

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 JANVIER 1904

No 11

LA NEVRITE, LES POLYNEVRITES, LE PSEUDO-TABES ET L'ATROPHIE MUSCULAIRE SPINALE. (1)

PAR L'HONORABLE J. J. GUÉRIN,

Professeur de clinique médicale.

Voici quatre malades se plaignant de troubles du côté du système nerveux; chez ces deux patients le diagnostic est facile à faire: ils vous montrent le trajet du nerf sciatique en indiquant le siège de la douleur. Dans toutes névrites, il s'agit d'altérations inflammatoires légères ou profondes des trônes nerveux, ou d'un peu d'hypémie, d'exsudation, d'œdème. Après la névrite trifaciale, la sciatique est la plus fréquente et la plus importante au point de vue pratique, elle se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme. La fatigue excessive, l'humidité, les refroidissements, les stases sanguines dans les veines du bassin, occasionnées, soit par constipation chronique, tumeurs, carie du sacrum, utérus gravide, etc., en sont les principales causes. Ce cultivateur arthritique, âgé de quarante ans, qui n'a jamais été malade, a récolté la sciatique dans son champ en se couchant souvent sur une terre humide; il souffre depuis dix mois, et a passé par les phases les plus aiguës de l'affection; outre les traces de zona que vous pouvez voir, il existe une atrophie musculaire très notable de sa jambe droite qui indique une altération anatomique profonde; malgré l'état chronique de ces lésions, nous pouvons espérer d'heureux résultats, l'on voit quelquefois ces malades se traîner péniblement à l'aide de deux béquilles, très bien guérir et marcher sans douleur et sans béquilles après s'être soumis à un traitement énergique. Comme dans ce cas-ci; il n'y a aucune histoire d'infection ou d'intoxication, le pronostic est favorable. Autrefois, le traitement local

(1.) Notes cliniques recueillies par D. L.

consistait en l'application d'un vésicatoire de quelques lignes de diamètre appliqué à l'émergence du nerf; aussitôt la phlyctène produite on l'incisait, dénudait le derme pour recevoir un quart de grain de morphine et l'on répétait, au besoin, le vésicatoire suivi d'un pansement à la vaseline boriquée, et le patient guérissait. Ce procédé guérirait encore notre malade si nous n'avions pas un traitement plus rapide et plus efficace à lui proposer. Sans provoquer aucune plaie, la révulsion sera plus aseptique, plus nombreuse et plus énergique en appliquant tous les trois jours, au besoin, le long du sciatique chroniquement atteint, une trentaine de pointes de feu de l'échancrure sciatique à la sphère péronière. A l'intérieur, cinq grains d'iodure de potassium, trois fois par jour, dans du lait, avant chaque repas. Chez notre autre sciatique, âgé de 60 ans, qui a un passé de rhumatisme, au même traitement local, nous donnerons dix grains de salicylate de soude, trois fois par jour. Généralement, dans toutes les névrites, le pronostic est en rapport avec l'âge, les prédispositions névropathiques héréditaires, la constitution organique, le genre de vie du malade ainsi qu'avec les causes qui ont provoqué la névrite. Chez notre arthritique, bien qu'il souffre d'atrophie musculaire et qu'il marche, depuis longtemps, avec une canne, les résultats du traitement seront plus heureux pour lui, que pour ce rhumatisant, porteur d'une sciatique infectieuse. Quant à ce jeune homme que vous avez vu dans l'impossibilité de se plier à cause des douleurs lombodorsales qui l'empêchèrent de travailler durant plusieurs mois, il peut maintenant reprendre ses occupations après avoir suivi un simple traitement local de quelques centaines de pointes de feu.

Cet autre patient, âgé de 38 ans, malade depuis douze mois, présente une série de symptômes qui rend le diagnostic plus difficile; il nous est envoyé pour un tabétique; en effet, il montre quelques signes d'une affection spinale; les réflexes rotuliens sont abolis, la marche est ataxique, la pupille n'est pas fixe, mais le réflexe est lent, il faut une lumière assez vive pour constater la réaction; il a eu de fréquentes douleurs dans les jambes; cependant, cet homme n'est pas atteint d'une dégénérescence des cordons postérieurs de la moëlle épinière; c'est un pseudo-tabétique qui souffre d'une polynévrite chronique des alcoolisants; ce malade avait la malheureuse habitude de boire, chaque

