préparations ferrugineuses. Mais on doit se souvenir que dans les états hyperpeptiques, le fer exagère la dyspepsie, et que si dans l'hypo-pepsie le fer est bien toléré, on peut affirmer qu'il est inerte et n'agit pas ; car, en raison de la trop petite quantité d'acide chlorhydrique sécrété, il passe dans l'intestin à l'état insoluble sans pouvoir s'assimiler. C'est dans ce cas surtout qu'il est nécessaire d'associer l'acide chlorhydrique aux préparations ferrugineuses, celles-ci étant prescrites au commencement du repas, et la solution acidulée environ une demi-heure après le repas.

Enfin, voyons quelle préparation ferrugineuse il convient d'employer. *Il faut, dans tous les cas, donner la préférence aux protocels de fer* : protolactate, protochlorure, protoiodure, protoxalate. On commence par de faibles doses, tout d'abord 20 centigrammes en deux fois, que l'on peut augmenter, mais sans jamais dépasser 40 centigrammes, sous peine de voir survenir des phénomènes d'intolérance gastrique.

Pour terminer, je ferai une dernière recommandation, dans les cas de chlorures dyspeptiques, même si l'état des voies digestives est revenu à l'état normal : *vous aurez soin de ne pas prescrire des ferrugineux d'une manière continue* : vous en ferez cesser l'emploi au bout de six semaines, pendant une quinzaine de jours, pour les reprendre ensuite, si l'état des voies digestives le permet.

Tel doit être le traitement de la chlorose dyspeptique. Je pense avoir fait bien comprendre la raison des fréquents insuccès que le médecin constate quand il est appelé à soigner la chlorose, et avoir démontré que le clinicien, dans le traitement de cette maladie complexe et rebelle, ne doit pas seulement traiter la chlorose en général, mais la forme chlorotique spéciale, en présence de laquelle il se trouve.

H. HUCHARD.

Membre de l'Académie de Médecine.

L'ACIDITE URINAIRE

(Suite de la page 17)

La caractéristique urologique de la diathèse acide est la suivante, d'après Bouchard :

- Augmentation de l'acidité totale ;
- Augmentation de l'acide urique et des urates ;
- Diminution de l'urée ;
- Augmentation des phosphates ;
- Présence d'acide lactique et autres acides.

OXALURIE

D'une manière générale, les déchets nutritifs sont modifiés dans leur forme et dans leurs rapports respectifs ; aussi, le rapport azoturique s'abaisse tandis que le rapport phosphaturique s'élève.

La prédominance des acides explique la précipitation des urates, lors même que leur production dans l'organisme n'est pas exagérée. Quant aux phosphates, ils sont en excès, parce que les acides empêchent leur fixation sur les éléments anatomiques ; il y a, d'ailleurs, enchaînement entre les deux principes urate et phosphate dans la diathèse acide (loi de Bencke).

Si l'urine est modifiée dans la diathèse acide, c'est que le plasma sanguin est altéré dans sa composition ; il est donc

naturel de prévoir les modifications produites corrélativement dans les échanges nutritifs.

L'augmentation de l'acidité organique a pour effet de diminuer les oxidations ; par son oxyhémoglobine le sang oxyde les éléments carbonés et azotés apportés par l'alimentation ; l'urée, l'acide carbonique et l'eau sont les termes ultimes de cette transformation, quand l'oxydation est aussi complète que possible ; mais, quand les conditions physiologiques qui règlent les échanges nutritifs sont modifiées (diathèse acide), les oxydations sont abaissées au-dessous de la normale et s'arrêtent à des produits intermédiaires ; ceux-ci sont, non seulement moins oxydés que l'urée et l'acide carbonique, mais encore leur proportion devient relativement prépondérante et la forme de ces dérivés est anormale (glucose, graisse, etc.)

D'une manière générale, l'acidité du plasma sanguin, s'élevant au-dessus de la normale physiologique, crée à la machine humaine des conditions défectueuses pour l'oxydation intra-organique.

Le diathésique hyperacide est assimilable à un foyer où le combustible serait en excès par rapport au comburant ; ses propres déchets, nouveaux et anormaux, encombrant les rouages de la machine, comme des scories, et en empêchent le fonctionnement régulier.

Ce qui est vrai pour les échanges généraux l'est encore davantage pour les transformations locales, celles qui ont lieu dans un organe déterminé.

Le foie, par exemple, est un centre d'oxydations, grâce à la multiplicité de ses fonctions, uropoiétique, hématopoiétique, glycogénique, adipogène, pigmentaire, anti-toxique. Si, par le fait de l'hyperacidité du sang, les oxydations sont ralenties, toutes les fonctions que nous venons d'énumérer sont troublées ; la "défense de l'organisme" que le foie doit assurer est affaiblie par suite de cette insuffisance hépatothique, qui se traduira dans l'urine par l'hypoazoturie, l'albuminurie, l'urobilinurie, l'indocanurie, etc., etc.

On conçoit donc l'importance de la mesure du degré de l'acidité urinaire, à cause de ses relations avec les troubles morbides, produits par la diathèse acide.

HYPOACIDITÉ

L'augmentation exagérée des combustions organiques a pour conséquence l'abaissement du degré d'acidité, c'est-à-dire l'hypoacidité urinaire. L'acidité diminue, parce que les dérivés complètement oxydés sont en proportion élevée ; l'ammoniaque, produit de la désassimilation des tissus, neutralise en partie les acides formés : en même temps, il y a déshydratation des tissus.

La caractéristique urologique de l'hypoacidité est la suivante :

Diminution de l'acidité totale ;

Augmentation du volume urinaire ;

Diminution de l'urée, des chlorures et des phosphates.

L'abaissement du taux des chlorures salins de l'économie crée à l'organisme un terrain approprié à l'évolution des maladies microbiennes, de la tuberculose en particulier.

La cause principale de l'hypoacidité, dit M. Joulie, est le remplacement partiel de l'urée par le carbonate d'ammoniaque.

La quantité d'azote éliminée en 24 heures sous forme d'urée est de 14 gr., équivalant à 17 gr. d'ammoniaque et à 48 gr. de carbonate d'ammoniaque.

Si toute l'urée était supprimée, l'élimination de cette quantité d'azote produirait 48 gr. de carbonate d'ammoniaque. Or, l'acidité moyenne de l'urine d'un adulte est représentée par 1 gr. 30 d'acide sulfurique que neutralisent 1 gr. 27 de Co^2 Amo ; on voit donc que pour faire disparaître complètement l'acidité urinaire, il suffit que la production de l'urée soit réduite dans la proportion de 48 à $1,27 = 1/37$.

Le même effet serait obtenu par le passage dans le sang de 2 gr. de bicarbonate de soude.

On conçoit que chez un homme traité plus ou moins longtemps par les alcalins, il suffise d'un verre d'eau de Vichy (1 gr. de bicarbonate) pour saturer l'urine, puisque 2 gr. produisent le même effet chez un homme sain.

