

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 JUILLET 1904

No 5

QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU.

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

Professeur d'anatomie à l'Université Laval à Montréal.

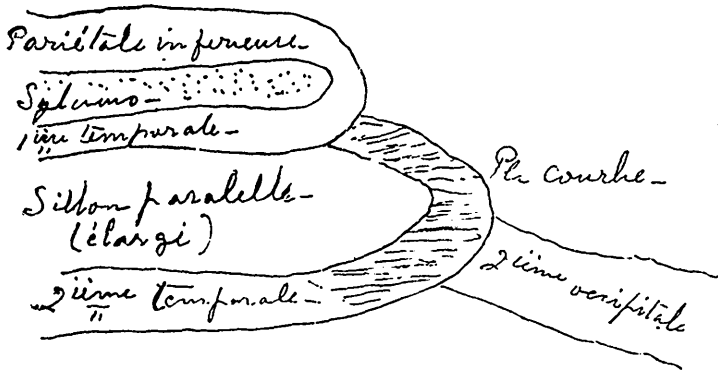
(Suite de la page 130.)

La face externe du lobe occipital présente trois circonvolutions, qui comme celles de tous les autres lobes prennent naissance des circonvolutions voisines. En effet, plus nous étudions la surface cérébrale, plus nous voyons que primitivement plane et régulière comme elle l'était chez le fœtus, elle s'est plissée peu à peu de façon à former les circonvolutions, qui, tout en paraissant au premier abord indépendantes, se continuent les unes avec les autres par des racines ou des *plis de passage*. Ces plis servent aussi de voie aux fibres d'association, qui sur une coupe d'un cerveau durci à la formaline sont très apparentes. Naturellement, lorsque nous parlons de fibres nous entendons les axes cylindres des neurones corticaux, et ceux qui tiennent beaucoup à la nomenclature nouvelle pourraient être portés à croire qu'en me servant du mot *fibre* , j'ai oublié les découvertes de Golji ou de Ramon y Cajal; qu'ils se rassurent, l'expression que j'emploie peut être un peu moins moderne, mais d'un autre côté elle est pour moi, du moins, plus commode.

Pour revenir à la face externe du lobe occipital, disons qu'elle présente une forme plus ou moins triangulaire, ses deux côtes formant le bord supérieur et le bord inférieur de l'hémisphère cérébral, la base étant délimitée par une ligne perpendiculaire interne. Deux sillons divisent la surface corticale en trois circonvolutions, ce sont: d'abord la continuation de la scissure interpariétale qui descend parfois jusqu'au pôle de l'hémisphère, ou à peu près. Au dessus de cette scissure se

trouve la première circonvolution occipitale qui s'unit à la pariétale supérieure par un pli de passage très facile à trouver et qui passe à travers la scissure perpendiculaire.

La deuxième circonvolution occipitale naît de ce que l'on nomme le *pli courbe*, une région qui se trouve assez facilement sur certains cerveaux, mais qui semble être moins développée sur d'autres. Il faut se rappeler que la meilleure manière d'y arriver est de suivre avec le doigt le sillon parallèle ou le deuxième sillon temporal, et de trouver le pli en forme d'U qui coiffe ce sillon. Ce pli se termine par une de ses extrémités à la première temporale, et par l'autre se continue avec la deux-



ième temporale. Cette espèce de *coiffe*, si je puis ainsi m'exprimer, est le *pli courbe*, et de sa connexité naît la deuxième occipitale. Ayant eu à le démontrer assez souvent à mes élèves, j'ai été à même de voir qu'il y a beaucoup de variations dans son étendue et dans son développement, mais en suivant le sillon parallèle, l'on finit toujours par le trouver. Sur un cerveau que j'ai examiné l'hiver dernier, il était fortement plissé, de manière à former plutôt un W qu'un U. J'ose encore présenter un *schema*, l'on voudra bien prendre l'intention en considération, plutôt que le travail.

La troisième occipitale est une circonvolution très petite et peu importante.

Quelles sont maintenant les fonctions de l'écorce occipitale? Selon Déjerine et plusieurs autres auteurs, les cellules de cette région servent à emmagasiner les impressions visuelles déjà reçues, c'est-à-dire, c'est le centre des *souvenirs visuels*. Il est recues, c'est-à-dire, c'est le centre des *souvenirs usuels*. Il est clair, par ce que nous avons déjà vu, que le centre des perceptions visuelles, est localisé sur la face interne du lobe occipital, mais pour conserver la mémoire sensible des impressions reçues, il faut que celles-ci soient imprimées sur les cellules des circonvolutions occipitales, qui sont préposées à cette fonction. Or, nous savons tous la large part que prennent dans notre vie les souvenirs visuels. C'est par eux que nous reconnaissons nos amis, nos rues, nos maisons; c'est encore par eux que nous pouvons jouir en évoquant le souvenir d'un beau paysage, d'un bel édifice, d'un chef-d'œuvre. Bien plus, c'est autour du *pli courbe* et dans ses cellules que se gravent les *images visuelles des mots*, de sorte que sans ces images commémoratives, nous serions dans l'impossibilité de lire. Ce centre du reste, complète ce que Déjerine appelle la zone corticale du langage; il est unilatéral et se trouve du côté gauche. Les deux autres centres sont celui des *images motrices d'articulation* qui siège dans le pied de la circonvolution de Broca, et celui des *images auditives des mots* qui est situé dans la première temporale.

Il n'est pas rare de voir une hémiplegie compliquée d'*alexie* ou la perte de la faculté de lire. Je me rappelle d'une malade qui, après une première hémorragie cérébrale, s'est mise à l'œuvre pour apprendre de nouveau ses lettres, et qui commençait à lire un peu lorsqu'un nouvel *ictus* mit fin à ses études et à sa vie. La lésion cérébrale, est dans ces cas très étendue et intéresse les radiations optiques de Gratiolet, dont nous avons parlé dans un précédent article. Il s'accompagne généralement d'hémianopsie, mais l'état mental du malade rend souvent la recherche de ce dernier symptôme assez difficile.

Nous venons de dire que les impressions visuelles se gravent sur les cellules des circonvolutions occipitales. Or, ce qui arrive pour les impressions visuelles dans le lobe occipital, se passe dans d'autres régions pour d'autres sensations, et ces *cellules gravées*, si je puis m'exprimer ainsi, constituent la base physique de la mémoire. En effet, ce n'est pas tout de recevoir

l'impression qui est parvenue à l'extrémité interne des neurones sensitifs, la perception peut être très claire, mais la perception est une chose éphémère, et il n'en resterait rien si l'impression n'était pas aussitôt gravée sur les cellules spéciales pour rester à la disposition de l'esprit. Il s'agit ici, bien entendu, de la mémoire sensible, non de la mémoire intellectuelle, qui est une autre faculté et qui a son siège en dehors de la partie matérielle de l'homme.

Pour revenir à cette mémoire sensible, supposons, comme exemple, que deux personnes, A et B passent devant le même paysage, A le regarde avec attention, il en saisit tous les détails, et rendu à domicile, ou encore longtemps après, il est en état de décrire ce qu'il a vu; B y jette un regard qui embrasse le même paysage, l'image s'est bien formée sur la rétine, mais peu après c'est fini, il ne s'en rappelle plus. Chez les deux la perception est la même, mais chez A l'attention a fait graver les impressions reçues sur les cellules corticales; chez B il n'y a eu qu'une perception suivie de l'oubli.

Comment pouvons-nous nous servir de ces *cellules gravées*? Par l'exercice de cette faculté qui s'appelle l'imagination, c'est-à-dire, que nous excitons ces cellules et elles présentent à l'esprit les images sensibles qu'elles portent. Si les impressions ont été très vives, les images semblent être mieux gravées, et nous revoions plus clairement les scènes ou paysages, que si l'impression a été moins vive. Les impressions qui portent les "cellules gravées" ressemblent un peu à l'écriture sur les tablettes de cire des anciens; c'est-à-dire, avec le temps, ces impressions deviennent souvent plus ou moins distinctes et parfois semblent disparaître entièrement.

(A suivre.)

Le génie est une puissance intellectuelle épanouie qui lance des éclairs éblouissants, mais nulle puissance ne peut se développer tout entière si elle n'est nourrie par l'instruction et l'éducation, soutenue par la volonté et le caractère, fortifié par le travail et l'exemple, provoquée par le public et le patriotisme.

L'ALCOOLISME AU CANADA D'APRES LES STATISTIQUES. (1)

*" L'alcool fait de nos jours plus de ravages que
n'en font la peste, la famine ou la guerre. "*

(GLADSTONE).

Monsieur le Président,
Messieurs,

La question de l'alcool est toujours à l'ordre du jour, car il est la cause du désordre de bien des soirs.

Pour conserver à nos générations toute la vigueur physique, intellectuelle et morale que réclame notre jeune pays en voie d'accomplissement de grandes œuvres nationales, le médecin à le devoir d'étudier toutes les causes d'affaiblissement de l'individu ou de l'espèce et de tenter par tous les moyens possibles la guérison de tous les maux.

L'alcoolisme est une plaie phagédénique qui menace de s'agrandir rapidement si l'on n'applique pas dès aujourd'hui un traitement efficace.

En l'année 1902 notre pays a produit 4,062,603 gallons d'alcool pur (100° esprit de preuve). Les demandes surpassant de beaucoup notre pouvoir de production, les distilleries surchauffées ont en 1903 inondé notre marché avec 5,082,495 gallons d'alcool pur (100° esprit de preuve), soit une augmentation de plus d'un million de gallons en une année.

Cela ne suffit pas encore pour répondre au luxe de notre consommation de liqueurs spiritueuses. Cependant nous avons été assez généreux l'an dernier pour envoyer à l'étranger 157,660 gallons de spiritueux mais en retour nous demandons à la France ses cognacs, ses vins, ses liqueurs; à la Hollande, son fameux gin; à l'Angleterre et à l'Irlande, leurs whiskys et leurs bières; aux Etats-Unis, leurs vins et leurs bières; soit un total, sans compter les vins et les bières, de 1,949,141 gallons d'alcool (100° esprit de preuve). Ajoutons cette petite somme aux 3,207,748 gallons à 100 degrés que nous buvons chaque année en notre pays nous arrivons au joli montant de 5,156,889 gallons d'alcool (100° d'esprit de preuve). Maintenant il nous faut compter les 25,755,154 gallons de bière que nous brassons pres-

(1) Communication faite au Congrès de Montréal le 28 juin 1904 par M. le docteur D. E. LeCavelier.

(2) Cognac, 273,144 Gallons; Gin, 663,027 Gallons; Whisky, 483, 868 Gallons; Rhum, 119, 469 Gallons; Cordials, 25, 068 Gallons; Autres, 8, 077 Gallons;

que pour nous seuls; car nous n'en exportons que 218,339 gallons pour l'armée et la marine anglaises; cependant nous recevons 515,746 gallons de bières étrangères et 515,800 gallons de vins.

Si nous cherchons à connaître la quantité de liqueurs spiritueuses que chaque estomac canadien est obligé d'ingurgiter chaque année pour prendre sa part, on trouvera que hommes, femmes, enfants, nous devons tous prendre chacun un beau grand, très grand gallon d'alcool pur 100°, (je n'ai pas compté les 17 distilleries clandestines et plus, qui fonctionnent irrégulièrement) plus une bouteille de vin dont la grandeur varie selon notre production locale que l'on ne connaît pas; puis 5 à 6 gallons de bière.