jour, trente à quarante verres de liqueur alcoolique, ces douleurs lancinantes, déchirantes et permanentes du début de l'affection n'étaient pas les douleurs fulgurantes, passagères du tabès qui traversent les membres inférieurs, mais bien celles qui, répandues sur le trajet des troncs nerveux, caractérisent la névrite primitive, multiple. Ici l'ataxie n'est pas due à un défaut de coordination, le talon ne frappe pas le plancher avec bruit, mais tout le pied retombe lourdement et, si vous regardez de près les muscles de la jambe vous y constaterez une véritable paralysie qui a causé une atrophie musculaire manifeste et se traduit par une démarche oscillante mal assurée, les pieds sont tombants, il ne marche pas, il *steppe*, car, à cause de la paralysie des extenseurs, il lève la jambe toute entière, grâce à une flexion de la cuisse sur le bassin et projette le pied en avant avec la trépidation et l'oscillation que vous voyez, c'est l'*atarie des buccurs*. Les signes de Romberg et de Robertson que l'on rencontre dans le tabès dorsal, sont, ici, absents; les douleurs en ceinture, les troubles cardiaques et urinaires font défaut, l'histoire du début de l'affection, la parésie, l'atrophie musculaire prononcée, nous permet d'exclure le tabès et le résultat favorable obtenu par le traitement suivi vient confirmer à *posteriori* le diagnostic d'une polynévrite alcoolique. Le traitement à continuer est l'abstention complète de l'alcool et du tabac, une diète végétale et variée, de la viande qu'à un seul repas et quelques toniques aux glycéro-phosphates de chaux, de petites doses de strychnine, l'électrothérapie et des bains tièdes continueront à donner, à notre malade, une amélioration qu'il constate chaque jour. Ce quatrième malade, anxieux que l'on s'occupe de lui, voudrait se faire opérer pour guérir sa paralysie des extenseurs qui, comme vous le voyez, siège aux deux mains. A-t-il, comme le précédent, une polynévrite et le pronostic est-il favorable? Cette affection a débuté, il y a trois mois, à la suite d'un traumatisme dans la région cervicale; occupé au déchargement des navires une cuve de charbon lui est tombé sur la tête et le dos. Ce n'est pas au seul fait de la paralysie des extenseurs qu'il a ainsi les doigts des deux mains disposés en griffe et en main de singe; les muscles des éminences thénar et hypothénar sont disparus, ces dépressions indiquent l'atrophie des interosseux et des lombricaux, qui ont fait perdre aux phalanges un point d'appui nécessaire à leur redressement,

la marche atrophique est rapidement ascendante, les muscles antibrachiaux et de l'épaule sont atteints, le deltoïde et le biceps disparaissent, le malade peut difficilement mettre la main sur la tête, l'atrophie des muscles de la nuque et du cou lui donne un air hébété. Les doigts refroidis, la peau desquammeuse, les ongles cassants, striés, montrent qu'il existe des troubles trophiques profonds.

L'absence de l'exagération des réflexes tendineux et des phénomènes spastiques nous permettent d'éliminer la sclérose latérale amyotrophique caractérisée par une dégénérescence des voies pyramidales et des cellules ganglionnaires motrices des cornes antérieures. Dans cette affection, l'on constate aussi une atrophie musculaire prononcée, mais la lésion est circonscrite aux cellules motrices, la sensibilité reste normale, le processus atrophique marche lentement, chaque muscle particulier étant pris à son tour, les premiers symptômes de la maladie sont souvent qu'un manque de force dans un bras qui se fatigue plus vite, graduellement le bras va s'affaiblissant et quelques mois plus tard l'autre s'entreprenant à son tour.

Chez notre malade sans aucun trouble moteur, sans tremblement, sans spasme ni contracture les deux membres supérieurs sont pris simultanément, sans aucune douleur, d'une atrophie musculaire progressive d'origine spinale à type Aran-Duchenne. Nous disons d'origine spinale, car il existe une autre atrophie musculaire à formes myopathiques primitives dont nous parlerons dans une autre leçon. Pour cet Italien qui réclame une intervention chirurgicale pour être guéri, inutile de vous dire qu'aucune opération pourrait lui être utile, le pronostic est grave, le traitement est purement symptomatique, la maladie a une marche irrémédiablement fatale. L'électrothérapie, le massage, les exercices gymnastiques aidés de l'hygiène donnent quelquefois une amélioration passagère qui est, pour le patient, une grande satisfaction.

Souvent les maladies viennent vite parce qu'on leur épargne la moitié de la route en allant vers elles.

La première condition du bonheur c'est de croire qu'on est heureux, c'est d'avoir un petit soleil intérieur qui éclaire la route du devoir qu'il faut suivre et qu'il faut aimer.

SERUM ET VACCIN ANTITUBERCULEUX

PAR LE DOCTEUR MARMOREK.

Le 17 novembre dernier un auditoire nombreux remplissait les tribunes de l'Académie de médecine pour entendre une communication sensationnelle du docteur Marmorek, communication annoncée par la presse politique, qui se faisait l'écho des résultats merveilleux obtenus avec un nouveau vaccin antituberculeux.

Afin d'assumer seul la responsabilité de la nouvelle méthode qu'il préconise, M. le docteur Marmorek avait donné sa démission de chef de service de l'Institut Pasteur.

Voici le résumé de cette communication :

Si l'on prend des bacilles tuberculeux jeunes et si on les cultive dans un milieu approprié, le bacille ne sécrète pas de tuberculine, mais donne naissance à une substance toxique spéciale.

En immunisant des chevaux avec ces cultures filtrées, débarrassées des bacilles et tenant en dissolution la toxine, on obtient un sérum antitoxique.

C'est avec ce sérum que l'auteur a fait des tentatives de guérison sur des animaux tuberculeux d'abord, sur l'homme ensuite.

L'expérimentation sur les animaux aurait démontré que ce sérum exercerait une action curative et préventive : 15 à 20 cc. injectés trois jours avant l'injection intraveineuse de bacilles tuberculeux, préservent définitivement le lapin contre la tuberculose. Pour le traitement curatif, il faut des doses d'autant plus élevées, l'infection est plus ancienne.

C'est après avoir constaté ces résultats sur les animaux que l'auteur appliqua le nouveau sérum à la médecine humaine.

Chez l'homme, ce sérum serait absolument inoffensif, il ne donnerait aucune réaction locale ou générale et, d'après l'auteur, produirait des effets thérapeutiques remarquables.