Le dosage de l'acidité urinaire permet d'établir nettement la distinction entre les hyper- et les hypo-acides (Joulie).

D'après cet auteur, les recherches urologiques faites sur un

grand nombre de malades conduisent à la conclusion suivante :

L'hypoacidité existe dans $3/4$ des cas

L'hyperacidité existe dans $1/3$ des cas

L'acidité normale existe dans 17 0/0 des cas

Par acidité normale, il faut comprendre que le rapport $\frac{A}{E}$ oscille de 4 à 5.

Contrairement à l'opinion généralement admise, bien des manifestations arthritiques (pseudo goutteuses) se rencontrent chez des malades qui, à l'analyse, sont hypoacides ; dans ces cas, la médication par les alcalins est mauvaise. On a, du reste, souvent constaté, chez les dyspeptiques hypersthéniques, c'est-à-dire à sécrétion chlorhydrique exagérée que l'emploi d'un acide minéral, tel que HCl ou Pho^5 , en remontant l'acidité urinaire, améliore l'état général. Il faut admettre que chez ses malades, l'acide employé a pour effet d'inhiber la sécrétion chlorhydrique ; dès lors une moindre quantité de soude est soustraite à l'organisme et par suite l'acidité urinaire remonte.

Quand l'acidité du plasma sanguin diminue, les phosphates acides deviennent neutres ou basiques, c'est-à-dire insolubles. Ces précipités peuvent encombrer les capillaires sanguins et produire la stase sanguine : on comprend alors que, chez les hypoacides, l'urine élimine relativement plus de phosphates alcalins que de phosphates terreux ; c'est en effet ce qui est constaté par l'analyse.

BEUNAT.

Dans cette progression ascendante de la tuberculose, "le microbe n'est rien, c'est le terrain qui est tout". La tuberculose est le produit d'une déchéance de l'organisme.

* * *

L'enfant ayant dépassé la 2ème année jouit d'une présomption de longévité de 37 ans.

* * *

L'Hémorrhagie cérébrale appartient aux jeunes ; la Trombose et l'Embolie aux vieux.

**TRAITEMENT DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES,
RHUMATISMALES ET NEURALGIQUES A LA SUITE
DE LA GRIPPE**

La grippe qui a sévi durant l'hiver a souvent donné naissance à des complications broncho-pulmonaires, laryngées ou angineuses; aujourd'hui les manifestations les plus fréquentes se font dans le tube digestif ou dans les téguments externes.

On observe en effet fréquemment, depuis quelque temps, des infections gastro-intestinales aiguës, quelquefois assez sérieuses, avec vomissements, diarrhée abondante, parfois dysentérieforme, coliques intenses, souvent avec augmentation marquée du foie et de la rate.

Dans ces cas, les médications ordinaires réussissent en général. Une des meilleures nous a paru être tout simplement une diète rigoureuse, avec boissons alcalines assez abondantes et infusions chaudes, thé surtout. Dans certains cas, avec tendance à un peu de collapsus, surtout chez les enfants, on peut obtenir de bons effets de 4 à 5 cuillerées à dessert par jour, diluées dans une assez grande quantité d'infusion, de la solution suivante :

Eau distillée	12 onces
Caféine	15 grains
Salicylate de soude	15 grains

On peut ajouter à cette médication de petites doses de sous-nitrate de bismuth, de charbon et de magnésie, associés à un peu d'opium, par exemple au moyen de la formule suivante :

Magnésie calcinée	}	ââ 5 grains
Sous-nitrate de bismuth		
Charbon pulvérisé		
Poudre d'opium brut		‡ grains

5 à 6 cachets semblables par jour espacés de 2 heures environ.

Un autre type infiniment plus pénible, et qui est fréquent aujourd'hui, c'est la manifestation grippale sous forme de névralgies bizarres ou de vraies douleurs articulaires.

De même que dans le premier cas, la grippe frappe surtout l'intestin des sujets présentant souvent des troubles gastro-intestinaux, de même dans ceux-ci ce sont surtout les arthritiques ayant facilement des déterminations articulaires ou névralgiques qui sont frappés.

Les manifestations articulaires ou périarticulaires affectent le type des déterminations ordinaires de rhumatisme, mais avec une acuité plus grande que dans ces cas.

Leur traitement nous a paru devoir être un peu particulier. Le salicylate de méthyle, ne semble, en effet, pas très bien agir dans ces cas. L'antipyrine, si efficace d'ordinaire, ne donne pas grand'chose. Seul, le salicylate nous a paru avoir une action réellement efficace, surtout si on l'associe de manière à constituer une médication complexe, à la fois dirigée contre la détermination articulaire actuelle, contre l'élément pathogénique préalable, et contre l'infection causale actuelle, la grippe.

C'est ainsi qu'on peut formuler les cachets suivants.

Carbonate de lithine	2 grains
Bicarbonate de soude	5 grains
Benzonaphtol	3 grains
Salicylate de soude	8 grains

pour un cachet.

On peut en administrer de 4 à 6 par jour.

Parfois il peut être utile d'ajouter à chaque cachet 2 grains de sulfate de quinine.

Lorsqu'il s'agit d'accidents névralgiques, on peut observer une extrême variété dans la détermination et les manifestations douloureuses.

Ces douleurs peuvent siéger dans n'importe quel territoire nerveux. Les névralgies trifaciales sont fréquentes, souvent limitées à un seul faisceau. Quelquefois la douleur simule le torticolis, des points très douloureux s'observent fréquemment entre l'omoplate et la colonne, à la face interne du bras, en ceinture le long des nerfs intercostaux, dans le petit bassin avec irradiations soit le long du sciatique, soit en avant le long de la face interne de la cuisse.

Il n'est pas rare aussi d'observer des points très douloureux en appuyant sur les parois latérales du vagin, etc., etc.

Or la caractéristique de ces diverses névralgies actuelles, c'est de n'être nullement modifiées ni par l'antipyrine, ni par le salicylate, ni même par les analgésiques ordinaires : exalgine, phénacétine, acétanilide, salophène, etc., voire même aconitine ; un seul procédé permet de les atténuer rapidement et de les faire disparaître ensuite, c'est la quinine.

Mais il est indispensable d'en administrer une dose un peu élevée, 8 grains par exemple deux fois par jour ou encore 5 grains trois fois dans la journée.

Il nous a semblé que le chlorhydrate ou le bromhydrate donnaient les meilleurs résultats.

Une bonne précaution consiste à purger d'abord le malade (de préférence purgatif hépatique) et à administrer ensuite la quinine.

Dans certains cas rebelles, il peut être parfois utile d'associer un des analgésiques précédents à la quinine.