Avec un menu liquide aussi chargé, il doit exister dans notre pays un très grand nombre de dipsomanes pour absorber la ration de la femme, de l'enfant ou du convive qui ne peut tout prendre la part qu'on lui donne.

En présence d'un tel état de choses, une importante question se pose et s'impose. Comment faut-il lutter contre l'alcoolisme, quelle barricade faut-il élever contre ce flot toujours montant des liqueurs alcooliques en Canada?

Pour tenter la solution de ce problème il faut remonter aux causes de la funeste habitude de boire des liqueurs spiritueuses. Sans parler de l'hérédité alcoolique à forme cérébrale admise aujourd'hui par tous ceux qui s'occupent sérieusement de cette question, souvent le mal prend racine au berceau, on donne à l'enfant qui pleure un suçon trempé dans du whisky sucré, du vin, du cognac ou une cuillère à thé de sirop alcoolisé, l'on ne se doute pas de l'appétit qu'on éveille.

Quelquefois la bonne mère entourée de nombreux élixirs prétendus toniques, des vins St-Michel et autres et des préparations de malt, donne à son enfant un lait stimulant qui construit des cellules nerveuses à convulsion facile qui plus tard auront soif d'une liqueur plus forte.

Dans les réunions de famille, les fêtes, petites et grandes—et elles sont nombreuses—on donne un *mortel petit coup* à l'enfant sous prétexte que cela ne lui fera pas de mal. Lorsque, plus vieux les mêmes réunions se renouvellent, les mêmes voyages se répètent, le même langage est tenu et le fameux *petit coup* est suivi d'un grand nombre d'autres qui finissent par être la cause d'un grand mal.

Poliment l'alcoolisme ainsi introduit dans le foyer se répand de même dans la société; on invite un ami à entrer prendre une consommation dans un bar, puis on accepte de lui la même politesse, et l'on recommence avec un autre. La politique compte pour beaucoup dans la dépense d'alcool; outre que les politiciens sont en général loin d'être des abstinents, les comités d'élections sont souvent des buvettes clandestines où les organisateurs cherchent à convaincre les électeurs par des arguments coulants.

Il existe aussi un préjugé établi qui consiste à croire que l'alcool tonifie et que le travailleur stimulé par la boisson accomplira une plus grande somme de travail; s'appuyant sur ce faux principe, certains chefs d'industrie passent à boire à leurs employés et dans quelques chantiers le whisky est bu à même le seau. Ceci explique par quelle porte coulent les 60 millions de gallons de whisky et les 26 millions de gallons de bière qu'on dépense chez nous.

Quelle ordonnance devons-nous formuler contre cette grave maladie, que faut-il conclure ?

1o. Nous marchons vers l'emprisonnement national, nous buvons sept fois trop d'alcool à 100°; 16 onces d'alcool à 100°, soit un litre de whisky par tête serait une dose bien suffisante.

2o. Nous buvons cinq fois trop de bière, un gallon par estomac suffirait au besoin de la soif.

3o. L'alcoolisme est une maladie curable; l'ivrognerie est un vice qu'on doit prévenir.

4o. Celui qui consomme *régulièrement* une boisson distillée, même en petite quantité est destiné à devenir fatalement un alcoolique.

5. Celui qui consomme copieusement une boisson fermentée arrivera au même résultat.

6o. On devient alcoolique par l'entraînement, par les préjugés, par l'exemple; on boit parce qu'on voit boire, pour faire comme tout le monde, croyant que cela fera du bien.

7o. Le vol et le meurtre sont les fils, la débauche, la paresse, la mendicité et la folie sont les filles aînées de l'alcoolisme.

8o. Les statistiques prouvent que la mortalité est de 27 p. 100 plus élevée chez les alcooliques que chez les abstinents.

9o. Le médecin mieux que tout autre, connaissant les troubles pathologiques causés par l'alcool peut convaincre les mères

et les malades de ses effets nuisibles sur l'estomac, la foie, le cœur, les poumons, les reins, la vessie et le système nerveux.

100. L'alcool bien loin de rendre l'homme plus vigoureux et capable d'un travail plus intense, épuise l'énergie, déprime les forces et précipite l'impotence physique.

110. Pour aucune raison les parents devraient se permettre de donner une boisson alcoolique aux nourrissons.

120. L'ordonnance d'une potion pour ces petits malades ne doit pas contenir plus de 8 minimes par livres du poids du corps et par jour.

130. Dans les collèges, couvents et écoles l'enseignement régulier de l'hygiène du boire et du manger préviendrait bien des abus.

140. L'éducation morale de la jeunesse par les sociétés de tempérance viendrait favorablement secourir certaines volontés déprimées.

150. L'éducation générale du peuple par le bon exemple de sobriété que peuvent donner l'homme public et les classes dirigeantes produira les plus salutaires effets.

160. Des conférences touchant les dangers et les désastres dont l'alcool est le père devraient être données devant les cercles ouvriers durant la saison d'hiver.

170. Les mesures d'ordre administratif devraient être rigoureusement observées. La vente des boissons spiritueuses, la nuit, le dimanche, les jours de fêtes légales et aux mineurs doit être prohibée.

180. Afin de diminuer la vente des boissons de qualités douteuses dans les hôtels, et réveiller l'attention publique sur les falsifications fréquentes des liqueurs alcooliques, les municipalités devraient vendre sous ordonnance professionnelle des liqueurs de qualité reconnue excellente par des analyses répétées et publiées.

Ce qu'il y a de plus grand dans l'univers c'est l'homme; ce qui est le plus grand dans l'homme c'est l'âme.

**SUR QUELQUES MEDICATIONS QUI FAVORISENT LE
DEVELOPPEMENT PENDANT LA PERIODE DE
CROISSANCE, (1)**

PAR M. LE DOCTEUR MAURICE SPRINGER.

La plupart des sujets qui présentent un ralentissement très marqué ou un arrêt dans l'évolution de leur croissance et qui n'atteignent pas la taille que comportent leur hérédité et leur race, peuvent être traités efficacement par une médication gravitant autour du diagnostic pathogénique. C'est qu'en effet plusieurs organes concourent à la même fonction edificatrice, notamment l'estomac, l'intestin, la foie, le corps thyroïde, le testicule, les ovaires. Il suffit du trouble de l'un de ces organes pour entraver le développement et comme ils retentissent plus ou moins directement les uns sur les autres, il en résulte une complexité dont le clinicien doit rechercher à établir la hiérarchie.

L'aboutissant des manifestations morbides de ces organes est le cartilage de conjugaison, qui est l'agent actif de la croissance. Le plus grand nombre des maladies infectieuses et des intoxications peuvent y déterminer des lésions. Celles qui me paraissent le plus nettement caractérisées sont celles qui résultent de la syphilis héréditaire et de l'alcoolisme.

D'autre part, le cartilage de conjugaison, surtout celui au-dessus du genou, dont l'activité joue un rôle prépondérant dans la croissance en hauteur, paraît agir d'une manière évidente sur les centres trophiques qui président au développement général de l'individu. Car en appliquant des excitations électriques à ce niveau chez des jeunes lapins d'une même portée, non seulement j'ai obtenu une surélévation dans la hauteur du membre électrisé, mais encore tout l'individu s'est développé avec plus d'intensité que les animaux témoins, fait aisé à constater par l'augmentation du poids.

J'ai obtenu des résultats analogues chez les enfants.

Il résulte de ces faits qu'un des éléments importants du traitement consiste à réveiller l'activité du cartilage de conjugaison que des causes de dystrophie générale avaient assoupie ou arrêtée.

(1) Mémoire lu au Congrès de Paris.

Quand ces causes déterminent une ossification précoce, le développement est définitivement arrêté.

Mais ce fait semble plus rare qu'on ne pourrait le penser. C'est qu'en effet, l'ossification est plus souvent partielle que totale; et tant qu'il reste des cellules cartilagineuses du cartilage de conjugaison capables d'être érodées, le processus ostéogénique peut être réveillé.

C'est ainsi que je suis obligé de revenir sur un fait que je me suis efforcé d'établir dans une précédente communication à l'Académie des sciences, sur la valeur du diagnostic à l'aide de la radiographie et qui n'est pas aussi absolue que je le pensais. Dans plusieurs cas, alors que la radiographie indiquait par sa teinte uniforme l'ossification du cartilage de conjugaison, j'ai néanmoins obtenu une surélévation notable de la taille. Il en résulte que la radiographie ne permet pas d'établir un diagnostic certain. D'autre part, l'époque à laquelle le cartilage de conjugaison cesse de faire grandir doit être reculée bien au delà des limites généralement assignées.

Je me garderai bien de formuler une règle ne possédant encore que des observations isolées. Mais je citerai l'observation d'une demoiselle de 27 ans chez laquelle j'ai obtenu une poussée de croissance de 1 centimètre et demi en 25 jours. Je signalerai également le cas d'un sujet de 34 ans, dont la taille a pu être surélevée de 2 à 3 centimètres. Ce dernier était myxœdémateux, tandis que la première était bien portante. Ses parents, ses frères et sœurs étaient de taille élevée, elle seule mesurait 1 m. 49.

Dans tous les cas, au traitement local par excitation du cartilage de conjugaison auquel j'attache une très grande importance, j'ajoute des médications générales.

L'apothérapie joue un rôle de premier ordre aujourd'hui indiscutablement établi. Si je ne puis formuler encore aucune opinion sur la valeur de l'opothérapie ovarienne et par le suc testiculaire, il n'en est pas de même de la médication thyroïdienne dont j'ai vérifié les excellents résultats et au sujet de laquelle le Dr Hertoghe d'Anvers a publié des faits extrêmement intéressants.

Les relations du cartilage de conjugaison et du corps thyroïde sont indiscutablement établies par la clinique qui révèle des atrophies partielles de cet organe dans les arrêts de déve-

loppement, par la radiographie qui montre la persistance du cartilage à l'état de zone claire et transparente, par l'expérimentation, Hoffmeister ayant constaté une dégénérescence spéciale des cellules cartilagineuses consécutive à la thyroïdectomie.

Ainsi s'explique qu'en combinant l'opothérapie thyroïdienne et l'excitation physiologique des cartilages de conjugaison, on obtienne des repis de croissance d'une remarquable intensité.

A ces deux médications, il convient d'en joindre une troisième qui possède une action doublement favorable en ce qu'elle empêche l'amaigrissement que peut déterminer le corps thyroïde et en ce qu'elle favorise directement le développement. Il s'agit de l'absorption comme boisson habituelle de décoction de céréales fraîchement préparée chaque jour chez soi, l'état naissent des substances solubilisées par la décoction paraissant indispensable pour obtenir un effet très salutaire.

Je rappelle simplement ces faits publiés dans un mémoire paru déjà en 1894 et qui m'ont été inspirés par les résultats des éleveurs qui obtiennent des races de tailles différentes suivant l'alimentation.

Mais pour que les décoctions de céréales produisent tous leurs effets utiles, il est indispensable que les organes digestifs et le foie ne présentent pas de troubles, sans quoi elles peuvent les augmenter. La première étape de cette médication consistera donc à traiter les voies digestives pour faire tolérer par la suite les céréales. Ces troubles jouent par eux-mêmes un rôle si important dans les arrêts de croissance que, dans maintes circonstances, j'ai constaté que des enfants dont la croissance était ralentie ou même arrêtée, voyaient leur développement reprendre à la suite simplement d'un traitement antidyspeptique. Dans ce syndrome, le rôle le plus important paraît dévolu au foie, dont l'augmentation de volume est constatée dans un grand nombre de cas de troubles de croissance.