La médication a d'abord été employée dans la méningite; les résultats ont été négatifs. Mais l'auteur fait observer que son intervention a toujours été tardive, 8 à 10 jours après le début de la maladie, il pense qu'une intervention arrivant beaucoup plus tôt, dans la période d'incubation si longue ou tout au début de la période d'invasion, aurait pu, peut-être, dans certains cas, éviter l'issue fatale.

M. Marmorek a appliqué ensuite son traitement à des cas de tuberculose grave, puis à des tuberculoses locales et à des tuberculoses pulmonaires au début.

Dans beaucoup de cas de tuberculose moins avancée, l'état général se serait amélioré et les lésions locales auraient diminué.

Plusieurs cas de mal de Pott auraient été radicalement guéris.

La quantité de sérum à injecter est assez considérable. Le nombre des injections varie de 6 à 52.

La communication du docteur Marmorek a été écoutée avec le plus grand silence.

LE SERUM DE MARMOREK

PAR M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

Pendant les mois d'août, septembre et octobre 1902, sept tuberculeux de mon service de l'Hôtel-Dieu ont été traités par le sérum de M. Marmorek.

Ces sept cas de tuberculose peuvent être classés de la façon suivante :

Quatre malades étaient atteints de tuberculose pulmonaire à divers degrés ;

Deux malades étaient atteints de tuberculose à la fois pulmonaire et laryngée.

Un malade était atteint de tuberculose pleurale avec épanchement.

M. Marmorek a pratiqué lui-même les injections de sérum, il en a déterminé les doses et il a répété les injections aussi souvent qu'il a jugé nécessaire.

La quantité de sérum injecté était chaque fois de 5 à 10 centimètres cubes et les injections étaient faites tous les jours, tous les deux jours, ou à intervalles plus éloignés.

J'ai suivi de près tous nos malades, je les ai examinés et auscultés très fréquemment, les observations ont été prises journellement dans les plus minutieux détails, je peux donc parler en connaissance de cause des résultats obtenus.

1° Le sérum ne nous a pas paru avoir une action favorable sur la fièvre ; au contraire, l'un de nos malades, qui était atteint de tuberculose pulmonaire apyrétique, a présenté une forte élévation à la suite des premières injections ;

2° Le sérum ne nous a pas paru avoir une action favorable sur l'expectoration et même plusieurs fois la quantité de crachats rendus en vingt-quatre heures a doublé et triplé après les injections;

3° Le sérum ne nous a pas paru avoir une action favorable sur l'évolution des lésions tuberculeuses, et même, chez plusieurs de nos malades des lésions de voisinage, lésions pulmonaires ou pleurales, ont apparu dans le cours du traitement;

4° Le sérum ne nous a pas paru avoir une action favorable sur la nutrition, car nos malades ont continué à maigrir, et parfois même l'amaigrissement a été rapide, malgré la suralimentation.

Pour ces différentes raisons, l'insuffisance du traitement nous ayant paru notoire, nous n'avons pas cru devoir le continuer et nous avons prié M. Marmorek de cesser ses injections.

Que sont devenus ces malades? L'un d'eux est encore vivant, mais toujours en puissance de tuberculose pulmonaire. Un autre a une grande caverne pulmonaire. Les cinq autres sont morts.

Passons maintenant au côté expérimental. Le 17 novembre 1902, l'expérimentation sur les animaux a été pratiquée dans mon laboratoire par M. Marmorek avec le concours d'un de mes chefs de laboratoire.

Deux lots de cobayes ont été identiquement rendus tuberculeux par inoculation sous-cutanée de parcelles du crachat d'un phthisique. Le premier lot a été soumis aux injections de sérum tandis que le second lot est demeuré indemne de toute injection, les animaux de cette deuxième catégorie devant servir de témoins.

Or, non seulement le sérum injecté n'a pas empêché la tuberculose d'évoluer progressivement et très rapidement chez les animaux inoculés, mais ceux-ci sont même tous morts avant les animaux conservés comme témoins.

Tel est le résultat clinique et expérimental dont le professeur Dieulafoy a été témoin.

La méthode de Marmorek a également été expérimentée dans le service de chirurgie de M. Monod.

Il a constaté, chez tous ses malades, une amélioration.

Il s'agissait évidemment de cas de tuberculose locale lesquels, on le sait, s'améliorent toujours à la suite de bons soins.

M. Monod termine en disant qu'il est disposé à continuer ses expériences.

M. Le Dentu n'a observé qu'un fait.

Il s'agissait d'un homme ayant un commencement de lésion.

M. Marmorek fit à ce malade de douze à quinze injections de sérum.

On ne constata aucune amélioration et le traitement fut abandonné.

M. Hallopeau a également tenté des essais de sérothérapie, au moyen du sérum de Marmorek, sur sept malades de son service de l'hôpital Saint-Louis atteints de manifestations tuberculeuses cutanées.

Les inoculations ont été pratiquées pendant environ un mois, à intervalles plus ou moins rapprochés. Les effets curatifs ont été le plus souvent nuls, mais quelquefois il a constaté des accidents divers tels que des poussées nouvelles dans des foyers anciens ou sur leurs pourtours.

TRAITEMENT DE L'ULCERE SIMPLE, NON COMPLIQUE, DE L'ESTOMAC

PAR M. LE PROFESSEUR HAYEM.

