

PAGE

MANQUANTE

La Paratoxine dans la Tuberculose

PAR LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY.

MM. les professeurs Gérard et Lemoine, de Lille, ont fait dernièrement, à l'Académie de Médecine, une très intéressante communication sur un nouvel agent thérapeutique, extrait par eux de la bile, et qu'ils nomment " Paratoxine ".

Je m'efforcerai de résumer d'une manière aussi claire et précise que possible, cette communication que j'ai pu lire, grâce à la bienveillance de mon distingué confrère, M. le docteur Aurèle Nadeau, de la Beauce, ancien élève du professeur Lemoine.

Les auteurs sont partis de ce principe que le foie est le défenseur de l'organisme contre les infections et les intoxications ; qu'il emmagasine les poisons minéraux, et probablement les toxines, et cherche à empêcher leur diffusion trop rapide, et que les maladies infectieuses sont moins graves chez les individus dont le foie est sain, et fonctionne normalement ; que la bile est douée de propriétés manifestement antiputrides et antiseptiques.

Une expérience faite par Phisalix en 1897, démontrant que la bile et les acides biliaires exerçaient, vis-à-vis du venin des vipères une véritable neutralisation chimique, et que la cholestérine, en particulier, se conduisait comme une substance antitoxique, à l'égard de ce venin, mit les auteurs sur la voie de leurs recherches et de leurs découvertes. Ils se demandèrent, avec raison, si la cholestérine n'aurait pas une action antitoxique analogue contre l'autres toxines. Ils choisirent la tuberculose, pour faire leurs expériences, parceque c'est une maladie à évolution lente, dans laquelle la toxine paraît jouer un rôle plus important que le bacille lui-même.*

* Remarquons, en passant, que Marmorek a, dès longtemps démontré toute l'importance du rôle de la toxine dans l'évolution de la tuberculose, et que l'action antituberculeuse indéniable de son sérum est précisément due à la neutralisation rapide de cette toxine, et non à une action directe sur la bacille.

Les expériences furent longues, et exigèrent de nombreux tâtonnements. Expérimentant d'abord avec la cholestérine, MM. Gérard et Lemoine obtinrent des résultats déjà démonstratifs, mais inconstants. Ils réussirent ensuite à isoler un principe voisin de la cholestérine, absolument privé de pigments biliaires, beaucoup plus actif, et qu'ils nommèrent " Paratoxine ".

Avec ce nouvel agent, les résultats furent plus probants et plus constants.

Les cobayes témoins, infectés à l'aide d'une émulsion de bacilles dans le péritoine, firent des températures très élevées, 103, 105, maigrèrent rapidement, et furent emportés en 25 à 32 jours. A l'autopsie on trouva les viscères farcis de tubercules agglomérés ou isolés, et même de larges plaques tuberculeuses.

Les cobayes injectés avec la même dose de la même émulsion de bacilles dans le péritoine, puis traités par la paratoxine, firent des températures peu élevées, 99½ ou 100, et augmentèrent de poids régulièrement. A l'autopsie, on ne trouva que de rares tubercules disséminés dans les viscères.

La paratoxine semble donc avoir arrêté dans sa marche, l'évolution du processus tuberculeux.

Les résultats cliniques furent encore plus satisfaisants. D'abord à la consultation externe, malgré les conditions défavorables : malades pauvres, obligés de travailler quand même, ne se présentant que deux ou trois fois la semaine.

Ensuite, dans la clientèle des chefs de clinique de MM. Gérard et Lemoine, où les résultats furent si brillants, que les distingués professeurs hésitèrent longtemps à les communiquer, redoutant le scepticisme, et ne se décidèrent qu'en présence de résultats toujours les mêmes, et certains de pouvoir prouver les faits avancés.

La paratoxine est généralement administrée en injections hypodermiques, de un à quatre centimètres cubes par jour.

On peut aussi la donner par la bouche, à la dose de 5 à 20 cent. cubes, et, de cette manière, elle réussit particulièrement bien dans la diarrhée tuberculeuse.

Le traitement doit être continué jusqu'au relèvement de l'appétit et du poids, et jusqu'à la diminution des signes physiques. On cesse alors pour un temps. En général, on obtient en deux ou trois mois, des résultats très nets.

Dans la laryngite tuberculeuse, les injections intra laryngées font merveille.

Sous l'influence des injections de paratoxine, l'état général s'améliore, l'appétit se réveille, devient parfois exagéré, le poids augmente, les digestions se régularisent les sueurs diminuent, parfois, disparaissent tout à fait et le malade parle bientôt de reprendre son travail. La toux diminue rapidement d'intensité et de fréquence, l'expectoration diminue, et la température tend à la normale. Bref, les malades renaissent à la vie.

En même temps, les bacilles de Koch diminuent, et il n'est pas rare de les voir disparaître presque complètement, en six ou huit semaines.

Tout cela, naturellement, chez les tuberculeux au premier ou au deuxième degré.

Au troisième degré, quand il y a des cavernes, quand le malade est cachectique, les effets de la paratoxine sont minimes.

Dans les formes hyperthermiques, dans les tuberculoses à marche aiguë, l'action de la paratoxine est nulle.*

En revanche son action est très nette dans les laryngites et les diarrhées tuberculeuses, qui disparaissent parfois en quelques jours, après avoir résisté à tous les traitements antérieurs.

La méthode a été expérimentée par le directeur d'un grand sanatorium, médecin des plus distingué. MM. Gérardet Lemoine nousannoncent la publication prochaine des observations qu'il a recueillies, et qui confirment les leurs.

MM. Gérard et Lemoine paraissent donc avoir fait une découverte de la plus haute valeur, et avoir doté la science d'une arme précieuse pour la lutte antituberculeuse, dans la quelle aucun moyen n'est à négliger.

Je souhaite pour ma part, que leur méthode soit bientôt à la portée de tous les praticiens. Je serai très heureux de la mettre en œuvre contre les deux complications les plus redoutables de la tuberculose pulmonaire, la laryngite et la diarrhée tuberculeuses, contre lesquelles elle paraît particulièrement efficace.

Les retrécissements acquis de l'urètre chez l'homme

PAR LE DOCTEUR B. G. BOURGEOIS.

“ Le retrécissement, dit Forgues, est le terme anatomique auquel tend l'urétrite chronique, par un processus anatomique continu”. Cette affirmation d'un maître de l'urologie, nous édifie suffisamment sur la cause la plus ordinaire des retrécissements acquis de l'urètre, et règle la fréquence de ces derniers, dans un pays où la prostitution clandestine opère en toute sécurité.

Je n'ai pas la prétention de mettre toutes les urétrites à la charge du gonocoque ; en effet les urétrites streptococciques, staphylococciques, ou autres, ont été bactériologiquement constatées, mais elles ne sont pas fréquentes. En tout cas, elles produisent des lésions éphémère qui guérissent en quelques jours, se limitent à la muqueuse et n'aboutissent pas à cette sclérose profonde, dont le retrécissement est la conséquence.

L'inflammation hémorrhagique n'est malheureusement pas la cause unique des scléroses acquises ; le retrécissement traumatique existe, et s'il est moins fréquent que le premier, il comporte un pronostic beaucoup plus grave, parce qu'il résiste le plus souvent au traitement ordinaire et réclame une thérapeutique héroïque, laquelle n'est pas toujours couronnée par le succès.

Il est, en effet, la conséquence fatale de tout traumatisme de l'urètre, — rupture, — section, — piqûre, etc., dont la cicatrisation détermine un noyau rétractile et fibreux, qui retrécit le canal d'une manière progressive mais précoce, et résiste très souvent aux manœuvres de dilatation. La résection opératoire semble alors toute indiquée ; bien heureuse quand elle ne substitue pas à la sclérose traumatique banale, la sclérose chirurgicale.

Il existe donc, d'après ces données, deux grandes classes de retrécissements : les *retrécissements inflammatoires ou scléreux*, et les *retrécissements traumatiques ou cicatriciels*.

*
* *

La symptomatologie générale des uns et des autres ne diffère pas sensiblement ; les modifications du jet, les mictions fréquentes, se faisant sous l'effort prolongé, les douleurs vésicales sont constantes.

* Rappelons, en passant, que dans ces formes aiguës et hyperthermiques, le sérum de Marmorek, lorsqu'il est administré à doses convenables, donne souvent des résultats merveilleux.

Il existe toutefois des particularités de caractère et d'évolution qui éclairent suffisamment le diagnostic différentiel et le pronostic et qui tiennent à des considérations étiologiques et pathogéniques.

Trois éléments sont à notre disposition, pour établir le diagnostic des rétrécissements ; l'histoire antérieure, les troubles fonctionnels, l'examen objectif, ce dernier étant très important et pouvant suffire à lui seul, en beaucoup de circonstances.