La clinique permet d'affirmer que le foie possède une action évidente sur l'évolution de la croissance. J'ai constaté des poussées de croissance rapide après un traitement visant uniquement l'état congestif du foie. Je me borne à signaler ce fait que je compte développer ultérieurement.

Des faits qui précèdent, il résulte que, ainsi que je le disais au début de cette note, le clinicien, avant d'établir un traitement des troubles de croissance, doit rechercher dans la com-

plexité des facteurs pathogéniques la part et la hiérarchie des différents organes qui concourent au même but. C'est ainsi qu'après avoir recherché les tares dystrophiques héréditaires, syphilitis, alcool, plomb, il efforcera de reconnaître les troubles des organes résultant des causes toxiques et infectieuses acquises.

Il pourra alors commencer le traitement de la croissance en visant suivant le cas, les végétations adénoïdes du pharynx, les troubles gastro-intestinaux et les différentes insuffisances hépatique, thyroïdienne, ovarienne, testiculaire. En remplissant ces indications, les excitations des cartilages de conjugaison seront d'autant plus efficaces.

ETUDE DE LA MOELLE EPINIÈRE AU MOYEN DES RAYONS N,

PAR MM. ANDRÉ BROCA ET ZIMMERN.

On sait que les rayons N sont émis par les divers organes surtout pendant leur fonctionnement et que ces rayons se manifestent par l'augmentation de l'éclat du sulfure de calcium phosphorescent. MM. Broca et Zimmern ont pensé que l'étude au moyen de l'écran phosphorescent devait donner des résultats précieux dans l'étude des fonctions de la moelle épinière. On a, en effet, décrit dans celui-ci certains centres qui président à des fonctions organiques bien déterminées, comme le centre cilio-spinal, les centres vaso-moteurs, le centre génito-spinal, le centre vésico-spinal. On est assez mal fixé sur la situation de beaucoup de ces centres, qui sont regardés comme diffus, s'étendant sur des segments assez étendus de la moelle.

L'étude de la moelle au moyen des rayons N qu'elle émet a montré l'existence dans celle-ci de foyers d'activité bien limités, tout à fait constants. Les auteurs n'ont pu encore les identifier tous, mais ils ont pu, du moins pour deux d'entre eux, le centre génito-spinal et le centre vésico-spinal, avoir quelques données assez précises.

L'étude de la moelle dorsale, lombaire et sacrée a été faite au moyen du tube de plomb à localisation, indiqué par Charpentier.

Chez les sujets normaux, ils ont localisé les points suivants d'émission maxima des rayons N :

Deuxième dorsale, cinquième dorsale, onzième dorsale, deuxième lombaire, milieu du sacrum.

Ces points ont été retrouvés en examinant des hommes, des femmes, des chiens et des cobayes.

Le point maximum de la deuxième dorsale correspond, selon toute probabilité, au centre cilio-spinal des auteurs. Le maximum de la deuxième lombaire correspond à la région dans laquelle se trouvent les centres génital, vésical, et de la défécation, d'après les auteurs classiques. Ils ont pu vérifier le fait pour les centres génital et vésical.

Sur les sujets âgés, tous les foyers en général sont moins actifs, moins aisés à voir que sur les sujets jeunes, mais la différence est surtout grande pour le centre qui correspond à la deuxième lombaire. Celui-ci, au lieu d'être le plus brillant de tous, devient moins brillant que celui de la onzième dorsale. C'est là bien probablement le centre génito-spinal et ce dernier fait vient à l'appui de cette croyance.

THERAPEUTIQUE ET HYGIENE DE L'OBESITE.

PAR M. LE PROFESSEUR E. DESCHAMPS. (1)

Préambule.— Malgré le nombre et la valeur des travaux qui ont trait à l'obésité, il règne encore sur ce sujet une grande incertitude. Les opinions les plus diverses paraissent avoir raison, les régimes les plus différents sont recommandés, les uns défendant d'une façon absolue ce que les autres permettent.

C'est cette absence de méthode qui nous a obligé à étudier nous-même cette question, à en analyser les différents éléments à l'occasion du traitement des malades qui sont venus solliciter nos soins. Cette étude n'a point été faite à la légère, elle remonte à l'année 1895 et elle résulte de l'observation d'une cinquantaine de sujets de poids différents. Nous avons la satisfaction d'avoir pu déterminer les conditions d'une méthode rigoureusement scientifique qui nous a permis dans tous les cas de ramener un sujet donné à un poids déterminé d'avance sans qu'il en soit jamais résulté un trouble pour sa santé.

Considérations pathogéniques.— Sans entrer dans de longs commentaires sur la pathogénie de l'obésité, puisque nous n'a-

(1) Communication présentée au Congrès de Paris

vons en vue que la thérapeutique et l'hygiène, nous pouvons dire: Un sujet est devenu obèse parce que sa ration alimentaire assimilée est depuis longtemps supérieure à l'énergie produite dans le même temps. Le problème ainsi posé se simplifie, il est ramené à la fixation d'une ration *optima* d'entretien et à la recherche des moyens capables d'augmenter la production et la dépense d'énergie; mais poser la question n'est pas la résoudre.

Si l'on envisage l'ensemble des obèses, on peut les ranger en deux catégories: 1o Les sujets dont la force musculaire est conservée (et quelquefois même au-dessus de la normale); ce sont des obèses hyperacides à hypertension artérielle par vaso-dilatation, leur teint est coloré, souvent congestif, leur calorification périphérique est facile surtout lorsqu'il sont jeunes, ils sont grands mangeurs, quelquefois grands buveurs. Chez eux la fonction digestive sollicite l'usage immodéré de la viande et c'est cet excès d'albuminoïdes qui, en déterminant la suralimentation, est la cause principale de leur obésité. Les urines sont riches en urée, en urates, elles sont hyperacides et laissent souvent un dépôt abondant plus ou moins coloré.

2o. Les sujets dont la force musculaire est notablement diminuée. Ce sont des obèses hypoacides à hypertension artérielle par vaso-constriction; leur teint est pâle, quelquefois plus ou moins jaunc, ce qui fait dire qu'ils font de la mauvaise graisse. Leur calorification périphérique est précaire, ils sont frileux et se couvrent de lainages la plus grande partie de l'année.

Il ne semble pas qu'ils soient enclins à une alimentation vicieuse et ils n'acceptent la viande en excès qu'on leur impose en raison de leur anémie apparente, souvent qu'avec dégoût.

Ils boivent souvent très peu et cela sans avoir songé à maigrir par ce moyen. Les urines sont en général peu abondantes, pauvres en urée et laissent un dépôt alcalino-terreux lorsque leur acidité est insuffisante.

Cette catégorie d'obèses comprend presque exclusivement des enfants, des adolescents et des femmes encore jeunes, tandis que la première comprend surtout des hommes et des femmes plus ou moins âgés.

Considérations générales sur la thérapeutique de l'obésité.—Le traitement de l'obésité ne doit pas avoir pour but seulement de réduire momentanément le poids du patient; l'obésité est le

résultat d'un vice fonctionnel acquis ou héréditaire qui diminue le rendement de la machine humaine et ne lui permet plus d'user également les différents matériaux que l'alimentation met à sa disposition. C'est à la modification, à l'*adaptation physiologique* du sujet que la thérapeutique doit s'adresser pour produire un effet durable. Si un certain nombre de traitements proposés ont donné lieu à tant de mécomptes, c'est qu'ils s'adressent exclusivement à l'embonpoint, c'est qu'ils n'ont en vue que la graisse qu'ils font disparaître soit par la privation excessive, soit, ce qui est pis encore, au détriment d'une fonction physiologique de premier ordre.

Parmi les causes fréquentes d'amaigrissement spontané, les affections rénales occupent une place importante; il n'est pas rare de voir un sujet perdre, sous cette influence, jusqu'à 8 kilogrammes par mois et, fait digne de remarque, cet amaigrissement était précédé par un embonpoint quelquefois considérable.

Or, nous savons que la fonction rénale est sous la dépendance immédiate de l'appareil cardio-vasculaire et que toute modification de celui-ci pourra tôt ou tard retentir sur celle-là. Mais le système vasculaire n'est-il pas le grand régulateur des recettes et des dépenses? C'est lui qui préside à toutes les fonctions de nutrition, c'est lui qui apporte dans l'intimité des tissus les matériaux nécessaires à leur renouvellement et à la production du travail mécanique, c'est lui qui veille au maintien de la température.

La prédominance de ce facteur dans la variation du poids corporel devient par là même évidente sans pour cela qu'il soit possible, *a priori* de déterminer le sens de cette variation, et telle condition particulière isolée qui favorise l'embonpoint chez les uns sera capable d'amener l'amaigrissement chez les autres.

Pour arriver à une thérapeutique véritablement rationnelle, il est nécessaire d'envisager en même temps un ensemble de moyens capables de ramener l'équilibre entre les recettes et les dépenses; le régime alimentaire, la calorification et l'exercice musculaire sont les éléments les plus importants à considérer et leur réglementation simultanée est la base du traitement et de l'hygiène des obèses.

Régime alimentaire.—Tous les auteurs ont attribué une très

grande importance à la réglementation du régime alimentaire de l'obèse; mais il ne paraît pas que l'on se soit mis d'accord sur la valeur relative de la qualité et de la quantité des aliments. Il semble que l'on ait eu en vue, surtout, la similitude de composition des aliments avec la graisse et si tous sont d'accord pour conseiller un régime restreint dans la totalité, la plupart substituent dans ce régime une ration de viande à la ration normale de graisse et d'hydrocarbures.

Pourtant il est un point hors de contestation: c'est qu'une partie des obèses n'éliminent qu'une quantité d'urée inférieure à la normale et que, d'autre part, une suralimentation d'albuminoïdes met à la disposition du sujet une quantité de carbone pouvant être transformée en graisse si elle n'est pas dépensée. Seules ces considérations théoriques suffiraient pour démontrer qu'il n'est pas rationnel de donner aux albuminoïdes la plus grande part dans un régime alimentaire qui doit être nécessairement inférieur à la ration d'entretien, si l'expérience n'avait, depuis longtemps, confirmé ces prévisions et signalé les accidents et les suites fâcheuses tels que la faiblesse musculaire et cardiaque, des accès de vertige, des troubles digestifs, etc., qui sont trop souvent la conséquence de la cure de l'obésité par les méthodes d'Harvey, d'Orrtel et d'Ebstein.

Ceci posé, la quantité des aliments reste surtout en cause et l'élimination d'un certain nombre d'entre eux est subordonnée à des considérations que nous exposerons dans un instant; mais dans tous les cas, si nous demandons au malade le sacrifice de ses préférences, nous ne lui imposons jamais des privations réelles, car nous n'accordons pas à la réduction excessive du régime alimentaire une part prépondérante dans la thérapeutique de l'obésité.

Pour être longtemps toléré, tout régime alimentaire devra d'abord satisfaire aux conditions suivantes: amener la satiété et assurer l'intégrité de toutes les fonctions gastro-intestinales.

Parmi toutes les substances employées à la nourriture de l'homme, ce sont les végétaux qui par la complexité de leur composition répondent le mieux à tous ses besoins; ils se prêtent facilement aux variations de volume et de richesse nutritive, ils ont l'avantage d'apporter en excès les alcalins qui favorisent les oxydations organiques et la saponification des graisses qui précède leur combustion, ils réduisent enfin, au minimum,

les toxines alimentaires qui ont sur l'appareil cardio-vasculaire une influence néfaste.