Le patient sera maintenu au repos, au lit, et soumis à une alimentation très légère. Commencer par un quart de verre de lait toutes les deux heures et continuer ainsi pendant les quatre premiers jours. Pour calmer la soif, administrer quotidiennement trois lavements alimentaires ainsi composés :

| | |
|----------------------------------|-------------|
| Eau tiède. | 200 grammes |
| Poudre de peptone sèche. | 30 — |
| Jaunes d'œufs. | n° 2. |

Emulsionner et injecter dans le rectum, après avoir vidé celui-ci par un premier lavement évacuateur à la glycérine ou à l'huile de ricin.

Le quatrième jour, la quantité de lait sera augmentée, soit un demi-verre toutes les deux heures.

Le huitième jour, elle atteindra trois quarts de verre et un verre entier le douzième. Puis, selon l'état des fonctions digestives, on rapprochera les prises de lait, sans dépasser un verre par heure et trois litres par journée. Si les digestions sont tardives, on donnera le lait moins souvent et plus à la fois.

Au bout d'une vingtaine de jours, lorsque le malade ne vomit pas et digère convenablement, on diminue la quantité de lait et on arrive progressivement à l'alimentation substantielle.

Voici quels sont les aliments dont on pourra permettre l'usage, par étapes successives :

Soupes au lait claires, le matin, à midi et le soir. Œufs à la coque. Bouillons, lait de poule (bouillon et jaune d'œuf). Jus de viande, crème. Viande blanche, tendre et bouillie. Légumes en purée. En dernier lieu, pain.

L'irritation gastrique sera combattue par le sous-nitrate de bismuth.

Prescrire ce médicament, qui constitue un véritable pansement de la plaie stomacale, à haute dose, et faire prendre chaque jour :

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| Sous-nitrate de bismuth pur. | 20 grammes. |
| Eau. | 100 — |

Agiter et absorber en une fois.

Dans les circonstances ordinaires, l'emploi de la mixture au bismuth durera dix-huit jours; y joindre les enveloppements humides, avec des compresses chaudes sur l'épigastre.

On s'adressera ensuite à la cure gastrique de l'hyperchlorhydrie, qui se réalise au moyen de l'eau de Carlsbad artificielle. Elle se formule ainsi :

| | |
|------------------------------|----------------|
| Eau. | 1,000 grammes. |
| Sulfate de soude. | 3 — |
| Bicarbonat de soude. | 2 gr. 50 |
| Chlorure de sodium. | 1 gramme. |

Le malade prendra, en trois fois, à vingt-cinq minutes d'intervalle, le premier jour 250 grammes de cette eau, chauffée au bain-marie, le second jour 300, le troisième 350, et ainsi de suite jusqu'à 500 centimètres cubes, dose quotidienne maxima. L'usage de la solution artificielle de Carlsbad sera prolongé un mois environ mais pas au delà : l'excès en deviendrait fatigant.

Tel est le traitement type de l'ulcère simple de l'estomac. Appliqué à des lésions récentes et à des malades qui n'ont pas subi d'autre médication antérieure, son efficacité est grande. Il dure, en moyenne, soixante-dix jours.

MOUVEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION DE L'HOPITAL
ST-JEAN DE DIEU DURANT L'ANNEE 1902

| DÉSIGNATION. | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|------|-------|
| | Hom. | Fem. | Total | Hom. | Fem. | Total |
| Malades restant à l'hôpital le 31 décembre 1901 | 34 | 763 | 1497 | | | |
| Malades admis " " durant l'année 1902 | 145 | 150 | 295 | | | |
| Total de la population traitée en 1902 | | | | 879 | 913 | 1792 |
| Malades sortis de l'hôpital durant l'année 1902 | | | | | | |
| Guéris | 37 | 40 | 77 | | | |
| Améliorés | 9 | 6 | 15 | | | |
| Non-améliorés | 21 | 9 | 30 | | | |
| Total des aliénés sortis durant l'année 1902 | 67 | 55 | 122 | | | |
| " Non-aliénés sortis durant l'année 1902 | 3 | 1 | 4 | | | |
| Grand total des sortis | 70 | 56 | 126 | | | |
| Malades décédés à l'hôpital durant l'année 1902 | 83 | 63 | 146 | 153 | 119 | 272 |
| Total des malades restant à l'hôpital le 31 décembre 1902 | | | | 226 | 794 | 1520 |

PERCENTAGES

| | |
|--|-------|
| Des malades guéris sur les malades admis durant l'année 1902 | 26.01 |
| " " " " la population traitée " " " " | 4.30 |
| Des malades sortis " " " " " " " " | 7.00 |
| Des malades décédés " " " " " " " " | 8.15 |

La passion, les festins, l'alcoolisme expliquent souvent la faillite des commerçants qui, eux, s'en prennent à la fatalité.

Il faut une sérieuse et solide éducation de la volonté pour combattre une fâcheuse hérédité physique ou morale.

Les débiles, les fatigués sans force de résistance, sans énergie, sans volonté, ces dégénérés, ces détraqués à l'âme malade réclament une thérapeutique d'ascension nerveuse, car c'est le système nerveux qui, directeur organique, solidarise et équilibre tous les organes.

Etre toujours de parti-pris, ne vouloir discuter jamais, serait-ce avec un fou, a dit Wirchow, constitue pour soi-même la plus honteuse défaite.

LA CIRCULATION DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

PAR M. LE DOCTEUR CATHELIN.