Enfin dans un cas chez les arthritiques uricémiques chroniques il faut compliquer la médication et prescrire les cachets suivants :

Bromhydrate de quinine	3 grains
Carbonate de lithine	2 grains
Bicarbonat de soude	5 grains
Benzonaphtol	3 grains
Phénacétine	2 grains

en prendre 1 ou 2 à la fois à une ou deux reprises par jour sans dépasser 3 cachets dans les 24 heures. L'effet a été très remarquable.

Telles sont les quelques observations de pratique thérapeutique que nous avons pu faire récemment et qui nous serviront à attirer l'attention de nos confrères sur ces manifestations un peu spéciales qu'ils observent certainement aussi en ce moment.

DR TRUDEL.

Il est une vérité trop méconnue, c'est que le médecin lui-même est un agent thérapeutique ; il agit pour la guérison et par la parole et par le geste et par toute la puissance de sa force vitale.

LA PROPHYLAXIE DU CANCER UTERIN ET LE TRAITEMENT DES METRITES

PAR LE CHLORURE DE ZINC

Le professeur Dührssen (de Berlin) est effrayé de la mortalité considérable et toujours croissante que cause en Allemagne le cancer de l'utérus. D'après son évaluation, sur les 25 millions de femmes que compte l'empire allemand, il y en a 25.000 qui succombent tous les ans au cancer de l'utérus ; autrement dit, le cancer de l'utérus fait trois fois plus de victimes que la fièvre puerpérale. Comparant ensuite cette mortalité à celle de l'armée allemande pendant la guerre de 1870, il trouve que les femmes de quarante à cinquante ans ont autant de chances de succomber au cancer que les soldats aux balles de l'ennemi.

Pour remédier à cet état de choses, M. Dührssen propose les mesures suivantes : faire tout d'abord l'éducation du public féminin au point de vue de la marche insidieuse du cancer ; lui faire comprendre que tout écoulement, et surtout l'écoulement hémorragique, sont suspects à l'époque de la ménopause et nécessitent un examen génital sérieux ; lui conseiller de ne pas attendre l'apparition du symptôme douloureux qui est tardif et arrive à un moment où le traitement radical n'est plus possible.

De cette façon le médecin sera en mesure de faire le diagnostic précoce du cancer. A cet effet il examinera aussi consciencieusement et aussi complètement que possible toute femme de quarante à cinquante ans qui viendrait le consulter pour une affection utérine, sans toutefois oublier que le cancer se rencontre aussi chez des femmes plus jeunes ; au besoin, il ne reculera pas devant l'examen microscopique de la muqueuse utérine dont il ramènera des parcelles avec la curette.

Il va de soi qu'il fera l'hystérectomie quand le diagnostic de cancer sera certain. Mais cela ne suffit pas. *“ Il serait à désirer qu'au moindre doute, et même en présence de lésions non cancéreuses, mais pouvant devenir telles, il détruise momenta-*

nément la muqueuse utérine, point de départ le plus fréquent du cancer.”

Pour réaliser cette destruction, M. Dührsse propose une des opérations suivantes : 1° l'ébouillement de la muqueuse connu aujourd'hui sous le nom de vaporisation de l'utérus ; l'amputation du col d'après le procédé de Schröder ; l'excision de la muqueuse d'après le procédé de Dührssen, qui consiste à inciser le cul-de-sac antérieur, à luxer l'utérus, à ouvrir sa cavité par une incision en T de sa paroi, à disséquer toute la muqueuse, et, d'un coup de ciseaux, à enlever le col réduit à une simple languette.

Pour ne pas être taxé d'exagération, M. Dührssen invoque, en faveur de ses idées, l'autorité de Sænger, dont il cite le passage suivant : “ La peur du cancer, la “carcinomophobie”, est justifiée et se comprend quand on songe qu'une simple lésion inflammatoire du col *peut* devenir le point de départ du cancer, ne fût-ce qu'après des années et des dizaines d'années. A ce point de vue, la guérison de simples lésions catarrhales de l'utérus constitue une sorte de prophylaxie du cancer, et tout gynécologiste occupé concédera qu'il est extrêmement rare de voir des femmes guéries de leur métrite revenir *plus tard* avec un cancer. Ce fait conduit donc à une idée fort logique en l'espèce, à savoir que, chez les femmes qui à l'époque de la ménopause présentent de la métrite et des métrorragies, on pourrait pratiquer, à titre *prophylactique*, la destruction de la muqueuse utérine, par exemple au moyen des crayons au chlorure de zinc de Dumontpallier. Ces femmes ayant alors à la place de l'utérus un organe dermoïde privé de muqueuse, seraient ainsi mises à l'abri du cancer.”

Les doctrines médicales se transforment et sur les ruines des anciennes hypothèses la *vérité scientifique* marche vers la vérité idéale que nous n'atteindrons peut-être jamais, mais dont nous nous rapprochons toujours.

* * *

La médecine est une science par les connaissances nombreuses qu'elle exige. Elle est un art par son application thérapeutique à traiter le malade.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LES ENFANTS, PAR LE SERUM MUSCULAIRE

MM. les docteurs Albert Josias et Jean-Ch. Roux ont essayé sur des enfants atteints de tuberculose, les conseils donnés par MM. Richet et Héricourt, d'après leurs premières communications à la Société de biologie.

S'appuyant sur de très nombreuses expériences (328 chiens), poursuivies depuis cinq ans, ces auteurs avaient établi la valeur de la viande crue dans le traitement de la tuberculose. Ils inoculaient à leurs animaux, dans la veine saphène tibiale, un demi-centimètre cube d'une émulsion de culture tuberculeuse vieille de deux mois ; tous les chiens livrés à eux-mêmes succombaient dans l'espace de 4 à 5 semaines ; les chiens nourris avec de la viande crue avaient une survie des plus notables et quelques-uns guérissaient complètement.

Ils observèrent également que le suc obtenu en soumettant la viande à une forte pression (autrement dit sérum musculaire ou myoserum), jouissait des mêmes propriétés que la viande crue : et, dans une communication toute récente, M. Richet pouvait dire que le sérum musculaire à la dose de 20 centimètres cubes par kilogramme d'animal guérit les chiens de la tuberculose inoculée.

La meilleure façon de procéder pour obtenir ce suc de viande avec une presse de ménage, est de faire d'abord macérer la viande dans un peu d'eau (environ un quart de son poids), puis de mettre le tout, eau et viande, dans la presse, et comprimer aussi fortement que possible ; on obtient ainsi environ 15 à 20 centimètres cubes de suc, par 100 grammes de viande, légèrement dilué par l'eau que l'on a ajoutée.

Le sérum musculaire ainsi obtenu est un liquide rougeâtre, sans grande saveur, excessivement altérable ; en quelques heures il se putréfie ; aussi doit-on le préparer au moment même où l'on veut s'en servir ; en été, si l'on doit attendre une heure ou deux, avant de le donner, il faut absolument le conserver dans la glace.