Il n'est pas toujours facile de faire avouer au malade les prouesses génitales qui lui ont valu la blennorrhagie, et il est tout naturellement porté à mettre l'état de chose actuelle, à la charge soit d'un traumatisme quelconque, soit d'une circonstance fortuite. Aussi faut-il procéder souvent avec diplomatie ! Qu'un questionnaire inhabile, ne lui laisse pas entrevoir la possibilité d'expliquer son infirmité par un traumatisme qui n'a pas existé ! Qu'on élimine d'abord, par une inquisition sérieuse, la seule existence d'une gonorrhée antérieure et l'on pourra ensuite penser à la possibilité d'un facteur traumatique.

Il n'y a pas que les seuls grands traumatismes du siège, chûtes sur le périnée, empâlements, fractures du bassin, qui peuvent briser et rétrécir l'urètre. Il faut se souvenir que la cicatrisation d'un chancre urétral, les manipulations brutales sur la verge en érection les faux pas du coït, la compression du pénis sur l'arc pubien de la femme, sont susceptibles de produire des éraillures de la muqueuse et du corps spongieux, qui seront l'origine d'un rétrécissement. Le malheur veut que ces derniers accidents, si sérieux dans leurs conséquences, ne donnent souvent lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang par le méat et passent inaperçus du blessé.

La blennorrhagie peut donc rester inavouée, et le traumatisme être méconnu ! Il en résulte que les notions étiologiques, fournies par le sujet, peuvent ne pas avoir bien souvent, une grande valeur ; heureusement qu'elles ne sont pas indispensables !

Le rétréci se présente à la consultation avec l'une des trois manifestations suivantes : il se plaint d'un écoulement léger ou d'une simple goutte matutinale ; il accuse une difficulté des mictions, difficulté tous les jours progressive et douloureuse ; il souffre enfin de rétention vésicale complète.

Beaucoup d'individus, à la suite d'une gonorrhée ancienne, ont vu persister, invariable ou avec des intervalles de disparition relative, une simple goutte blanchâtre ou opaline qui apparaît au méat, après expression de l'urètre, lorsqu'il n'y a pas eu de miction depuis quel-

ques heures. L'écoulement de l'urine se fait très librement mais, si l'on explore le canal, on constate que, quoique largement perméable, il présente en plusieurs endroits, une espèce d'induration qui imprime à la sonde le *ressaut traditionnel* et qui indique des foyers d'inflammation chronique et profonds, en évolution de sclérose en préparation de rétrécissements progressifs. Ces blennorrhagiens sont secondairement des rétrécis et les rétrécissements, à leur tour, entretiennent la suppuration dont ils ne sont que la conséquence.

La symptomatologie des scléroses constituées, se résume aux troubles mécaniques de la miction qui varient quelque peu, suivant le degré atteint par cette dernière. *Comme l'amour, le retrécissement n'a pas d'âge !* et les rétrécis de cette catégorie sont âgés de 25 à 60 ans, mais il sont plutôt jeunes. La maladie remonte à 6 mois, un an, 5 ans ou 10 ans, alors que des modifications sont apparues dans le jet. Celui-ci est devenu moins gros et moins puissant. Il s'est effilé progressivement, et la miction ne s'opère plus que sous l'influence d'un *effort continu* : il faut que le malade *pousse pendant tout le temps de la miction*.

Les mictions étant incomplètes deviennent fréquentes ; elles se renouvellent toutes les cinq, dix ou trente minutes, *aussi bien le jour que la nuit*. Ces efforts répétés déterminent l'hypertrophie du muscle vésical qui acquiert une vigueur considérable et chasse l'urine avec beaucoup de force dans l'urètre. La portion rétrécie résiste au flot, et il en résulte une pression énorme qui détermine la dilatation du canal situé en amont. L'urine s'accumule dans cette pochette, et, lorsque la miction est finie, en vertu de l'élasticité des tissus, elle s'écoule goutte-à-goutte dans le pantalon. Etat de chose ironique, " le malade pisse malgré lui dans ses culottes quand il n'a pissé qu'avec beaucoup de difficulté au cabinet. "

Par suite de ses contractions répétées, la vessie se trouve dans un état d'éréthisme continu, qui occasionne le ténesme et les douleurs, lorsque celles-ci ne sont pas dues à la cystite, développée par des manœuvres de cathétérisme infectieuses.

Lorsque la sclérose évolue vite et se ferme rapidement, tel le cas des retrécissements traumatiques, l'hypertrophie compensatrice n'est pas considérable. Le jet perd rapidement de sa violence et l'urine sort en bavant. La vessie, forcée, se laisse distendre par le liquide qui s'accumule dans le réservoir, en même temps que s'établit *l'incontinence par régorgement*. Le globe vésical est alors saillant au-dessus du pubis, les dou-

leurs et les besoins d'uriner ont disparu, le bien-être reparait chez le malade ; c'est ainsi que les rétrécis passent à la période de la *rétenion finale*.

Les *rétenionnistes*, voilà la troisième classe de malades que nous sommes appelés à soulager !

Urinant malaisement depuis longtemps, ils ont vu à un moment donné, l'urètre s'obstruer complètement, un excès de table ou de femmes, a déterminé une activité congestive et une hyperexcitabilité de l'appareil érectil, qui ont oblitéré la lumière, encore large, du rétrécissement et paralysé momentanément la vessie. Cette rétention passagère, nécessite rarement plus d'un cathétérisme ou deux.

Beaucoup plus tenace et plus grave est la rétention qui s'établit progressivement. Celle-ci n'est plus due à une tuméfaction congestive de la muqueuse urétrale mais à une lésion constituée qui relève d'une intervention active que nous étudions plus loin.

L'*Examen du malade* donne les renseignements les plus précieux. Après la recherche des cicatrices extérieures, au périnée, dans les aines ou ailleurs, il consiste dans l'exploration du canal, d'un bout à l'autre.

Je rappelle qu'il n'existe pas d'appareil plus sensible à l'infection, ni plus nécessaire à la vie, que l'appareil urinaire et qu'il y a des dangers à lui faire subir des manipulations qui ne soient pas suffisamment aseptiques (1). L'instrumentation, les mains de l'opérateur, les organes du malade doivent être soigneusement nettoyés.

L'Exploration est pratiquée à l'aide des explorateurs de Guyon ; ce sont des tiges, fines et graduées, en eu. soie gommée, se terminant à leurs extrémités par des renflements olivaires, dont il existe des grosseurs sériées, suivant la filière Charrière. Ces ovoïdes sont rattachés à la tige par leur grosse extrémité ou *talon*, tandis que la partie libre est plus effilée. L'introduction de ces sondes est plus facile que leur retrait, et si l'on introduit l'une d'elle jusque dans la vessie, il est possible que l'on ne sente pas grand chose à l'aller, mais au retour, à l'aide du talon plus abrupte, l'on bute sur tout obstacle périphérique et le ressaut indicateur permet, au moyen de la tige graduée, de noter la profondeur, le nombre et quelquefois même la longueur des rétrécissements. Il est bon de commencer par un explorateur assez gros, un N° 22 ou 24 ; en présence d'un échec on diminue progressivement jusqu'aux plus petits numéros.

Il existe des rétrécissements serrés qui n'admettent pas les plus petits explorateurs, on est réduit alors à pra-

tiquer le cathétérisme avec des bougies filiformes. Cette exploration a moins de valeur que la première ; elle indique bien un rétrécissement mais elle ne permet pas de prendre la topographie de l'urètre comme avec la sonde à boule. En plus elle présente quelquefois des difficultés insurmontables. La lumière de l'urètre n'est pas toujours simplement rétrécie, elle est quelquefois déviée, tordue, excentrique et l'extrémité fine et molle des bougies, s'enroule dans les replis muqueux ou cicatriciels. Aussi faut-il souvent travailler avec beaucoup de patience et essayer le cathétérisme en faisceau qui triomphe, presque toujours, des rétrécissements *perméables* les plus rebelles. Ce cathétérisme se pratique au moyen de plusieurs filiformes introduites à la fois, et que l'on pousse à tour de rôle. Elles se guident et se protègent les unes les autres, jusqu'à ce que l'une d'elles pénètre dans l'orifice cherché.

* * *

Ce qui permet ordinairement la différenciation des lésions inflammatoires et des lésions cicatricielles ou traumatiques, ce sont, la lenteur, la multiplicité et l'élasticité relative des premières, par opposition à la précocité, à l'unicité et à la dureté ligneuse des secondes.

Très rare avant la première année de l'infection, le rétrécissement blennorrhagique augmente de fréquence depuis la 2^e jusqu'à la 15^e année. On n'est pas surpris d'une évolution aussi lente, si l'on songe qu'il résulte de la sclérose progressive de l'urètre, se développant dans la sous-muqueuse, dans la couche musculaire et dans le corps spongieux, à la suite de l'infiltration embryonnaire et de l'hyperplasie conjonctive dont ces différentes couches sont le siège au cours de l'urétrite chronique. L'inflammation frappe tout l'urètre et peut persister à l'état chronique en plusieurs endroits différents ; ceci explique que le rétrécissement blennorrhagique est toujours multiple et occupe l'urètre spongieux comme l'urètre membraneux.