(Suite de la page 423.)

PREUVES CLINIQUES ET PATHOLOGIQUES

Une des autres preuves des rapports intimes du liquide céphalo-rachidien avec le sang, c'est la présence dans ce liquide de substances injectées dans le sang et introduites d'abord dans l'estomac.

Toutes les expériences, nous le savons, ne sont pas concluantes, mais, étant donnée la délicatesse des procédés de recherche et de dosage, on comprendra que *seules* les expériences positives l'emportent.

Or, nous rappellerons rapidement ici les principales observations cliniques et pathologiques.

Preuves cliniques.

1° Dans deux cas d'hémorragie ventriculaire, Sicard a constaté le passage dans le liquide céphalo-rachidien d'iode de potassium à la dose de 4 grammes par quarante-huit heures;

2° Dans trois cas de méningite tuberculeuse, Widal, Monod et Sicard ont vu trois fois la réaction à l'iode, positive;

3° Dans un cas de méningite aiguë syphilitique, le professeur Brissaud et Brécy ont noté le passage de l'iode;

4° Dans l'urémie, Castaigne a constaté dans le liquide céphalo-rachidien le passage du bleu à l'état de chromogène et aussi le passage de l'iode de potassium;

5° Dans un cas d'intoxication chronique mercurielle, le professeur Raymond a trouvé dans le liquide céphalo-rachidien la présence de traces de mercure : il s'agissait d'un ouvrier travaillant depuis longtemps à la préparation de sels et d'acide mercuriques;

6° Dans des cas d'intoxication alcoolique chronique, Nicloux a constaté le passage de l'alcool en petites quantités, en particulier chez les chiens soumis à l'injection intra-veineuse de certaines doses du liquide;

7° Dans l'absorption en grand de chlorure de sodium chez des sujets qui ne peuvent l'éliminer par l'urine, Achard et Lœper ont trouvé un excès de ce corps dans le liquide céphalo-rachidien;

3° Dans l'ictère chronique, le professeur Gilbert et Castaigne, Widal et Sicard ont noté la coloration jaunâtre ou jaune verdâtre du liquide.

Preuves pathologiques.

1° Dans certains cas de méningite tuberculeuse, on sait que le bacille de Koch, exclusif d'abord au liquide céphalo-rachidien, peut se généraliser et provoquer la granulie.

Bien entendu l'absence de bacille de Koch dans le liquide d'un méningitique ne prouverait rien, car on sait qu'il est peut-être encore plus difficile de le déceler ici que dans l'urine des reins manifestement tuberculeux, ce qui s'explique d'ailleurs de même dans les deux cas par le lavage incessant des organes sous-jacents et par une circulation continue. Nobécourt et Voisin l'ont récemment rencontré dans un cas de tuberculose au cervelet;

2° Dans un cas d'urémie, Souques et Castaigne ont vu l'injection du liquide déterminer des crises convulsives et la mort du cobaye (tout comme si on lui avait injecté du sang du malade);

3° Dans l'épilepsie, Dide et Sacquépée ont déterminé des accidents par injection intra-cérébrale du liquide;

4° Dans un cas de rage chez l'homme, Denigès et Sabrazès ont vu que le liquide céphalo-rachidien inoculé à deux chiens, à la dose de 2 centimètres cubes, a amené la mort de ces deux animaux deux et trois mois après l'inoculation;

5° Le liquide céphalo-rachidien renferme encore des substances bactéricides et bactériennes. Dans un cas de zona, Achard et Lœper y ont signalé la présence constante d'un bacille;

6° Enfin, tout récemment, Thibierge a signalé des réactions lymphocytaires très intenses dans le liquide céphalo-rachidien de syphilitiques en période secondaire, réactions légères dans le cas d'accidents actuels et au contraire très intenses dans les cas anciens s'accompagnant de lésions cutanées et en rapport par conséquent avec une imprégnation plus parfaite du sang. Dans ces tout derniers temps, Castellani a découvert dans plusieurs cas de maladie du sommeil, une espèce de trypanosome à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Bien entendu, pour expliquer tous ces faits cliniques et patho-

logiques, les auteurs incriminent ce qu'ils appellent *les troubles de perméabilité de la membrane arachnoïdo-piémérienne* substituant ainsi un phénomène d'ordre physique et osmotique à un phénomène purement physiologique. Il se passerait donc encore là quelque chose de *spécial* qui n'existe nulle part ailleurs : " Cette membrane, dit Sicard, se montre ainsi *différente* des autres membranes de l'économie, méritant une *place à part*, en dehors des séreuses, autant par son état de perméabilité que par sa structure et par son contenu, le liquide céphalo-rachidien à composition clinique *spéciale*." En vérité, c'est à se demander pourquoi la séreuse sous-arachnoïdienne serait par tout le monde rangée dans la classe des séreuses sans en présenter aucun des caractères, ce qui est une nouvelle preuve de l'indépendance du système liquide céphalo-rachidien et de son sac-réservoir.

Dire que l'agglutinine n'apparaît pas pendant la vie dans le liquide céphalo-rachidien, alors que le sang possède un haut pouvoir agglutinant, ne prouve rien, car le liquide céphalo-rachidien peut très bien, comme la lymphe, provenir du sang et y retourner tout en se modifiant considérablement dans les glandes d'une part et dans les communications périvasculaires d'autre part. Il est évident que si tous les caractères et toutes les propriétés du sang appartenaient au liquide céphalo-rachidien ou à la lymphe, il n'y aurait plus ni lymphe ni liquide différencié, mais seulement et partout du sang.