Les enfants qui ont été soignés ont tous pris facilement le sérum musculaire sans qu'il ait été nécessaire d'en masquer le

goût. La dose minimum de viande crue pour obtenir un résultat est, d'après MM. Richet et Héricourt, de 15 grammes de viande par kilogramme de malade. Aux malades pesant en moyenne de 20 à 25 kilos, il leur a été donné le suc extrait de 500 grammes de viande crue de bœuf, dose qui dépasse notablement le minimum actif.

Le traitement a porté sur des enfants tuberculeux au premier degré, au deuxième degré et au troisième degré.

Le résultat obtenu par les auteurs montre que le suc de viande crue semble constituer dans les stades de début de la tuberculose pulmonaire un remède peut-être spécifique.

Sur une malade atteinte de tuberculose au premier degré où une lésion légère du poumon se compliquait pourtant d'une diarrhée tuberculeuse intense, ils ont observé tous les symptômes du mal rétrocéder, le poids augmenter, l'état général se relever dans des proportions telles qu'il n'est pas téméraire d'espérer une guérison complète.

Si les lésions sont peu avancées, au début de la période de ramollissement, on peut espérer également une amélioration notable ; mais les résultats sont moins satisfaisants. L'état général s'améliore, il est vrai, mais le poids ne s'élève pas et les signes locaux persistent à peu près sans modification, après un traitement de cinq à six mois.

Enfin, lorsque le poumon est largement infiltré et ramolli, il ne faut pas trop escompter les bons effets du traitement, l'état des malades peut rester stationnaire, mais les lésions ne cessent d'évoluer plus ou moins rapidement.

Somme toute, tant que l'on a devant soi une lésion tenant seulement au bacille tuberculeux, le traitement par le sérum musculaire peut améliorer notablement le malade et le guérir peut-être ; mais lorsque la lésion est envahie par tous les microbes secondaires qui végètent dans les poumons en voie de ramollissement et dans les cavernes, le traitement par le suc de viande crue, tel que les auteurs l'ont institué, n'a plus qu'une action thérapeutique très relative.

Une cuillerée à dessert après chaque repas du jus d'ananas améliore la dyspepsie neurasthénique.

REMARQUES SUR 1,778 CAS DE DIPHTÉRIE

M. H. RICHARDIÈRE a soigné à l'hôpital Trousseau 1,778 cas de diphtérie, dont le diagnostic clinique a été vérifié par l'examen bactériologique.

Ces 1,778 cas ont donné 280 morts, soit 15,7 pour 100. En retranchant de la statistique les enfants morts moins de 24 heures après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire, en réalité, les enfants non traités, la mortalité se trouve réduite à 205, soit 11.5 pour 100. Grâce à la sérothérapie, le pronostic de la diphtérie, lorsqu'elle ne nécessite pas l'opération sur le larynx, est devenu presque bénin. En effet, sur 1,115 cas de diphtérie, sans opération, il y a eu soixante-un morts, soit une mortalité de 5,5. Par contre, la mortalité des croups opérés reste élevée. Elle est de 27 pour 100.

Le traitement des 1,778 malades a consisté en injections de sérum de Roux (10 cc jusqu'à un an ; 15 cc de un à deux ans; 20 cc au-dessus de deux ans). Comme traitement local, on a fait des lavages de la gorge avec des solutions de permanganate de chaux à 1 pour 4,000. On s'est abstenu de tout badiageonnage et lavage, et de toute médication interne, dans les cas simples.

Il n'y a eu aucun accident grave imputable au sérum antitoxique.

Les accidents imputables au traitement ont surtout consisté dans les éruptions (198 cas). Ces éruptions ont été de cinq types (purs ou mélangés) : scarlatiniforme, urticarien, roséolique, purpurique, érythémateux polymorphe.

L'époque d'apparition de ces éruptions, après l'injection de sérum, a varié de deux à quinze jours. Les éruptions ont été accompagnées d'une élévation de température de un degré à un degré et demi, et presque constamment de diarrhée fétide, non persistante.

Comme autre accident sérique, on a noté des phénomènes articulaires dans quinze cas (le plus souvent arthralgiques, exceptionnellement inflammatoires).

Les deux principales causes de la mort ont été : la toxicité

et la bronchopneumonie. La toxicité d'emblée (toxicité primitive) semble encore actuellement rebelle à notre action thérapeutique. La toxicité secondaire peut être prévenue par la sérothérapie, faite en temps opportun. Caractérisée par le collapsus cardiaque, elle a été traitée quelquefois d'une manière efficace par le sulfate de spartéine et par les injections de sérum artificiel à doses massives. La bronchopneumonie est de beaucoup la cause de mort la plus fréquente. Le tubage en est rarement la cause. Elle est due, le plus souvent, à l'infection diphtérique compliquée d'infection secondaire. Le traitement de la bronchopneumonie est encore discutable. Des trois séries de malades traités moitié, les uns par les bains froids, les autres par les bains chauds, les troisièmes sans balnéation, le pourcentage de mortalité a été à près identique.

Les complications de la diphtérie assez fréquemment observées, ont encore été les adénites sous-maxillaires suppurées, les otites (soixante-deux cas). On a encore observé l'abcès du médiastin, l'œdème de la glotte, la gangrène du larynx, l'endocardite, la méningite cérébro-spinale suppurée, la pleurésie, l'ictère, l'éclampsie, la néphrite. Il y a eu cinquante-un cas de paralysie, le plus souvent localisée au voile du palais, rarement généralisée. Dans deux cas, la paralysie à forme hémiplegique était due à une lésion du cerveau.

La diphtérie, survenant chez les enfants déjà malades d'une autre infection, a été particulièrement grave. C'est ainsi que sur vingt-cinq tuberculeux vingt-un sont morts.

Au point de vue de l'examen bactériologique, ces 1,778 cas de diphtérie ont donné dans un quart des cas des bacilles longs, dont les trois quarts des bacilles dits moyens et courts. On a constaté dans les milieux de culture la présence, on peut dire constante, de streptocoques. La présence simultanée des bacilles de Loeffler et des streptocoques n'a donc aucune signification pronostique.

Accouchements sans douleur à la suite d'une injection médullaire d'un centigramme de cocaïne. (M. le docteur Marois de Québec a rapporté deux succès à l'actif de cette méthode.)

DE L'INFECTION DU NOUVEAU-NE PAR LE LAIT DE LA MÈRE

(*Observation recueillie dans le service de M. Budin.*)

Une femme âgée de 19 ans, couturière, primipare, qui a toujours été bien portante et ne présente aucun antécédent, accouche, le 6 mars, d'un enfant qui pesait 2.350 grammes. Rien de particulier à noter dans cet accouchement.

Le 3e jour, à cinq heures du soir, frisson, céphalalgie, nausées, température de 38°4c ; les lochies sont un peu fétides. Injections intra-utérines ou sublimé à 1 pour 4000, qui ramène quelques lambeaux de caduque fétides.

