

Montréal-Médical

Paraissant le 15 de chaque mois

Hygiène.—Médecine et Chirurgie.
Pratique.—Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

De l'allaitement des enfants privés du lait de femme par M. le Dr. Raoul Masson.....	455	Traitement de la furonculose.....	471
Nécrologie.—Sir Wm. Fingleton		Les bonnes et les mauvaises choses.....	472
Correspondance.....	460	La médication vomitive dans le croup.....	474
Société savantes.—Société Médicale de Montréal.....	463	Diagnostic du cancer de la prostate.....	475
La créosote et l'ichthyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.....	465	Etiologie de la tuberculose ex-fantasia, par Monsieur le Professeur A. Calmette.....	479
Lésions aortiques développées par les injections intra-veineuses de nicotine, par MM. les doct. D. Adler et O. Hensel.....	467	Le traitement de la gale chez l'enfant.....	483
Traitement des dyspepsies par fermentations anormales par M. le Professeur Albert Robin..	468	Que savons-nous de la Pathogénie du cancer.....	484
		Traitement de la coqueluche par l'arsenic, par M. le Docteur Nistis.....	488
		Nouveau cas d'inoculation de charbon syphilitique.....	491

Veillez adresser tout ce qui concerne la rédaction à

veillez adresser tout ce qui concerne l'administration à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltee ”

M. le Docteur J. A. HANDFIELD

M. S. MONDOU

142 rue ST DENIS, Montréal.

55, St. Francois Xavier, Montréal.

D. P. 756

PRIX DE L'ABONNEMENT, \$1.00 PAR AN.

MONTREAL-MEDICAL

VOL. VII

MONTRÉAL, 15 MARS 1907

No 1

DE L'ALLAITEMENT DES ENFANTS PRIVÉS DU LAIT DE FEMME (1)

PAR MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL MASSON

"Le premier devoir d'une mère est de nourrir elle-même son enfant au sein; le lait de la mère appartient à l'enfant.

"C'est une loi de la nature qu'il faut respecter."

Ainsi s'exprime M. le docteur Variot, au début d'un pamphlet que la commission des crèches fait distribuer dans les mairies de Paris à ceux qui y vont déclarer la naissance d'un enfant.

Le lait de la mère appartient à l'enfant; certes c'est une vérité qu'il n'est pas possible de nier, et nous avons dans la nature trop d'exemples sous les yeux pour mettre en doute cet avancé.

N'est-il pas admirable en effet de voir les soins, les attentions que les femelles ont pour leurs petits.

Qui n'a été frappé en voyant les précautions que prend, par exemple, la chienne pour donner à boire à ses petits. Souvent ils sont 6, 8, plus même, et c'est plaisir, de la voir marcher avec prudence, posant une patte ici, une autre là, s'avancant lentement, tournant de droite à gauche, choisissant l'endroit propice pour se coucher sans écraser aucun de ces petits affamés, et mettre ses mamelles à leur portée.

Chez tous les mammifères cette fonction admirable de l'allaitement existe chez les plus féroces, chez les moins intelligents.

Parfois il est vrai prises soudain d'un excès de tendresse, et les caresses ordinaires et extraordinaires ne suffisant pas à leur fringale d'affection les mères vont jusqu'à dévorer leurs rejetons; mais ceci n'est qu'un accident, et en revanche il n'existe pas, je crois, d'exemples d'une femelle refusant d'allaiter son ou ses petits.

Comment expliquer maintenant la grande facilité avec laquelle la femme de nos jours se soustrait à la loi générale?

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Séance du 5 Février 1907.

La femme d'aujourd'hui ne nourrit plus ses enfants.

On a cherché les raisons de ce changement malheureux, des enquêtes sérieuses furent faites par des personnes compétentes, plusieurs explications furent données, les unes satisfaisantes, d'autres malheureuses.

Une des premières est l'atavisme, cette force naturelle qu'on ne peut nier, qui fait que les femmes d'aujourd'hui sont moins bonnes nourrices, qu'elles étaient autrefois; les mères n'ayant pas ou peu nourri, les filles ne le peuvent plus faire par manque ou pauvreté de lait.

Les exigences de la vie moderne sont une autre raison.

L'homme ne suffit plus par son gain quotidien à faire marcher le ménage il faut que la femme pousse à la roue et apporte sa part à la bourse commune. Les usines, les manufactures, les bureaux, les compagnies industrielles emploient un grand nombre de femmes. Le mouvement féministe augmentant, que nous réserve le siècle prochain?

Les enfants naissent tout de même et la mère ne peut songer à les nourrir, aussitôt relevée il faut retourner à l'ouvrage et le nouveau venu est confié soit à la voisine soit à une grande sœur de 10 à 12 ans qui lui fera boire du mauvais lait dans un infecte biberon sans la moindre direction, sans aucune notion d'hygiène.

La mode joue aussi un grand rôle dans la question de l'allaitement au sein, c'est difficile à admettre, mais c'est vrai. Il n'est plus de mise de nourrir ses enfants, c'est mauvais genre!

Puis que d'envis cela entraîne, plus de diners, plus de bals, plus de théâtres, plus de soirées, puis la plastique—les belles formes sont un peu altérées par le fait de l'allaitement.

Autant de raison qu'on ne donne pas, mais qui suffisent pour calmer la conscience peu timorée et très élastique de bien des femmes aujourd'hui.

Une autre raison, grave celle-là, est la trop grande complaisance de nombreux médecins qui se laissent trop facilement soutirer l'autorisation de ne pas allaiter l'enfant qu'ils viennent de mettre au jour.

Plusieurs fois j'ai-je pas entendu, à ma profonde stupéfaction, n'ai-je pas entendu des mères me répondre, quand je leur demandais pourquoi elles n'avaient pas nourri leurs enfants: "Mon lait n'était pas bon, c'est la garde-malade qui me l'a dit." Cette réponse n'a pas besoin de commentaires.

Quand ce n'est pas la garde c'est la grand-mère ou la tante qui le plus souvent est une vieille fille et dont l'incompétence en pareille matière n'est égale que par la naïveté, la sottise ou la coupable indifférence de la mère.

Je ne prétends pas dire que toute mère peut et doit nourrir son enfant.

Il est des cas de force majeure où la mère ne peut ni ne doit nourrir son enfant, mais je crois que sur 100 mères qui ne nourrissent pas

au moins 60 le pourraient faire sans préjudice à leur santé, et sans préjudice pour l'enfant, au contraire.

Quoiqu'il en soit, le mal existe, nous le constatons, le remède est à trouver.

Il faut tout de même nourrir ces petits êtres qui n'ont pas demandé à naître, et le lait maternel faisant défaut quel aliment doit-on leur donner ? Celui qui s'en rapprochera le plus par sa composition chimique et organique.

S'il est facile d'élever un enfant au sein, où tout est simple, sans péril, où les accidents sont peu graves, où le lait passe directement du sein de la mère dans la bouche du nourrisson, sans être corrompu par les germes extérieurs, et réunissant aux différentes étapes de l'élevage les conditions précises pour être facilement digéré et absorbé par l'estomac et l'intestin de l'enfant ; ses parties composantes caseïne, beurre, sels, sucre et enzymes y étant dans des proportions exactes convenant à la capacité digestive et aux besoins nutritifs de l'enfant ; il n'est rien de plus difficile que de mener à bien l'élevage d'un enfant privé du sein maternel.

Les nourrices mercenaires étant à peu près inconnues au Canada, il faudra s'adresser aux mammifères domestiques qui nous donnent du lait, étudier la composition et les rapports entre eux de ces différents laits en prenant comme étalon de comparaison le lait de femme :

	Fau	Beurre	Caseïne	Sucre	Sels
Lait de femme.	877	45	19	53	2
“ “ vache.	870	40	36	55	4
“ “ anesse.	907	16	17	58	5
“ “ jument.	900	12	19	60	4
“ “ chèvre.	860	45	40	50	6
“ “ brebis.	850	42	45	50	6
“ “ chienne.	755	90	100	90	7
“ “ chatte.	815	33	90	50	6
“ “ truie.	820	55	60	50	3

En comparant entre eux ces différents laits nous voyons que ceux qui se rapprochent le plus du lait de femme sont les laits d'anesse, de vache et de jument.

Le lait d'anesse a une proportion de caseïne presque égale à celle du lait de femme, mais est bien plus faible en beurre, ce qui en fait un aliment léger qui peut convenir et qui est à recommander aux enfants faibles, débilités, privés du lait de femme et incapables de digérer le lait de vache.

Mais à mesure que l'enfant grandit il a besoin d'une alimentation plus complète, plus riche et le lait d'anesse ne suffit pas. De plus, quoique l'on rencontre au Canada quelques ânes par-ci par-là les anesses sont rares et leur lait serait d'un prix fabuleux puisque déjà en France où l'élevage des ânes se fait sur un assez grand pied le lait d'anesse se vend \$1.20 à \$1.30 la pinte \$5.00 le gallon.

Je passe sous silence les appréciations des laits de jument, de brebis, de chienne, de chatte et de truie, outre la répugnance instinctive que nous éprouvons à leur seul énoncé, leur rareté sur le marché prouve suffisamment leur inutilité au point de vue de l'alimentation des enfants.

De même pour le lait de baleine. Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler de cet industriel américain qui prétend avoir découvert le moyen de domestiquer ces gentils mammifères. D'après ses prospectus, il réunirait dans une immense baie un troupeau de baleines femelles qu'on dresserait à venir soir et matin, tout comme nos vaches laitières, faire vider leur mamelles gorgées de lait, pour le plus grand bonheur de l'humanité altérée, et le plus grand bénéfice de l'industriel en question.

Le problème n'est pas encore résolu que je sache.

UN MOT DU LAIT DE CHEVRE

Ce lait qui a en beurre la même teneur que le lait de femme est énormément plus riche en caseïne et contient 3 fois plus de sels, lait lourd désagréable et indigeste.

Plusieurs tentatives furent faites pour le vulgariser mais les résultats ne furent pas encourageants.

Il y a quelques trois ans une importation de chèvres fut faite au Canada et une des premières raisons mises en avant pour encourager ce mouvement fut l'utilité que présenterait le lait de chèvre pour l'alimentation des nourrissons. On se trompait grandement à mon avis.

Cependant par une sélection spéciale par différents croisements et par une alimentation particulière le Dr Barbellion prétendit avoir obtenu un lait de chèvre moins riche en caseïne qu'on pourrait donner cru aux enfants.

Comme preuve de sa conviction absolue, ce médecin administra ce lait à ses deux enfants qui tous deux succombèrent à la gastro-entérite.

J'ai assisté moi-même à des expériences faites par MM. Mery, Guillemot et Thérien, avec le lait de deux chèvres que M. Barbellion avait envoyées à l'hôpital des Enfants Malades à Paris. Après quinze jours d'essais qui portèrent sur un grand nombre d'enfants. Le régime fut abandonné. Je conclus—l'introduction de la chèvre au Canada est sûrement un mouvement à encourager, la chèvre coûte peu cher, se nourrit à très bon compte elle trouve sa vie là où tous les autres animaux mourraient d'inanition, elle met bas deux petits par an, donne un lait abondant, riche, avec lequel on fabrique de délicieux fromages; la chèvre comme on a dit est la vache du pauvre. Pour les nourrissons le lait de chèvre outre l'odeur désagréable de bouc qui s'y rencontre presque toujours, sa trop grande richesse en caseïne et en sels en font un aliment qui ne peut être utilisé.

Reste le lait de vache, dont l'abondance, le prix réduit en font, quoique sa différence avec le lait de femme soit encore assez grande, l'aliment de choix pour les enfants à condition de s'entourer des garanties nécessaires pour avoir un lait de bonne qualité. Est-ce à dire que nous devons donner ce lait aux enfants sans précautions et sans discernement ? Non, la trop grande richesse en caseïne du lait de vache en fait un aliment trop lourd dont s'accommode mal l'estomac de l'enfant.

Cependant plusieurs auteurs recommandent et préconisent le lait de vache pur pour les enfants, entre autres M. Budin. M. Marfan fait une distinction entre les enfants à l'allaitement mixte et les enfants nourris exclusivement avec du lait de vache, les premiers s'en trouveront généralement bien, la quantité de lait de femme qu'ils prendront contribuant à la digestibilité du lait de vache ; chez les seconds on a constaté au contraire un type particulier de dyspepsie que Marfan appelle "Dyspepsie du lait de vache pur."

M. Variot exprime une opinion analogue : "J'ai bien vu des nouveaux-nés s'accommoder du lait pur, mais je n'oserais donner le conseil de nourrir les enfants au lait pur avant six semaines. D'un autre côté le Dr Raimoudi, directeur de la Ponponnière de Versailles, pension-hospice, où l'on reçoit moyennant une certaine rétribution, les enfants dont les mères ne peuvent s'occuper, donne avec succès à ces enfants du lait non seulement pur, mais cru, c'est-à-dire ni bouilli ni stérilisé.

Seulement les conditions hygiéniques dans lesquelles est placé la Ponponnière de Versailles ne peuvent se rencontrer dans la vie ordinaire, et le lait que nous avons est tellement pollué par toutes les manipulations, les fraudes dont on nous a causé précédemment, qu'il serait dangereux et presque criminel de le donner aux enfants, tel que nous le recevons.