De son côté, le rétrécissement traumatique est précoce, il se forme en 30—40—ou 60 jours, aussitôt que la cicatrisation est survenue. Constitué par une bande fibreuse, rétractile, il se serre rapidement. Sa dureté et sa déformation font qu'il est d'un cathétérisme plus difficile et d'un pronostic plus sérieux. On le rencontre dans les endroits où l'urètre est plus exposé, par exemple à la racine de la verge et à la région périnéale. Son développement sur la cicatrice explique son *unicité*, mais il ne faut pas oublier que l'idée de traumatisme n'exclut

(1) Voir Union Médicale, Aout 1907.

pas la possibilité d'une blennorrhagie et il arrive parfois que l'on rencontre un rétrécissement traumatique au milieu de rétrécissements blennorrhagiques.--Difficilement dilatable, il se reproduit aussitôt. Cette rapidité d'évolution fait que le muscle vésical est surpris et n'a pas le temps de développer une hypertrophie compensatrice; de là sa faillite rapide avec retentissement sur l'urètre et le rein.

L'hypertrophie de la prostate est susceptible d'être prise, en certains cas, pour un rétrécissement et *vice-versa*. On évitera à peu près cette erreur, si l'on se rappelle qu'elle n'existe pas avant 50 ans, qu'elle n'est pas fréquente avant 65 ans, que la pollakiurie prostatique est surtout nocturne, avec prédominance sur les petites heures du matin et que l'effort que doit faire le prostatique n'est qu'un *effort de début*; la miction, une fois commencée, se continue spontanément.

La constatation d'une tumeur pré-rectale, l'arc sénile des iris, la dilatation et la sclérose générale des vaisseaux aident à trancher le diagnostic.

* *
*

La question du pronostic est entièrement liée à celle du *traitement*, qui varie avec la nature, l'âge et la sclérose des rétrécissements.

Toutes les pratiques qu'il comporte visent à la réouverture d. canal fermé et au rétablissement de sa perméabilité par la *dilatation*, par l'*incision* ou par la *résection*.

Les rétrécissements récents bénéficient de la dilatation simple, surtout s'ils ne sont pas encore bien serrés. Combinée aux grands lavages et aux pansements urétraux cette dilatation rencontre une indication précise chez les vieux blennorrhagiens avec goutte matutinale. Il ne faut pas craindre de la pousser jusqu'aux limites de la dilatabilité urétrale et la répéter tous les deux jours. Ces urètres finissent par admettre facilement les Nos 58 ou 60 Charrière que l'on laisse en place pendant 10 ou 15 minutes. Ce corps étranger détermine une contraction expulsive de l'urètre qui comprime et évacue le contenu purulent des glandes malades.

Si l'on veut hâter les résultats que l'on se propose d'obtenir, on doit profiter du temps que la sonde reste en place, pour faire du massage de l'urètre pendant quelques minutes. On sent très bien, sur le plan dur et lisse du Béniqué, la saillie des noyaux d'urétrite et de sclérose, dans lesquels se cachent les derniers germes de

la suppuration. Le massage, en plus qu'il concourt à vider les glandes, favorise la destruction et la desquamation de la surface protectrice, et rend ces foyers accessibles à l'action des antiseptiques. C'est, à la suite de ces manœuvres, le moment de faire les grands lavages au permanganate ou à l'oxyde de mercure, et d'appliquer des pansements à demeure dans l'urètre.

N'oublions pas que la prostate participe très souvent aux suppurations de l'urètre et que cet organe ne doit pas être oublié dans les manœuvres dont nous venons de parler.

La dilatation est sans aucun doute la pratique la plus fréquemment employée dans le traitement des scléroses urétrales: ceci témoigne de sa valeur et des services qu'elle rend, pourvu qu'elle soit employée avec discernement. Il ne faut pas lui demander plus qu'elle peut donner et il est inutile de songer à dilater les vieux rétrécissements, serrés, durcis, presque imperméables. Ceux-ci relèvent de l'incision ou uretotomie, complétée ensuite par la dilatation.

L'uretotomie se fait par la méthode interne ou par la méthode externe.

La première, en raison de sa simplicité et de sa bénignité relative, a conquis les idées. Elle est la plus généralement employée, hormis dans quelques rétrécissements très durs, et dans les vieux urètres blennorrhagiens, incisés à plusieurs reprises déjà.

Une des conditions essentielles de son emploi c'est la perméabilité de la sclérose, perméabilité qui permette l'introduction du mandrin conducteur. Aussi bien, lorsqu'elle est insuffisante, ou qu'elle n'existe pas, il faut préalablement la rétablir, en plaçant une filiforme à *demeure*, dans la lumière du rétrécissement ou dans son voisinage. L'urine filtre entre la bougie et le paroi urétrale et la dilatation se fait spontanément.

Le dernier temps, ou plutôt le temps complémentaire de l'urétotomie interne consiste dans la dilatation que l'on commence dans les jours qui suivent l'opération et que l'on pousse aussi loin que possible.

Les vieilles cicatrices fibreuses de l'urètre, les rétrécissements imperméables, ou ceux qui ne sont pas susceptibles de dilatation suffisante, relèvent de l'urétotomie externe. Cette opération peut se limiter à une incision longitudinale du rétrécissement sur une sonde à demeure, mais elle vise quelquefois à un résultat plus esthétique et plus complet. On obtient ce dernier

résultat par la résection totale de la portion rétrécie, et par le rétablissement de la continuité du canal en le suturant bout-à-bout.

Cette méthode est la plus radicale, mais elle exige des indications précises en raison des complications sérieuses qui l'accompagnent quelquefois. Il arrive souvent que la cicatrice chirurgicale, substituée à la cicatrice traumatique, donne de sérieux ennuis au malade.

Je rappelle, en terminant, que le rétrécissement de

l'urètre est un "*processus anato.miqua continu*" qui n'est pas définitivement arrêté par le traitement. L'amélioration et le bien-être qu'il procure ne doivent pas donner le change, et les clients doivent être bien persuadés, qu'en vue d'éviter des accidents graves, ils doivent veiller au guet et consulter à la première alerte; une sage mesure consiste à faire calibrer le canal une à deux fois l'an, pour les cas ordinaires, quelques cas rebelles relèvent d'une dilatation mensuelle.

NOTES EDITORIALES

Le traitement des entérites par les ferments sélectionnés

Depuis quelques années, la bactériologie a modifié les idées médicales sur le traitement des entérites. Dans la foule innombrable des microbes qui se rencontrent dans l'intestin de l'homme, on a distingué deux grandes catégories : 1° des microbes pathogènes, habituellement absents de l'intestin, mais susceptibles d'y être apportés par contamination, de s'y développer et de causer par leur présence une entérite. 2° des microbes qui sont les hôtes habituels de l'intestin, ou ils vivent en saprophytes, et qui concourent par leur présence aux fermentations et aux transformations des aliments ingérés. Ordinairement inoffensifs, ces microbes peuvent accidentellement exalter leur virulence, devenir nuisibles et causer une infection locale et générale.

Parmi ceux-ci, il faut distinguer :

A) Les microbes qui, comme le *proteus vulgaris*, le *bacillus mesentericus*, le *bacillus subtilis*, vivent aux dépens des matériaux albuminoïdes, qu'ils décomposent et putréfient en donnant naissance à des phénols, à l'indol et au scatol ;

B) Des microbes qui vivent au contraire aux dépens des aliments hydrocarbonés en produisant de l'acide lactique et de l'alcool. Ce sont les microbes saccharolytes, dans le groupe desquels rentrent le *bacillus acidi paralactici*, le *bacillus bifidus*, le *bacillus lactis aërogènes*, etc.

Ces deux variétés de microbes sont antagonistes : les premiers vivent aux dépens des albumines et sont

anaérobies, les seconds vivent sur les hydrocarbures et sont aérobie ; les seconds restent toujours inoffensifs.

Dans les entérites de l'enfant et de l'adulte, on voit les microbes protéolytes nuisibles prédominer, les microbes saccharolytes inoffensifs disparaître.

Comme l'antisepsie intestinale parfaite est une utopie irréalisable, on a cherché à favoriser le développement des microbes saccharolytes, ce qui est la manière d'empêcher la multiplication des protéolytes et même des microbes pathogènes ; dans un tube digestif où les microbes saccharolytes sont actifs, les microbes étrangers, comme le bacille virgule, ne peuvent se développer, ils sont détruits sur place : des individus ont pu ingérer du bacille virgule sans que le choléra se développât et sans qu'on pût même retrouver le bacille du choléra dans leurs selles ; il en est sans doute de même pour les autres microbes pathogènes.