Le lendemain même état, température de 37°4, le matin, de 38°2, le soir. Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 38°5. Un jour même, elle atteint 39°2. Cette infection a duré une huitaine de jours environ. *Pendant ce temps, rien à noter du côté des seins.*

L'enfant à la naissance pesait 2.350 grammes. On lui donne 150 gr. de lait stérilisé par jour. Au quatrième jour, il prend le sein de la mère (400 gr. environ).

Jusqu'au huitième jour, rien de particulier ; l'enfant augmente de 25 gr. par jour environ. Au huitième jour, il perd brusquement 200 gr. en 3 jours ; garde-ropes un peu liquides. Il prend alors 300 gr. au sein et 200 de lait stérilisé. Pepsine, bains aromatiques, frictions alcooliques.

Malgré cela, l'enfant diminue toujours, il ne pèse plus que 2.000 au lieu de 2.350 gr. qu'il pesait à la naissance ; de plus, son état général devient très grave : atonie complète, facies verdâtre, yeux excavés, nez pincé, température de 35°. M. Budin fait remarquer qu'il a l'air profondément infecté. Cet état dure trois jours.

Au troisième jour, il est absolument mourant : présence de *fourmiolés* à deux doigts de la main droite et au pouce de la main gauche. En présence de ces manifestations M. Budin pensa que, malgré l'état si grave, la guérison pourrait peut-être survenir. Il survint alors en effet une légère amélioration qui s'accrut, de telle sorte qu'en cinq ou six jours l'en-

fant avait repris son poids antérieur et sa santé était redevenue excellente.

Examen du lait des deux seins : Antisepsie de la mamelle. Expression du lait. A l'examen direct, rien.

Ensemencement : Culture pure de staphylocoques dorés.

Examen du pus des tounioles : Antisepsie. Ouverture.

A l'examen direct : staphylocoques.

Ensemencement : Culture pure de staphylocoques doré.

Nous regrettons de n'avoir pas examiné le sang.

Nous pensons que cette observation présente quelque intérêt. Elle s'ajoute aux expériences faites par Karlinski. Cet auteur a injecté des cultures de staphylocoques à des lapines. Leur lait examiné, contenait ces micro-organismes. De plus, les petits qui avaient tété leur mère sont presque tous morts d'infection à staphylocoques.

Dans notre observation, en effet, nous avons cliniquement tous les signes de l'infection de l'enfant par la mère.

Du côté de la mère : Température. Lochies fétides. Etat général grave.

Du côté du nouveau-né : Diminution de poids. Etat général grave. Présence d'abcès sous-unguéaux. Rétablissement rapide.

Nous avons aussi la preuve bactériologique.

Pathogénie : Infection sanguine au niveau de l'utérus. Passage du staphylocoque à travers le filtre mammaire sans localisation du côté des seins. Infection générale de l'enfant par le lait.

Nous nous demandons s'il n'est pas dangereux de donner le sein à l'enfant quand la mère a de l'infection sans que cependant il y ait des manifestations du côté des seins.

Traitement de la dysenterie ou entérocolite ulcéreuse : Une injection hypodermique de 3 c. c. de sérum gélatiné à toutes les quatre heures donne d'excellents résultats.

* * *

Une cuillerée à soupe d'eau Fluoroformée, 4 à 5 fois par jour, concourt puissamment à guérir les malades souffrant d'arthrite tuberculeuse.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LE SERUM ANTI-DIPHTÉRIQUE

M. TALAMON a obtenu d'excellents résultats en traitant les pneumoniques par les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique : sur cinquante malades traités il eut sept morts, soit une mortalité de 14 pour 100 ; l'année précédente, la mortalité avait été, dans les mêmes conditions d'hospitalisation, d'âge des malades, de tares alcooliques antérieures, mais sans traitement par le sérum de 37 pour 100.

Ce traitement est d'une innocuité absolue, il a fallu quelquefois injecter jusqu'à 260 centimètres cubes de sérum ; il n'y eut que cinq fois des accidents d'érythème, de douleurs musculaires et de douleur articulaires.

La technique employée fut la suivante : double injection matin et soir de 20 centimètres cubes de sérum, répétée jusqu'à amélioration.

Il se peut que le sérum antidiphthérique ait une action spécifique contre le pneumocoque ; les venins des serpents sont multiples et cependant un seul sérum antivenimeux suffit.

LES ECHANGES RESPIRATOIRES CHEZ LES PHTISIQUES

Des études portant sur 392 malades nous ont révélé un fait qui nous paraît avoir une très grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement de la tuberculose ; ce fait, c'est que les échanges respiratoires sont beaucoup plus élevés chez les phtisiques que chez les individus sains, et cela assez constamment pour que, sur 163 phtisiques, nous n'ayons que 8 pour 100 d'exception. Ces échanges croissent en moyenne de 110 pour 100 chez la femme, et de 80,5 pour 100 chez l'homme.

Cette suractivité des échanges respiratoires existe non seulement dans les formes aiguës de la maladie, mais aussi dans toutes les périodes de la forme chronique, aussi bien au début

qu'aux périodes avancées, et elle persiste jusqu'aux derniers jours de la maladie. Elle subit des oscillations qui affectent un certain rapport avec les progrès ou l'amélioration de la tuberculose.

Le mal de Pott, la tuberculose osseuse, la tuberculose du testicule, la pleurésie tuberculeuse, les adénites tuberculeuses présentent une suractivité analogue dans les échanges ; mais celle-ci fait défaut dans la péritonite, la méningite tuberculeuse et le lupus.

L'exagération des échanges respiratoires n'est pas un acte de défense de l'organisme, ce n'est pas non plus une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion bacillaire chez les trois quarts environ des descendants des tuberculeux : c'est une des conditions du terrain de la tuberculose ; l'autre condition est la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une note ultérieure. C'est la consommation produite par les échanges respiratoires et la déminéralisation qui prépare le terrain à l'invasion bacillaire.

Si, dans les diverses maladies que l'on peut confondre avec la tuberculose pulmonaire, on en rencontre quelques-unes où les échanges respiratoires sont exagérés, cependant ceux-ci diffèrent toujours par quelque trait de ceux de la phtisie. Donc, si l'on hésite sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, l'examen des échanges respiratoires résoudra la difficulté. Et comme les caractères de ce chimisme sont significatifs dès le début de la tuberculose, on saura ainsi le moyen de réaliser son diagnostic précoce.

MM. ROBIN ET BINET.