Nous avons été fortement édifiés sur la contamination, la falsification du lait livré à la consommation quotidienne ; on nous a prouvé que nous buvons un lait pollué vieux de 36 à 48 heures, transporté dans des récipients malpropres.

D'un autre côté on nous a indiqué les moyens à prendre pour avoir un lait à peu près parfait, et la possibilité d'arriver à ce résultat. Mais partant du principe que le lait de vache pur ne convient pas aux enfants nouveaux-nés, que le lait dont nous disposons est un lait impur, qui ne peut se conserver, il faut prendre les moyens de le purifier, de le conserver et de le modifier. Moyens de purification et conservation du lait.

Pour les considérations qui suivent, permettez-moi de puiser abondamment dans le traité de l'allaitement de M. Marfan où ces questions sont magistralement étudiées.

"Théoriquement le lait d'une vache reconnue saine par l'épreuve de la tuberculine et l'examen d'un vétérinaire, s'il était recueilli d'une

manière aseptique ne devrait pas subir de corruption. Pratiquement ce résultat ne peut être atteint; le lait renferme des microbes pathogènes et d'autres modifications faisant partie de sa composition intime ce sont ces microbes qu'il faut détruire pour obtenir un lait pur et un lait de conserve.

Pour arriver à cette fin trois moyens furent employés: Moyens chimiques, moyens mécaniques, moyens physiques.

1.—Les moyens chimiques tels qu'addition de carbonate de soude, de borax, d'acide borique, d'acide salicylique sont de peu d'utilité, dangereux même, et aujourd'hui condamnés et punis par la loi.

2.—Moyens mécaniques. Centrifugation et filtration.

La centrifugation laisse toujours dans le lait une certaine quantité de microbes, et ne peut suffire à rendre un lait propre à la conservation.

La Filtration est inutile ou nuisible car si elle empêche les microbes de passer, elle retient aussi les parties composantes solides du lait phosphates, globules gras, caseine, parties essentielles sans lesquelles le lait n'est plus un aliment complet; inutile, car si ces parties solides du lait passent à travers le filtre un grand nombre de microbes y passeront de même.

3.—Des moyens physiques.

Le froid et le chaud.

On a démontré que le froid ne détruit pas les microbes, mais les empêche de se multiplier et d'accomplir leur œuvre de décomposition. Cette méthode de conservation est aujourd'hui reconnue d'utilité publique, et sur toutes nos voies ferrées circulent aujourd'hui des wagons frigorifiques servant au transport des fruits, du lait, du beurre, des viandes et des fromages. Les navires qui doivent transporter au loin ces mêmes denrées sont pourvus de compartiments frigorifiques, ce qui permet aux produits d'un continent d'arriver sur le marché d'un autre continent dans un état de fraîcheur et de conservation satisfaisante.

Mais dès qu'ils sont soumis à une température plus favorable, les microbes qui étaient, si je puis dire, figés, se réveillent et reprennent leurs fonctions, parce qu'ils n'ont pas été détruits.

LA CHALEUR est le grand microbicide, et c'est depuis que son emploi est systématique que la désinfection a fait des progrès et que l'aseptie compte pour le moins autant d'adeptes que l'antiséptie.

Le degré de température auquel succombe un microbe déterminé peut varier avec le liquide qui le renferme et suivant le temps pendant lequel on maintient ce liquide à ce degré thermique.

On doit admettre que les ferments lactiques et les microbes pathogènes rencontrés dans le lait sont sûrement détruits dans ce liquide par une température de 80°C pendant dix minutes, ou de 68°C pendant 30 minutes. (Marfan traité de l'allaitement p. 387), (1).

Voyons maintenant quelles sont les différentes méthodes employées pour purifier et conserver le lait par la chaleur.

Stérilisation.

La stérilisation s'obtient de deux manières, soit par surchauffage ou par tydallisation, ou chauffage discontinu.

L'industrie s'est emparé de cette méthode et plusieurs grandes compagnies en Europe font des affaires superbes, entre autres la Cie du lait stérilisé Gallia, qui fournit les hôpitaux, maternités et crèches de l'Assistance Publique en France, et expédie du lait jusqu'en Algérie.

Le procédé consiste à recueillir le lait aussitôt après la traite dans des bouteilles stérilisées de 1-2 x 1-4 de litre, que l'on met dans une étuve à vapeur, où, sous une pression de plusieurs atmosphères la température est portée à 110 ou 115°C pendant quelques minutes. Le bouchage des bouteilles doit être fait soigneusement et hermétiquement, et les bouteilles conservées au frais.

Quelles sont les modifications que va subir le lait au cours de cette préparation. D'abord la couleur est un peu altérée, de blanc qu'il était, le lait parfois prend une teinte brunâtre. Cette coloration est attribuée soit à une décomposition du lactose en caramel, soit à une modification de la caseïne.

Le goût est aussi modifié, le lait stérilisé a le goût de lait cuit, goût qui apparaît dès que ce liquide est porté à une température de 70°C.

Plusieurs objections plutôt théoriques sont faites contre la stérilisation, destruction des enzymes, de la lecithine, de la nucleïne.

Si ces objections sont théoriquement vraies, l'expérience et la pratique nous prouvent qu'elles ne sont nullement un empêchement quant à l'emploi du lait stérilisé pour l'allaitement des enfants. Par la tydallisation ces inconvénients disparaissent en partie. Ce procédé qui a le grand inconvénient d'être très dispendieux, consiste à porter le lait vers 100°C. 3 jours consécutifs. Le premier jour les microbes sont détruits mais les spores résistent et donnent de nouveaux microbes qui sont détruits le second ou le troisième jour.

Le lait stérilisé se conserve-t-il longtemps ? Longtemps ? oui, indéfiniment ? non.

(1) Les ferments de la caseïne sont beaucoup plus résistants à la chaleur. Ces microbes succombent à 180°. et leurs spores supportent une température de 115° pendant une minute.

Le seul fait de l'exposition à la lumière agit sur les matières grasses du lait qui perdent peu à peu leur état d'émulsion et finissent par surnager, s'agglutiner et rancir. Mais pour l'usage courant, le lait stérilisé se garde frais et parfait pendant au minimum 15 jours, et il est rare le cas où l'on ne pourra renouveler sa provision avant ce délai.
(A suivre au prochain numéro).

NECROLOGIE

SIR WILLIAM HINGSTON

CORRESPONDANCE

Paris 20 Février, 1907.

Un cablegramme nous apprend la mort subite du plus illustre chirurgien du Canada Sir William Hingston.

La majorité des médecins canadiens actuellement à Paris anciens élèves du distingué professeur s'associent à ce grand deuil et offrent à sa famille leurs plus profondes et leurs plus vives sympathies.

Sir William Hingston fut en effet le plus grand chirurgien de son temps et le plus connu de notre pays. Sa réputation avait traversé les frontières et les mers, il était considéré comme une célébrité du Canada.

Certains opérateurs envieux qui ont cherché, avec le scalpel de la jalousie à diminuer sa valeur ont toujours brisé leur instrument sur sa double cuirasse d'airain : son INVULNERABLE talent et SES HAUTES capacités.

Après avoir obtenu ses titres de docteur en médecine de l'Université McGill, le docteur Hingston a fait dans un temps plus difficile qu'aujourd'hui, des études en Ecosse, en France, en Prusse, en Autriche et en Bavière. Quel est le chirurgien moderne de la métropole du Canada qui en a fait autant ? De retour à Montréal il exerça sa profession avec tout l'enthousiasme d'un savant et si ses leçons ne comportaient pas toujours toutes les précisions scientifiques elles avaient souvent le cachet d'une remarquable personnalité, car il était doué d'un jugement des plus sains et des plus droits que l'on puisse rencontrer chez un cerveau bien équilibré.

Soit comme premier secrétaire ou président de la Canadian Medical Association ou comme fondateur du premier Bureau de Santé en Canada, soit comme doyen de l'Université Bishop, comme Vice-Président de la British Association, comme chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu, comme professeur, comme Sénateur ou comme Sir, toujours le docteur Hingston dans ces milieux si différents et ces circonstances si variées de sa vie, il se fit de nombreux amis et rencontra de plus nombreux admirateurs.

Cet illustre chirurgien écrivit plus souvent avec son scalpel qu'avec sa plume, il fut plus un homme d'action qu'un écrivain. L'histoire nous le montrera comme le pionnier de la grande chirurgie en notre Canada.

Il fit la néphrécomie en 1868, la splénectomie en 1892, l'opération du pied Bott et la trépanation en 1884.

Arrivé au terme de sa carrière, Sir William Hingston, malgré une vie si bien remplie, n'était pas content de son œuvre et nombre de confrères n'étaient satisfaits de lui. Ce n'est pas qu'il eût manqué aux principes de la déontologie professionnelle, il les connaissait tous sans jamais les avoir appris et les metait en pratique avec une amabilité et une galanterie toute française qui lui attiraient les plus bienveillantes considérations. Il n'était pas content de son œuvre de professeur, il voyait bien que ses élèves demandaient une instruction de plus en plus complète et s'apercevait que ses leçons étaient de moins en moins en rapport avec leurs besoins et leur soif insatiable de tout entendre et de tout comprendre.

Sur son lit de mort, car son lit de mort fut son champ d'action. Il nous disait :

"Pour donner un enseignement à la hauteur des progrès des études modernes dont les perfectionnements se succèdent chaque jour, un professeur qui veut tout faire son devoir de véritable éducateur des générations médicales doit à chaque année s'arracher à ses occupations de routine habituelle et se rendre dans les grands centres de l'Europe afin de voir, d'entendre de comparer son œuvre avec l'enseignement d'autrui puis ainsi documenté revenir donner à ses auditeurs des fruits muris au soleil de l'expérience Universelle."

Il se reprochait de ne pas l'avoir fait, d'autres buts avaient caplé son attention.

Ce noble et sincère aveu est la peinture des généreux sentiments dont son cœur était animé, ce reproche, à soi-même, le grandit au lieu de le diminuer.

Quel exemple de grandeur d'âme ne donne-t-il pas à ses collègues de la faculté !

Quelle douleur ne devait-il pas éprouver au contact de personnes professant une opinion contraire à la sienne. C'est précisément parce que Sir William Hingston était merveilleusement doué qu'on lui demandait toujours davantage ; on aurait voulu que nos hôpitaux français formassent des chirurgiens aussi capables et aussi pratiques que les gradués des hôpitaux anglais. Les écrits que nous laisse le célèbre chirurgien nous montre quel flambeau lumineux éclairait sa maison, tout est succinct, précis, bien démontré. Chaque fois que le "MONTREAL-MEDICAL" publiait ses opinions, ses résumés cliniques, ses leçons pratiques nous recevions toujours un grand nombre de félicitations. Nous ne saurions lui faire un plus grand éloge qu'en reproduisant les conclusions de sa plus importante clinique, publiée en Mars et Avril, dans le MONTREAL-MEDICAL de l'année 1901.

"Messieurs, nous avons parcouru, à vol d'oiseau, l'histoire de la chirurgie dans l'ainé des hôpitaux de Montréal, nous n'avons qu'effleuré les sujets qui feront durant l'année l'objet d'études plus approfondies. A ceux qui se demandent avec étonnement ce que nous avons fait, nous les invitons à consulter nos registres ; nous leurs présentons ce c'est ici qu'on a fait, pour la première fois à Montréal, la grande résection du genou, l'ablation du maxillaire inférieur, l'ablation de la langue, l'hystérectomie et comme je vous, l'ai déjà dit, neuf mois avant que la néphrectomie fût connue au monde chirurgical, nous avons fait ici l'ablation du rein avec succès.

L'histoire impartiale écrira que Sir William Hingston fut le plus illustre chirurgien de son temps au milieu du plus jeune des peuples. Les services qu'il a rendus au malade ne se comptent pas. Les relations de haute courtoisie qu'il eut avec ses confrères ne s'oublieront jamais. Il succomba comme un héros sur le champ de bataille, en plein exercice de sa profession, en servant Dieu, sa famille et sa patrie.

Docteur E. E. LAURENT,

Docteur D.-E. LECAVALIER,

PARIS.

PARIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal

Séance du 19 Février 1907.

Présidence de M. Marien.

A l'ouverture de la séance Monsieur le docteur Hervieux, secondé par M. le docteur Cléroux, propose la motion suivante :

Que la Société Médicale de Montréal appréciant hautement les mérites de Sir William Hingston, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Professeur de clinique chirurgicale à l'Université Laval de Montréal, mem-

bre de la Société Médicale de Montréal, exprime toute son admiration pour les talents, les qualités personnelles et, pour l'œuvre éminente accomplie durant les cinquante années d'exercice de sa profession.

Qu'une lettre soit adressée par le secrétaire, à la famille de leur éminent confrère, exprimant les condoléances les plus sincères et la part profonde que prennent tous les membres de la Société au deuil cruel qui vient de la frapper.

Qu'une copie de ces résolutions soit transmise aux journaux de la ville. — Adopté à l'unanimité.

M. de Martigny en termes émus et bien appropriés fait l'éloge du grand disparu et dépose la proposition suivante:

Proposé par Messieurs les docteurs Eugène St-Jacques et François de Martigny, secondé par M. le docteur Damien Masson, qu'en signe de deuil et de respect pour la mémoire de Sir William Hingston, et de sympathie pour le fils du défunt, le Docteur Donald Hingston, les membres de la Société Médicale assistent en corps aux funérailles. — Adopté à l'unanimité.