Guidé par ces considérations théoriques et sans nous préoccuper des idées ayant cours, c'est au régime à prédominance végétarienne que nous avons donné la préférence et l'expérience est venue rapidement confirmer que les aliments qui répondent le mieux au but à atteindre sont ceux qui sont interdits ou mis tout au moins en suspicion par tous les auteurs; de telle sorte que si nous n'excluons pas les substances d'origine animale: viande, poisson, œufs, etc., nous les plaçons au second rang pour conserver aux farineux et aux féculents la part importante dans la ration de chaque jour.

Les seuls aliments à éliminer sont ceux qui ont sur le processus digestif une action nuisible ou qui introduisent dans l'organisme, directement ou indirectement, des substances toxiques dont l'action sera d'autant plus efficace que la nutrition sera plus ralentie. Ces substances sont celles qui sont ordinairement prosrites dans les dyspepsies et les différents états qui composent la grande famille de l'arthritisme.

On défendra donc le gibier, la charcuterie, les conserves de viande ou de poisson, les viandes jeunes: veau, poulet, pigeon, les épices, les sauces, le potage gras, le vin et les spiritueux.

Boisson.—S'il est hors de doute que la meilleure des boissons pour un obèse est l'eau, il est difficile de savoir combien il faut en prendre. Toutes les opinions ont été émises avec un semblant de raison, mais celle qui paraît la plus généralement acceptée impose tout au moins une certaine réserve. Deux sortes de motifs ont été invoqués pour attribuer à la réduction de la quantité de boisson une influence heureuse sur le régime de l'obèse.

Les uns avec Daniel accusent, en première ligne, l'abondance des liquides ingérés dans la production de la graisse, les autres avec Oertel ont en vue la surcharge du cœur qui, en favorisant la stase sanguine, serait une des causes importantes de l'obésité. Est-il rationnel de penser que l'eau de boisson entre pour quoi que ce soit dans la formation du tissu adipeux? il faudrait pour cela considérer cette eau comme un aliment proprement dit; or il ne paraît pas en être ainsi, l'eau de boisson est un véhicule, un dissolvant, et elle est incapable, comme l'a démontré Debove, d'influencer immédiatement le poids d'un

sujet. D'autre part, si certains obèses boivent beaucoup, certains au contraire boivent très peu et il faudrait prouver que la quantité et la nature des aliments solides et liquides n'est pas, chez ceux-là, beaucoup plus que la quantité d'eau, la cause de leur engraissement. Par contre, l'action de l'eau sur l'appareil cardio-vasculaire présente le plus grand intérêt, mais on peut affirmer que le plus souvent cette action est favorable. La quantité du sang contenu dans les vaisseaux ne joue qu'un rôle secondaire dans l'hypertension, surtout quand l'élasticité est suffisante; il se produit d'abord ce phénomène d'adaptation vasculaire en vertu de laquelle les vaisseaux se dilatent sous la pression de la masse sanguine. Il y a donc, à priori, intérêt à augmenter la ration de boisson chez les obèses à hypertension par vaso-constriction. Chez eux le phénomène d'adaptation vasculaire précédera toujours le phénomène d'hypertension et augmentera la partie utile de la charge du cœur.

Il en est de même chez les obèses à vaso-dilatation quand l'élasticité est suffisante, c'est-à-dire chez les sujets qui n'ont pas en général dépassé 45 ans.

A tous ces obèses, nous conseillons une quantité d'eau pure ou légèrement alcaline largement suffisante pour étancher la soif et nous ne permettons pas que cette quantité d'eau s'abaisse au-dessous de 500 centimètres cubes à chacun des repas de midi et du soir.

Chez les sujets plus âgés, il convient d'être prudent car, dans certains cas, l'obésité est un état physiologique qu'il faut ménager. C'est alors que le lait coupé d'eau pourra être utile, car il facilitera la diurèse et permettra de réduire sans inconvénients le poids des aliments solides.

Calorification, exercice musculaire.—Si un certain nombre de sujets pourvus seulement d'embonpoint, maigrissent facilement par l'institution d'un régime convenable joint à un exercice musculaire modéré, il n'en est plus de même chez ceux que l'obésité a transformés en véritables infirmes. Le régime alimentaire s'il est vicieux en qualité est presque toujours comme quantité au dessous de la ration normale d'entretien; ces malades ne doivent donc l'accumulation de la graisse qu'à leur insuffisance physiologique.

Mais cette insuffisance est-elle simple, est-elle multiple? L'on a admis, et cela avec la plus grande apparence de raison,

que l'amaigrissement était lié intimement au travail musculaire, et pour Bunge la cause de l'obésité reposerait dans tous les cas, sans exception, dans le manque d'activité musculaire. Ce manque d'activité musculaire est-il la cause ou l'effet de l'obésité ? Ou bien encore, le sujet devient-il obèse parce qu'il est iractif ou devient-il inactif en même temps qu'obèse ?

Comme preuve que l'amaigrissement n'est pas lié dans tous les cas à l'exercice musculaire, nous citerons l'exemple d'une de nos malades atteinte de boulimie. Cette malade, âgée de 35 ans, pesait à son entrée 37 kilogrammes avec ses vêtements bien qu'elle fût de grande taille. Elle avait pris l'habitude pour moins souffrir, disait-elle, de se promener à pas rapides à peu près toute la journée. Calmée de ses crises douloureuses et ramenée à l'observance de repas réguliers, nous lui conseillâmes, pour favoriser l'engraissement, un repos relatif. Immédiatement son poids cessa d'augmenter. Pensant qu'il ne s'agissait là que d'une coïncidence, nous avons renouvelé plusieurs fois l'expérience qui nous a donné toujours le même résultat.

Si certains obèses sont sédentaires, il est facile de constater que l'exercice ne leur est pas possible en raison de leur insuffisance musculaire. Nous avons vu la force de démarrage mesurée aux mains à l'aide du dynamomètre, s'abaisser à 8 kilogrammes. C'est donc cet abaissement qui en fait de véritables impotents et non leur poids.

Chez les obèses azoturiques qui compensent leur déperdition excessive de matière azotée par une alimentation copieuse en albuminoïdes, il serait imprudent de chercher à activer, par l'exercice musculaire, la destruction de la matière, car pour obtenir une meilleure combustion des graisses, ce que l'on recherche, il faudrait accélérer encore plus la destruction de la matière azotée, ce qui pourrait avoir un retentissement fâcheux sur la fonction rénale.

C'est à la calorification physiologique qu'il faut demander la plus grande part dans la réduction du poids des obèses. On l'obtient par l'entraînement du système cardio-vasculaire au moyen de la balnéothérapie prolongée, la température des bains variant de 33 à 26 degrés et la durée de une heure à deux heures. L'électrisation sous la forme de bains statiques est un adjuvant d'une utilité incontestable qui facilite l'entraînement en favorisant les combustions organiques.

NATURE ET CARACTERES DU ROBORAT. (1)

PAR M. LE PROFESSEUR SCHURNAGER.

Le Roborat est une préparation albumineuse tirée des graines de blé; c'est une poudre exempte de poussières et en grande partie privée d'eau, elle n'a absolument pas de goût. Par suite de sa provenance, le Roborat ne contient pas de produits dangereux.

La quantité d'albumine contenue dans le Roborat est la plus grande qu'on ait atteinte jusqu'à présent, elle est de 97 à 99 pour 100.

L'albumine a les caractères de l'albumine naissante, car on n'a pas modifié sa constitution. Il est prouvé aussi que le Roborat contient de la lécithine; aucune autre préparation ne contient cette lécithine qui peut être détruite trop facilement. Le Roborat est très facilement assimilé, car il contient beaucoup d'albumoses et d'hémi-albuminose.

L'organisme se l'assimile en plus grande quantité que le tron et le plasmon, soit 98 à 99 pour 100; la décomposition intestinale diminue par suite de son usage.

Le Roborat est la première préparation qui contienne de l'albumine pure.

Le prix en est minime. 500 grammes de Roborat, ayant la valeur nutritive de 100 œufs ou de 5 livres de viande, coûtent 2 mark 70 pfennige.

L'on fabrique le Roborat en grand chez H. Niemoeller, à Gütersloh en Westphalie.

Essais thérapeutiques du Roborat.

Ces essais portent sur un laps de temps d'une année; on peut dire qu'ils sont très bons chez les convalescents comme chez les malades. Avant tout, nous devons parler de l'anémie et de la chlorose; l'influence sur ces deux affections a été évidente, tant au point de vue de l'état subjectif que de l'état objectif. L'accroissement considérable des globules rouges est très remarquable. Nous devons faire la même remarque pour la phthisie dans la première période et, dans les dernières, on remarque une amélioration passagère relative.

Dans le rachitisme des enfants la lécithine paraît avoir une excellente action.

(1) Communication faite au congrès de Paris.

Comme le Roborat diminue l'acidité de l'urine, on l'employa avec succès dans la goutte; de même il est excellent dans le diabète.

Pour combiner le Roborat avec les produits pharmaceutiques, on en a fait des compositions telles que Roborat au fer, Roborat à la kola, etc. Le Roborat à la créosote paraît être un médicament important pour la thérapeutique de la phthisic, mais on devra encore l'expérimenter plus longtemps.

Au point de vue de mets sucrés tels que chocolat, etc., on peut y employer encore 15 pour 100 de Roborat.

LA REDECAPSULATION DES REINS.

Pendant que de tous côtés on discute sur les indications et les résultats du traitement chirurgical du mal de Bright, il peut être intéressant de savoir ce que M. Edehols lui-même pense de l'opération qui porte son nom. Justement, il vient de publier sur cette question un long article dans le *New-York medical Journal* et un autre dans le *Medical Record*. Celui-ci est consacré presque exclusivement à la redécapsulation des reins décapsulés, nouvelle opération dont nos lecteurs trouveront plus loin la description. Quant aux premiers articles, sans être précisément une réponse aux critiques qui ont été formulées un peu partout, ils semblent s'adresser plus particulièrement au professeur Rovsing (de Copenhague), qui a fait connaître sa façon de penser dans le *Centralblatt fur Chirurgie*, laquelle est loin d'être en faveur de la décapsulation.

Disons donc tout d'abord que la critique de M. Rovsing portait sur plusieurs points. En s'appuyant sur les observations personnelles d'Edehols, il montrait que les premiers malades opérés par le chirurgien américain n'étaient nullement atteints de néphrites médicales, mais avaient des néphrites chirurgicales, des reins infectés, mobiles ou non, avec ou sans albuminuries vraies, ce qui expliquait déjà les succès enregistrés à cette époque.

Mais, dit M. Rovsing, la situation changea lorsque M. Edehols se mit à opérer de vrais brightiques, si bien que, dans sa statistique de mars 1903, portant sur 52 néphrites médicales traitées par la décapsulation, on trouve déjà 11 morts et pas une guérison. M. Rovsing, comme il le déclare dans son article, n'est

pas du tout surpris de ces résultats parce qu'ayant à son tour opéré 10 brightiques il a constaté non seulement qu'aucun d'eux n'a été guéri, mais encore qu'aucun d'eux n'a été amélioré.