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR INJECTION INTRA-ARACHNOÏDIENNE DE DOSES MINIMES DE COCAÏNE

Chez un homme de trente-cinq ans, atteint depuis huit jours d'une sciatique droite de moyenne intensité (cause indéterminée,) avec signe de Lasègue bien caractérisé, nous avons le 26 mars, à 10 h. $\frac{1}{2}$, pratiqué une injection intrarachnoïdienne de 5 milligrammes de cocaïne (solution au 1 pour 100 stérilisée à l'autoclave); trois minutes après, le ma-

lade accusait une notable diminution de la douleur ; six minutes après l'injection, la douleur avait complètement disparu et il ne restait plus que quelques vestiges du signe de Lasègue. Le malade insistait alors pour se lever, se disant guéri ; il s'habillait, descendait dans les cours où il se promena pendant toute la journée ; le soir, à 4 h. $\frac{1}{2}$, la douleur revenait, mais avec une faible intensité ; la nuit était bonne, et, le lendemain, le malade, tout en accusant encore un certain degré de névralgie, déclarait qu'il n'y avait aucune comparaison avec ce qu'il souffrait la veille. L'amélioration a persisté jusqu'à l'heure actuelle.

Nous devons rappeler qu'à la séance de la Société de neurologie du 7 mars, M. Achard a rapporté trois observations de sciatique traitée par l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne à la dose de 1 à 2 centigrammes ; il semble, dans sa communication, qu'il attache une certaine importance à la production d'anesthésie dans les membres intérieurs pour le succès du traitement.

Dans notre cas, la dose employée a été beaucoup moindre puisqu'elle n'a pas dépassé 5 milligrammes ; l'amélioration a été rapide quoique, à aucun moment, il ne se soit produit d'anesthésie cutanée. Si des faits ultérieurs venaient démontrer d'une façon absolue l'efficacité de doses aussi minimes que celle employée par nous, il y aurait un avantage évident à s'y tenir puisqu'on aurait ainsi d'autant plus de chances d'éviter les inconvénients, parfois assez pénibles, des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne.

P. MARIE.

LE MEILLEUR PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL

On sait que sous l'influence d'un pansement antiseptique la chute du cordon chez le nouveau-né est considérablement retardée. Ainsi le cordon se détache généralement le cinquième ou le sixième jour si on le tient enveloppé simplement dans un linge imbibé d'huile ou d'axonge,—comme c'était la coutume avant l'avènement de l'antiseptie—tandis que sa chute peut être retardée jusqu'au dixième jour lorsqu'on se sert

d'un pansement antiseptique sec, par exemple d'un mélange de sous-nitrate de bismuth et d'iodoforme.

S'ensuit-il de là que les pratiques de l'antisepsie doivent être rejetées pour ce qui concerne le cordon ombilical ? Assurément non, car l'antique pansement huileux ou graisseux, bien qu'il n'entraîne aucune conséquence fâcheuse dans la grande majorité des cas, présente cependant l'inconvénient de laisser parfois après la chute du cordon une plaie sale, de mauvais aspect, pouvant devenir le point de départ de processus infectieux.

Un pansement idéal serait donc celui qui, tout en ne retardant pas la chute du cordon, exercerait cependant une action antiseptique suffisante pour écarter tout danger d'infection.

Or, d'après un confrère russe, M. le docteur J. Lvow, privat docent d'obstétrique à la Faculté de médecine de Kazan, la glycérine serait précisément la substance capable de réaliser ce double but par son action à la fois antiseptique et siccatrice. Ainsi que M. Lvow a pu s'en convaincre sur plus de 500 nouveau-nés, la glycérine dessèche, momifie le cordon ombilical et amène sa chute le quatrième ou, au plus tard, le cinquième jour.

Voici la pratique que notre confrère a définitivement adoptée pour les soins à donner au cordon ombilical :

Le cordon ayant été lié et coupé, et le nouveau-né baigné comme d'habitude, on sèche soigneusement le moignon ombilical avec du coton hydrophile, on le recouvre hermétiquement d'une fine couche de ce coton légèrement imbibé de glycérine pure, et on applique par-dessus quelques tours de bande de tarlatane. Ce pansement est laissé en place jusqu'à la chute du cordon, c'est-à-dire jusqu'au quatrième ou cinquième jour. Pendant tout ce temps on s'abstient de baigner l'enfant ; on évite même la simple inspection du cordon et on se borne à changer la bande extérieure de tarlatane, lorsqu'elle est sale.

On obtient ainsi, après la chute du cordon, une plaie d'excellent aspect, qui ne sécrète pas et n'est pas entourée de rougeur inflammatoire. La cicatrisation est complète en neuf à dix jours, soas le pansement au sous-nitrate de bismuth ou à la poudre de talc.

LA COMPOSITION DE L'URINE DANS LES DERMATOSES

En examinant l'urine de 2,000 malades atteints d'affections cutanées diverses, M. Duncan Balkley reprenant ses travaux antérieurs sur les relations qui existent entre la composition de l'urine et les dermatoses, a pu remarquer un certain nombre de particularités intéressantes.

Dans l'eczéma, la composition de l'urine est presque toujours anormale ; la densité est augmentée (1023), les chlorures sont diminués de près de moitié ainsi que les phosphates. La proportion d'urée est très variable.

L'acné est presque toujours associée à des troubles de l'assimilation. Ici encore la densité de l'urine est accrue et cela de par l'augmentation des sels.

Dans le prurit, l'acidité est au-dessus de la normale, mais contrairement à son attente, l'auteur n'a pas remarqué que l'urine contient du sucre.

Dans le psoriasis, l'acidité de l'urine est aussi augmentée : l'oxalate de chaux, l'acide urique et les urates sont abondants.

Ainsi que le reconnaît l'auteur, les résultats obtenus ne sont pas assez concordants pour que l'on puisse établir les rapports qui existent entre la composition de l'urine et les précédentes dermatoses, mais ils suffisent à montrer que ces dermatoses s'accompagnent de modifications urinaires et qu'il faut tenir compte en dermatologie de ces troubles de la nutrition et des échanges. Rares sont les malades qui présentent une urine normale.

LA POMMADE IODO-IODUREE CONTRE LE CHALAZION,

par STRZEMINSKI (Wilna)

Les kystes sébacés des glandes meibomiennes, connus sous le nom de *Chalazion*, sont considérés comme justiciables seulement de l'opération. Tel n'est pas l'avis de l'auteur qui a vu ces petites tumeurs guérir, dans la moitié des cas environ et au bout d'un laps de temps variant entre deux et huit semai-

nes, sous l'influence de simples applications du mélange suivant :

Iode pur	0 gr. 20 centigrammes.
Iodure de potassium.....	0 gr. 69 —
Lanoline	4 grammes.
Vaseline liquide... } aa.	0 — 80—
Eau distillée..... }	

Chaque soir, au moment de se coucher, on conduit de cette pommade, en exerçant une légère friction, les téguments palpébraux au niveau du kyste.

SUR QUELQUES MODALITES DES PERVERSIONS DE LA FAIM

Je désire appeler votre attention sur quelques modalités des perversions de la faim, notamment sur la *faim douloureuse* et *nauséuse*, et sur la *faim anxieuse* ou *angoissante* qui serait mieux appelée encore *faim phobique*.

En dehors de toute inanition prolongée, la faim s'accompagne de sensations véritablement pénibles chez deux catégories de malades : les hyperchlorhydriques et les névropathes.