M. de Martigny appuyé par MM. Lassalle et Monod proposent que le Dr K. Dorion soit nommé membre correspondant de la Société Médicale. Comme il doit partir immédiatement pour Boston, la proposition est mise au vote et est acceptée à l'unanimité.

Puis M. le président, le Dr Marien, lève la séance en signe de deuil et de respect pour la mémoire de Sir William Hingston.

Séance du 5 Mars 1907.

Sous la Présidence de M. Marien.

Membres présents: MM. Aubry, de Martigny, Brisset, Bourgoïn, Desrosiers, Lobel, Laramée, Ethier, Marci, Handfield, Lesage, Gagnon, Bourgeois, Boucher, R. Masson, Marien, Leduc, Larocque, Dérome, Dion, Décarie, Bernier, Ricard, Larose, Marin, Vernier, Hamelin, Valin, etc.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Après un peu de discussion, soulevée par M. Lesage, qui prétendait que la nomination de M. Kinton Dorion, comme membre correspondant de la Société, n'était pas tout-à-fait conforme aux statuts de cette dernière. Le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire donne aussi lecture de lettres de Messieurs Loir, Dorion, Guérin, Kennedy, Springlé, faisant application comme membre de la Société Médicale de Montréal.

M. F. de Martigny donne avis qu'à la prochaine séance il présentera une motion pour qu'une somme de \$10.00 soit allouée à la Commission du lait, pour la papeterie, les timbres, etc.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de Lady Hingston remerciant la Société Médicale de la sympathie qui lui a été témoignée dans la pénible circonstance.

M. Marin, échevin de la cité dit que le conseil de ville a décidé qu'à l'avenir toutes les rues de la ville seraient pavées en blocs de granit, et que l'asphalte ne serait plus employée. Comme cette décision est extrêmement importante au point de vue sanitaire, il demande que la Société Médicale fasse un rapport motivé à la Commission de la voirie et au conseil de ville.

M. de Martigny appuyé par M. R. Masson propose que M. Valin et M. Lesage soient chargés d'étudier la question et d'en faire rapport.—Adopté à l'unanimité.

MM. Verner et Bourgeois proposent que M. Bédard de Saint-Rémi soit nommé membre correspondant de la Société Médicale.—Adopté.

Puis l'on passe à l'ordre du jour :

1^o Motion Lesage appuyée par M. J. Décarie : Pour qu'une commission soit nommée afin d'étudier : a) la question du taux des examens d'assurance sur la vie ; b) la question des médecines patentées, à propos d'un bill actuellement pendant devant les chambres fédérales, à Ottawa. Et qu'un rapport soit soumis à l'une des prochaines séances.—Adopté à l'unanimité.

2^o. Motion de Martigny appuyée par M. Lesage : Qu'une somme de \$15.00 soit attribuée à faire imprimer la communication de M. R. Masson "De l'allaitement des enfants privés du lait de femme". Ce travail devant être distribué aux membres de la Société Médicale et aux Société sœurs, etc.—Adopté.

3^o. M. Bourgoïn : Un cas de leucémie, avec pièces anatomiques.

Puis la séance est levée.

LA CREOSOTE ET L'ICHTHYOL DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Elle est aujourd'hui fondée sur des bases inébranlables, la doctrine suivant laquelle la tuberculose pulmonaire chronique est curable, à la période début, avec les seules ressources de l'hygiène et de la diététique : repos, aération, alimentation reconstituante, appropriée à l'état des fonctions digestives et aux besoins de l'organisme, tels sont, en quelques mots, les principaux facteurs du traitement curatif de la tuberculose chronique.

S'en suit-il qu'il y ait lieu de dédaigner le concours de la thérapeutique ? Non pas. Seulement il faut bien se pénétrer des termes dans lesquels se pose le problème à résoudre : Les médications antituberculeuses ne sauraient conduire au but voulu, sans le concours des ressources hygiéniques et diététiques, mentionnées ci-dessus ; elles doivent tendre à modifier le terrain sur lequel évolue la tuberculose, à la rendre réfractaire à l'infection tuberculeuse ; leur action salutaire ne doit pas se traduire uniquement par des effets symptomatiques, mais aussi par un arrêt et une régression des lésions pulmonaires. Enfin,

l'action salutaire d'un médicament donné ne doit pas être contrecarriée par ses effets nocifs. Il faut surtout que son emploi, même prolongé, n'ait aucun retournement fâcheux sur les fonctions sécrétrices et d'assimilation.

Des nombreux médicaments préconisés contre la tuberculose pulmonaire, il n'en est pas qui réussisse mieux à ces divers desiderata que l'ichthyol : même à très hautes doses quotidiennes de 10 grammes, il ne produit pas d'effets toxiques. Loin de provoquer de l'intolérance gastro-intestinale, il remédie aux troubles digestifs déjà existants. Il ne produit pas seulement les effets symptomatiques qui frappent à première vue—suppression de l'expectoration purulente, de la toux, des sueurs nocturnes, de la fièvre vespérale : augmentation de l'appétit, du poids corporel, relèvement des forces :—on observe, en outre des signes stéthoscopiques, qui dénotent une régression du processus lésionnel.

Seulement, pour obtenir ces résultats, il faut administrer l'ichthyol à doses très élevées, pendant un temps suffisamment long, et sans se heurter à une répugnance invincible de la part des malades, répugnance provoquée par l'odeur et la saveur de l'ichthyol. L'"ichthyol-gaïacol" se présente au médecin comme une préparation à la fois odorée et insipide très bien tolérée par les premières voies, et qui lui fournit le moyen d'obtenir les résultats thérapeutiques voulus, avec des doses relativement faibles d'ichthyol. grâce à ce que ce médicament s'y trouve associé à deux autres substances, le gaïacol et le baume du Pérou, dont l'efficacité antituberculeuse n'est pas contestable. L'essentiel est de faire prendre l'"ichthyol-gaïacol", à doses progressivement croissantes (4 à 12 capsules par jour), puis décroissantes, au moment des repas, en deux ou trois prises. Chaque capsule d'"ichthyol-gaïacol Sébaste" équivaut à une dose de 30 centigrammes d'ichthyol, on peut, de la sorte, instituer un traitement intensif par l'ichthyol, dont les tuberculeux s'accoutument très bien.

Cette même médication donne des résultats très satisfaisants dans les cas de bronchite chronique avec expectoration nettement purulente ou consécutive à une attaque d'influenza, au décours de la grippe et de la pneumonie, pour tarir la suppuration des bronches, puis dans les cas où il y a lieu de réaliser l'antisepsie intestinale, enfin dans le traitement des dermatoses congestives, et principalement contre l'acné rosacée.

—o—

La théorie est l'hypothèse vérifiée, après qu'elle a été soumise au contrôle du raisonnement et de la critique expérimentale.

—o—

Le fait brut n'est pas scientifique ; il le devient lorsque l'esprit perçant les apparences, saisit l'idée ou le système d'idées qu'il recèle.

LESIONS AORTIQUES DEVELOPPEES PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE NICOTINE

PAR MM. LES DOCTEURS I. ADLER ET O. HENSEL

Ils ont fait à des lapins des injections intra-veineuses de nicotine, la dose, injectée chaque fois, était de 1-2 milligramme. Voici les résultats qu'ils ont obtenus, dans ces conditions.

Au bout de dix secondes environ l'animal était pris de convulsions généralisées, d'une durée de trois à cinq minutes. Au sortir de cette attaque, l'animal ne présentait rien d'anormal, jusqu'à l'injection suivante. Chaque injection a provoqué une attaque convulsive, pareille à la précédente, c'est-à-dire qu'on n'a observé ni tolérance, ni accoutumance pour le poison administré à la dose susdite. La plupart des animaux ont péri avant que les injections de nicotine aient pu être faites en nombre suffisant pour donner lieu à des lésions prononcées. Assez souvent on a constaté, à l'autopsie, de petits infarctus pulmonaires; il se peut que ces infarctus fussent imputables à l'empoisonnement par la nicotine.

Au nombre des lapins qui ont résisté aux injections, il s'en est trouvé qui paraissaient être normaux, dans une certaine mesure, à l'action nocive de la nicotine, en ce sens qu'après 60 et même 110 injections, on n'a pas constaté, chez eux, les lésions qu'on a été à même d'observer chez les autres après 18 injections ou un peu plus, et qui incrépissaient l'aorte. Ces lésions, dans leur ensemble, étaient à peu près identiques à celles qu'on voit se développer chez les animaux, sous l'influence des injections d'adrénaline. C'étaient: d'une part, des dilatations anévrysmales qui, jamais, n'intéressaient tout le pourtour circonférentiel du vaisseau; d'autre part, des saillies, des rugosités, des plaques, en rapport avec des dépôts calcaires plus ou moins abondants.

Pour ce qui est du mécanisme pathogénique de ces altérations vasculaires, il est très compliqué, on peut se le représenter ainsi, d'après les deux auteurs:

La nicotine produit d'abord une nécrose des fibres musculaires circulaires de la tunique médiane. Cette nécrose est, en partie, circonscrite, en partie diffuse. Les cellules contractiles nécrosées font place à des dépôts calcaires. Le rôle des fibres élastiques paraît être exclusivement passif. Réduites à leurs propres ressources, ces fibres sont incapables de résister aux chocs qu'elles ont à subir. Elles s'allongent ou s'effritent, suivant que la nécrose des cellules contractiles et les dépôts calcaires affectent une disposition circonscrite ou diffuse. Des ectasies de la paroi du vaisseau se produisent.

Les deux auteurs ont insisté sur la nécessité d'employer des solutions de nicotine assez fraîches; si tôt qu'une solution dégage tant soit peu l'odeur du tabac, elle est impropre à faire naître les accidents dont il vient d'être question. Ils affirment d'autre part, que si

les expériences faites par Josué (Archives générales de médecine, 1er novembre 1904) avec la nicotine ont échoué, c'est parce que les doses injectées (0 gr. 3) étaient beaucoup trop faibles.

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES PAR FERMENTATIONS ANORMALES

PAR M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Dans une remarquable leçon, professée à l'hôpital Beaujon, publiée, "Bulletin général de thérapeutique", M. le professeur Robin a exposé le traitement des dyspepsies par fermentations anormales.

Le malade, auquel le traitement spécial doit être attribué était un ancien saturnin, décharné, aux traits tirés, à l'aspect hâve. Il souffrait depuis douze ans de crises gastriques douloureuses, avec éructations, qui se répétaient tous les mois pendant une huitaine de jours.

Ce malade était pris tout à coup d'une douleur épigastrique avec irradiations dans les flancs et la région des reins. Puis il éprouvait des brûlures, des aigreurs, de l'anxiété respiratoire avec une sorte d'angoisse générale et le tout était suivi d'éructations. Enfin, ces éructations se compliquaient de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, qui s'effectuaient au milieu de rejets de torrents gazeux. Enfin, il présentait un ballonnement du ventre persistant. La langue était sale, l'haleine fétide.

Avec un appétit relativement bon, il ne mangeait cependant pas, parce que loin d'éprouver un soulagement quelconque après son repas, il ne faisait que souffrir davantage.

L'analyse chimique du suc gastrique a montré qu'on n'était pas en présence d'un hypochlorhydrique : sa chlorhydrie était normale, mais une partie de son acide chlorhydrique était saturée par des bases ammoniacales dérivant des fermentations des matières albuminoïdes.

C'est un phénomène peu connu, mais extrêmement intéressant, que cette fermentation ammoniacale dont on trouve le corollaire dans la diminution des peptones et des syntonines dans le contenu gastrique, tandis que la digestion des féculents est bonne.

Pour combattre ces symptômes, M. Robin recommande le traitement suivant :

- 1o. Donner des aliments aussi peu fermentescibles que possible ;
- 2o. Éviter les stases alimentaires prolongées ;
- 3o. Pratiquer l'antiseptie stomacale par des procédés qui ne soient pas, en même temps, antiseptiques ;
- 4o. Régulariser la sécrétion gastrique :

Voici comment il réalise ces indications.

1o. Alimentation.—Puisque, chez ce malade, dit M. Robin, les fermentations s'accomplissent aux dépens des albuminoïdes, nous diminuerons et supprimerons même ces aliments, si possible, et en premiè-

re ligne le lait qui fermente si facilement. Nous interdrons également le pain qui, comme le lait, fermente avec grande facilité; puis, d'une manière générale, tous les aliments animaux.

L'alimentation idéale, pour ce malade, sera le végétarisme. On choisira, pour suppléer à l'azote de l'alimentation animale, les végétaux les plus azotés, comme les fèves, les haricots rouges, les pois, les lentilles, les pâtes, etc., etc., sans préjudice des autres légumes.

Tous ces aliments seront cuits à l'eau et au sel, sans beurre, mais, suivant la mode anglaise, on les additionnera de beurre frais, au moment de les servir.

Comme boisson, de l'eau pure, ou une eau minérale indifférente.

Après chaque repas, le malade prendra une des petites poudres de saturation alcalino-terreuse dont voici la formule :

Carbonate de chaux - - - - -)	
Bicarbonate de soude - - - - -)	à à 0 g. 50
Magnésie - - - - -)	

Trois ou quatre heures après le repas, quand se dessine la crise douloureuse, le malade prendra une des grosses poudres de saturation ainsi formulées :

Bicarbonate de soude - - - - -)	
Carbonate de chaux - - - - -)	à à 1 gramme.
Magnésie - - - - -)	
Sous-nitrate de bismuth - - - - -)	

20. Stase gastrique.—Le patient présente une stase gastrique énorme avec distension de l'organe. Son estomac est plein des résidus des repas antérieurs. Ses cycles fermentatifs sont en constante activité. Que faire? Evacuer tout simplement ces résidus.