Les résultats dans les expériences sont tellement contradictoires que Sicard est obligé d'écrire " que la perméabilité peut être sujette à des variations et qu'en dehors même des questions de dose et d'imprégnation, elle doit probablement rester soumise à l'intensité et à la nature de la réaction méningée "; et il ajoute : " les constatations anatomiques et les examens histologiques nous fixeront *probablement* sur les raisons de ces divergences." Ainsi pour la teinte jaune du liquide céphalo-rachidien chez les ictériques, tandis que Gilbert et Castaigne rencontrent des troubles de la perméabilité méningée, Widal et Ravaut ne les rencontrent pas, d'où leur hypothèse d'un pigment spécial.

Plus loin, le même auteur, pour expliquer certains faits en apparence paradoxaux, écrit : " il faut faire intervenir la participation de l'élément vivant, de l'acte cellulaire, sécrétoire

vraisemblablement et "dans des conditions encore mal précisées, elle peut cependant se laisser traverser par des substances cristalloïdes et colloïdes."

Enfin Sicard conclut : "Ces troubles de perméabilité sont-ils en rapport avec l'hypotonie pathologique du liquide céphalo-rachidien constaté dans certains cas. Le fait est possible, mais peut-être bien l'hypotonie ne règle-t-elle pas à elle seule la perméabilité de la membrane. Il y a certainement pour expliquer ces variations de tension osmotique du liquide céphalo-rachidien par rapport au sérum sanguin un mécanisme pathologique qui nous échappe."

On voit combien dans toutes ces phrases reviennent souvent les mots : peut-être, probable, vraisemblable, possible, etc. ; or qu'on remplace partout le mot "tension osmotique" par "circulation" et tout le mécanisme pathologique alors s'éclaircit.

Preuves chirurgicales.

Ces dernières nous semblent péremptoires en faveur du *circulus* : "On était parfaitement édifié, écrit le professeur Brissaud, sur la prodigieuse facilité de reproductio du liquide céphalo-rachidien, pour en avoir constaté souvent l'écoulement en quelque sorte *intarissable*."

Cet écoulement "colossal" comme quantité a en effet été observé de tout temps parmi tous les chirurgiens : Billroth, Verneuil, Routier, le professeur Tillaux ont rapporté des observations curieuses où, après fracture du crâne ou extirpation de polypes sous-basilaires, les malades perdaient plus d'un litre et deux de liquide en vingt-quatre heures.

Mathieu¹ dans sa récente monographie rapporte des observations intéressantes où les malades perdaient 4 litres de liquide céphalo-rachidien ; l'une des plus suggestives est celle de Gribbon : "Cette quantité était déterminée par l'état de repos ou d'agitation du malade. Quand il était calme, c'était seulement un faible suintement, mais, après des mouvements considérables, *capables d'activer la circulation*, le liquide jaillissait comme d'une source : une fois, on fut forcé d'introduire une sonde dans la blessure et on redressa le patient pendant cette opération : la sérosité s'écoula alors en jet, précisément comme un jet de sang artériel, et l'écoulement était synchrone du pouls." Cet écoulement par saccades a été souvent vérifié.

1. Mathieu—"Les ponctions rachidiennes accidentelles." *Collection Critzmann* ou des *Monographies cliniques*, 1902, n° 29.

On ne peut être plus affirmatif et la section d'une veine, d'un capillaire ou d'un lymphatique ne nous fait-elle pas assister à un phénomène identique ?

Dans le cas où le liquide manque après une plaie pénétrante, c'est qu'il y a caillot obturateur, tel dans une observation de Palle citée par Mathieu.

De même, dans les tumeurs cérébrales et dans les méningites, il y a augmentation de pression du liquide, ce qui fait écrire à Sicard : " Faut-il voir dans ce phénomène une preuve d'une plus grande activité de sécrétion ou le fait d'une résorption moindre ? *C'est là un mécanisme pathogénique qui n'a pas encore été étudié et qu'il serait intéressant de rechercher.*"

Or, avec la théorie du circulus, on comprend très bien qu'une brèche faite au réservoir amène une perte de liquide; on comprend même que, par le fait des pulsations artérielles voisines, la projection se fasse en jet synchrone du pouls comme dans l'observation de Gribbon; on comprend enfin que dans le cas de blessures chirurgicales le liquide qui s'écoule est tout ou partie du liquide sécrété, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une excitation plus grande des éléments sécréteurs, car cette abondante déperdition est contemporaine de l'accident dont elle est le corollaire immédiat. La quantité considérable de liquide écoulé représente donc la quantité qui *dans le même temps aurait passé dans la circulation lymphatique et sanguine*; au contraire, dans le cas de tumeurs et de méningites, l'hypertension peut être le fait d'une hypersécrétion, tout comme dans une inflammation rénale chronique (rein des urinaires), il y a une polyurie qui peut être extrêmement abondante (Prof. Guyon).

* * *

En résumé, le liquide céphalo-rachidien nous semble présenter un mouvement circulaire au même titre que la circulation de la lymphe; ce liquide vient du sang et retourne au sang par l'intermédiaire de la circulation lymphatique.