Chez les hyperchlorhydriques, la faim douloureuse est d'observation assez commune. On sait que, chez ces dyspeptiques, les douleurs gastriques se montrent fréquemment à la phase tardive de la digestion, ce qui s'explique par l'hyperacidité chlorhydrique du contenu de l'estomac à ce moment ; si ces souffrances sont trop accentuées, elles peuvent masquer la sensation de faim qui reste méconnue.

On peut calmer cette douleur par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, par un peu de liquide, ou encore par une dose suffisante de bicarbonate de soude.

Chez les névropathes, la faim s'accompagne quelquefois aussi d'une sensation pénible, sans hyperchlorhydrie. Dès que l'heure du repas est arrivée, ces malades deviennent inquiets, agités : ils éprouvent un malaise général, ils sont de mauvaise humeur ; quelquefois ils ressentent, au niveau du creux épigastrique, une sensation de tiraillement désagréable et même de véritable crampe. Ce trouble s'observe surtout chez les jeunes femmes nerveuses dont l'alimentation est insuffi-

sante ; la faim est alors calmée souvent par quelques bouchées d'aliments.

Chez certains sujets, la sensation de faim s'accompagne fréquemment d'une nausée plus ou moins intense. Il arrive même que la nausée l'emporte sur la faim, si bien que les malades méconnaissent complètement ce qu'ils ressentent ; ils ont mal au cœur, ils présentent de la salivation, et se demandent s'ils ne vont pas vomir : en réalité, ils ont besoin de manger.

C'est encore chez les jeunes femmes nerveuses qu'on observe le plus souvent ce phénomène ; il se montre habituellement vers quatre ou cinq heures du soir, heure de la dépression générale des névropathes.

L'état nauséux disparaît si l'on fait manger les malades quelque temps avant l'heure à laquelle se montre cette sensation de faim pervertie.

Il nous a paru que la faim nauséuse peut devenir chez les hystériques l'occasion de vomissements répétés, parfois même incoercibles. Peut-être est-ce à cette cause qu'il faut attribuer la fréquence, assez grande chez les hystériques, de vomissements du matin qui rappellent les pituites des alcooliques.

La faim *anxieuse* ou *angoissante* offre des rapports très étroits avec les phobies. Les malades qui présentent cette perversion éprouvent à certains moments une sensation très pénible d'angoisse ; il leur semble qu'ils vont se trouver mal, qu'il va leur arriver les accidents les plus graves s'ils ne mangent pas immédiatement. Parfois, ils ont les mains froides, du tremblement ; certains d'entre eux sont pris d'excitation, tous perdent plus ou moins la tête.

En somme, l'anxiété ressentie paraît très comparable à celle qu'éprouve un agoraphobique, un claustrophobique, etc. Ces sujets ont la phobie de l'inanition, la phobie de la faim, comme d'autres ont la phobie des grands espaces, des foules, des salles de réunions, etc.

La faim *phobique* peut donc prendre place à côté des autres phobies. A ce propos, il y a lieu de se demander s'il ne conviendrait pas d'en rapprocher la soif phobique, et si l'anxiété causée par la soif n'est pas l'élément initial de certaines polyuries simples, qu'elles surviennent ou non chez des hystériques.

DR MATHIEU.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR HERVIEUX.

Séance du 23 avril.—M. DUBÉ démontre la non-hérédité de la tuberculose dans une étude complète de la question. Il rappelle que la théorie de Baumgarten touchant la *latence du germe* n'est plus admise aujourd'hui. Dans un grand nombre d'autopsies qu'il a eu l'occasion de faire chez les enfants, la découverte d'une germination tuberculeuse était une rare exception. Cependant il admet comme possible la transmission bacillaire directe de la mère au fœtus, par les vaisseaux du placenta, surtout si l'ovaire ou le péritoine sont affectés de tubercules. Il partage l'opinion de M. le professeur Landouzy, savoir, que l'enfant naît pas tuberculeux mais *tuberculisable* : c'est un prédisposé, un candidat à la tuberculose. Afin que le candidat ne soit pas l'élu du bacille de Kock M. le Conférencier propose une série de moyens prophylactiques dont le meilleur, dit-il, est le *sanatorium*.

M. DEMERS apporte une nouvelle preuve à l'appui de la non-hérédité de la tuberculose et cite le fait que la tuberculine T. R., injectée à 40 enfants nés de mères tuberculeuses rendues à la troisième période, n'a produit aucune réaction fébrile, la mère n'avait donc pas transmis le germe tuberculeux.

M. LESAGE est d'opinion qu'un ovule provenant d'un ovaire tuberculeux ne peut transmettre la tuberculose parce qu'il est impropre à la fécondation. Il insiste sur l'état d'intégrité parfaite dans lequel doivent être les éléments mâles et femelles pour qu'il y ait reproduction. La prophylaxie de la tuberculose doit consister, dit-il, dans l'éducation du peuple, la lutte contre l'alcoolisme, et dans la construction d'habitations parfaitement salubres.

M. LE CAVELIER fait remarquer que l'excellent travail de M. le Conférencier intéresse hautement la profession médicale de ce pays qui ne s'est pas, jusqu'aujourd'hui, préoccupé de l'étude de l'hérédité et de la curabilité de la tuberculose. Si, actuellement, l'on parle beaucoup de tuberculose, ajoute-il, ce n'est pas pour répondre à une impulsion spontanée mais bien à une nécessité absolue en suivant l'exemple que nous donnent

non seulement les villes étrangères, mais aussi les autres provinces de notre pays. Les gouvernements des provinces d'Ontario et de la Nouvelle-Ecosse, justement alarmés de la haute mortalité causée par la tuberculose, ont souscrit généralement pour l'érection de Sanatoriums populaires. Cependant, si l'on consulte les statistiques de notre province, l'on verra que nous aurions dû être les premiers à sonner l'alarme, car le nombre de tuberculeux est plus élevé ici qu'ailleurs. Durant l'année 1894 il est mort dans la province de Québec 2,664 tuberculeux, en 1895, 2,791, en 1896, 2,826, en 1897, 3,079.

Comme l'on voit, l'augmentation des décès suit une marche constante et progressive. A l'heure où les progrès de la science médicale et de l'hygiène réussissent à diminuer toutes les autres maladies contagieuses, la tuberculose seule triomphe et devient la plus meurtrière. Si, pour lutter contre ce *fléau pulmonaire*, l'on ne fait pas plus dans le présent que l'on n'a fait dans le passé, l'on verra la mortalité atteindre des proportions inquiétantes, de nature à faire honte aux autorités qui président aux conditions sanitaires de notre province.