Dans ce but, on a proposé le "lavage de l'estomac". Personnellement, sans en nier la grande valeur, M. Robin estime que son utilisation n'est bonne que temporairement, au début du traitement. En outre, il présente l'inconvénient d'être trop astreignant, et l'on se hâte parfois à d'insurmontables intolérances personnelles.

La médication héroïque, en pareil cas, c'est le "vomitif": Celui-ci, tout à la fois, nettoie l'estomac et stimule les contractions gastriques.

Il le donne de la manière suivante :

Poudre d'ipéca - - - - -)	1 gr. 50
--------------------------	---	----------

En trois paquets, à prendre à un quart d'heure d'intervalle.

D'après l'auteur, un seul vomitif vaut un mois de lavage.

30. Antisepsie stomacale.—On doit l'obtenir avec des substances qui ne soient pas antiseptiques, c'est-à-dire qui n'empêchent pas l'action des ferments solubles du suc gastrique. Donc, pas de naphtol, bétol, etc. M. Robin les proscribit absolument.

Il faudra s'adresser aux "fluorures" qu'il a introduits, il y a bientôt dix ans, dans l'arsenal thérapeutique, en se basant sur les expériences de M. Efont (de Bruxelles). Consulté par les distillateurs pour indiquer un moyen qui empêcherait les fermentations lactiques et augmenterait du même coup le rendement en alcool, ce chimiste conseilla les fluorures à 1 p. 50,000. M. Robin a alors pensé que la substance qui empêchait la fermentation lactique dans les moûts, pouvait peut-être en faire de même dans l'estomac. Cette induction était exacte. Le "fluorure d'ammonium" arrête sensiblement les fermentations lactiques.

On peut donc ordonner :

Fluorure d'ammonium- - - - - 0 gr. 10 à 0 gr. 20
 Eau distillée- - - - - 300 grammes.

Une cuillerée à soupe, à milieu du repas.

Volontiers aussi, il prescrit l'"iodure double de bismuth et de cinchonidine" ou "érythrol", qui jouit de la propriété de se décomposer en milieu alcalin et met en liberté de l'iodé à l'état naissant. En quantité très minime, cet iodé naissant exerce une puissante action et modère les fermentations butyriques.

On le formule ainsi :

Erythrol- - - - - 0 gr. 02 à 0 gr. 05
 Magnésie calcinée- - - - - 0 gr. 10

Pour un cachet, à prendre immédiatement après le repas.

Quand les éructations sont considérables, le "soufre iodé" agit mieux que l'érythrol. M. le professeur Prunier, directeur de la Pharmacie Centrale des hôpitaux, a réalisé de curieuses combinaisons de soufre et d'iodé dont l'une, qu'il désigne sous le nom de soufre iodé, est d'une grande efficacité dans le cas particulier.

On prescrit :

Soufre iodé- - - - - 0 gr. 05 à 0 gr. 10
 A prendre en un cachet, au milieu ou à la fin du repas.

Tel est le traitement schématique du premier type de dyspepsie. Mais au schéma clinique type il y a lieu de signaler des particularités symptomatiques de deux ordres :

1o. 1a "constipation." — On la combattra par l'alternance des "drastiques" (scammonée, jalap, cascarrine, podophylline, etc.) et des lavements. Mais on rejettera les "purgatifs salins", dont les effets semblent moins favorables.

2o. Les vomissements.—L'intolérance gastrique, résultat de l'irritation de la muqueuse par les acides de fermentation et par la distension, témoigne ainsi d'une susceptibilité spéciale de la muqueuse qui finit, à la longue, par s'altérer, et ces états réactionnels ne sont que les antichambres des gastrites chroniques et de l'ulcère simple.

Pour calmer cette intolérance, il y a deux procédés :

D'abord le "repos stomacal absolu" pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Quand il est irréalisable, M. Robin emploie la mixture suivante qui est efficace dans la proportion de neuf cas sur dix :

On formule :

Picrotoxine- - - - -	0 gr. 05
Alcool, quantité strictement suffisante pour dissoudre.	
Chlorhydrate de morphine- - - - -	0 05
Sulfate neutre d'atropine- - - - -	01
Ergotine Yvon- - - - -	1 "
Eau de laurier-cerise- - - - -	12 "

Filtrez.

V à VII gouttes avant le repas; ne pas dépasser XXV gouttes par jour.

Cette médication complexe que nous avons cru devoir résumer, montre les difficultés que le médecin rencontre pour guérir ou même simplement améliorer cette forme si grave des affections de l'estomac.

TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE

M. Gallois s'est efforcé de mettre en évidence deux faits : 1o. on peut souvent faire avorter les furoncles à l'aide de l'iodacétone ; 2o. on ne peut empêcher la repullulation grâce au pansement à la glycérine boriquée; ce second temps du traitement est même, en réalité, le plus important, puisque c'est lui qui, empêchant la production de nouveaux furoncles, constitue la véritable thérapeutique de la furunculose. M. Gallois vient de revenir sur cette question, afin de bien préciser sa méthode.

Voici comment, en général, il formule son ordonnance :

1.—Iode métallique- - - - -	2 gr.
Acétone- - - - -	5 gr.

(Boucher à l'Éméri et vaseliner le bouchon).

2.—Ouate hydrophile- - - - -	50 gr.
5.—Acide borique- - - - -	20 gr.
Glycérine- - - - -	200 gr.
4.—Ouate ordinaire (non hydrophile)- - - - -	125 gr.

5.—Trois bandes de mousseline souple (de 5, 7 ou 10 centim. de largeur suivant les cas).

M. Gallois procède ensuite de la manière suivante : en général, en cas de furunculose, il existe un gros clou en évolution, et, au voisinage, toute une pépinière de furoncles en germe. Prenant une allumette, on entoure son extrémité libre avec un petit flocon de ouate que l'on trempe dans l'iodacétone, puis on touche chacun des petits clous

en préparation avec une goutte d'iodacétone. Pour le gros clou, s'il n'est pas ouvert, on le badigeonne à l'iodacétone; s'il est ouvert, on ne le touche pas. Jamais Gallois n'incise les furoncles et presque jamais les anthrax.

Cela fait, on prend une feuille de ouate hydrophile assez large pour recouvrir et au delà la région malade; on la trempe dans de l'eau boriquée ou bouillie, puis on l'exprime aussi complètement que possible. (Il est nécessaire d'humecter la ouate au préalable, sans quoi elle absorberait mal la glycérine). On étale alors la ouate et on y verse très abondamment de la glycérine boriquée. Il faut presque qu'il y en ait trop et que l'excès commence à tomber par terre. On applique alors cette ouate glycérinée sur la région malade. On la recouvre ensuite d'une feuille de ouate ordinaire (non hydrophile), assez étendue pour la déborder largement. La ouate ordinaire prend encore plus mal la glycérine que la ouate hydrophile; la diffusion de la glycérine est ainsi réduite au minimum et le pansement reste humide. Il ne faut pas employer d'imperméable. Un pansement aqueux, recouvert d'imperméable, est le meilleur moyen de cultiver les furoncles.

On fixe ensuite le tout avec une bande.

En plus du traitement local, M. Gallois prescrit parfois, aux personnes qui tiennent à une médication interne, une solution d'acide

Acide phosphorique officinal-----	15 gr.
Phosphate de soude- - - - -	30 gr.
Eau- - - - -	250 gr.

Une cuillerée à café dans le premier verre de boisson à chacun des deux principaux repas.

Chez les diabétiques, on donnera, non de l'acide phosphorique, mais de la levure de bière.

Le pansement est renouvelé une fois par jour, au besoin deux fois, quand le furoncle, à maturité, fournit beaucoup de pus. Lorsqu'on a enlevé la bande, le pansement, s'il a été suffisamment glycériné, ne doit pas adhérer; il s'enlève sans difficulté et tombe presque de lui-même. Si la suppuration n'est pas abondante, on peut constater que la glycérine, en raison de sa grande affinité pour l'eau, a déshydraté complètement le pus et l'a transformé en une simple tache ocreuse infiltrée dans la ouate. Si le pus est un peu plus abondant, il forme une croûte, mais celle-ci est molle, peu adhérente à la plaie et ne produit pas de rétention. Si tout le pus n'est pas déshydraté, la partie restée liquide est peu abondante et ne s'étale pas en dehors de la surface du clou.

Si l'on examine la région malade, on constate que le clou est, en général, moins turgescent, mais surtout que la peau, au voisinage, est dans un état parfait. Avant l'application du pansement, elle était souvent, en cas de furonculose, toute constellée de rougeurs, de peti-

tes pustules milliaires, ou de boutons. Vingt-quatre heures après, les rougeurs et les pustules ont disparu. Les boutons, malgré l'application de l'iodacétone, continuent parfois à évoluer sous forme de furoncles, mais ces furoncles ne deviennent pas aussi volumineux, en général, que les précédents. Et, si l'on continue le pansement, ils doivent être les derniers.

Pour réussir à arrêter la furonculose, il importe que le pansement soit fait avec soin et avec toutes les précautions antiseptiques. Pour cela, il est bon que le médecin s'en charge lui-même. Le malade ou son entourage n'ont généralement pas une éducation chirurgicale suffisante pour éviter les fautes de technique. Un furoncle bien pansé, c'est-à-dire pansé exactement comme il vient d'être dit, ne doit pas donner de rejets.

Parfois, quelque temps après la guérison de la furonculose, un nouveau clou apparaît. Cela tient à ce que les linges ou les vêtements n'ont pas été suffisamment désinfectés et ont conservé des staphylocoques virulents. À cet égard, les faux-cols sont particulièrement dangereux : quand ils sont vieux et trop empestés, leur bord tranchant laboure la peau et lui inocule les microbes. Pour éviter cet inconvénient, le malade devra frotter à la paraffine le bord des faux-cols ; ainsi il en écrasera les aspérités, et rendra plus doux les contacts.

LES BONNES ET LES MAUVAISES CHOSES

Le Docteur Triel S. Boone, ancien professeur de Pharmacologie et de Chirurgie, au Collège des Practiciens et des Chirurgiens, de Saint-Louis, écrit ce qui suit : "Il n'y a qu'une seule chose mauvaise dans la grippe. Ses victimes au lieu d'être immunisées par une première attaque, offrent un terrain plus favorable à la même maladie. Il y a une chose qui déconcerte. C'est que les symptômes de la grippe ressemblent beaucoup à ceux de maladies plus sérieuses et sont parfois plus bruyants. Ce pays est peuplé de gens, dont l'esprit est tourmenté continuellement, par certains troubles cardiaques, par une prostration nerveuse, par la dyspepsie, par des douleurs hépatiques, etc. tout cela réuni ensemble, avec une entière absence d'esprit et d'initiative.

Par contre, il y a une bonne chose dans la grippe. C'est qu'elle disparaît rapidement par le traitement par les tablettes d'Antikamnia et de quinine. Ce remède, donné à la dose de une à deux tablettes, à toutes les 3 heures, avec repos complet au lit, et dans une atmosphère de parfaite tranquillité, fera merveille.

Si vous avez un malade, souffrant de céphalée nerveuse, d'épuisement nerveux, de débilité générale, de douleurs musculaires, d'irritabilité ou d'insomnie, donnez une tablette d'Antikamnia et Codéine, 3 à 4 fois par jour, à des intervalles réguliers.

Rien n'égale ce médicament pour soulager les douleurs organiques chez les femmes, et toujours il agit sans produire aucun malaise. Dans ces cas particuliers, prescrivez une tablette à toutes les heures, jusqu'à concurrence de 3.

LA MÉDICATOIN VOMITIVE DANS LE GROUP

La médication vomitive jouait autrefois un très grand rôle dans la thérapeutique de la diphtérie laryngée. On prescrivait alors les vomitifs "au début" du croup; Rilliet et Barthez en renouvelaient l'administration plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. A une époque plus rapprochée de nous, les vomitifs étaient encore en vogue. Le sérum antidiphtérique a, depuis 1894, détrôné cette médication qui est peut-être un peu trop délaissée aujourd'hui. M. le Dr. Péronnet essaye, dans le "Centre Médical", d'en préciser les indications d'après les données nouvelles, à savoir les modifications apportées aux fausses membranes diphtériques par l'injection du sérum de Roux.

Autrefois, on attribuait aux substances émettissantes une action dissolvante sur les exsudats pseudo-membraneux; en réalité, il ne faut considérer que l'action mécanique résultant des efforts d'expulsion et c'est cette action mécanique qui peut être utilisée avec avantage dans certains cas de croup, ainsi qu'en font foi deux observations de l'auteur.

Voici donc comment, d'après M. Péronnet, il faut envisager les indications de la médication vomitive dans le croup. Contrairement à la pratique ancienne qui consistait à faire vomir, "surtout au début du croup", il faut éliminer tous les cas où l'affection n'en est encore qu'à la première période, à la période des modifications de la voix et de la toux, sans autres troubles de la respiration qu'un léger sifflement inspiratoire; de même tous les cas au début de la deuxième période, alors que la respiration n'est encore troublée que par instants, que le tirage ne s'est pas encore constitué d'une façon définitive.