A son avis, la chose s'explique du reste par ce fait que la capsule fibreuse enlevée se reforme au bout de quelque temps et accélère peut-être les processus pathologiques qui évoluent dans le rein. Bref, pour lui, la capsulectomie totale ou partielle ou, autrement dit, l'opération qu'il a décrite lui, Rovsing, sous le nom de néphrolyse, doit être réservée aux néphrites chirurgicales avec augmentation de la tension intra-rénale.

* * *

A cela M. Edehols répond que c'est bien au mal de Bright, à la néphrite médicale, épithéliale, interstitielle ou mixte qu'il réserve son opération. En invoquant son expérience personnelle, qui porte aujourd'hui sur 72 décapsulations pour mal de Bright, il n'hésite pas à dire qu'exécutée de bonne heure, cette intervention n'a *aucun* danger et amène *toujours* la guérison. Aussi aujourd'hui opère-t-il tous les brightiques qui s'adressent à lui et dont l'état est tel que, sans opération, ils peuvent encore compter sur une survie dépassant au moins un mois. Il n'y a que deux contre-indications qui doivent faire renoncer à l'opération: l'existence d'une rétinite albuminurique témoignant de la déchéance profonde de l'organisme; la dilatation du cœur faisant penser que la malade ne supportera pas l'opération.

A l'appui de sa façon de penser, M. Edehols invoque sa statistique qui, malheureusement, n'est pas accompagnée d'observations des opérés.

Nous apprenons donc que, sur 47 brightiques qui ont survécu à l'opération faite depuis six mois à douze ans, et qui ont pu être suivis, M. Edehols compte 21 complètement guéris, 15 qui marchent vers la guérison complète, 3 améliorés et 8 dont l'état n'a pas été amélioré par l'opération. Le résultat est certainement satisfaisant si l'on songe que dans tous les cas la néphrite, épithéliale, interstitielle ou mixte, n'a pas toujours été prise à ses débuts. Un fait que M. Edehols cite avec une certaine satisfaction c'est que parmi ses 72 décapsulés, il ne compte pas moins de 10 médecins et 2 malades appartenant à des familles médicales.

* * *

Mais ce qui, d'après M. Edebhols, est tout à fait remarquable c'est l'amélioration immédiate de tous les symptômes, parfois une véritable résurrection, qui se manifestent dans les premiers jours qui suivent la décapsulation. Comment les expliquer ?

Ce n'est certainement pas à la diminution de la tension rénale que l'on doit attribuer cette amélioration, puisque chez aucun de ses opérés M. Edebhols n'a trouvé la capsule tendue; tout au contraire elle était presque toujours lâche, flasque et en tout cas, elle n'étranglait jamais le rein. Serait-ce, comme le veut Jaboulay, l'excitation des fibres du sympathique ? M. Edebhols n'a rien contre cette théorie dont les données pourraient, d'après lui, se résumer en un seul mot : massage, massage énergique du rein par les manipulations que nécessite la décapsulation. M. Edebhols avoue, du reste, que les connaissances très incomplètes que nous possédons à l'heure actuelle sur la physiologie du rein rendent presque impossible l'édification d'une théorie pathogénique. Toutefois, il se demande s'il n'y a pas lieu de tenir compte, dans l'interprétation de ces phénomènes, d'un fait signalé par Flexner, à savoir que les "néphrotoxines" les plus énergiques sont formées dans la substance corticale, peu vascularisée, du rein.

Quant aux effets éloignés ou définitifs de la décapsulation, M. Edebhols continue à les attribuer à l'établissement d'une circulation supplémentaire qui amène la réparation des lésions existantes. Il sait bien que les recherches expérimentales récentes n'ont pas confirmé cette théorie, mais de ces recherches M. Edebhols ne tient aucun compte en vertu de ce fait que les expériences ont été faites sur des animaux dont les reins étaient sains ou auxquels on a conféré une néphrite aiguë. Or, rien ne prouve qu'en cas de néphrite chronique les choses se passent de la même façon que dans un rein sain ou dans un rein frappé de néphrite. C'est pourquoi M. Edebhols ne veut faire état que des faits enregistrés chez l'homme, c'est-à-dire des autopsies de décapsulés.

Celles-ci sont au nombre de trois. Une, publiée par Cutler, ne fournit aucun renseignement sur l'état de cette circulation supplémentaire. Dans une autre, que nous devons à Jewett, il est bien noté qu'il n'y avait pas de vaisseaux néoformés, mais — c'est M. Edebhols qui nous le dit — cette observation est incomplète et la façon dont a été fait l'examen microscopique

laisse à désirer. M. Edebhols ne retient donc que la troisième observation, celle de Larkin, auquel l'examen microscopique des reins décapsulés d'un brightique mort quatre mois après l'opération a montré l'existence de nombreux vaisseaux néoformés qui d'un côté communiquaient avec ceux de l'atmosphère celluloso-adipeuse du rein, et de l'autre pénétraient dans le parenchyme rénal. L'exactitude de ces faits est attestée par des coupes histologiques dont une se trouve reproduire dans le travail de M. Edebhols.

* * *

Reste la question de la capsule qui se reforme assez rapidement après l'opération. M. Edebhols qui admet cette reproduction de la capsule, ne pense pourtant pas qu'elle soit pour quelque chose dans la non-guérison de la néphrite ou dans la réapparition des symptômes morbides momentanément améliorés par l'opération. Mais, s'il en était ainsi, si vraiment la récurrence était attribuable à la capsule néoformée, pourquoi ne pas la réséquer à son tour? pourquoi ne pas pratiquer la *redé-capsulation* du rein?

Cette idée de redécapsuler le rein a été suggérée à M. Edebhols par un de ses opérés, un chirurgien éminent, qui lui a écrit que si le bénéfice qu'il avait retiré d'une première opération venait à disparaître, il n'hésiterait pas à se faire décapsuler une seconde fois. M. Edebhols a trouvé cette idée fort juste, et il vient de la mettre en pratique dans les conditions que voici :

Un homme de vingt-six ans atteint de néphrite interstitielle avec infection rénale—diagnostic de M. Edebhols, basé sur la constatation des staphylocoques et des colibacilles dans l'urine—est décapsulé le 1er mai 1902. Six mois après, avant de s'embarquer pour faire le tour du monde, le malade subit un nouvel examen qui montre que l'urine est toujours infectée et contient la même proportion d'albumine. Quatre mois plus tard, au moment où il se trouve au Japon, le malade présente tous les symptômes de pyélonéphrite qui l'obligent à garder le lit pendant un mois. Seconde exacerbation à Calcutta, et finalement le malade revient en Amérique avec de la cystite et tous les signes d'une infection rénale grave. On tombe d'accord pour soigner momentanément la vessie, mais dans l'intervalle le malade est pris d'anurie avec urémie, et c'est presque à un moribond que M. Edebhols pratique la redécapsulation des deux reins.

Le malade meurt dans le coma cinq heures plus tard, après avoir, à la grande satisfaction de son médecin, émis une certaine quantité d'urine. C'est le seul fait que M. Edebhols retient de cette lamentable histoire.

LA PHYSIOLOGIE COMPAREE DES DEUX REINS CHEZ L'HOMME

PAR M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

Les recherches très intéressantes qu'il a entreprises sur *la physiologie comparée des deux reins chez l'homme*, montrent 1o que la *quantité d'urine* émise par les deux reins pendant le même espace de temps est exceptionnellement la même; l'écart entre les deux reins est souvent de 10 à 0 pour 100 et même pendant un quart d'heure peut s'élever de 30 à 40 pour 100.

Le rapport qui existe entre les urines des deux reins varie souvent beaucoup lorsqu'on compare les deux reins à des moments différents; il y a parfois alternance entre les deux reins. On comprend bien ces résultats si l'on considère que l'appareil rénal est constitué par une série de petits reins primitifs réunis en deux agglomérations droite et gauche, qui ne contiennent pas chacune un nombre égal de systèmes glomérulaires primitifs.

En pathologie on connaît bien l'indépendance de chaque système glomérulaire et les suppléances compensatrices qui s'établissent d'un rein à l'autre et dans chaque rein d'un lobule aux autres lobules. Aussi bien au point de vue anatomique qu'à celui de la physiologie normale ou pathologique les reins de l'homme sont des organes pairs, mais non symétriques.

L'Espagne, si florissante au XVI^{ème} siècle, sous Charles-Quint et Philippe II, est devenue un sol aride et un foyer refroidi de civilisation par suite de la destruction insensée de ses forêts. L'Allemagne a 24 % de son territoire boisé, la France 16 %, l'Espagne 3 % seulement. Aussi, cette malheureuse Espagne est-elle acculée à la minimité nationale et le taux du change des valeurs contre elle, incroyablement élevé, témoigne de sa misère moderne. L'Arabie s'appelait autrefois Arabie Heureuse. Elle a perdu son nom en rompant ses relations avec Sylvain, le dieu à la verte chevelure.

LAIT DE BEURRE (BABEURRE)

Arraga a essayé à l'hôpital de Buenos-Ayres le babeurre dans l'alimentation des enfants atteints de gastro-entérites.

Le babeurre fut préparé suivant ces instructions.

“Le babeurre provient d'une crème qui ne doit pas être exposée plus de vingt-quatre heures à la formation lactique. Après l'avoir obtenu dans ces conditions, on le traite de la manière suivante: on ajoute à un litre de babeurre 25 grammes de farine de blé et 35 grammes de sucre de canne; ensuite on soumet ce mélange à la cuisson au moins deux minutes en le remuant continuellement et le laissant bouillir trois ou quatre fois. Cela fait, on l'introduit dans des bouteilles stérilisées et on le conserve dans la glace. Avant de s'en servir, on le met au bain-marie à la température du corps.”

Ce produit lui a donné les meilleurs résultats et a triomphé de formes graves de gastro-entérite.

DR. ELLE.

LE SCORBUT INFANTILE

Crozer-Griffith a observé, personnellement, 26 cas de scorbut infantile. Dans 15 cas les enfants étaient alimentés avec des préparations alimentaires du commerce, mélangées avec de l'eau ou avec du lait. Quelquefois le mélange fait avec du lait préalablement stérilisé. Sur 10 cas où l'enfant recevait seulement du lait, c'est-à-dire sans addition de préparations alimentaires spéciales, ce lait était stérilisé dans 4 cas, pasteurisé dans 2 cas et simplement chauffé à la température du corps dans 2 cas. Enfin, un enfant avait été nourri avec de l'oatmeal (farine d'avoine) bouilli dans de l'eau.

Une enquête faite en 1898 par la Société américaine de pédiatrie a réuni 379 cas de scorbut infantile sur lesquels le mode d'alimentation a pu être établi dans 365 cas.

Sur ces 365 cas, on en trouvait 214, soit 60 pour 100, dans lesquels les enfants recevaient un aliment artificiel du commerce (proprietary food); 68, soit 19 pour 100, où le lait stérilisé était seul employé; dans 16 cas, c'est-à-dire dans 5 pour 100 des cas, le lait était pasteurisé. On comptait également plusieurs enfants nourris avec du lait cru, et 10, soit 2,8 pour 100, nourris au sein.

L'emploi des préparations alimentaires (commercial food) semble constituer le facteur étiologique le plus important; l'influence de la stérilisation est moins évidente, quoique certaine dans plusieurs cas; et enfin, dans plusieurs cas, où les enfants recevaient du lait cru coupé de telle ou telle façon, il faut incriminer le coupage lui-même, c'est-à-dire une proportion déficiente des substances alimentaires du lait, et avant tout celle des substances albuminoïdes.