L'idée de favoriser le développement de la flore microbienne favorable pour l'employer à défendre l'intestin contre les microbes nuisibles a été appliquée pratiquement au traitement des entérites.

Il y a deux moyens de favoriser le développement de la flore favorable : 1° introduire dans l'intestin les aliments dont vivent les microbes saccharolytes ; c'est le régime lacto-farineux qui répond à ce but ; 2° faire pénétrer adroitement dans le tube digestif des cultures de microbes saccharolytes qui, trouvant un milieu et une nourriture favorables, s'y développent. A cette indication répond le traitement des entérites par les ferments et levures.

Différents ferments et levures ont été essayés.

Les principaux sont : les bacilles lactiques ; les levures de raisins ; les levures de la bière ou du pain. Ces microbes ont été empruntés, soit aux aliments natu-

naturels qui les contiennent, soit aux cultures pures, sélectionnées.

Ils peuvent être introduits dans le tube digestif sous forme de lait caillé, préparé avec le maya bulgare, ou mieux avec les ferments sélectionnés. Metchnikoff a montré, en effet, qu'on avait intérêt à se servir du bacille bulgare, le plus actif et le plus résistant ; mais, pour empêcher ce bacille d'atteindre en même temps les graisses et de donner au lait un goût de suif désagréable, on lui associe un autre microbe lactique appartenant à la flore européenne et inoffensif ; on exclut les ferments alcooliques.

Chez beaucoup d'individus qui ne supporte pas le lait, il est préférable de donner le ferment lactique en nature ; pour favoriser le développement du bacille dans l'intestin, il suffit de faire prendre, en même temps, des aliments sucrés : eau sucrée, lactose, bonbons, confitures.

La lacto-bacilline, liquide de Metchnikoff est donnée à la dose de 10 centimètres cubes par jour, en deux fois, à jeun, dans de l'eau sucrée.

On peut aussi donner la lacto-bacilline en poudre, à la dose de 0 gr. 50, deux fois par jour, dans de l'eau sucrée, du miel ou des confitures ; cette poudre est le résultat de la filtration et de la dessiccation d'une culture pure de bacille bulgare dans du lait.

Enfin, on peut la prendre en globules glutinisés, qui se conservent bien et qui, après ingestion, mettent la bacille en liberté dans l'intestin seulement.

C'est la lacto-bacilline liquide qui paraît la plus active.

Dans le lait, à la température de 20 à 25, le ferment habituellement employé et présente transforme la lactose en acide lactique dans la proportion de 60 à 70 0/0. Ce qui le caractérise surtout, c'est la résistance au milieu acide qu'il crée, de sorte que, dès que l'acidité du milieu intestinal diminue, le biolactyle reprend son action génératrice d'acide lactique.

Les levures ou saccharomycètes ont été aussi employées dans les entérites, pour modifier la flore intestinale pathologique, à cause de leurs propriétés antagonistes à l'égard des microbes pathogènes. On a utilisé surtout la levure de bière ou *saccharomyces cerevisia*, et la levure de raisins ou *saccharomyces ellipsoïdeus*.

Les levures produisent, dans les milieux où elles sont employées, des fermentations par l'action des enzymes ou ferments solubles qu'elles contiennent ; c'est Butcher qui a, en 1898, démontré l'existence de ces ferments. Ils sont de deux sortes : 1^o deux *ferments*

saccharolytes, la *sucrase*, isolée de la levure de bière par Berthelot, qui transforme le sucre de canne en glucose, et l'*alcoolase*, qui opère le dédoublement du glucose en alcool et acide carbonique pendant que la cellule se charge d'oxygène ; 2^o un *ferment protéolyte*. Suivant les conditions de milieu, on peut favoriser l'action de l'un ou l'autre des ferments. Pour que ces levures soient actives et capables des se développer dans le tube digestif de l'homme, milieu défavorable, il faut qu'elles aient été recueillies dans de bonnes conditions ; c'est pourquoi certaines fabriques livrent aujourd'hui des levures actives et sélectionnées. L'expérimentation a montré que les levures peuvent vivre dans le tube digestif et qu'on en retrouve dans les selles des individus qui en ont ingéré ; elles peuvent y détruire des matières sucrées, en les faisant fermenter avec production d'acide carbonique et d'alcool. En outre, les levures sont microbicides ; de même que *in vitro* elles empêchent le développement des microbes, coli-bacille, streptocoque, proteus, pyocyanique, dans le tube digestif, elles luttent contre les microbes par leurs produits d'excrétion, l'alcool les acides lactique et succinique de l'état naissant ; elles atténuent les toxines augmentent la proportion des phagocytes et favorisent le péristaltisme intestinal, toutes qualités qui méritent de les faire employer contre l'auto-intoxication intestinale.

La levure de bière fraîche peut être obtenue assez facilement aujourd'hui dans beaucoup de brasseries parisiennes qui l'expédient chaque jour en petits pots ; on en prend une cuillerée à dessert trois fois par jour, à jeun ou au début des repas, dans un peu de bière, d'eau sucrée ou d'eau de Vichy, ou encore en cachets. Cette levure est impure et contient plusieurs espèces de levures et des microbes. Elle s'altère très rapidement. Son activité est très variable, souvent faible, ce qui peut expliquer l'irrégularité des effets thérapeutiques.

Les levures sèches sont préparées au moyen de levures sélectionnées, cultivées en milieu favorable et desséchées au moment où elles ont acquis leur maximum d'activité etc.

C'est dans les affections cutanées, résultant de l'auto-intoxication intestinale, que les levures ont été employées avec le plus de succès. Brocq a montré leur efficacité contre l'acné, les furoncles, l'urticaire, le prurigo. Dans les cas de dilatation stomacale avec fermentation anormale, mais sans rétention prolongée, les levures ont une action désinfectante utile. Par contre, leur action est nulle dans les entérites aiguës ; elle est très douteuse dans l'entéro-colite muco-membraneuse ; elle n'est nullement prouvée dans la fièvre typhoïde.

Le ferment de raisin a été préconisé par Jacquemin (de Nancy) et employé contre les affections cutanées d'origine digestive, la constipation chronique, les fermentations gastriques exagérées. Il a donné quelquefois de bons résultats.

Telle est l'orientation nouvelle de la thérapeutique ou autre digestif. Elle valait d'être signalée à nos lecteurs, car ses résultats sont pleins d'encouragement.

Comment on peut administrer les ferments lactiques

Les ferments lactiques peuvent être administrés en cultures liquides, dans du lait (lait caillé, képhyr), dans du bouillon pepto-lactosé (bouillons lactiques divers), en cultures desséchées

Ces trois modes, auxquels se ramènent tous les autres (képhyr, poudre, comprimés, globules, etc.), sont loin d'être équivalents, comme nous l'avons vu au point de vue de leur action thérapeutique.

Les premières en date, employées empiriquement depuis les époques les plus reculées, sont les cultures en milieu lacté, les *laits aigris* avec leurs innombrables variétés et dérivés : képhyr, koumyss, lait caillé, petits-laits, yohourth, etc.

Le képhyr, le koumyss, le lait caillé ordinaire sont, à vrai dire, des cultures mixtes, dans lesquelles les ferments lactiques sont en symbiose avec des levures et des ferments variés. Les laits caillés actuels sont des cultures pures en milieu lacté réduit et stérilisé, de microbes lactiques et paralactiques.

Bien préparés, les laits caillés sont d'un goût délicat, d'une saveur acidulée caractéristique ; ils renferment de 10 à 16 grammes d'acide lactique par litre suivant la durée de la fermentation. Ce sont des aliments très digestibles, "prédigérés", doués d'un pouvoir nutritif considérable et qui agissent comme des reconstituants véritables.

Il résulte des analyses de Fouard que la caséine s'y trouve solubilisée dans la proportion de 40 à 50 pour 100, le phosphate de chaux dans la proportion de 70 à 80 p. 100.

Ils constituent des aliments antiputrides par leurs ferments et leur acide lactique ; antidyspeptiques par leur teneur en zymases et l'auto-digestion de la caséine et des phosphates ; reconstituants par leur haute valeur nutritive et peut-être décalcifiants par leur teneur en acide lactique.

Antiputrides relatifs, ils rendront des services dans la cure des affections gastro-intestinales chroniques, voire dans l'antérite tuberculeuses (Jacquet-Jean selme) ; antidyspeptiques, ils seront souvent d'une grande utilité dans la crétiologie des hyposthénies, des insuffisances, des dyspepsies gastro-intestinales, voire du cancer de l'estomac (Hayem, Combes, Martinet) ; reconstituants,

ils fourniront des éléments nutritifs de la plus haute valeur pour la pratique de la suralimentation dans les convalescences et la tuberculose (Odilon Martin, etc.) antisoléreux possibles, enfin, ils seraient, d'après M. Metchnikoff, des agents diététiques précieux contre l'artério-sclérose et la sénilité précoce.