Dans tous ces cas, il est infiniment probable que le sérum agira avant que la question d'intervention se pose. Il n'en est plus de même quand on se trouve en présence d'un enfant qui a du tirage très prononcé et chez lequel la dyspnée ne fait qu'augmenter. Si le médecin possède bien la technique du tubage, il est maître de la situation; sinon, il devra songer à la trachéotomie, et deux cas peuvent alors se présenter:

1o. "La trachéotomie est refusée par la famille", éventualité assez fréquente. On fera immédiatement une première injection de 20 c.c. de sérum antidiphtérique; on recommandera de maintenir l'atmosphère saturée de vapeur d'eau, en faisant Louillir, auprès du malade, un ou plusieurs vases remplis d'eau. Cette pratique est des plus utiles; les fausses membranes se gonflent et se détachent plus facilement sous l'influence de l'air humide; de plus les accès de suffocation deviennent moins fréquents, par atténuation du spasme respiratoire. Enfin, de 6 à 10 heures après l'injection, à moins d'amélioration sensible, on administrera un vomitif.

Second vomitif 3 ou 4 heures plus tard, si l'effet du premier a été nul ou insuffisant, et si la maladie prend des allures telles qu'il n'est plus permis de douter de son passage à la troisième période.

Il s'entend que les indications relatives au moment de l'administration du ou des vomitifs ne sont pas invariables et fixées mathématiquement. Tel cas pourra nécessiter l'emploi du vomitif 4 ou 5 heures seulement, tel autre 12 ou 14 heures après l'injection. L'observation attentive de la marche de la maladie fournira là, comme partout ailleurs en clinique, les renseignements les plus sûrs;

2o. La trachéotomie est acceptée.—La médication vomitive s'imposait précédemment comme pis-aller, si l'on veut, mais aussi comme moyen héroïque, désormais à peu près seul capable d'arracher l'enfant à la mort. Ici, elle est discutable. Sans doute, l'idée d'une trachéotomie à pratiquer au moment voulu laissera le médecin moins désarmé, mais la trachéotomie est loin d'être une opération bénigne. De plus, à la campagne, elle est difficile à pratiquer dans de bonnes conditions.

On se trouve aux prises avec les difficultés les plus grandes pour installer d'une façon convenable la table d'opération et pour trouver un aide intelligent. Voilà donc une opération des plus hasardeuses par elle-même, rendue plus compliquée, la plupart du temps, par l'insuffisance des aides, que sera-ce encore si le médecin la pratique pour la première fois? N'essaiera-t-on pas de l'éviter par l'emploi de la médication vomitive, "sauf formelles réserves contre-indications (enfant trop jeune ou trop peu résistant)" ? Un ou deux vomitifs pris à quatre heures ou cinq heures d'intervalle, ne semblent pas devoir compromettre le succès de la trachéotomie, devenue quand même nécessaire, surtout si l'on a à combattre la dépression consécutive à leur emploi, en stimulant l'enfant par les moyens habituels.

Quels médicaments convient-il d'employer pour provoquer le vomissement? Il faut laisser résolument de côté l'"apomorphine", qui agit sur le système nerveux central, et qui agit mal dans les cas où l'hématose se ralentit, comme dans l'asphyxie. Baginski en a obtenu des résultats déplorable dans le traitement du croup. Le sulfate de cuivre a été préconisé; mais il n'offre pas davantage spécial.

Restent l'"émétique et l'ipéca." Le tartre stibié est contre-indiqué pour le jeune âge; au-dessous de 6 à 7 ans, il serait imprudent de l'employer. Passé cet âge, on pourra donner deux centigrammes jusqu'à 10 ans, trois centigrammes au-dessus de 10 ans. L'ipéca seul convient à tous les cas; mais il est utile de lui associer l'émétique, sauf les contre-indications déjà signalées, car les vomissements sont plus énergiques et cessent moins rapidement (Manquat).

Lorsque l'enfant aura vomi, on lui fera prendre, après un repos suffisant, une infusion chaude de thé ou de café, additionnée d'un peu de bon cognac.

En résumé, le tubage est évidemment le meilleur moyen de parer à l'obstruction laryngée, dans le croup. Mais si, pour une raison quelconque, il ne peut être appliqué, la médication vomitive, puissamment aidée par le sérum antidiphthérique, et par la respiration d'air chargé de vapeur d'eau, pourra non seulement sauver des enfants que leur famille ne veut pas exposer aux risques de la trachéotomie, et par conséquent voués à une asphyxie presque certaine, mais encore, rendre inutile, dans quelques cas, la trachéotomie, une des opérations les plus émouvantes et les plus fertiles en incidents imprévus (de St-Germain).

DIAGNOSTIC DU CANCER DE LA PROSTATE

Pour M. Gairdner, dans les phases précoces du cancer de la prostate, le diagnostic est des plus obscurs et les erreurs ne se comptent pas. Young s'est trompé au moins six fois; il a cru opérer pour hypertrophie bénigne et a persisté dans son opinion jusqu'à ce que l'évolution de la maladie lui ait montré son erreur. Et il n'est point seul. Il ne faut pas voir, dans ces erreurs, le seul résultat d'une connaissance incomplète de la maladie ou d'un examen clinique imparfait. Il y a, dans l'affection elle-même, des particularités qui rendent le diagnostic très ardu dans la majorité des cas.

Lorsque le cancer succède à une hypertrophie, la transition se fait par une gradation tellement progressive que les symptômes ne se modifient eux-mêmes qu'insensiblement et que rien n'attire l'attention sur la transformation maligne avant qu'elle n'ait progressé considérablement. Les affections de la prostate, par elles-mêmes, n'ont guère de symptomatologie: c'est la vessie, ce sont les organes pelviens qui donnent les signes subjectifs des affections organiques de la prostate. De telle sorte que, pour qu'un trouble subjectif apparaisse qui force l'attention du malade et l'amène au chirurgien, il faut que la maladie soit sortie des limites de la glande. Aussi, bien des malades ne viennent-ils consulter qu'à une période avancée; si, par hasard, ils viennent plus tôt, la symptomatologie est si fruste que l'on n'est guère en droit de diagnostiquer un cancer; la plupart du temps, on n'y songe même pas.

Il y a cependant dans un certain nombre de cas, des particularités qui rendent suspecte une hypertrophie. Ces dernières peuvent tenir à des conditions générales ou se rapporter plus spécialement à l'appareil urinaire.

Et tout d'abord l'âge. Il faut se défier des hypertrophies qui apparaissent ou trop tôt ou trop tard. On devient prostatique de cinquante-cinq à soixante-dix ans. Une hypertrophie qui se manifeste pour la première fois avant cinquante-cinq ou après soixante-dix ans est suspecte. L'hérédité aurait quelque valeur (suivant Pousson); mais il n'est guère possible de se faire une opinion définitive sur ce point avec le petit nombre d'observations qui font mention de ce facteur étiologique possible. Un amaigrissement et une cachexie précoces associés à une hypertrophie prostatique sont évidemment de fâcheux augures, mais ils sont loin d'être constants.

Du côté de la sphère urinaire, on a parfois mentionné la simultanéité d'apparition de la fréquence nocturne et des troubles de rétention, l'évolution rapide de la rétention, l'existence d'un résidu considérable précoce. La douleur est probablement le signe de plus grande valeur, parce que c'est celui qui se retrouve le plus fréquemment. Comme il n'y a point de douleurs dans l'hypertrophie spontanément douloureuse doit être réputée suspecte. L'hématurie est toujours un excellent signe au point de vue du diagnostic, non point seulement à cause

de sa valeur séméiologique propre, mais parce que c'est un signal d'alarme qui amène les malades promptement au chirurgien. Dans le cas particulier qui nous occupe, l'hématurie spontanée est presque un signe de certitude, car elle n'existe jamais dans l'hypertrophie. Mais elle est surtout tardive.

Par conséquent, puisque aucun symptôme n'est constant, il faut attribuer d'autant plus de valeur à l'un quelconque d'entre eux lorsqu'on le constate. Un seul suffit pour donner un soupçon qu'un examen direct de la prostate pourra confirmer ou infirmer. Un tel examen peut se pratiquer de plusieurs façons différentes : par l'urètre, par le rectum, par la vessie, ou par l'examen histologique de fragments expulsés spontanément ou prélevés de propos délibéré.

L'examen par l'urètre, avec l'explorateur à boule, montre un canal sain dans la plupart des cas. Il peut y avoir légère douleur dans la traversée prostatique ; quelquefois on a perçu un léger ressaut. Le cathétérisme n'a pas de valeur diagnostique ; la prostate saigne facilement, de telle sorte qu'il doit toujours être excessivement prudent.

Le toucher rectal fait constater dans les cas positifs, en plus de l'hypertrophie, deux signes de grande valeur : la douleur à la pression et l'induration. La douleur à la pression n'existe pas dans l'hypertrophie, à moins de complications inflammatoires coexistantes. L'induration est d'abord contenue dans un organe de surface lisse, les douleurs appartiennent à la forme diffuse et aux stades avancés.

L'exploration par le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique décèle l'hypertrophie de la glande ; l'exploration de la portion rétro-urétrale de la prostate entre le doigt rectal et les instruments introduits dans le canal montre, presque constamment (Young) une augmentation notable d'épaisseur de cette portion.

Chose remarquable, la prostate cancéreuse ne forme pas de relief appréciable à l'intérieur de la vessie. D'après Young, un aspect important au point de vue du diagnostic, c'est celui que donne le plissement et la surélévation de la muqueuse de la partie antérieure du trigone.

Le microscope peut ici rendre les plus grands services, car on peut trouver dans l'urine des fragments de néoplasme dont l'examen lève tous les doutes. On peut essayer d'accrocher, avec l'œil d'un cathéter, un fragment à examiner, mais cette méthode aveugle n'est pas sans dangers, et ne doit être recommandée que dans les formes avancées. Pour les cas où le néoplasme est encore central, Young propose d'agir de la façon suivante : on commence à inciser la région périnéale comme pour une prostatectomie ordinaire ; on coupe la capsule et on excise un mince fragment de tissu induré. Ce fragment, congelé, est immédiatement examiné au point de vue histologique. S'agit-il d'une simple hypertrophie fibreuse, on continue l'opération pour hypertrophie ; s'agit-il, au contraire, de cancer, on cautérise les incisions. Cette technique n'est évidemment applicable que dans des circonstances tout à fait rares.

Le diagnostic entre l'hypertrophie et cancer peut donc quelquefois être résolu à l'aide des éléments que nous venons d'exposer. Parfois de petits calculs phosphatiques peuvent donner lieu à une induration et prêter à confusion. Dans les cas rares où il y a hématurie, une tuberculose prostatique au début pourrait faire errer le diagnostic, mais alors les constatations du toucher rectal sont particulièrement caractéristiques.

Dans la forme diffuse, le diagnostic est beaucoup plus facile; on peut même dire qu'il s'impose si le toucher rectal est pratiqué, ce qui doit être de règle prostatique qui se plaint de douleurs dans les jambes, dans les reins, d'amaigrissement progressif ou de constipation opiniâtre, même s'il n'y a aucun symptôme urinaire. La généralisation de la pratique du toucher rectal fera disparaître les cancers latents de la prostate. Le toucher rectal, dans les formes diffuses, apprécie l'induration ligneuse, les dimensions de la glande bosselée, les propagations, les adhérences aux parties voisines. Combiné au palper hypogastrique, il explore le bas-fond vésical, les vésicules, les chaînes de ganglions pelviens. La palpation abdominale fait souvent constater des ganglions abdominaux et, dans l'aîne, on trouve une grosse adénopathie.

Les bosselures de la carcinose se distingueront facilement des grains de plomb de la tuberculose prostatique; les vésicules injectées au suif de cette dernière sont bien différentes des vésicules cancéreuses; enfin les lésions du canal déférent et des épидидymes accusent encore plus nettement la séparation. On pourrait peut-être, quelquefois prendre un néoplasme induré du bas-fond pour un néoplasme prostatique, en effet, les néoplasmes de la vessie occasionnent des hématuries plus abondantes que celles de la carcinose prostatopelvienne; en outre, le toucher rectal retrouve la prostate intacte, coiffée d'une vessie que le double palper montre épaissie; enfin les ganglions sont plus rares, quoique se retrouvant toujours dans les néoplasmes infiltrés de la vessie. En réalité, la question est très complexe et en présence d'une lésion infiltrée de la base de la vessie, il est souvent bien hasardeux d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une lésion primitivement prostatique, même si la prostate ne présente pas de grosses lésions appréciables au toucher rectal.

Une tumeur de la paroi antérieure du rectum peut quelquefois donner le change.

Cependant, en général, le diagnostic est faisable; il n'y a point de troubles mictionnels dans le cancer du rectum, et généralement le doigt peut apprécier, dans le cancer de la prostate, la souplesse et l'intégrité de la muqueuse rectale. On peut garder des doutes en cas de cancer du rectum ayant envahi la prostate, ou inversement dans celui d'un cancer prostatique ayant infiltré les tuniques du rectum, cependant, il est bien vraisemblable que, dans ce dernier cas il y aura adénopathie énorme qui ne se retrouvera pas à un égal degré dans le premier. D'ailleurs, quand les choses en sont venues à ce point, le diagnostic n'a plus qu'un intérêt rétrospectif.

ETIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE INFANTINE

PAR MONSIEUR LE PROF. A. CALMETTE

Sous ce même titre, dans "La Presse Médicale" du 24 Novembre 1906, M. J. Comby appelle très judicieusement l'attention des cliniciens sur l'extrême fréquence de la contagion tuberculeuse de l'enfant "dans la famille." Il pense que les cas avérés de tuberculose transmise aux nourrissons par le lait de vache sont rares. Et les expériences par lesquelles vétérinaires et bactériologistes démontrent aujourd'hui l'origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses et de la tuberculose pulmonaire lui paraissent de nature à égarer la prophylaxie sociale antituberculeuse, si l'on doit en faire état pour exagérer encore les mesurés de défense contre la transmission à l'homme de la tuberculose du bœuf.

L'importance du sujet est telle qu'il me paraît indispensable de bien préciser quelle doit être l'interprétation des résultats expérimentaux auxquels l'éminent auteur de l'article fait allusion.

Il serait inexact et injuste de laisser croire au public médical que nous prétendons faire table rase des innombrables observations cliniques sur lesquelles s'appuie la doctrine de la "contagion humaine", sous prétexte que nous avons démontré que le bacille tuberculeux pénètre normalement par l'intestin et exceptionnellement par les voies respiratoires.

La vérité est que les preuves expérimentales dont il s'agit, en nous faisant mieux comprendre le mécanisme de l'infection bacillaire, nous permettent d'engager la lutte sociale contre la tuberculose sur un terrain plus scientifique et ne nous portent en aucune manière à admettre que la tuberculose "bovine" représente le principal facteur de contamination des jeunes enfants.

Dans mon rapport à la Conférence de La Haye sur les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse dans l'organisme (6 Septembre 1906), à propos de la persévérante campagne menée par nos collègues vétérinaires, et des mesures législatives de défense édictées par la plupart des grandes nations contre la propagation de la tuberculose bovine, j'écrivais ce qui suit :

"Les gouvernements ont été guidés beaucoup plus par des considérations d'ordre économique que par le souci de préserver l'homme d'une contagion toujours possible, quoique environ trois fois moins fréquente que celle due à l'homme lui-même. Il s'agissait avant tout de sauvegarder la valeur marchande du bétail.

"Et, si nous faisons le compte des sommes considérables que chaque pays dépense annuellement pour la prophylaxie de la tuberculose bovine, en plaçant, à côté de ces chiffres, ceux qui représentent l'effort financier réalisé par ces mêmes pays en vue de lutter contre la propagation de la tuberculose humaine, la comparaison qui en ressort

tirait nous ferait rougir de honte ! Il apparaîtrait, hélas ! que nous avons considéré jusqu'ici la vie des bœufs comme beaucoup plus précieuse que celle des hommes."

Nous devons malheureusement reconnaître qu'il est beaucoup plus facile d'élaborer des lois protectrices des intérêts matériels de l'agriculture que des lois protectrices de la santé humaine, et il faudra sans doute nous résoudre à n'attendre que de l'"éducation populaire" l'application bienveillante de règles hygiéniques capables de limiter la contagion tuberculeuse d'homme à homme.

On ne saurait nier, en tous cas, que les nouvelles conceptions sur l'étiologie de la tuberculose nous permettent d'engager la bataille avec des armes autrement efficaces que celles dont nous disposions jusqu'ici.

Connaissant mieux le chemin que suit le bacille pour pénétrer dans l'organisme, dans les conditions normales de l'infection naturelle, nous pouvons monter la garde avec plus de vigilance et l'empêcher de passer.

L'enfant se contamine dans la famille par les objets souillés qu'on porte ou qu'il porte lui-même à sa bouche. Les baisers de sa mère ou de sa nourrice tuberculeuse, l'habitude déplorable qu'a celle-ci de goûter les aliments qu'elle lui prépare, les longues promenades "à quatre pattes" sur le plancher de la chambre, le mouchoir malpropre, le hochet constamment humide de salive, tout favorise l'introduction de germes frais et virulents dans son tube digestif dont la puissance d'absorption est, à cet âge de la vie, beaucoup plus considérable que chez l'adulte !

Fort heureusement, la nature prévoyante a bien fait les choses ; elle a pourvu l'enfant d'un système ganglionnaire lymphatique d'une merveilleuse efficacité défensive. Ses ganglions mésentériques, sortes de filtres bacillicides, arrêtent et détruisent le plus grand nombre de ces germes. Seules, les infections répétées à courts intervalles parviennent à en triompher. Le filtre fissuré laisse alors circuler quelques bacilles que la lymphe transporte et abandonne au hasard, soit dans d'autres ganglions, soit dans les vaisseaux capillaires des séreuses (méninges, plèvres, articulations, péritoine), ou du tissu osseux, plus rarement dans le poumon, parce que la texture de cet organe est encore trop souple pour les retenir.

Mais, quelle que puisse être sa localisation, la première lésion tuberculeuse est toujours vasculaire. Il faut nous résoudre à accepter cette vérité anatomique que Letulle s'efforce victorieusement de répandre. Et, dès lors, nous sommes bien obligés d'admettre que l'agent qui la produit vient de la lymphe ou du sang.

Si l'air qui pénètre dans les alvéoles du poumon était le véhicule habituel des bacilles tuberculeux, comment pourrions-nous comprendre que, chez le jeune enfant, la tuberculose pulmonaire soit si peu commune et la tuberculose laryngée si exceptionnellement rare, alors que ces deux formes devraient être, au contraire, les plus fréquentes ?

L'étude attentive des faits cliniques, aussi bien que les expériences de laboratoire nous déterminent donc à envisager l'intestin et les voies lymphatiques qui en dérivent comme la porte d'entrée normale de l'infection tuberculeuse. Et l'adulte se comporte à cet égard comme le jeune enfant; mais, chez lui, les localisations pulmonaires sont habituelles parce que les ganglions lymphatiques ne suffisent plus à le défendre.

Est-ce à dire que jamais, même dans le jeune âge, les bacilles ne puissent s'introduire dans l'organisme par les voies respiratoires, ou par les muqueuses, ou par la peau? Non certes, mais, lorsqu'ils pénètrent par ces voies, ce ne peut être qu'à la faveur d'une lésion préexistante de ces tissus. Donc, c'est l'exception.

Si la tuberculose des nourrissons est incontestablement due, dans le plus grand nombre des cas, à la contagion familiale, devons-nous envisager le lait provenant des vaches tuberculeuses comme un facteur de contamination négligeable? Je ne le pense pas.

M. Comby a raison de dire que, depuis qu'on fait un très large usage du lait bouilli ou stérilisé, tandis que la mortalité par troubles digestifs a baissé dans une large proportion, les cas de tuberculose ne semblent guère être devenus plus rares.

Mais, de ce fait, il ne faudrait pas conclure que la transmission de la tuberculose bovine à l'enfant par le lait est impossible, car: ce serait une grave erreur! On ne peut plus nier aujourd'hui que le bacille bovin soit virulent pour l'homme, puisqu'on a isolé ce bacille bovin—dont les caractères physiologiques et culturels sont assez nettement différenciés—des ganglions mésentériques ou trachéo-bronchiques d'un grand nombre de sujets chez lesquels il existait à l'état pur, particulièrement chez les enfants atteints de tuberculose intestinale dite primitive.

D'autre part, ce bacille bovin est très virulent pour le singe et pour tous les mammifères. Il est donc inadmissible que l'homme fasse exception à cette règle.

Ce qui est vrai, c'est que le bacille humain est peu virulent, quelquefois même avirulent pour le bœuf, et qu'il est moins dangereux que le bacille bovin pour toutes les espèces animales sensibles à la tuberculose. Et cette plus grande virulence du bacille d'origine bovine pour le bœuf ou pour les ruminants en général, comme celle du bacille d'origine humaine pour l'homme, résulte d'un simple phénomène d'adaptation du microbe à la vie parasitaire chez une espèce animale déterminée.

Admettons même que le bacille bovin soit plus virulent pour l'homme que le bacille humain—ce qui paraît douteux—: il n'en résulterait en aucune manière qu'il soit le principal agent de contamination de l'homme. Le lait habituel intermédiaire par lequel il peut être introduit dans les voies digestives, ne renferme que très rarement des bacilles en quantité suffisante pour réaliser une infection grave. On doit

penser cependant que, dans certains pays comme la Bretagne, où les vaches sont très fréquemment tuberculeuses, il représente un important facteur de contagion.

Les médecins de la région de Morlaix, par exemple, m'ont signalé des fermes où tous les enfants sont successivement devenus tuberculeux, alors qu'aucun de leurs parents ne paraissait atteint de cette maladie. Cette constatation a presque la valeur d'une expérience de laboratoire; il est bien vraisemblable qu'en pareil cas la tuberculose était d'origine bovine.

Comment se fait-il que, si la tuberculose de l'enfant est, le plus souvent, d'origine intestinale (ce qui ne veut pas dire d'origine alimentaire), les lésions primitives de l'intestin ne s'observent qu'avec une extrême rareté ?

Nous en voyons la raison dans ce fait, aujourd'hui établi par de nombreuses constatations expérimentales, que beaucoup de microbes, et les poussières minérales du même ordre de dimensions, traversent avec la plus grande facilité la muqueuse sans y laisser de traces. Ils s'infiltrent entre les cellules épithéliales comme les particules de chyle et cheminent avec celui-ci jusqu'à ce qu'ils deviennent la proie de leucocytes polynucléaires.

Ce phénomène de l'absorption des microbes par la muqueuse saine de l'intestin joue sans aucun doute un très grand rôle dans la plupart des maladies infectieuses de l'enfance, par exemple dans les bronchopneumonies. Il y aurait un grand intérêt à en aborder méthodiquement l'étude. Il faudrait que, dans les services de clinique infantile bien outillés, on prit l'habitude d'inoculer régulièrement, dans le péritoine du cobaye, les ganglions mésentériques et médiastinaux de tous les enfants qui succombent aux affections des voies respiratoires. On verrait alors que, très souvent, ces enfants, qui meurent par le poumon—de pneumococcie, de streptococcie ou de grippe,—ont des ganglions mésentériques déjà lésés par des bacilles tuberculeux.

J'ai constaté maintes fois avec mes élèves que les poumons des enfants ou des jeunes animaux qui présentent de la tuberculose ganglionnaire (décelable seulement par l'inoculation expérimentale) s'anthracosent par voie sanguine avec une extrême facilité, tandis que les poussières de charbon ne vont pas jusqu'aux poumons dans le jeune âge, lorsque les ganglions mésentériques sont sains.

Je ne saurais donc trop attirer l'attention des médecins d'enfants sur ces faits qui constituent une mine inépuisable de recherches, probablement fécondes en résultats utiles au point de vue thérapeutique.

En attendant que tous ces problèmes soient résolus, nous pouvons, du moins, nous mettre d'accord sur l'orientation qu'il convient de donner à la lutte contre la tuberculose de l'enfant. Sous prétexte que l'infection est rarement encore d'origine respiratoire, ne cessons ni de faire bouillir le lait destiné aux nourrissons lorsqu'il provient de vaches suspectes, ni de défendre de boire mieux leurs jeunes poumons contre les poussières.

Mais, puisque nous sommes sûrs que les bacilles s'introduisent le plus souvent dans l'organisme par le tube digestif avec la salive et avec les aliments souillés par les sujets tuberculeux qui les manipulent, éduquons dans ce sens les familles, et apprenons-leur qu'il est possible d'éviter toute contagion par de simples soins de méticuleuse propreté.

LE TRAITEMENT DE LA GALE CHEZ L'ENFANT.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, la gale est fréquente; elle est donnée par contamination, soit par lit commun, soit que la personne qui porte l'enfant mette ses bras et avant-bras contaminés en contact avec la peau de l'enfant en le portant. Il faut toujours y songer chez un enfant présentant des pustules dans les plis des poignets, à la paume de la main et surtout aux fesses, aux cuisses, à la plante des pieds. Ce sont, en effet, les lieux d'élection de la gale qui est souvent pustuleuse et s'accompagne de papules de prurigo à la face antérieure des bras, des jambes et sur l'abdomen. Même en l'absence de sillons, qui siègent de préférence au poignet ou à la paume de la main, on peut diagnostiquer la gale qui est confirmée par la confrontation.

La gale se distingue du prurigo infantile, d'une part à cause de ses localisations, d'autre part à cause de l'absence d'urtication et de lichénifications. Les papules de la gale sont moins confluentes, plus grosses que celles du prurigo. La gale fait surtout de l'ecthyma aux membres inférieurs, sur les fesses, où elle se localise facilement.

Chez l'enfant en bas âge, la frotte de l'adulte est trop irritante; même mitigée, elle donne de l'eczéma, et de l'impétigo.

Gastou a exposé dernièrement dans la "Clinique infantile" comment il procédait chez les jeunes enfants; il conseille d'agir ainsi:

1o. Donner le soir un bain alcalin (carbonate de potasse, 10 à 20 grammes); savonner dans le bain avec un mélange de:

Savon blanc	17 grammes.
Sulfure de potassium	8 —
Huile d'olive	6 —
Huile de thym	0 gr. 80 centigr.

2o. Après le bain, sécher et frictionner la peau avec:

Huile de camomille camphrée	100 grammes
Onguent styrax	20 —
Baume du Pérou	5 —

et faire garder la nuit ce mélange.

3o. Le lendemain, bain savonneux.