Peut-être aussi que la chaleur de la stérilisation détruit un élément inconnu, mais nécessaire pour le développement de l'enfant.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Comme sanction à une importante discussion sur la question de la lutte contre la tuberculose dans l'usine et l'atelier, l'Association des industriels de France contre les accidents du travail vient de voter les conclusions suivantes:

1. Appelle la sérieuse attention des industriels sur la nécessité de combattre énergiquement la propagation de la tuberculose parmi leur personnel d'ouvriers et d'employés;

2. Les engage à substituer, toutes les fois qu'il sera possible, le nettoyage humide des ateliers au nettoyage à sec, et, dans tous les cas, à faire effectuer autant que possible le balayage le soir, après le départ des ouvriers, plutôt que le matin avant leur entrée;

3. Les engage aussi à éviter, dans toute la mesure possible, l'action nocive des poussières professionnelles, soit en aspirant ces poussières pour les recueillir ou les détruire, soit en faisant usage de masques-respirateurs lorsque ce dernier moyen sera seul possible;

4. Leur conseille de faire, dans leurs ateliers et bureaux, l'usage de crachoirs, en recommandant au personnel de se servir de ces appareils et de ne pas cracher sur le sol;

5. Leur conseille de faire à cet égard l'éducation du personnel en lui expliquant, par des avis affichés et des instructions verbales, l'intérêt considérable qui existe, pour les ouvriers et leurs familles, à ce que cette précaution hygiénique soit observée;

6. Leur conseille, enfin, d'appeler l'attention de leur personnel sur les dangers de l'alcoolisme et sur sa corrélation avec la tuberculose.

TRAITEMENT DES ABCES APPENDICULAIRES A PROLONGEMENT PELVIEN

M. le docteur Chaput rapporte 7 observations d'appendicite à prolongement pelvien dans lesquelles il a fait quatre fois l'incision rectale et trois fois la colpotomie antérieure ou postérieure; il a eu sept succès.

Etudiant ensuite les voies d'accès de ces abcès, il établit que la voie *parasacrée* et la voie *périnéale* nécessitent une plaie large et profonde, rendent l'asepsie compliquée et sont d'accès difficile.

La voie *abdominale* expose à l'éventration, aux fistules stercorales, elle draine mal, elle est mauvaise pour les collections hypogastriques médianes, enfin elle donne une mortalité considérable.

La voie *vaginale* est excellente chez les femmes déflorées; elle expose à l'hémorragie, mais on l'arrête facilement avec une grosse éponge vraie.

La voie *rectale* préconisée en France par Jaboulay et ses élèves et par Bérard et Patel présente les avantages suivants: elle ne nécessite pas l'anesthésie générale, l'opération est simple et rapide, la plaie est insignifiante, le drainage est décline, il n'y a pas d'éventration, la guérison se fait en huit à dix jours et la mortalité des 43 cas de Jaboulay, Botter, Chaput est absolument nulle.

LA MOUCHE COMME VECTEUR DE L'INFECTION TYPHIQUE.

PAR MADAME LE DOCTEUR ALICE HAMILTON.

Dans un travail présenté à la Société médicale de Chicago, Hamilton rapporte le résultat d'une enquête faite sur le rôle joué par les mouches dans la récente épidémie de fièvre typhoïde de Chicago. Les conclusions sont les suivantes: L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Chicago en juillet, août, septembre et octobre 1902, fut beaucoup plus sévère dans le dix-neuvième district, qui, n'ayant que le trente-sixième de la population totale, a eu le septième de tous les décès. La concentration de l'épidémie dans ce district ne peut s'expliquer ni par la contamination des eaux de boisson, ni par les aliments, ni par la pauvreté et le manque d'hygiène des habitants, ce district ne différant en rien des autres.

L'enquête a démontré que beaucoup des égouts des rues sont trop petits, et seulement 48 p. c. des maisons ont des plombs sanitaires. Des 52 p. c. restant, 7 p. c. ont des plombs défectueux, 22 ont des water-closets à fourniture intermittente d'eau, 11 ont des cabinets allant à l'égout, mais sans eau, et 12 p. c. ont des fosses fixes.

Les rues dans lesquelles ces défauts sanitaires sont au maximum ont eu le maximum de fièvres typhoïdes, sans que la pauvreté des habitants ait eu à jouer un rôle. Des mouches trouvées dans deux latrines sans drainage, sur les parois des murs de deux maisons, dans la chambre d'un typhique, ont servi à inoculer dix-huit tubes, et sur cinq de ces tubes on a pu isoler la bacille d'Eberth.

Quand les selles typhiques sont laissées exposées dans les cours et dans les cabinets, les mouches peuvent être des agents importants de dissémination de l'infection typhique.

SUR LA TENEUR EN SUCRE DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN,

PAR MM. M. LANNOIS ET R. BOULUD.

Le corps réducteur qui existe dans le liquide céphalo-rachidien est bien du glycose, car il donne avec la phénylhydrazine une osazone caractéristique.

Les auteurs ont fait le dosage de ce sucre un certain nombre de fois (17 cas), et ont trouvé un chiffre très constant. La teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien varie entre 40 et 50 centigrammes pour 100; elle est la moitié du taux du glycose dans le sang et le tiers du glycose du sérum sanguin. Elle confirme que le liquide céphalo-rachidien est un liquide de sécrétion et non de transsudation.

Le sucre du liquide céphalo-rachidien joue probablement un rôle dans la nutrition des éléments nerveux avec lesquels il est en contact.

Le chiffre peut subir des modifications dans certains états pathologiques. Comme on pouvait s'y attendre, il est augmenté dans le diabète où on a trouvé 1 gr. 22 et 1 gr. 65 pour 1,000, soit trois ou quatre fois plus que dans le liquide céphalo-rachidien normal.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE PAR LES SOLUTIONS DE GÉLATINE

Dans une communication à la *Société des sciences médicales de Lyon*, M. Weill, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, en son nom et au nom de MM. Péhu et Lumière, signale les résultats qu'ils ont obtenus de l'emploi de la gélatine chez les nourrissons atteints de diarrhée.

La gélatine doit être aussi pure que possible et on ne doit l'utiliser qu'après une préalable stérélisation.

Voici le *modus faciendi* recommandé :

On formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou un litre par exemple). On filtre soigneusement la solution de gélatine. Puis on porte le récipient dans un autoclave à 120°, pendant une demi-heure. En cas d'urgence on pourrait se contenter d'une ébullition prolongée pendant trois quarts d'heure. On répartit ensuite, sans laisser complètement refroidir dans des tubes en verre, dits tubes à essais chimiques, dont chacun contient dix centimètres de la solution. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes à essai (renfermant par conséquent un gramme de gélatine) dans le biberon même; il faut, au préalable, chauffer légèrement le tube au bain-marie, car la gélatine se solidifie d'ordinaire autour de 22° et — surtout si la température atmosphérique est basse — le contenu des tubes à essais est gélifié.

On peut donner de la sorte facilement un gramme de gélatine (en solution au 1/10e) avec chaque biberon, c'est-à-dire 6 à 8 grammes pour une journée. La préparation est bien acceptée par l'enfant. On peut même aller quotidiennement à 12 et 14 grammes de gélatine, jusqu'à cessation de la diarrhée et transformation complète de la morphologie des selles; pour cela, on administrera, par exemple, deux tubes dans un même biberon de lait. Dans la pratique, les auteurs commencent par trois tubes préparés comme il est dit, puis ils augmentent progressivement à raison d'un tube, c'est-à-dire un gramme, par jour. Les effets de cette médication sont en général très favorables.

Les selles diminuent de fréquence. Leur aspect est rapidement modifié: elles deviennent plus consistantes, mieux liées; les grumeaux qui, souvent y abondent, disparaissent; progressivement, elles se rapprochent des selles de type normal. La couleur change aussi: la teinte verdâtre s'atténue et cède peu

à peu la place, au jaune foncé d'abord, puis au jaune franc. La mauvaise odeur disparaît, même, la réaction, nettement acide d'abord au tournesol, vire à l'alcalinité normale. En un mot et souvent, dès l'administration du quatrième ou cinquième tube, la morphologie des selles est nettement influencée. Souvent aussi et parallèlement la température décroît, les phénomènes généraux s'amendant. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner à nouveau des tubes gélatinés pour que la transformation soit complète.

Les auteurs ne considèrent pas la solution de gélatine comme une médication toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques du nourrisson.

Elle réussit bien et régulièrement dans les cas de gastro-entérite: simples, c'est-à-dire de troubles localisés à l'intestin, avec selles fréquentes, diarrhéiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Au contraire, quand la maladie est diffuse, quand il s'agit moins de gastro-entérites que d'infections digestives, avec température élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs des bases, spléno et hép. mégalie, albuminurie, la gélatine, tout en modifiant les selles, qui même dans ces cas deviennent rapidement normales, n'exerce pas, bien entendu, d'action sur les complications.

Ce n'est qu'en cas de choléra infantile que les selles elles-mêmes ne subissent aucune modification.

Le mécanisme de l'action exercée par la gélatine est encore réduit aux hypothèses. Il semblerait qu'elle agit mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels; elle les neutralise vraisemblablement en les isolant par un procédé purement physique. Dans ces conditions, on peut concevoir que l'efficacité thérapeutique résulte d'une neutralisation analogue des produits toxiques, organiques et inorganiques, du tube digestif, chez les nourrissons atteints de diarrhées.

En résumé les auteurs estiment que les diarrhées des nourrissons, exception faite pour le choléra infantile, sont modifiées rapidement, parfois en quelques heures, par l'addition au lait de gélatine stérilisée, chimiquement pure, en solution aqueuse. Ils attribuent à la gélatine une supériorité certaine sur les autres médicaments classiques de la diarrhée.

LA BACTERIOLOGIE DU LAIT STÉRILISÉ ET LE LAIT OXYGÈNE

MM. Robertson et Mair reprennent dans le *British Medical Journal* une question qui, sans être tout à fait neuve, n'en présente pas moins un certain intérêt, surtout au moment où les Gouttes de lait sont à l'ordre du jour. Cette question, c'est celle des microbes qui persistent dans le lait correctement stérilisé.

Elle a été soulevée il y a déjà un certain nombre d'années par Flugge (de Breslau) qui a trouvé dans le lait dûment stérilisé divers microorganismes parmi lesquels des bacilles peptonisants auxquels il attribuait un rôle prépondérant dans la pathogénie du choléra infantile. En homme consciencieux et ami des principes, il demandait même que sur les étiquettes les mots: lait stérilisé ne contenant pas de microbes fussent remplacés par ceux de lait chauffé, non stérile, devant être consommé dans les douze heures.

A leur tour, MM. Robertson et Mair ont eu l'idée de soumettre à l'examen bactériologique les flacons de lait stérilisé d'une grande maison anglaise, et voici ce qu'ils ont constaté:

Sur 100 flacons pris au hasard, 15 seulement contenaient du lait parfaitement stérile, bien que dans cette maison le lait soit stérilisé par le séjour, pendant une demi-heure, dans de la vapeur à 100° (212° F.). Quant au nombre des bactéries contenues dans ce lait stérilisé, mais non stérile, il a varié avec les conditions et l'expérience.

Lorsque le lait était gardé pendant deux jours à la température de 11 à 20°, on y trouvait en moyenne, par centimètre cube, 4,400 bactéries. Mais à 27° et 32°, le lait renfermait déjà, en moyenne, par centimètre cube, 100.000 bactéries dans le premier cas, et 4,000,000 dans le second. C'est dire que MM. Robertson et Mair acceptent entièrement la façon de voir de Flugge et exigent que le public soit renseigné sur la nécessité de consommer le lait stérilisé dans le ou les premiers jours qui suivent sa préparation.