Ce sont avant tout des aliments, des éléments de régime, qui seront surtout valables précisément comme constituants de régime dans des traitements de longue durée. *Agents de premier ordre dans les états pathologiques caractérisés par l'insuffisance diastasique, ils doivent céder le pas au suivant comme agents antiseptiques.*

On prescrira le lait caillé comme aliment associé ou non à des aliments hydrocarbonnés (miel, sucre, confitures, etc.), aux doses de $\frac{1}{4}$ à un litre par jour. Si pour une raison ou pour une autre on voulait diminuer le taux des graisses et de la caséine, on le préparerait avec du lait écrémé.

Les *bouillons lactiques* ou *paralactiques* sont, pour la plupart, des cultures en bouillon lacto-peptonisé de ferments lactiques ou paralactiques préalablement choisis, sélectionnés et entraînés, quelquefois associés à d'autres espèces microbiennes [Bacillus acidi paralactici et Bacillus acidi bifidus (Tissier), bacille de Massol et autre bacille lactique oriental (Fournier), bacille de Massol et bacillus acidi lactis indigène (Metchnikoff), etc.]

Leur saveur, plus ou moins acide suivant leur teneur en acide lactique fort variable d'après la variété de la culture et surtout son ancienneté, est considérée par la plupart des malades comme assez désagréable. On se heurte même parfois à d'insurmontables répugnances ; en général, ils sont acceptés et fort bien supportés si le médecin a l'autorité suffisante pour en imposer l'usage.

On les prescrit d'ordinaire à la dose de un verre à bordeaux au début de chacun des principaux repas, matin et soir, soit purs, soit mélangé à de l'eau lactosée, de la bière ou cidre. Dans certaines préparations, les doses sont fort ingénieusement réparties en petits flacons d'une dose, en sorte qu'on évite ainsi sûrement les contaminations possibles au cours des manipulations nécessitées par l'emploi d'un même flacon pendant plusieurs jours.

Leur durée de conservation n'est pas supérieure à un mois.

Ce sont d'incomparables agents antiputrides.

Par leur emploi combiné à un régime hydrocarbonné plus ou moins strict, on obtient, avec une incroyable rapidité en certains cas (on peut dire de suite chez l'hom-

me normal), la désodorisation des selles, la suppression des gaz, la régularisation des garde-robes. La rapidité de leur action et sa sûreté en font le *Agents d'urgence de la bactériothérapie lactique*; ce sont ceux qui conviennent tout particulièrement aux *entéro-colites aiguës* ou aux *épisodes aigus des entéro-colites chroniques*]

Dans la pratique, en dehors de ces cas d'infection aiguë où il faut frapper vite et fort,—et où ils semblent, nous le répétons, irremplaçables,—ils ont l'inconvénient d'être désagréable au goût, non conservables, ce qui en rend l'emploi difficile dans les régions éloignées des laboratoires, et enfin—ce qui, hélas ! n'est pas négligeable en certains milieux—d'être assez coûteux, car leur emploi, pour obtenir des résultats qui "tiennent", doit être continué assez longtemps, au moins six semaines.

Les *cultures desséchées* se présentent sous forme de poudre, de comprimés, de globules. Elles sont constituées par des cultures très vigoureuses, desséchées avec les précautions d'usage et mélangées suivant les cas à des substances diverses, lactose, carbonate de chaux, etc., qui ont pour but d'assurer la conservation.

La persistance de leur activité est prouvé par ce fait qu'avec la plupart de ces préparations on parvient très facilement à fabriquer du lait caillé. Toutefois il n'est pas douteux qu'en général les cultures desséchées sont moins vivaces, moins vigoureuses que les cultures liquides (récentes du moins); mais par entraînement *in vitro* on arrive fort bien, en partant de cultures sèches, à reproduire des cultures liquides tout à fait vigoureuse; il est bien probable qu'il en est ainsi dans le tube digestif.

Cliniquement on obtient dans les *entéro-colites aiguës* et *chroniques* des résultats très comparables à ceux que l'on obtient avec les cultures liquides, mais ils sont plus lents à se manifester. La période de dix à douze jours, qui nous a semblé cliniquement nécessaire pour obtenir des résultats comparables à ceux qu'on obtient en deux ou trois jours avec des cultures liquides, cette période correspond probablement au réentraînement de la culture sèche atténuée.

Cette relative lenteur d'action des cultures desséchées, lenteur qui est vraiment sans aucun inconvénient dans les formes chroniques, est compensée en pratique par cet avantage que l'administration (poudre comprimés ou globules) en est facile et relativement très peu coûteuse et que ces cultures desséchées se présentant sous un très faible volume et étant presque indéfiniment conservables, le traitement peut être suivi, "même en voyage".

La forme sèche nous paraît donc particulièrement indiquée dans les *entéro-colites chroniques* dans l'*auto-intoxication intestinale* et pratiquement chez les malades non sédentaires.

Mais quelle que soit la forme adoptée (lait caillé bouillon, cultures desséchées), il faut nécessairement pour favoriser la culture intra-intestinale des ferments lactiques, donner aux bacilles leur aliment préféré, c'est-à-dire une alimentation riche en sucre: régime végétarien ou régime mixte à grande prédominance végétarienne. Nous l'avons déjà dit et nous le répétons—après bien d'autres—: diète hydr carbonée et ferments lactiques sont les deux facteurs essentiels—nous allons dire inséparables—de la bactériothérapie lactique.

ALFRED MARTINET.

in la Presse Médicale

L'Antisclérosine

Augmentation de la pression vasculaire, calcification des artères, sont les faits objectifs dominants des états artérioscléreux. Les indications rationnelles sont celles qui ont pour but d'abaisser la tension sanguine et de maintenir dissous les sels calcaires du sang. Trunczek a attribué les dépôts calcaires dans les vaisseaux à la diminution de l'alcalinescence du sang, et pour lutter contre cette diminution, il composa un sérum contenant tous les sels normaux du sang et qu'il administra en injections sous-cutanées.

L'*antisclérosine* est une préparation qui a été récemment préconisée pour remplir le même but que les injections de Trunczek. C'est le sel de Trunczek, dont on a supprimé les sels de potasse en raison de leur action nuisible, et auxquels on a ajouté du glycérophosphate de chaux et des sels de magnésie.

L'emploi de l'*antisclérosine* détermine une atténuation manifeste des symptômes de l'artériosclérose.

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Ophthalmologie

Oto-Rhino-Laryngologie

La ponction lombaire dans les névrites optiques avec hypertension crânienne.—Par le Dr H. Frenkle, de Toulouse, in Annales d'Oculistique

Depuis que Quincke eût proposé la ponction lombaire pour diminuer l'excès de tension du liquide céphalo-rachidien, bien des expériences ont été faites pour élargir le cadre de son emploi. C'est ainsi qu'on a essayé cette méthode dans certains cas de méningite tuberculeuse, d'hémorragie méningée, d'hydrocéphalie, de tumeur cérébrale, d'urémie et de brightisme, de maladies de l'oreille, notamment labyrinthiques. " Enfin, on a constaté des effets favorables à des titres variés, dans les affections les plus diverses, telles que les psychoses, la chorée, le tabès, l'incontinence d'urine, la coqueluche, l'hystérie, le zona, l'hémiplégie." Mais d'après l'auteur le plus grand triomphe de la ponction lombaire serait plutôt dans les *méningites séreuses*, opinion d'ailleurs partagée par un grand nombre de confrères qu'il cite et qui ont fait connaître des cas de guérison. M. Frenkel relate ensuite l'observation d'une de ses malades atteinte de *méningite séreuse aboutissant à l'hydrocéphalie*. Le diagnostic fut fait par exclusion sans cependant éliminer positivement la syphilis, et fut aidé de l'examen ophtalmoscopique qui permit de constater une névro-rétinite double des plus caractéristiques. Il prescrivit alors une série d'injections intra-fessières d'huile grise et exécuta deux ponctions lombaires, ce qui lui permit, après une période d'amélioration et de recrudescence, de guérir sa malade au bout de trois semaines de traitement.

—o—

Etude clinique sur cinq cents cas de conjonctivites.—Par le Dr H. McKee, de Montréal, in Montreal Medical Journal.

L'auteur divise d'abord son travail en conjonctivite sans étiologie microbienne, et conjonctivite ayant pour cause un microbe connu. Il s'étend longuement sur cette

dernière catégorie et, s'appuyant sur les cinq cents cas qu'il rapporte, il conclut que la conjonctivite où l'on rencontre le diplobacille de Morax-Ascenfeld est la plus commune à Montréal. Le sulfate de zinc n'a jamais failli de guérir cette dernière variété de catarrhe conjonctival.