4o. Appliquer les jours suivants, la pommade composée de:

Soufre précipité	1 gramme.
Borate de soude	2 —
Vaseline	à à 15 —
Lanoline)
Oxyde de zinc	10 —

et donner tous les jours un bain d'amidon.

Si la gale a déterminé un eczéma, ou de l'impétigo, il faut les traiter et, dans ce cas, user de frictions au baume du Pérou très dilué à 5 à 10 pour cent dans l'huile d'olive et de pommades contenant en faibles proportions du soufre et du carbonate de soude :

Soufre précipité - - - - -	25 grammes.
Carbonate de soude - - - - -	2 —
Glycéré d'amidon - - - - -	25 —
Huile de cade - - - - -	2 —

joint à l'usage des bains d'amidon.

QUE SAVONS-NOUS DE L'ÉIOLOGIE ET DE LA PATHOGENIE DU CANCER ?

Rien ou pas grand'chose, si l'on s'en rapporte à la récente communication du professeur Poirier, à l'Académie de médecine (Séance du 30 octobre 1906). Cette appréciation ne manquera pas de paraître exagérée à maints de nos lecteurs. Elle a été contredite, dès le lendemain, par le Dr Doyen, qui est convaincu de tenir la solution du problème que soulève l'étiologie du cancer. Elle touche à une question dont l'intérêt n'est pas seulement théorique, mais qui se relie étroitement à celle du traitement du cancer, aussi bien, une thérapeutique curative ne peut être fondée que sur une connaissance exacte des causes du mal qu'il s'agit de combattre. Cette question a fait l'objet de nombreuses publications, de nombreux débats, au cours de ces dernières années. Le moment est donc favorable d'examiner à quel état d'avancement elle est parvenue, et de peser ce qu'il peut y avoir de vérité, d'inexactitude ou d'exagération, dans l'appréciation énoncée en tête de ces lignes.

On a prétendu que l'hérédité jouait un certain rôle dans le développement du cancer ; on a cité notamment des faits qui semblent témoigner en faveur d'une prédisposition familiale au cancer. Pour ne parler que des publications les plus récentes, le professeur König, de Berlin, dans une étude clinique du carcinome exclusivement basée sur les résultats de la pratique personnelle de l'auteur, a cité des faits de ce genre. Il n'a pas cru trop s'avancer, en affirmant que la plupart des chirurgiens croient à cette prédisposition familiale. A vrai dire, il a reconnu l'impossibilité de fournir des renseignements exacts sur la fréquence avec laquelle cette prédisposition intervient dans le développement du cancer.

Du côté des médecins, on s'est montré beaucoup plus sceptique. Un certain nombre de statistiques ont été publiées, au cours de ces dernières années, dont les éléments sont de nature à représenter comme très problématique l'intervention de l'hérédité ou d'une prédisposition familiale, dans le développement de la maladie cancéreuse. Elles montrent, en effet, que la proportion des cas de cancer n'est pas plus élevée dans la parenté des cancéreux que dans la parenté des sujets bien portants, pris au hasard, ou des sujets en traitement pour une affection chirurgicale quelconque. Dans une communication à la Société de

médecino de Berlin, le professeur Hansemann a fait la synthèse des objections qui se dressent contre la doctrine de l'hérédité des tumeurs cancéreuses. Cette doctrine manque jusqu'ici d'une base solide.

Les mêmes divergences se retrouvent au sujet du rôle éventuel du "traumatisme" et des "irritations locales", dans la genèse du cancer. Du côté des chirurgiens, l'opinion dominante est que l'intervention de ces facteurs "occasionnels" est manifeste, indéniable, dans un certain nombre de cas de cancer. C'est l'opinion exprimée par le professeur Koenig, dans le travail cité plus haut. C'est la conclusion à laquelle s'est arrêté le Dr W. Ropeke, dans une étude basée sur 800 observations de carcinome et 189 observations de sarcome, extraites des registres de la clinique chirurgicale de Iéna. Nous pourrions citer d'autres documents du même genre, dont les auteurs ont conclu dans le sens indiqué ci-dessus. Leur nombre importe peu. Quelques faits isolés, de la nature de celui que publiait naguère un médecin d'Aix-la-Chapelle, le Dr Schmitz ont plus de poids, n'en auraient que de compendieuses statistiques, pour nous montrer sous son véritable jour le rôle du traumatisme dans la genèse des tumeurs malignes. Voici un résumé succinct du fait en question :

Un soldat d'infanterie, bien portant jusqu'alors, reçoit un coup de crosse de fusil sur la jambe gauche. Aussitôt après, il ressent de vives douleurs dans la région contusionnée. Trois jours plus tard, une tuméfaction locale était survenue; le blessé se fait reconnaître malade. A l'hôpital, on constate l'existence d'un conblement douloureux, au-dessous de la rotule gauche; ce foyer mesurait 7 centimètres en longueur et 5 centimètres en largeur. On diagnostiqua un épanchement de sang et on institua un traitement en conséquence. Le gonflement douloureux ne fit qu'augmenter de volume. L'excision d'un fragment de tissu démontra qu'on avait affaire à un sarcome des os de la jambe. On procéda à une amputation de la cuisse, au tiers inférieur. On acquit ensuite la preuve de ce que la tumeur sarcomateuse, du volume d'un œuf de poule, s'implantait en un point du tibia, qui n'avait pu être atteint par le coup de crosse. Et l'auteur de conclure que la tumeur préexistait au traumatisme, celui-ci ayant eu pour unique effet d'en hâter la croissance.

Cette conclusion est conforme à la thèse soutenue par le professeur Hansemann, au cours de la discussion qui s'est élevée à la Société de médecine de Berlin, sur l'étiologie et la pathogénie du cancer, thèse qui peut s'énoncer ainsi : le traumatisme, tantôt accélère la croissance d'une tumeur déjà existante, tantôt attire l'attention de l'intéressé sur une néoplasie passée inaperçue jusque-là, mais il ne fait rien de plus.

Bref, cette question du rôle exact du traumatisme dans l'étiologie des tumeurs, à laquelle la mise en vigueur de la législation sur les accidents du travail a donné un surcroît d'importance pratique reste en suspens. Nous ne sommes pas plus avancés, à son égard, qu'il y a dix ans, alors que dans le "Traité de Chirurgie clinique et opératoire", P. Delbet déclarait que si l'influence possible des traumatismes uniques

sur le développement de certaines tumeurs malignes ne peut pas être niée d'une façon absolue, leur rôle pathogène reste encore à démontrer.

On en peut dire autant des "irritations répétées": leur rôle indéniabie se réduit à ceci, au sentiment de la plupart des auteurs contemporains: préparer le terrain, de façon à le rendre facilement accessible aux éléments spécifiques du cancer, ou propice à la végétation et à la multiplication de ces éléments.

Aussi bien, l'accord est aujourd'hui complet sur ce que le cancer représente une néoplasie spécifique. Mais sitôt qu'il s'agit de s'entendre sur la nature de sa spécificité, les divergences réapparaissent. Pour ne parler que de ce qui a trait aux carcinomes, qui représentent les tumeurs cancéreuses typiques, deux théories principales sont en présence: celle qui attribue aux carcinomes une origine parasitaire; celle qui nous montre dans ces tumeurs, des néoplasies épithéliales hétérotopiques, c'est-à-dire quelque chose comme le produit de la prolifération exubérante de cellules épithéliales qui végètent dans un tissu, au sein duquel ces cellules représentent des éléments anormaux, exotiques.

Il serait sans utilité pratique de passer en revue la liste, déjà longue, des travaux de ceux qui ont cherché à faire prévaloir la théorie de l'origine parasitaire des tumeurs cancéreuses. Nous ne nous attarderons pas non plus à une discussion en règle des objections de principe, dirigées contre cette théorie. Leur valeur se réduirait à rien, si nous étions mis en présence de cultures pures d'un micro-organisme pathogène, dont l'inoculation serait apte à faire éclore des néoplasies indiscutablement cancéreuses. Chacun sait que le Dr Doyen prétend avoir réalisé ce desideratum. Il a découvert, et isolé à l'état de culture pure, un parasite, le "micrococcus neoformans", qui se distingue par des caractères morphologiques propres des espèces bactériennes antérieurement connues. Sur ce point, il semble qu'il n'y ait plus de contestation possible.

Autre chose est quand Doyen affirme que son "micrococcus neoformans" représente le germe spécifique du cancer. Pour que cette assertion put être admise comme fondée, il faudrait, ainsi qu'il a été dit à l'instant, que l'inoculation du "micrococcus neoformans", à des animaux, fit éclore, chez ceux-ci, de véritables cancers. Or, si pareille inoculation a pu donner naissance à "une variété considérable de lésions, susceptibles de se généraliser et d'entraîner la mort de plusieurs animaux", du propre aveu de Doyen, ces lésions ne sauraient être considérées comme identiques au cancer de l'homme.

Mais, objectera-t-on, la contagiosité et l'inoculabilité du cancer ne sauraient plus être mis en doute, car l'observation clinique en a fourni des preuves nombreuses. Pour apprécier cette objection à sa juste valeur, il s'agit de bien s'entendre, au préalable, sur ce qu'on veut faire dire à ces prétendues preuves. C'est ce que nous allons tâcher de faire, en termes succincts.

À l'appui de la contagiosité de la maladie cancéreuse, on a invoqué des cas de "cancer à deux", survenus chez des conjoints. Leur rareté est telle, que jusqu'à plus ample informé on est en droit d'y voir de simples coïncidences.

On a parlé d'"épidémie de cancer", épidémies de maison, de terroir. Or rien n'est moins démontré, que l'existence de semblables épidémies dont les victimes auraient été été des sujets de l'espèce humaine. Pour ce qui est des épidémies de cancer, survenues chez des animaux, et dont on connaît un certain nombre d'exemples, elles sont survenues dans des conditions qui n'ont absolument rien de comparable avec ce qui s'observe chez les cancéreux de notre espèce. Les victimes étaient des animaux de la même race, vivant en troupes serrées, des rats, par exemple, participant aux mêmes conditions d'habitat et d'alimentation; toutes étaient affectées d'une même variété de cancer, localisée dans un même organe. De tels faits peuvent-ils servir à édifier la doctrine de la contagiosité du cancer chez l'homme? Non.

Au demeurant, on n'a jamais pu fournir un exemple probant de cancer contracté par un sujet de l'espèce humaine, appelé, de par sa profession ou de par sa situation familiale, à donner des soins assidus à un cancéreux, et à se trouver en contact quotidien avec lui.

Restent les exemples avérés, et relativement nombreux, d'"autoinoculation" d'une tumeur cancéreuse superficielle, effectuée par le bistouri ou l'aiguille à suture de l'opérateur, ou par l'intermédiaire d'un drain. Or, en pareil cas, il s'agissait non pas d'une inoculation dans le sens strict du mot, mais d'une transplantation, d'une véritable greffe de particules cancéreuses ou, plus exactement, de cellules cancéreuses.

Corrélativement, les métastases cancéreuses sont également la résultante d'un pareil transport de cellules cancéreuses. A preuve que les foyers métastatiques, les noyaux cancéreux secondaires, sont toujours de même nature que le foyer primitif. Pour qu'il y ait métastase cancéreuse, il faut qu'il y ait transport de cellules cancéreuses, absolument comme dans les cas d'auto-inoculation.

Le problème que soulève la pathogénie du cancer se trouve ainsi ramené à ces termes: Que sont, au juste, les cellules cancéreuses? Quelle est leur provenance et leur nature?

Sur ce qui concerne la provenance des tumeurs carcinomateuses, des cancers types, l'accord est unanime: le carcinome est une néoplasie de provenance épithéliale, c'est un épithéliome malin. Entre les cellules carcinomateuses et les cellules épithéliales, il n'y a pas, histologiquement parlant, de différence apparente.

Fort bien. Mais pourquoi la cellule cancéreuse se comporte-t-elle, au cours de son évolution subséquente, d'une façon si dissemblable de celle qui caractérise l'évolution de la cellule épithéliale vulgaire? Pourquoi cette tendance à la prolifération exubérante, à l'envahissement et à la désorganisation progressifs du tissu ambiant? Pourquoi

cette aptitude à engendrer, tôt ou tard, une cachexie presque fatalement mortelle ? Sur toutes ces questions nous sommes encore dans une ignorance profonde, et les réponses qui y ont été faites sont du domaine exclusif de l'hypothèse. La plus séduisante, sinon la plus plausible, nous a été fournie par les partisans de la "théorie de l'hétéj rotopisme, au nombre desquels figurent quelques-uns des représentants les plus autorisés de la pathologie générale, de notre époque.

Cette théorie, qui se dresse en opposante de la doctrine parasitaire, peut se résumer dans ces quelques lignes :

Quand, sous l'influence d'une irritation formatrice, un groupe de cellules épithéliales se met à proliférer, le produit de cette prolifération ne sera jamais qu'une néoplasie bénigne, production inflammatoire ou tumeur proprement dite, tant que le travail prolifératif se poursuit au sein d'un tissu épithélial.