D'un autre côté, MM. Sicolle et Duclaux nous font connaître les expériences qu'ils ont faites, à l'Institut Pasteur de Tunis, sur la conservation du lait au moyen de l'eau oxygénée

L'idée de ce procédé appartient à M. Renard. Ce procédé, qui consiste à additionner le lait de 2 ou 3 pour 100 d'eau oxy-

géné à 12 volumes, n'aurait pas présenté grand intérêt si cette eau "conservait" le lait à la façon d'autres antiseptiques (formol, acide, salicylique, borax etc.), qui, une fois introduits dans le lait, y demeurent et sont absorbés à la surface de l'intestin. Tout au contraire, l'eau oxygénée est décomposée en eau et oxygène, si bien qu'au bout de six à huit heures il n'en reste plus trace dans le lait. Mais ce qui est parfaitement intéressant, c'est que le lait oxygéné garde le goût du lait frais naturel et se conserve plus longtemps que celui-ci. C'est ainsi, par exemple, qu'à une température de 68°F, le lait naturel commence à devenir acide au bout de treize heures, tandis que dans le lait oxygéné l'acidification ne commence à se manifester qu'au bout de vingt-six heures s'il contient 2 pour 100 d'eau oxygénée, au bout de trente-deux heures s'il en contient 3 pour 100.

En ce que concerne l'action de l'eau oxygénée sur les microbes, voici à ce sujet une des expériences de MM. Nicolle et Duclaux.

Un échantillon de lait prélevé à neuf heures contient une heure après, à une température de 22°, 6,250 microbes par centimètre cube. Il est divisé en deux parties, dont l'une est additionnée de 2 pour 100 d'eau oxygénée.

Quatre heures après, le lait naturel renferme (par centimètre cube) 25,000 microbes, le lait oxygéné seulement 15,000. Au bout d'autres quatre heures, on trouve 310,000 microbes dans le lait naturel, et 3,000 seulement dans le lait oxygéné. Le lendemain, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre heures, le nombre de microbes est monté à 11,250,000 dans le lait naturel et à 13,300 dans le lait oxygéné. Même le surlendemain, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, le lait oxygéné présente encore l'odeur du lait frais, mais contient déjà 880,000 microbes.

Cette expérience, ainsi que toutes les autres qui sont rapportées dans le travail de MM. Nicolle et Duclaux, montrent donc que l'eau oxygénée, d'un emploi excessivement simple, doit être considérée comme un excellent conservateur du lait. Mais doit-on s'en autoriser pour préconiser l'emploi du lait oxygéné chez les enfants? Très sagement, MM. Nicolle et Duclaux déclarent que cette question ne pourra être définitivement résolue que par d'autres expériences tant de clinique que de laboratoire, d'autant que des recherches parallèles leur ont montré que l'eau oxygénée est sans action sur les microorganismes pathogènes qu'on peut rencontrer dans le lait souillé.

RATION ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

Elle représente environ 125 gr. de lait de femme par kilogramme d'enfant, ces 125 gr. représentent environ de 80 à 82 calories (650 calories par litre).

Avec le lait de vache, qui donne un peu plus de calories que le lait de femme (750 calories au lieu de 650 calories pour le lait de femme), il faut une quantité un peu moindre = 108 grammes par kilogramme d'enfant au lieu de 125 gr., avec le lait de vache.

Quoi qu'il en soit des données fournies par M. Barbier, rappelons les doses de lait que l'empirisme a fait adopter :

Age	Nombre des tétées par 24 h.	Intervalles des repas	Quantité de lait par repas sucré à 2%	Quantité de lait par 24 heures
1ère semaine	6	t.l.4h.	15 à 20gr.	90 à 120gr.
2me semaine	7	t.l.3h.	20 à 48gr.	140 à 280gr.
Jusqu'à la fin du 1 mois	7	id.	40 à 75gr.	280 à 525gr.
Pendant le 2e mois	7	id.	75 à 100gr.	525 à 700gr.
Pendant le 3e mois . .	7	id.	100 à 120gr.	700 à 840gr.
Pendant le 4e mois . .	7	id.	120 à 125gr.	840 à 875gr.
Pendant le 5e mois . .	7	id.	125 à 135gr.	875 à 945gr.
Pendant le 6e mois . .	7	id.	150gr.	1.050gr.
Pendant le 7e mois . .	6	id.	175gr.	1.050gr.
Pendant le 8 ^e 9 ^e 10 ^e mois	7	id.	175 à 185gr.	1.050 à 1110gr.

Ces chiffres sont évidemment des moyennes, à modifier suivant la santé et le développement de l'enfant.

L'enfant à *chaque tétée* doit prendre en moyenne :

1ère semaine	10 à 40 grammes (progressivement)
1er mois	60 à 70 grammes
2e mois	90 grammes
3e mois	100 grammes
3e au 6e mois	125 grammes
6e au 12e mois	160 à 200 grammes

D'une façon générale, l'enfant doit recevoir en 24 heures une *quantité totale de lait en rapport avec son poids* d'après la formule suivante donnée par M. le P. P. Budin :

$$\text{Poids de l'enfant} \times 2$$

Ce dernier calcul est très utile: il évite les fatigues de mémoire et permet au praticien de se prononcer tout de suite.

TRAITEMENT DES PRURITS

PAR M. LE DOCTEUR TREMOLIÈRES, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

1. *Médication antipruritique interne.*—Ses agents sont nombreux, car aucun n'a d'effet certain.

Hébra croit quelque valeur à l'acide phénique seul (50 à 80 centigrammes en pilules de 10 centigrammes), que Brocq associe à la magnésie décarbonatée et à l'extrait de valériane.

La teinture de *gelsemium sempervirens* est employée par les auteurs américains; c'est une substance dangereuse; il ne faut pas en prescrire plus de 10 à 30 gouttes par vingt-quatre heures; son emploi doit être surveillé.

E. Besnier, Brocq, préconisent la *valériane* soit sous forme d'extrait (en bols de 50 centigrammes, de 2 à 4 par vingt-quatre heures au moment des repas), soit sous forme de valérianate d'ammoniaque en pilules de 50 centigrammes (1 à 6 par jour) ou en solution à 1 pour 100.

Besnier prescrit ainsi le sulfate ou le valérianate d'tropine, non pas en injections hypodermiques, mais en granules de 1/4 de milligramme, dont on n'ordonne pas plus de quatre par jour.

L'acide arsénieux (5 à 10 granules de dioscoride par jour), l'acide cyanhydrique, l'eau distillée de laurier-cerise, le castoreum, le musc et l'assa foetida, possèdent aussi une action antipruritique.

Dans les prurits d'origine digestive surtout, mais aussi en cas de prurit sénile ou vulvaire, du Castel a obtenu d'excellents résultats de l'acide lactique (6 à 10 gouttes d'une solution à 1 pour 100 chez les petits enfants, 1 gr. 50 à 2 grammes chez les adultes). Butte emploie le guaco à l'extérieur, en lotions ou compresses, à l'intérieur en pilules, contre le prurit généralisé, le prurit ano-vulvaire, le prurigo d'Hébra.

Médication antipruritique externe.—Elle comprend des moyens chimiques, physiques et chirurgicaux, qu'on peut d'ailleurs combiner.

a) *Moyens chimiques.*—Ils consistent en applications médicamenteuses sous forme de lotions, poudres, pâtes, pommades.

Les lotions, chaudes de préférence, sont faites matin et soir sur tout le corps, avec diverses solutions. On formule souvent la suivante:

Acide cyanhydrique officinal	0,50 à 1 gr.
Bichlorure d'hydrargyre	0,50 à 1 —
Sulfate de cuivre	1 à 5 —
Acide phénique	5 à 10 —
Résorcine	5 à 20 —
Chloral	5 à 25 —
Bromure de potassium	5 à 50 —
Eau	1,000 —

On emploie aussi des solutions alcooliques de menthol, de résorcine (1 à 3 pour 100), de sublimé (1 à 1000). L'ichtyol, le thiol, le tuménol, en solutions aqueuses ou alcooliques de 5 à 10 pour 100, sont utilisés en badigeonnages.

Après les lotions, on rafraîchit et protège la peau en la recouvrant de poudre composée d'amidon additionné de 5 à 25 pour 100 de sous-nitrate et de carbonate de bismuth et d'oxyde blanc de zinc et de 1 pour 100 d'acide salicylique, de salol: le malade garnit de ces poudres la paume de ses deux mains, soigneusement lavées et aseptisées et frictionne doucement les surfaces pruriteuses.

Les glycérolés, dont le contact visqueux est parfois désagréable, soulagent très souvent les prurits nocturnes.

Aux glycérolés on peut substituer les pâtes d'amidon ou d'oxyde de zinc, simples ou additionnées de 1 à 3 pour 100 d'acide phénique ou salicylique.

Pour les petites surfaces, on utilise aussi les pommades au cyanure de potassium (20 à 50 centigrammes pour 100), à la cocaïne, à la morphine, à l'extrait de belladone (1 pour 100) au calomel (1 à 5 pour 100), au diachylon.

La région pruritique enduite matin et soir de glycérolé, de pâte ou de pommade, on la poudre largement avec une des poudres usuelles, et on l'enveloppe correctement de gaze stérilisée; en cas de crise, on enlève la pommade à l'ouate hydrophile, on fait une lotion chaude, et l'on applique de nouveau le corps gras et la poudre (Brocq).

Les prurits de la région génito-péritonéale comportent certaines indications spéciales. Il faut traiter avant tout les lésions locales ou générales qui les provoquent, fissures, excoriations, parasites, flux sécrétoires, diabète, albuminurie, etc. Des cataplasmes moelleux et frais de fécule de pomme de terre, appliqués le soir, calment l'inflammation locale.

Un réel soulagement est procuré par des injections et des la-

vements très chauds à l'eau pure ou médicamenteuse, par des suppositoires ou des ovules vaginaux ou rectaux :

Beurre de cacao	}	3 grammes. ââ 0,02 à 0,03 gr.
Chlorhydrate de co- caïne		
Chlorhydrate de mor- phine		

M. S. A. pour un suppositoire anal ou vaginal (Brocq).

Des badigeonnages répétés au nitrate d'argent en solution à 1/20 ou 1/10 amènent aussi une grande sédation.

Pas de poudres fermentescibles (amidon, fécule, etc.), ni de topiques salolés, qui se décomposent et deviennent irritants au contact des sécrétions glandulaires.

Mais il faut isoler les diverses régions cutanées à l'aide de compresses très fines de lint aseptique, de linon de fil, de tarlatane ébouillantée, imprégnées de topiques, poudres ou pommades, inertes et non fermentescibles.

b) *Moyens physiques.*—Les principaux sont: l'occlusion cutanée, l'hydrothérapie, la climatothérapie, l'électrothérapie, dont l'emploi semble prendre une extension justifiée.

M. Jacquet a montré l'action thérapeutique de l'occlusion cutanée sur le prurit et les élevures de l'urticaire; Tenneson l'a utilisée contre le prurigo. On doit la pratiquer, non avec de l'ouate, trop chaude, mais avec des toiles très fines imperméables, des gélatines et des colles. Ces deux dernières préparations protègent la peau, fixent au besoin certaines substances actives et n'entravent pas la perspiration cutanée; on peut, avant de les appliquer, faire des lotions antipruritiques à l'acide phénique, au tuménol, etc.