Le schéma (fig. 1) est représenté par :

- 1° Les riches vaisseaux sanguins afférents aux plexus choroïdes, *glandes sécrétrices*;
- 2° Le sac arachnoïdien, canal de décharge et réservoir, mais non canal excréteur;
- 3° Les gaines périvasculaires dites faussement lymphatiques,

qui s'ouvrent dans le liquide et servent de trait d'union entre les deux circulations, tout comme les capillaires de la circulation générale placés entre les deux circulations artérielle et veineuse ;

4° Les lymphatiques paravertébraux et *leurs ganglions* par lesquels le liquide céphalo-rachidien, profondément modifié, retourne à la citerne de Pecquet et dans la canal thoracique pour se jeter avec lui dans la veine sous-clavière gauche et dans le torrent de la circulation générale, pour retourner enfin aux glandes choroïdiennes par leurs vaisseaux afférents où le cycle recommence.

Quant au mécanisme de la progression, il est multiple ; les principales causes sont par ordre d'importance décroissante : la pression constante du liquide mesurée au manomètre, les battements artériels des vaisseaux sous-arachnoïdo-pié-mériens (obs. Gribbon), les mouvements respiratoires (expiratoires), les différentes attitudes données au corps, la pesanteur.

Ainsi donc la circulation du liquide céphalo-rachidien nous apparaît comme une circulation similaire de la circulation lymphatique, infiniment moins parfaite que la circulation du sang, circulation ralentie et annexe de la circulation lymphatique.

C'est, si l'on veut, une sorte de circulation larvée, qu'il faut ranger par ordre décroissant au-dessous des circulations cardiaque, artérielle, capillaire, veineuse et lymphatique, terminant elle-même la chaîne pour retourner en ordre inverse et chaînon par chaînon jusqu'à la première qui reste toujours la régulatrice de toutes.

* * *

En terminant, nous tenons à faire remarquer que l'idée de la circulation du liquide céphalo-rachidien n'est pas une théorie basée sur rien, ni une simple vue de l'esprit ; elle repose sur des expériences bien établies qui, d'ailleurs, me sont étrangères, les unes montrant l'origine et le lieu de formation du liquide dans les plexus choroïdes des ventricules cérébraux, les autres faisant voir le passage du liquide dans tous les ganglions de l'organisme, et enfin les preuves chirurgicales d'écoulement extraordinaire de ce liquide après blessure du réservoir.

J'ai personnellement vérifié les injections de liquides colorés pour contrôler leur exactitude. Je n'ai pu reproduire par

contre les expériences des habiles physiologistes que sont MM. Pettit et Girard, car elles exigent une éducation et des qualités de technicien biologiste que je n'ai pas, étant chirurgien.

Ainsi, en dépit des objections et des critiques qui ne manqueront pas de se produire, la circulation du liquide céphalo-rachidien nous apparaît comme un des faits les mieux établis de la physiologie moderne et nous croyons que personne jusqu'ici n'en avait saisi le mécanisme d'ensemble, le cycle complet, le circulus.

A PROPOS D'UN NOUVEAU PROCÉDE DE CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

PAR M. ROCHARD,

Chirurgien de l'hospice d'Iverg.

Dans la cure radicale de la hernie inguinale j'emploie depuis bien des années le procédé de Bassini à l'exclusion de tout autre et je n'ai eu qu'à m'en louer. Tout dernièrement encore, dans un ouvrage que je viens de publier sur les hernies, j'écrivais que ce procédé n'avait que des avantages et pas d'inconvénients : avantages, ceux d'éviter la récurrence et de permettre la réfection d'une paroi solide en s'adressant à des éléments résistants comme l'arcade de Fallope et le tendon conjoint; et absence d'inconvénients, car, pour ma part, je n'ai jamais éprouvé la moindre difficulté à le pratiquer.

Mais voilà que, dans un article du chirurgien américain W. S. Halsted, publié dans les bulletins "of the John Hopkins Hospital" (août 1903), je trouve signalé l'atrophie possible du testicule chez les opérés par tout procédé qui consiste à déplacer le cordon, ou à le libérer momentanément pour refaire la paroi postérieure.

C'est la première fois que j'entends citer cette grave conséquence de l'opération de la cure radicale et je me suis demandé si Halsted n'avait pas observé plus d'atrophie du testicule que les autres chirurgiens à cause même de la nature de son procédé primitif. On sait, en effet, qu'il déplace complètement le cordon en le faisant sortir à la partie supérieure de son incision et en le laissant en avant dans un plan superficiel, tandis qu'il refait complètement la paroi inguinale en arrière. Il y a là,

en effet, un gros changement dans les rapports anatomiques, changement qui n'existe pas dans le procédé de Bassini. Ce dernier, en effet, n'a qu'un but, c'est de refaire les plans anatomiques qui ont été déplacés par le passage de la hernie.

Mais l'atrophie du testicule a été cependant observée chez des opérés par la méthode du chirurgien italien. Mon maître, le professeur Berge, m'a dit en avoir observé de rares exemples et surtout dans les premières séries d'opérations de ce genre; il n'en aurait plus aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, ceci démontre qu'il faut agir avec beaucoup de ménagements dans la libération et les manipulations du cordon, car, comme on ne fait aucune section dans ces manœuvres, l'atrophie du testicule, quand elle arrive, ne pourrait s'expliquer que par l'étirement exagéré du cordon agissant sur les artères ou sur le canal déférent.