Il en sera tout autrement, quand l'irritation formatrice s'exerce sur un flot de cellules épithéliales, égarées, pour ainsi dire, au sein d'un tissu qui n'a rien de commun avec le tissu épithélial, égarées de la sorte, en conséquence d'une anomalie du développement embryonnaire, ou d'un traumatisme plus ou moins ancien. Dans ce cas, et du fait même de leur siège hétérotopique, elles se mettront à proliférer suivant le mode propre qui aboutit au développement d'une néoplasie cancéreuse. Le résultat sera le même, lorsqu'une néoplasie épithéliale, primitivement bénigne parce qu'elle évoluait au sein d'un épithélium, vient à envahir un tissu avoisinant, qui ne comporte pas de cellules épithéliales au nombre de ses éléments normaux. Dès lors que cet envahissement se sera produit, la néoplasie évoluera dans le sens d'une tumeur épithéliale maligne; elle subira la transformation carcinomateuse.

Somme toute, cette théorie se résume dans la définition suivante, qu'Orth a proposé de donner du cancer épithélial, du carcinome : le cancer est un épithéliome hétérotopique. Elle est séduisante, disions-nous plus haut.

Aussi bien, elle nous rend compte du développement des carcinomes, en des régions où les inclusions fœtales de fragments d'épithélium sont connues pour être relativement fréquentes.

Elle nous rend compte de la transformation d'une tumeur épithéliale, primitivement bénigne, en tumeur maligne, sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre cause occasionnelle.

De même, elle nous explique comment un traumatisme unique, ou des irritations répétées, peuvent constituer exceptionnellement le "primus movens" du développement d'un cancer : d'une part en provoquant ou entretenant l'irritation formatrice, cause première d'une néoformation épithéliale, et, d'autre part, en déterminant une sorte d'effraction des tissus voisins, grâce à laquelle le produit de cette néoformation peut réaliser un siège hétérotopique. C'est la thèse soutenue par Herzfeld, dans un récent travail.

Malgré tout, la théorie de l'hétérotropisme nous laisse dans l'ignorance la plus complète sur un point essentiel : sur le point de savoir pourquoi les cellules épithéliales, déracinées, pour ainsi dire, et transplantées plus ou moins loin de leurs assises originelles, réagiront désormais d'une façon spécifique, aux irritations formatrices qui viendront à les atteindre.

Force nous est donc de convenir que nous ne savons pas grand-chose de précis touchant l'étiologie et la pathogénie du cancer, et que nous ne sommes pas encore à même de faire une réponse satisfaisante, à la question de savoir pourquoi on devient cancéreux.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR L'ARSENIC

PAR M. LE DOCTEUR NITTIS

Au cours d'une épidémie de coqueluche qui a sévi cette année avec une grande intensité, nous avons essayé l'effet que pourrait avoir l'arsenic et c'est sur les bons résultats obtenus par cette méthode que nous appelons l'attention des médecins si faiblement armés contre cette maladie.

A la vérité cette médication est presque empirique. Nous nous souvenons des succès que procure l'arsenic et contre l'asthme et contre la chorée de Sydenham (de laquelle la coqueluche se rapproche par son allure spasmodique). Evidemment, il n'y a dans ces rapprochements aucune raison scientifique d'affirmer "a priori" l'efficacité de l'arsenic, il y avait tout au plus un encouragement à essayer.

Nous avons comparé à l'action de l'arsenic celle des drogues classées dont aucune n'a pu s'imposer avec une supériorité indiscutable. Si le bromoforme bien pur, la belladone et l'aconit bien maniés et administrés, à fortes doses en surveillant la tolérance, ou l'analgésie et la cocaïne donnent quelque amélioration, en revanche il est difficile d'en continuer l'administration pendant des semaines. Incomparablement plus efficace selon la posologie indiquée plus loin—l'arsenic constitue un traitement simple, défini, bien supporté par les enfants dans les cas contraires, ou l'administrerait par le rectum en augmentant les doses). Si, quelque temps après, la coqueluche fait un retour offensif, on reprend le traitement pendant quelques jours.

Jusqu'ici la coqueluche, mal et souvent pas soignée, est restée aussi grave que par le passé, elle tue plus d'enfants que d'autres maladies plus redoutées et seule avec la rougeole (encore une entité morbide de laquelle on ne se méfie pas assez) elle ne diminue pas de fréquence.

En ce qui concerne la coqueluche, la médication arsenicale, qui n'avait jamais été tentée, donne des résultats très favorables.

C'est ainsi que la jeune Col... (vue huit jour auparavant sans signes caractéristiques qu'une toux déjà obsédante) présentait le 12 Février une coqueluche confirmée. La liqueur de Fowler est ordonnée.

Le 5 Mars, nous revoyons la petite malade : depuis l'administration de l'arsenic, les quintes, comptées par la famille, sont tombées de 8 à 40 par jour à 28, à 20, à 23, et dès le cinquième jour l'enfant "tousseait comme avec un petit rhume".

Le 14 Mars, le jeune Falt... avait également une toux opiniâtre dont j'annonce avec doute la nature possible; le 23 Mars, le doute n'est plus permis, l'auscultation confirme les symptômes. Cinq gouttes de liqueur de Fowler par jour; dès le troisième jour, les quintes sont remplacées par de petits accès anodins à tel point que les parents, commerçants, m'avouent s'être félicités que leur clientèle ne s'aperçoive de rien.

Etant donnée la fréquence de la toux, et bien qu'il n'y eût pas encore de bruit de colombier, j'ai conseillé, le 14 Février, d'administrer la liqueur de Fowler à la petite Vir..., qui, revue le 18, avait alors une coqueluche confirmée (l'arsenic avait été commencé la veille, et c'est le seul de nos cas récents où il ait pris à doses progressivement croissantes). Les quintes sont très courtes et peu nombreuses jusqu'au 6 Mars. Le frère et la sœur ont eu antérieurement la coqueluche et la mère déclare que la maladie a été incomparablement ténigne cette fois. Du 6 au 22, l'enfant toussa à peine. Le 22, elle prend froid au cours d'une sortie, et de temps à autre sa toux reprend le caractère de quintes. Nouvelles doses d'arsenic et retour au calme.

Le 25 Avril, on m'adresse le jeune Mor..., qui a toussé tout l'hiver et a depuis quelque temps la coqueluche pour laquelle il a été soigné dans un dispensaire. Potion arsenicale. Le 2 Mai, nous avons des nouvelles; on a su pendu pour trois jours, selon nos indications, le remède qui avait déterminé de la houle, doute, qu'il s'agisse "d'une jà si raro quo la mère, un peu obtuffissure du visage; la toux est véritable coqueluche". Le 11 Mai, l'enfant, revu, n'a aucune quinte.

Nous avons enregistré des résultats uniformément favorables sur huit autres enfants. A l'un d'eux nous avons administré du méthylarsinate, mais nous ne tirons aucune conclusion de ce cas unique quant à la valeur comparative des deux modes d'administration de l'arsenic.

Tous nos essais ont été interrompus au commencement de Mai par l'extinction de l'épidémie.

Ces résultats nous semblent assez encourageants pour inscrire l'arsenic en tête des médicaments à opposer à la coqueluche.

Pour obtenir des succès, il faut user de doses fortes, que les enfants supportent d'ailleurs très bien (comme pour traiter la chorée). Nous avons été amené à donner une goutte de liqueur de Fowler par jour et par année d'âge. Ainsi, un enfant de cinq ans prendra une goutte avec le déjeuner du matin, deux gouttes avec chacun des deux autres repas.

On remarquera que nous ne croyons pas utile de commencer par des doses minimales graduellement élevées; nous préférons profiter de la tolérance toujours parfaite les premiers jours.

Il est bon de surveiller l'enfant: au bout d'une semaine, parfois avant, on remarque fréquemment un peu de bouffissure du visage et on

suspend pour une courte période l'administration de la liqueur de Fowler. D'ailleurs, cette bouffissure est sans valeur symptomatique et l'albumine fait défaut dans l'urine. On n'observe non plus aucun signe d'intolérance et bientôt on peut reprendre le traitement, qui devra durer une quinzaine de jours.

On assiste de cette manière à des coqueluches dont l'évolution se poursuit avec une bénignité exceptionnelle. L'élément spasmodique est profondément atténué, le nombre des quintes diminue et leur allure même cesse d'être caractéristique.

L'évolution intime de la maladie, pour ainsi dire, n'est pas supprimée : nous le pensons par l'exemple de la petite Vir... ; elle ne tousse plus depuis le 6 Mars ; elle portait pourtant en elle l'infection toujours présente puisque, le 22, à l'occasion d'un rhume, sa toux reprend un caractère nettement coqueluchoïde.

En même temps qu'il atténue au point de la rendre méconnaissable cette toux épuisante et qui en somme constitue par elle-même un danger, l'arsenic tonifie le petit malade.

C'est donc une médication complète et à elle seule suffisante.

En résumé, nous proposons d'employer—selon la méthode indiquée plus haut—l'arsenic dans le traitement de la coqueluche et nous croyons ce traitement incontestablement supérieur à tous les remèdes actuellement préconisés.

À la suite de recherches encore inachevées et que nous citons pour prendre date, nous croyons avoir isolé comme agent de la coqueluche une oocyste encapsulée, quelquefois en diplocoques ou en courtes chaînettes, même en amas dans les cultures, ne prenant pas le Gram, donnant sur les milieux solides gélatinés des colonies transparentes bleuâtres, et déterminant une broncho-pneumonie chez les jeunes animaux.

NOUVEAU CAS D'INOCULATION DE CHANCRE SYPHILITIQUE

M. Queyrat présente un malade, âgé de trente ans, entré dans son service le 7 novembre avec un chancre syphilitique bivalve du sillon à droite et une inguinale bilatérale, en pléiade, des plus accusées. On peut constater encore aujourd'hui les caractères nettement syphilitiques et du chancre, et de l'adénopathie.

Le chancre datait de quatre jours ; il n'avait pas été traité. L'examen du raclage par le Giemsa décèle des tréponèmes un peu plus gros et plus courts que ceux que l'on observe d'ordinaire.

Le jour même de l'admission du malade, M. Queyrat lui fit, avec du raclage du chancre, deux inoculations sur l'hypogastre à gauche, et une inoculation à la région deltoïdienne gauche. Dans les régions correspondantes, à droite, il pratiqua avec un vaccino-style, simplement flambé, trois traumatismes d'inoculation.

Le malade fut mis au régime de suralimentation, à la viande crue, au sirop d'iode de fer, mais ne reçut pas de mercure.

Pendant les onze jours qui suivirent l'inoculation, rien de particulier sur les points inoculés ; le douzième jour—19 novembre—ils pren-

nent l'aspect d'une macule rosé violacé, puis se surélèvent progressivement de jour en jour jusqu'à présente aspect qu'on leur voit aujourd'hui, onze jours après leur début, et apparaissent nettement syphilitiques.

Quant aux traumatismes témoins ils se sont progressivement effacés et n'existent plus que sous forme d'un point à peine appréciable.

"Ce fait, conclut M. Queyrat, est une nouvelle preuve de l'auto-inoculabilité du chancre syphilitique, dont je pense avoir démontré la réalité et dont j'ai croisé avoir précisé les conditions expérimentales qui peuvent se résumer ainsi : "Le chancre syphilitique non traité localement et dont le porteur n'a pas suivi de médication hydrargyrique est auto-inoculable dans les onze premiers jours qui suivent son apparition."

"Toutes les tentatives d'auto-inoculation que j'ai faites après le onzième jour sont restées sans résultat. Les auto-inoculations faites dans les onze premiers jours m'ont donné quatorze résultats positifs sur seize expérimentations.

"On a dit que ces lésions n'étaient autre chose que des accidents secondaires déterminés par le traumatisme. J'ai réfuté cette objection en faisant, dans les points correspondant aux inoculations, des traumatismes témoins, qui n'ont rien produit, comme vous pouvez le voir encore chez ce malade."

Medaille d'Or Exposition de la Louisiane 1904	L'antiseptique par excellence <h1>LISTERINE</h1> <p>La Listerine est un moyen très effectif de porter, jusque dans les plus petites mailles des muqueuses, un antiseptique minéral doux et affectif comme l'acide borique, dans lequel on le trouve en solution parfaite. Il n'y a aucun danger d'intoxication avec la Listerine et cependant son pouvoir neutralisant des produits de putréfaction (empêchant ainsi la résorption septique) a été très satisfaisamment démontré.</p>	Medaille d'Or Exposition de la Louisiane 1904
<h1>LISTERINE</h1>		
DERMATIC SOAP		
Détergent savonneux en usage dans le traitement antiseptique des maladies de la peau.		
<p>La Listerine représente le maximum de la valeur antiseptique, en ce sens, qu'elle est la moins nuisible à l'organisme humain, dans la proportion requise pour produire l'effet désiré; comme telle, elle est acceptée partout, et par tous, comme la véritable préparation, pour l'usage habituel, principalement dans les cas, où un désinfectant corrosif, ne pouvant donner lieu à de l'empoisonnement, ne peut être employé avec sûreté. Cette préparation a conquis la confiance de tous les membres de la profession médicale, justement à cause de sa supériorité (et comme agent antiseptique); qui a toujours été scrupuleusement suivi, dans sa fabrication, depuis les nombreuses années qu'elle est employée.</p> <p>Le succès de la Listerine repose sur son propre mérite. La meilleure annonce de la Listerine, c'est la Listerine.</p>		
Medaille d'Or Exposition de LEWIS & CLARK 1905	Un échantillon du Savon "Dermatic" à la Listerine est envoyé sur demande. <h2>Lambert Pharmacal Company</h2> TORONTO, ONT.	Medaille d'Or Exposition de LEWIS & CLARK 1905