L'hydrothérapie a été employée sous ses diverses formes. Les bains chauds, qui tantôt soulagent et tantôt exaspèrent le prurit, sont peu recommandables; les bains irritants, sulfureux, alcalins, mercuriels, doivent être rigoureusement prohibés. Seuls doivent être conseillés, tièdes et courts, les bains d'amidon cuit ou de gélatine (200 grammes de gélatine bouillis à part et ajoutés à l'eau du bain).

Le drap mouillé froid, les lotions froides pures, vinaigrées, alcoolisées ou médicamenteuses (acides phénique, salicylique, créosote, etc.), ont été préconisés.

Les douches tempérées constituent pour M. Jacquet une véritable méthode thérapeutique; il en prescrit une ou deux par

jour à 35°, en jet brisé, de une à trois minutes de durée et terminées par un jet froid *très court*. Ainsi administrées, elles sont puissamment sédatives, calment le prurit et diminuent l'insomnie.

L'*électrothérapie* a déjà conquis une place importante dans la médication antipruritique. Elle met en œuvre les diverses modalités de l'énergie électrique: courants galvaniques, faradiques, franklinisation, d'arsonvalisation, courants de haute fréquence, etc.

La faradisation à l'aide du petit appareil dont se servent couramment les praticiens, exerce une sédation aussi nette que l'électricité statique, d'application coûteuse.

On connaît peu l'influence, pourtant réelle, de la climatothérapie sur les prurits. Les climats tempérés, les pays de faible altitude, dont l'action est sédative, conviendraient tout particulièrement aux pruritiques, chez qui l'éréthisme nerveux est de règle.

c) *Moyens chirurgicaux*.—Ils sont utilisables exclusivement dans les prurits localisés: ce sont, d'une part, les cautérisations superficielles à la pointe fine du galvano- ou du thermo-cautère, et surtout carifications linéaires, quadrillées, faites tous les cinq ou six jours.

On a fait aussi récemment et avec succès la section des nerfs sensitifs en cas de prurits intolérables de l'anus et des organes génitaux.

UN CAS DE MALADIE DE DERCUM

Il s'agit d'une femme de soixante ans, chez laquelle il existe une lipomatose symétrique localisée aux membres inférieurs, avec intégrité des pieds, sans œdème, ni modification de la peau au niveau des masses adipeuses.

Chez cette malade existent encore l'asthénie et l'état mental signalés dans la plupart des cas de maladie de Dercum, mais les douleurs spontanées ou provoquées dans les régions lipomateuses font presque totalement défaut; par contre, le corps thyroïde est atrophié.

Il faut enfin noter que la mère de la malade aurait présenté une disposition analogue des membres inférieurs.

Ce cas représente une forme atténuée, non douloureuse, de la maladie de Dercum.

LE CONGRES DE MONTREAL.

Les derniers feux des fêtes de la St-Jean s'éteignaient à peine que l'ardeur du Congrès des Médecins Canadiens-Français se rallumait avec enthousiasme, sous le souffle de la science. Mardi, le 28 juin, avait lieu à l'université Laval de Montréal, l'ouverture du deuxième congrès des médecins Canadiens-Français de l'Amérique du Nord. Le président, M. le professeur Foucher, était entouré des Messieurs Bruchési et Archambault, de Son Excellence le Lieutenant-Gouverneur de la Province de Québec, M. Jetté, de Son Honneur le maire de Montréal, M. H. Laporte, de M. le Consul de France, du représentant de la Faculté de Médecine de Paris, M. le professeur Pözzi, de Sir W. Hingston, de M. le professeur Brochu, premier président, et des présidents des sections.

L'assistance, peu nombreuse, laissait dans cette grande salle des vides où circulaient des courants froids, glaçant l'auditoire, qui ménagea ses applaudissements aux huit orateurs.

Le lendemain, les travaux furent présentés dans les huit sections organisées. Messieurs les dentistes, appelés à la onzième heure à former la huitième section, ont montré un zèle et une ardeur à l'étude, qui leur donnent droit à une première place d'honneur dans l'estime et les considérations professionnelles.

Dans les sept autres sections, 89 médecins Canadiens-Français étaient inscrits pour présenter un mémoire, vingt manquaient à l'appel, 69 communications furent faites.

Le Congrès de Québec fut plus brillant, 400 confrères avaient répondu aux invitations, 200 étaient présents, 80 apportaient le fruit de leurs travaux. C'était les noces d'or de l'Université de Québec; les canons de la vieille Capitale avaient éveillé de bien doux souvenirs dans l'âme de tous les fils de l'Alma Mater Laval, l'enthousiasme était croissant, les démonstrations grandioses, l'Université en feu était la colonne lumineuse qui attirait à Elle ses nombreux enfants; aussi tous les médecins du district de Québec s'étaient rendus pour souhaiter longue vie à leur Mère et connaître le nouveau-né: le premier Congrès des médecins Canadiens-Français de l'Amérique du Nord.

Les noces d'argent de l'Université Laval à Montréal n'avait pas l'éclat séduisant de l'or, les fêtes, moins

imposantes, n'ont pas attiré tous les médecins du district de Montréal, pas même la moitié des confrères Canadiens-Français de la Métropole; fils de deux écoles, les médecins partagent leurs amours entre deux mères. L'enthousiasme fut modéré, l'assistance dans les différentes sections peu nombreuse, mais les travaux avaient plus d'originalité que ceux présentés au premier Congrès et renfermaient souvent de précieux renseignements, qui démontraient un travail personnel d'une très grande valeur pratique. A côté des communications inédites et très intéressantes, il y en avait qu'on rebaptisait pour la circonstance et d'autres qui auraient pu ne pas voir le jour sans aucune perte pour la postérité. Pris dans l'ensemble les mémoires lus ont répandu un peu de lumière autour des questions obscures, et en continuant à marcher dans cette voie l'on atteindra certainement un but fertile en heureux résultats, si l'on bannit de la discussion tout esprit de coterie.

Les dévoués organisateurs du Congrès de Montréal ont raison de se réjouir de leurs efficaces efforts, car leur œuvre a été couronnée d'un véritable succès.

Les différentes sections ont formé les vœux suivants qui dormiront paisiblement sur la table du Secrétaire, bravant des ans l'irréparable outrage:

La section d'hygiène forme des vœux pour l'amélioration générale du milieu scolaire, et indique les moyens à prendre; pour l'amélioration de la ventilation avec système déterminé par les villes; pour l'analyse de l'eau; elle forme des vœux pour la vulgarisation des sérums, et la fondation de différents instituts Pasteur; pour la vulgarisation de l'hygiène infantile dans les écoles.

La section de médecine légale forme des vœux pour la fondation d'établissements de refuge pour les enfants arriérés et les alcooliques, et pour l'amélioration du système d'examen mental.

La section de médecine forme des vœux pour l'application par les autorités, de tous les moyens possibles, pour arrêter la tuberculose; suspension et isolement des professeurs tuberculeux, conseils donnés aux professeurs sur les moyens à prendre pour instruire et préserver ces jeunes élèves; pour la fondation d'un système de conférences populaires contre l'alcoolisme, etc.

La section de chirurgie dentaire demande l'appui des médecins pour répandre la nécessité de l'hygiène de la bouche dans les maisons d'éducation, etc.

Considérons les plus importants et les plus pratiques de ces souhaits réfléchis, et voyons ceux qui méritent une attention particulière et immédiate.

(Suite.)

NOUVELLES

Noms des officiers du prochain congrès des Trois-Rivières en 1906.

Président général, le Dr Normand, des Trois-Rivières; vice-présidents, les Drs Camirand, de Sherbrooke, J. E. Dubé, de Montréal, et Boucher, de Brockton, Mass.; secrétaire-général, le Dr DeBlois, des Trois-Rivières; secrétaires, les Drs E. Saint-Jacques, de Montréal, et Dorion, de Québec; trésorier, le Dr A. St-Pierre, des Trois-Rivières. Le Dr Panneton, des Trois-Rivières, a été élu président d'honneur.

Clinique pour cancéreux.—La souscription en faveur de la création d'une clinique pour malades atteints de cancer, ouverte il y a quelque temps dans la ville de Moscou, a produit déjà la somme de 400,000 roubles, soit plus de \$200,000.00.

Des recherches entreprises pour démontrer la présence de l'acide salicylique dans les fraises ont prouvé que les fraises et les confitures de fraises renferment normalement de l'acide salicylique; de nombreuses considérations tendent à faire supposer que ce produit existe primitivement dans ces fruits à l'état de salicylate de méthyle.

Un sommeil de 96 heures par le trional a été observé sur un médecin russe. Il est vrai que ce sommeil n'était pas naturel. Dans un but de suicide, le malheureux avait absorbé 25 gr. de trional. Des injections sous-cutanées de strychnine (2 milligr. toutes les 4 heures furent administrées au bout de 60 heures), elles réveillèrent le dormeur après la sixième injection. Il était temps car le malade était tombé dans un état comateux, et la température s'était abaissée à 35° C. Cette résurrection prouve que le trional constitue un poison médiocre. Vingt-cinq grammes n'entraînent pas la mort. Dans une autre tentative de suicide, le malade avait absorbé huit grammes. Il guérit également.

La lutte contre l'alcoolisme en Turquie. — Le sultan a fait interdire la consommation des boissons alcooliques dans tous les établissements publics. Or, la statistique annuelle de la criminalité vient de faire connaître les fruits d'une si excellente mesure que l'on n'oserait guère prendre en Occident.

Rien que dans la juridiction de Pera, le plus important faubourg de Constantinople, cette prohibition, qui, d'ailleurs, n'atteint que les musulmans, a fait que de 1902 à 1903 la quantité de meurtres a baissé de 23 à 15 et les simples contraventions pour ivresse de 680 à 188.

Les mêmes mesures sont appliquées avec succès en Asie-Mineure.

M. le docteur Squires a toujours constaté au 4e ou au 5e jour de la méningite de la base chez l'enfant, le signe suivant: Si on imprime à la tête un mouvement d'extension, les pupilles se dilatent; si, au contraire, on fléchit la tête sur le thorax, les pupilles se rétrécissent jusqu'à devenir absolument punctiformes. Ce phénomène serait dû à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, tension influencée par les mouvements imprimés à la tête et à la colonne vertébrale.

En envoyant à M. W. A. Grocock, 51 Sparks St., Ottawa, la somme de \$2.75, chaque médecin recevra 5 volumes Portfolio médical des plus utiles pour classification des travaux.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections veineuses d'éther iodoformé. — On prépare une solution d'iodoforme très finement pulvérisé dans de l'éther absolument pur, en ayant soin de ne pas aller jusqu'à saturation. Tous les cinq jours, on injecte de cinq à sept gouttes de ce liquide dans une veine et, d'après notre confrère, on peut voir survenir une grande amélioration dans les signes physiques, ainsi qu'une diminution de la fièvre et de l'expectoration, avec augmentation du poids du corps.

Puisqu'il s'agit d'un traitement médicamenteux de plus à ajouter aux innombrables déjà préconisés, nous rappellerons que, par la combinaison du phosphate de créosote, injecté dans les muscles et de la tuberculine, M. Maréchal prétend aussi avoir obtenu de très bons résultats.

Mais quel est le traitement qui n'a pas donné de résultats ?