M. McKee nous parle ensuite d'un *staphylococcus albus* qu'il a rencontré neuf fois chez des clients juifs venus le consulter à sa clinique. Ce microbe n'ayant pas encore été décrit, il l'appellera, jusqu'à ce qu'il soit mieux connu et classé, le bacille McKee. Les différents moyens de le cultiver sont ensuite relatés, et l'auteur nous dit que son bacille est très contagieux pour la conjonctive humaine, et que, injecté dans le péritoine d'une souris, il produisit la mort en 24 heures. Suivent quelques considérations sur les moyens de le différencier avec les autres microbes. La dernière partie de son travail se rapporte à l'utilité qu'il y a de s'occuper de la réfraction dans certains cas de conjonctivite, ainsi que de l'examen des fosses nasales lorsque le catarrhe est monoculaire; et à la nécessité de nous renseigner au point de vue bactériologique.

—o—

Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire, après l'opération adénoïdienne.

Par les Drs Rozier et Tissé, de Paris, in Annales des maladies de l'Oreille du Larynx du Nez et du Pharynx.

L'anatomie des voies respiratoires supérieures est étudiée soigneusement, même au point de vue comparé, et les auteurs nous rappellent en physiologie, que l'air que nous respirons se réchauffe au contact de la muqueuse pituitaire. En traversant les fosses nasales cet air se charge d'humidité, devient moins irritant pour le larynx et la trachée, et plus propice à l'hématose.

D'après Ruault " le nez est encore l'organe de défense des voies respiratoires profondes, et en effet, c'est un filtre qui retient dans les cils vibratiles de la muqueuse les poussières et les germes de contamination qui sont contenus dans l'air que nous respirons." Et Lermoyez attire notre attention sur le pouvoir bactéricide du mucus de la pituitaire, et les dangers que présen-

tent ceux qui ont une insuffisance nasale manifeste au point de vue de la tuberculose. La respiration physiologique costo-diaphragmatique est ensuite étudiée avec soin et comparée à la respiration costale-supérieure qui est mauvaise. Suit une minutieuse description du faciès adénoïdien, et du défaut de développement de la cage thoracique chez cette variété de malades. L'observation d'un opéré est ensuite rapportée dans tous ses détails, où sont données différentes mensurations du corps, une description des muscles du thorax, et l'examen du sang avant et après le traitement par la gymnastique respiratoire.

Les auteurs terminent en disant que, bien qu'une opération de tumeurs adénoïdes puisse être bien faite, la respiration peut quand même rester buccale, surtout si l'enfant dépasse douze ans, et qu'un traitement par la gymnastique respiratoire devra être institué, à plus forte raison si le thorax n'était pas bien développé.

J.-N. ROY.

Etat actuel du traitement de la cholélithiase

par ALBU (*Zeitschr. f. arztl. Fortbildung*, 1er février 1908.)

—Le processus morbide étant extrêmement varié, il en résulte qu'on ne saurait établir un traitement uniforme de la cholélithiase. L'angiocholite calculeuse subsiste après une intervention chirurgicale et peut donner lieu à de nouveaux accidents. L'auteur n'admet pas qu'il existe des médicaments capables de dissoudre les calculs ; l'huile et ses dérivés présentent une action cholagogue et agissent comme le calomel, qui a été employé depuis longtemps.

On dispose en revanche de médicaments et cures minérales capables de faire cheminer les calculs : ces dernières agissent en excitant le péristaltisme intestinal ; ce phénomène a pour conséquence une suractivité de la sécrétion biliaire. Sous ce rapport, les eaux minérales chaudes devront être choisies de préférence : on les administrera à jeun, en se gardant de recommander aux malades les longues promenades trop souvent usitées : le malade doit se reposer après avoir bu.

En cas de cholélithiase chronique, le régime devra être pauvre en graisse, car la plupart des malades sont des obèses. On recommandera un régime mixte avec prédominance de légumes et de fruits.

L'intervention opératoire est indiquée quand le cholédoque est fermé d'une façon chronique, quand il y a empyème de la vésicule et quand un traitement interne systématique s'est montré impuissant : dans ces derniers cas, il existe fréquemment des complications (abcès, fistules, etc.) qui expliquent l'insuccès de la médication interne.

E. VOGT.

Traitement des infections des voies biliaires, notamment de la lithiase biliaire et de la cholecystite,

par JOHN B. DEAYER (*The A. m. J. of med. sc.*, janvier 1908.)

—Le traitement médical de la lithiase biliaire ou de la cholecystite est forcément palliatif, indirect et incertain, la guérison permanente ne pouvant être donnée

Traitement de l'ictère gastro-duodénal,

par M. Hora (*Centralblatt für innere Med.*, n° 35, 1908.)

—M. Hora recommande, contre l'ictère gastro-duodénal, la thérapeutique suivante :

1° Boire, toutes les deux ou trois heures, 100 à 200 grammes de lait pur ou additionné de chocolat, de cacao ou de café. (On permettra quelquefois d'absorber, deux fois par jour, du bouillon de bœuf dégraissé.)

2° Prendre 0,10 à 0,30 centigr. phtaléine de phénol. Cinq centigrammes suffisent pour un enfant. Régler la dose du médicament de manière à obtenir, chaque jour, deux ou trois selles pâteuses ou liquides.

La phtaléine du phénol agit, d'après l'auteur, en se dissociant dans le duodénum et en formant, avec le soudé, un sel diffusible. Il en résulte une augmentation de la tension osmotique. La muqueuse intestinale secrète alors, puis se dégonfle, ce qui dilate le canal cholédoque et facilite l'écoulement de la bile.

M. Hora a traité par ce médicament 43 malades. Tous ont guéris en cinq et dix jours.

PIERRE SÉE.

que par l'intervention chirurgicale. Le traitement médical de la cholécystite se borne à calmer la douleur dans les attaques aiguës et à rendre l'affection latente dans l'intervalle.

Les indications du traitement chirurgical dans les calculs biliaires sont les suivantes ; les coliques hépatiques répétées, l'hydropisie de la vésicule, la présence d'un calcul dans le cholédoque, l'existence de complications, surtout des infections aiguës. L'opération ne devient urgente que dans ce dernier cas. Dans les autres cas l'intervention, sans être obligatoire, constitue souvent la seule chance de guérison.

Les contre-indications à l'opération sont tirées des lésions organiques du cœur, des poumons et des reins, de l'âge avancé, de l'anémie et de la cholémie.

Les guérisons opératoires seront d'autant plus nombreuses qu'on sera intervenu plus tôt dans de bonnes conditions.

L. JUMON

Origine biliaire de certains vitiligos

L'existence de mélanodermies d'origine biliaire est aujourd'hui démontrée : au cours de diverses affections biliaires, on peut observer en effet des troubles de la pigmentation cutanée dans le sens de l'hyperchromie réalisant les modalités les plus diverses. Ne peut-on concevoir qu'il existe aussi, au cours de ces mêmes états, des dystrophies pigmentaires caractérisées à la fois par l'hyperchromie et par l'hypochromie combinées selon le type du vitiligo ? C'est ce que tendraient à faire admettre les 2 cas présentés à la *Société médicale des Hôpitaux* par MM. Gandy et Paillard. Le Premier concerne une femme de trente et un ans, qui, au déclin même d'un ictère d'origine lithiasique ayant duré six semaines, vit apparaître successivement sur la région presternale, le dos, la ceinture, etc., des taches hypochromiques avec blanchiment des poils caractéristiques d'un vitiligo naissant.

Le second a trait d'une femme de 60 ans, atteinte de vitiligo généralisé qui coexiste avec une cirrhose biliaire à évolution lente accompagnée de poussées ictériques.

Si l'observation ultérieure confirme cette manière de voir, il s'en découlerait une thérapeutique, désormais plus active qu'elle ne l'a été jusqu'ici, et où les cholagogues auraient droit de cité au premier rang.

Traitement de la pneumonie par le gaïacol

PAR G. CAÏN

The therapeutic Gazette, 15 Janvier 1908.

L'auteur a soigné une cinquantaine de cas de pneumonie sans aucun décès par les frictions de gaïacol. On peut choisir pour cela toute région du corps, mais la région de l'abdomen absorbe le médicament plus rapidement que la région thoracique. Cependant, on peut choisir cette dernière lorsqu'il existe de la douleur que calme le gaïacol.

La peau est d'abord complètement nettoyée à l'eau et au savon ou avec de l'éther. La dose de V à XXX gouttes pour les adultes, et X gouttes pour un enfant d'un an, les enfants demandant de plus fortes doses que les adultes. On laisse tomber le médicaments d'un compte-gouttes et on frictionne avec l'extrémité d'un doigt jusqu'à ce qui arrive en général au bout d'une ou deux minutes.