Si la tuberculose était d'origine congénitale, l'autopsie des enfants mourants avant d'avoir atteint la première année révélerait les germes de cette maladie ; mais aux chiffres fournis par M. le Conférencier, si l'on joint les statistiques de l'Institut pathologique de Kiel, portant sur 2,500 autopsies, celles d'Hutinel, de Comby et de Froebélius, portant sur 5,429 autopsies, l'on constatera la *rareté relative* de la tuberculose du nouveau-né en rapport avec la mortalité totale. Les statistiques des vétérinaires concordent absolument avec celles des médecins et toutes confirment l'extrême rareté de la tuberculose chez le veau et l'accroissement progressif de sa fréquence avec l'âge. Des recherches faites sur les ganglions Porte de 4,068 âgés d'un jour environ, ont démontré l'existence de la tuberculose que dans 26 cas : soit 0.64 p. 100.

De tous les faits probants recueillis, il résulte que *la fréquence de tuberculose chez l'enfant atteint son maximum vers l'âge de deux ans ; puis elle diminue progressivement et rapidement jusqu'à un minimum qui s'observe de 5 à 15 ans. De 15 à 35 ans la fréquence s'accroît de nouveau pour toucher son minimum à 40 ans.*

M. DAIGLE, se plaçant au point de vue de médecins examinateurs pour les compagnies d'assurance, demande quelles sont les limites des dangers de l'hérido-contagion.

M. DUBÉ répond que les médecins des grandes compagnies d'assurance de l'Europe, formés en associations, se réunissent souvent pour discuter l'admission des cardiaques et des prédisposés tuberculeux. De ces délibérations il résulte que certaines compagnies refusent catégoriquement d'accepter ces personnes ; d'autres exigent un taux supplémentaires, et quelques-unes agissent d'une manière plus rationnelle tiennent compte de l'occupation, des conditions sanitaires et des réactions vitales du candidat.

M. DE GRANDPRÉ traite d'une manière très pratique de l'alimentation infantile. Il donne la quantité progressive de lait que l'enfant doit prendre chaque jour pour se développer régulièrement. Le seul lait parfaitement approprié aux besoins de l'enfant, dit-il, est celui de sa mère ou d'une bonne nourrice. Durant le premier mois, l'enfant doit être mis au sein toutes les 2 heures et demie pendant le jour et une fois la nuit.

Les mois suivants les tétées doivent être plus éloignées et il faut arriver à mettre l'enfant au sein à toutes les 3 heures. Après le 6e mois, il est bon de supprimer la tétée de la nuit. Si l'enfant est confié à une nourrice, l'âge du lait de la nourrice ne doit pas être trop éloigné de l'âge du nourrisson ; un lait de plus de trois mois est trop riche en caséine et en matière grasse pour l'estomac d'un nouveau-né. On ne doit recourir à l'allaitement au biberon que dans les cas de nécessité absolue. Le meilleur succédané du lait maternel est le lait d'ânesse, mais le plus usité est celui de vache. Il ne doit pas être donné pur avant le 6e mois et doit être coupé d'eau bouillie sucrée. M. le Conférencier signale les dangers d'infection par le lait impur ; il insiste sur la nécessité d'appareils stérilisateurs et passe en revue certaines préparations artificielles qui peuvent rendre de grands services comme moyens adjuvants, lorsque l'alimentation naturelle est insuffisante.

M. CORMIER fait observer que l'alimentation infantile est une question de la plus haute importance puisqu'elle est la principale cause de la grande mortalité chez les enfants. Le lait, dit-il, dépourvu de germes infectieux par une stérilisation

parfaite, ne jouit pas, pour cela, de la propriété de se conserver indéfiniment, le ferment lactique est détruit, mais le ferment de la caséine existe encore ; et j'ai vu quelquefois du lait stérilisé conservé trop longtemps amener des troubles gastriques très sérieux.

Souvent le lait pur produit les mêmes effets, s'il provient de vaches suralimentées avec les résidus d'orge des brasseries ; même les mères, ajoute-il, stimulant la sécrétion lactée par différentes préparations de malt, donnent à leurs enfants une gastro-entérite qui réclame par la suite un traitement spécial.

INTERETS PROFESSIONNELS

Les prochaines élections du Bureau des Gouverneurs, qui auront lieu en juillet prochain, vont amener, paraît-il, de nombreux changements dans la composition du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le vote par procuration avec *liberté illimitée* donnée au porteur était une méthode dangereuse qui n'existe plus. Cependant le Bureau actuel a été élu par cette manière de voter. Aujourd'hui, les membres de la profession, plus renseignés qu'autrefois sur les délibérations du Bureau, s'intéressent davantage au choix des gouverneurs.

Les différentes causes portées devant les tribunaux et publiées dans les journaux politiques ont attiré l'attention des médecins sur le fonctionnement des nouveaux règlements. Aux prochaines élections, le vote par district et avec procuration mentionnant le nom du candidat choisi exprimera mieux la volonté de chacun, et le nouveau Bureau des Gouverneurs représentera plus exactement l'opinion générale du corps médical de la province de Québec.

Quelquefois la glycosurie apparaît chez des sujets souffrant de la blennorrhagie, dans ce cas si vous employez les blasamiques vous guérirez les deux affections.

* * *

Le Dr Join, de Paris, rapporte 25 cas de fibrome traités avec succès par l'extrait de la glande thyroïdienne.

NOUVELLES

A L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL

Mardi le 7 mai on célébrait à l'Hôtel-Dieu *les noces d'or professionnelles* de sir William Hingston. Après cinquante années d'heureux ménage avec la science médicale il fait bon de s'arrêter un instant pour regarder le chemin parcouru. Les excellentes Sœurs profitaient de l'occasion pour présenter à celui qui se dévoue depuis un demi siècle à la gloire de leur institution, à la guérison des malheureux et aux travaux du professorat, leurs témoignages de vive et profonde reconnaissance.

Sa Grandeur monseigneur Bruchési apportait à sir William Hingston les hommages du clergé.

Les étudiants, de concert avec les malades représentés par M. le docteur Saint-Jacques, interne de l'hôpital, rappelaient à l'illustre clinicien une des plus belles pages d'histoire de la chirurgie canadienne que ses succès ont écrits en caractères ineffaçables et faisaient des vœux pour que plusieurs générations d'étudiants puissent jouir encore longtemps de sa longue expérience et de ses brillantes lumières qui répandent un si vif éclat sur notre enseignement universitaire.

M. le docteur Mercier professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Notre-Dame, doit partir le 9 juin prochain pour un voyage de quelques mois en Europe dans l'intérêt de sa profession.

Une hémorrhagie cérébrale vient de foudroyer, à la fleur de l'âge, un de nos confrères, M. le docteur Timothée Lebel, de Bouctouche, qui fut un étudiant au plus riche caractère et un médecin des plus dévoués.

Nos plus vives sympathies à la famille éplorée.

Nous apprenons que la maison Royer et Rougier frères, malgré le décès d'un de ses associés, maintiendra son comptoir du Canada ; seule la raison sociale sera très probablement modifiée ultérieurement.