Le médicament agit très rapidement. Au bout d'une heure, le malade respire plus librement, la température, le pouls, la respiration, la coloration de la peau commencent à s'améliorer. En six heures, la température tombe de 2 à 4 degrés et les symptômes généraux sont très améliorés. Dans les cas légers, il n'y est pas nécessaire de renouveler la friction ; en général, le traitement doit être répété trois ou quatre fois à un jour d'intervalle. X gouttes de gaïacol ont suffi pour faire descendre la température à la normale au bout de douze heures.

Le traitement a paru arrêter la maladie dans quelques cas ; dans tous, la maladie a été écoutée et a été moins grave. Les signes physiques diminuent et l'expectoration perd sa coloration au bout d'un jour ou deux, le médicament modère l'action du cœur, à condition d'être employé à doses convenables.

Les toniques, les stimulants et les expectorants ont été rarement employés dans ces conditions. Les laxatifs doivent être administrés assez largement ; une alimentation légère, des lotions fréquentes et de l'air pur complètement le traitement.

Si le médicament a une action directe sur les centres thermiques pour que la température s'abaisse aussi franchement, il faut aussi qu'il agisse sur l'agent pathogène pour que les symptômes généraux s'améliorent.

L'auteur a appliqué le même traitement dans certains cas de tuberculose et en a obtenu de bons résultats.

La cholestérine, son emploi thérapeutique

M. Henri Iscovesco, ayant constaté que la cholestérine protège les globules rouges humains contre les sérums et autres agents hémolytiques, a essayé son pouvoir thérapeutique chez l'homme. Il l'a administrée dans une trentaine de cas, dont 1 purpura rhumatoïde, 4 chloroses, 8 tuberculoses pulmonaires et 7 cas de lymphatisme infantile : pré-tuberculoses, tuberculoses locales, adénopathies. Il a obtenu dans tous les cas, des guérisons ou des améliorations considérables. Dans la tuberculose pulmonaire, la cholestérine amène une amélioration rapide de l'état général, sans amélioration locale parallèle. La cholestérine doit être administrée sous forme d'émulsion et à la dose de 1 à 2 grammes par jour pour un adulte. Très bien supportée par les malades, elle est indiquée dans tous les cas où on prescrit actuellement l'huile de foie de morue et dans toutes les maladies à déglobulisation. (*Soc. de Biologie, Mars 1908.*)

Ionisation

L'introduction électrolytique des médicaments par transport des ions n'a pas une action spécifique aussi grande qu'on l'a dit ; dans la plupart des cas, la méthode agit comme celle du courant continu qui est d'ailleurs assez puissante, déterminant de proche en proche, entre les deux électrodes, des échanges ioniques intra-cellulaires ; mais l'introduction des sels médicamenteux dont on imbibes les électrodes n'est pas considérable ni surtout bien profonde ; le siège des névralgies, des arthropathies n'est jamais atteint ; les lésions superficielles bénéficient seules du médicament chimiques ; toutes les autres, de l'action spéciale du courant continu, (*Weil.*)

Guérison de l'aphasie motrice

L'aphasie peut-elle guérir ? C'est là une question qui a été souvent discutée. On admet d'habitude que, chez l'enfant et chez l'adolescent, elle est susceptible de disparaître complètement, mais que ce mode de terminaison ne s'observe pour ainsi dire presque jamais chez le vieillard.

M. Déjerine rapporte cependant (*Académie de Médecine, séance du 3 mars 1908*) l'observation d'un homme

de soixante-cinq ans, atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie chez lequel celle-ci a disparu. Et cependant, à l'autopsie, on a constaté qu'il existait des lésions importantes de la circonvolution de Broca. Il cite plusieurs observations analogues dans lesquelles on a constaté la disparition ou la diminution de l'aphasie avec persistance de l'hémiplégie et persistance des lésions de la circonvolution de Broca. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par des phénomènes de suppléances dont la connaissance est indispensable au clinicien.

La réduction des liquides dans le mal de Bright

M. Vidal, répondant à la communication faite par MM. Huchard et Fiessinger dans la dernière séance, insiste sur l'intérêt qu'il y a à surveiller la quantité de liquide absorbée par certains malades. Cette surveillance doit s'appliquer à tous les brightiques, infiltrés ou non. Von Noorden a bien montré le danger de l'abus des liquides chez les malades atteints de néphrite interstitielle. Le régime lacté, jadis imposé à tout brightique sans distinction, conduisait facilement à l'abus des boissons, qui fatiguait le cœur, les vaisseaux et les reins, et rendait plus facile l'hydratation des tissus dans les périodes de rétention chlorurée. *Le lait, excellent d'une façon générale chez les brightiques, ne doit donc pas être considéré comme inoffensif à toutes doses* : Les régimes hypochlorurés permettent de mesurer à volonté les trois principes fondamentaux : graisse hydrates de carbone et albumine, tout en restreignant la quantité de liquide au gré du médecin. Acad. de Médecine, Fév. 1908.



Société Médicale de Montréal

Séance du 7 avril 1908

Présidence de Monsieur T. Parizeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. O.-F. Mercier, remerciant la société pour sympathies.

Une lettre du secrétaire de la Société d'Otologie invitant les membres de la Société Médicale à assister à la réunion annuelle qui se tiendra à l'Hôtel Windsor, le 11 mai prochain, sous la présidence de M. Birkett.

Il est proposé par M. Décary, secondé par M. de Martigny, que le secrétaire soit chargé de répondre officiellement au secrétaire de la Société d'Otologie, que la Société Médicale accepte, avec plaisir, l'invitation, et qu'elle sera représentée par un grand nombre de membres qui exerce cette spécialité.

Adopté.

Présentation des malades et de pièces anatomiques.

M. de Martigny présente un cancer du col de l'utérus, qu'il a enlevé la veille, il étiquette, sa pièce cancer de l'utérus, avec point d'interrogation, jusqu'à ce que le microscope ait classé cette pièce. Il présentera les coupes à la prochaine séance.

Sur proposition de M. Marien, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

II

Régime des fiévreux et des convalescents.

M. Valin sépare les régimes des fiévreux, de celui des convalescents, et dans une très intéressante conférence, il traite ces deux régimes l'un après l'autre, avec grande précision et netteté, il les indique et il fait ressortir les avantages que les malades peuvent et doivent retirer d'un régime bien compris et bien ordonné.

MM. Décary, Marien, Bourgeois et Benoit prennent part à la discussion.

III

Un Cas d'Entéri-Anastomose

M. Z. Rhéaume fait une communication au nom du docteur Merrill.

Il s'agit d'un cas de hernie inguinale, étranglée depuis quatre jours, qui nécessita une entérectomie à cause de la gangrène.

L'opération fut complétée par une entérorraphie termino-terminale, paratiqué à l'aide d'une technique spéciale et d'exception.

Les suites opératoires ont été excellentes et 49 jours après l'opération le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

M. Rhéaume profite de l'occasion pour faire quelques considérations.

Il attire l'attention des médecins sur la gravité de l'intervention pour la hernie étranglée, qui devient toujours une opération des plus délicates.

Il s'élève énergiquement aussi contre une pratique aveugle et trop généralisée : *le taxis* brutal et souvent meurtrier.

M. Marien est d'opinion que le taxis est une manœuvre aveugle, dangereuse, et que le seul traitement rationnel de la hernie étranglée est l'opération. L'opération est délicate, grave, et partant doit-être laissée absolument et uniquement aux chirurgiens. Souvent au cours de la cure radicale d'une hernie étranglée, le chirurgien est amené à faire une résection intestinale, une résection intestinale est une des opérations les plus délicates de la chirurgie, une opération qui demande un grand entraînement opératoire, et une technique minutieuse. Il cite une observation personnelle d'un malade présentant une hernie étranglée depuis trois jours, où l'on avait fait plusieurs tentatives de taxis. Il opéra le malade et trouva l'intestin bleuâtre par endroit, toutefois la circulation se rétablissant lorsqu'il eut ouvert le sac, et comptant sur la nature, il réduisit la masse intestinale dans le ventre sans faire de résection intestinale. A l'autopsie de son malade il trouva une petite perforation intestinale qui avait causé la mort.

Il est d'opinion que toute hernie, étranglée ou non, doit être opérée le plutôt possible.

M. de Martigny se prononce contre les tentatives de taxis dans la hernie étranglée. Pour lui le seul traitement médical qui puisse être employé tout au début de l'étranglement est la vessie de glace. Si ce traitement ne réussit pas après six ou sept heures, il faut opérer quelque soit l'âge du malade. Il a opéré, avec succès, une hernie étranglée chez un vieillard de 82 ans.

L'on ne regrette jamais d'être intervenu trop tôt dans la hernie étranglée, car l'on ne sait pas quand l'intestin commence à se gangrener. Il cite l'observation personnelle d'un de ses malades, observation qu'il a communiquée à la Société, il y a trois ou quatre ans, où après 15 heures seulement d'étranglement, il fut forcé de réséquer quatre pieds six pouces d'intestin grêle cette section, permit de sauver la vie au malade.

Il se croit autorisé à réséquer l'intestin dans la hernie étranglée chaque fois qu'il se trouve en présence d'un anse dépolie, et ayant perdu sa couleur normale.

Il croit que le médecin qui se trouve loin des centres, loin des hôpitaux et des chirurgiens, ne doit pas hésiter à faire la cure sanglante de la hernie étranglée. L'opération de la hernie étranglée est une des plus anciennes opérations de la chirurgie, et les médecins la pratiquaient avec succès bien avant l'Ère Pasteurienne.

"Le médecin de la campagne, ajoute-t-il, doit être préparé à faire la chirurgie d'urgence, et l'opération de la hernie étranglée est une opération d'urgence."

L'opération de la hernie étranglée est moins dangereuse que la manœuvre toujours plus ou moins brutale du taxis.

L'un des plus grands dangers du taxis c'est la réduction en masse de la hernie. Le médecin croit avoir réussi à réduire la hernie étranglée, quand il n'a réussi qu'à repousser dans le ventre la hernie, le sac et le collet.

Bientôt le malade succombe. Il est de l'opinion de M. Marien : toute hernie doit être opérée, et plus le sujet est jeune et plus l'on doit insister sur la cure radicale de la hernie.

M. Bourgeois : Comme chirurgien ne voudrait pas paraître prendre ouvertement la défense du taxis. Avec ses collègues, en effet, il est partisan de l'intervention sanglante dans toute hernie, qu'elle soit étranglée ou non. Seulement il lui semble que l'on ait tendance à se montrer ingrats envers une manœuvre qui, comme le faisait remarquer M. Décarie, est fréquemment employée dans la clientèle médicale et une de bons résultats qui sont, la plupart du temps ignorés des chirurgiens.

Aussi bien s'il ne préconise pas le taxis, il croit toutefois qu'il peut devenir une pratique de nécessité en certaine circonstance où la herniotomie ne peut être pratiquée, M. de Martigny fait remarquer avec raison que les dangers auxquels expose le taxis sont la réduction en masse et la blessure de l'intestin. Ces accidents sont évidemment bien menaçants mais, ils ne sont pas égale-

ment imminents dans tous les étranglements dont les conditions anatomiques peuvent être très différents. Il croit en conséquence, que le taxis peut être essayé : 1^o Dans les hernies jeunes ou l'épaississement au péritoine n'a pas encore constitué le *col du sac* qui est seul responsable de la réduction en masse.

2^o Dans les premières heures de l'étranglement, alors que l'intestin encore sain, est susceptible d'une résistance suffisante.

En tout cas, les manœuvres doivent être toujours légères et non prolongées au-delà de quelques minutes.

IV

Un cas d'Hémorragie Cérébelleuse

Monsieur Benoit rapporte l'observation d'un jeune homme de 23 ans, alcoolique, qui fut frappé au mois de septembre 1907 d'une hémorragie de l'artère cérébelleuse droite. L'hémorragie se fit lentement et déterminait des symptômes méningés : céphalalgie, vomissements, constipation. Plus tard s'ajoutèrent quelques légères convulsions. Puis la vue diminua peu à peu. Enfin, lorsque le malade entra à l'hôpital Notre-Dame, le 18 février 1908, il présentait, outre le mal de tête, la constipation, l'amblyopie très accusée, deux symptômes cérébelleux très nets : la démarche titubante et l'asynergie musculaire. Le malade marchait comme un homme ivre ; durant la marche, le corps se rejetait en arrière, semblaient suivre péniblement les jambes. C'est là une attitude caractéristique de l'asynergie musculaire décrite par Babinski.

L'examen du fond de l'œil, fait par messieurs Foucher et Fleury, révéla une névrite optique par étranglement, de l'œdème papillaire, des foyers hémorragiques anciens. Il y avait donc un œdème cérébral très intense. On fit une ponction lombaire qui n'amena aucune amélioration. Le lendemain, le mal de tête devint excessif, et le malade mourut subitement dans la matinée.

A l'autopsie, on trouva un cerveau dilaté, aplati par un œdème énorme. Les veines méningées étaient très congestionnées. A la partie postérieure du côté droit du cervelet existait une masse profonde, gélatineuse, ayant à son centre un noyau dur ressemblant à un caillot sanguin altéré. Monsieur G. W. Jerome fit l'examen histologique de ce caillot et constata qu'il s'agissait d'une hémorragie ancienne en voie de transformation fibreuse.

M. Benoit expliqua l'œdème cérébral par la gêne apportée à la circulation veineuse, laquelle se fait, au cerveau, d'une manière tout à fait spéciale. La boîte crânienne s'adapte, durant la croissance, à son contenu, et devient ensuite inextensible. Le cerveau, animé, comme on sait, de mouvements pulsatiles, refoule à chaque systole le sang des méninges et devient ainsi l'agent principal du retour, du sang veineux de l'encephale. Dès qu'une tumeur s'ajoute dans la cavité, les pulsations cérébrales deviennent gênées; les veines, les sinus ne sont plus pressés rythmiquement sur la boîte osseuse, le cerveau s'engorge, l'œdème apparaît avec toutes ses conséquences possibles :

Monsieur Benoit tire de sa communication les conclusions suivantes :

1o L'hémorrhagie cérébelleuse, lorsqu'elle est lente, s'installe sans ictus au cerveau, sans apoplexie.

2o Elle ne donne au début, dans certains cas, que des symptômes assez vagues, faisant penser plutôt à la méningite.

3o Le foyer hémorrhagique peut s'organiser lentement, augmenter la pression intra crânienne et déterminer l'œdème cérébral à la manière d'une tumeur.

ALFRED MARCIL.

Etude clinique de 300 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine. — M. E. Ausset (de Lille) étudie les résultats de l'ophtalmo-réaction chez 300 enfants. Il note la concordance absolue des résultats fournis par la clinique et par ce procédé, si on considère la tuberculose suivant, l'âge des petits malades. De même que la tuberculose est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus âgé, de même le nombre des réactions positives augmente, avec l'âge. Première preuve, dit-il, de la fidélité de la méthode.

Sur ces 300 cas, A. a noté 126 réactions positives 56 légères, 49 d'intensité moyenne; aucun accident, même pour 6 réactions très fortes.

Parmi les 300 malades, 28 étaient très nettement tuberculeux : 24 ont réagi; des 4 qui n'ont pas réagi, 3 étaient cachectique. Sur 25 malade à retenir, 24 ont donc réagi, soit 96 p. 100. Deuxième preuve de la fidélité de l'ophtalmo-réaction.

Chez 35 malades soupçonnés tuberculeux, la réaction a été positive 21 fois. Le diagnostic, dans tous ces cas, a été confirmé par l'évolution ultérieure. Troisième preuve favorable.

Pratiquée chez des sujets tuberculeux, l'oculo-réaction donne des résultats positifs pour peu que ces enfants soient un peu âgés et vivent assez longtemps avec des tuberculeux. Chez les enfants ayant eu la rougeole, la coqueluche, chez des adénoïdiens, l'oculo-réaction fournit des résultats très utiles.

L'oculo-réaction est donc un procédé fidèle, susceptible d'apporter à la clinique un secours précieux.

CORRESPONDANCE

Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Québec, le 31 mars 1908.

Monsieur et cher confrère,

Il a été décidé que les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec commenceront le 20 juillet prochain.

Le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui doit coïncider avec ces fêtes, se réunira donc lui-même à Québec le 20, 21, et le 22 juillet 1908, et tiendra ses séances dans les salles de l'Université Laval.

En vous faisant savoir la date de la session prochaine de notre Congrès, nous avons l'honneur de vous prier de prendre connaissance des détails d'organisation que nous vous communiquons; vous y verrez quelles sections médicales se partageront les travaux du Congrès et quelles questions seront l'objet des rapports officiels de ces sections.

En dehors de ces études d'ordre général, chaque médecin pourra, s'il le désire, présenter au Congrès un travail particulier sur toute question qu'il aura lui-même choisie.

Ce congrès sera divisé en trois sections :

1. Section médicale et annexes ;
2. Section chirurgicale et annexes ;
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales :

1. L'Hygiène dans l'enseignement.
Premier Rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.
Second Rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.
2. Infection des voies biliaires.
Premier Rapporteur : Dr A. LeSage, Montréal.
Second Rapporteur : Dr A. Paquet, Québec.
3. Tuberculose rénale.
Premier Rapporteur : Dr C. Dagneau, Québec.
Second Rapporteur : Dr Eug. St-Jacques, Montréal.

Veillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments et l'assurance de notre parfait dévouement.

Le Président Général, Le Secrétaire Général,

A. SIMARD.

P. PAQUET.