Partant de ces raisons et de son observation personnelle, W. S. Halsted a imaginé un nouveau procédé qui consiste à ne pas toucher au cordon et à refaire, par-dessus, un plan solide de tissu en se servant du crémaster qu'on suture d'abord en dessous du petit oblique soulevé, puis le petit oblique est attiré par-dessus et suturé à l'arcade de Fallope, et, enfin, l'aponévrose du grand oblique vient se placer encore sur ces plans musculaires en croisant ses deux feuillettes l'un sur l'autre; je me propose d'exécuter ce procédé quand l'occasion s'en présentera, car, la première condition pour pouvoir le mettre en œuvre est de trouver un crémaster bien formé, avec de bonnes fibres musculaires, ce qui n'existe pas toujours.

Dans le même article, je trouve encore signalée dans l'étiologie de la hernie inguinale une cause dont jusqu'ici je n'avais pas entendu parler et qui n'est du reste signalée dans aucun des auteurs français. Les veines dilatées joueraient un grand rôle dans l'élargissement du canal inguinal : en se gonflant à certains moments outre mesure, elles dilateraient le canal et les anneaux, et, quand elles se vident, laisseraient la place libre pour le passage de l'intestin.

Je dois avouer que je me demande si cette théorie, partant d'une observation juste, qui est la fréquente dilatation des veines du cordon, est bien exacte et si, par hasard, en expliquant la formation de la hernie de cette sorte, on ne prend pas l'effet pour la cause. Ce sont les veines qui dilatent le canal inguinal, nous

disent les Américains, et alors il peut se produire une hernie; ne pourrait-on pas dire : il y a commencement de hernie, pointe herniaire, gêne dans la circulation de retour et alors dilatation veineuse. La chose a une certaine importance, car, parlant de la dilatation veineuse observée et lui donnant comme cause la hernie, W. S. Halsted non seulement propose de réséquer les veines du cordon, mais le fait dans presque toutes ses nouvelles opérations et non pas pour faire disparaître un varicocèle ou même une tendance à cette affection, mais pour s'opposer à la récurrence; car il a observé que les cas de récurrence étaient moins fréquents chez les malades sur lesquels les veines avaient été réséquées que chez les opérés où on n'avait pas touché au cordon.

Il est bien entendu qu'en France tous les chirurgiens ont pour règle, quand ils se trouvent en face d'un varicocèle compliquant une hernie inguinale, de profiter de l'opération de la cure radicale pour réséquer à leur origine les troncs des veines qui vont former le parquet variqueux. Mais doit-on ériger en principe que sous prétexte de s'opposer à la récurrence, on doit de parti pris réséquer les veines parce qu'elles sont un peu dilatées? Ceci demande discussion.

Tout d'abord, j'estime pour ma part que par le fait même de la guérison de la hernie, c'est-à-dire de l'ablation du sac et de la réfection de la paroi, la dilatation veineuse doit disparaître, si elle existe, par ce fait qu'on a supprimé avec la hernie une cause de compression dans la circulation de retour et que cela, joint à la réfection de la paroi, a changé les conditions de la statique veineuse. Je n'ai jamais observé de troubles dans la circulation du testicule chez mes opérés par le procédé de Bassini et, quant à ce qui est de la récurrence, elle est tellement rare aujourd'hui qu'on peut dire qu'on ne l'observe que lorsque tout ne s'est pas passé régulièrement : qu'il y a eu infection de la plaie par un fil ou un catgut, ou une complication pulmonaire qui a fait tousser le malade et tirillé les sutures. De ce côté, jusqu'à plus ample informé, je ne vois donc pas là de raison pour aller de parti pris réséquer les veines du cordon.

Mais je pense, avec beaucoup de chirurgiens, qu'il faut toucher au cordon le moins possible. Ses éléments ne sont pas faciles à démêler les uns des autres, rien ne ressemble à une de ses artères comme une de ses veines ectasiées; ces dernières

se déchirent avec la plus grande facilité, le sang y masque alors les parties et il est difficile parfois de s'y reconnaître. Or rien ne serait plus préjudiciable au malade que de lui sectionner ou son artère déférentielle, ou la funiculaire et surtout la spermatique. A cela on doit répondre qu'avec de l'attention on ne doit pas se tromper; la chose est exacte, mais je ne pense pas, pour ma part, que le bénéfice retiré de la section des veines dépasse les risques courus par leur recherche et leur section. Ajoutez à cela qu'on a vite fait de créer un hématome qui augmente les chances d'infection et nuit à la bonne coaptation des plans musculaires.

Donc, et pour les raisons que je viens de donner, je réserverai la section des veines du cordon pour les cas où le malade porterait un varicocèle en même temps que sa hernie.

EMPLOI CHIRURGICAL DE FEUILLES D'ARGENT LAMINE

PAR M. LE DOCTEUR REBOUL.

Depuis la communication de M. Crédé sur les propriétés bactéricides de l'argent, j'ai employé des feuilles d'argent laminé, stérilisées à 140° ou 150°, dans le traitement des plaies. Après avoir nettoyé la plaie à l'eau bouillie chaude, à l'aide d'une pince à griffes, on applique directement la feuille d'argent sur toute la surface de la plaie ou sur la tumeur; avec un petit tampon de coton on exerce des pressions sur la feuille d'argent de manière à la rendre intimement adhérente, et on la recouvre ensuite d'un pansement approprié à la région et à la plaie; suivant l'abondance de la suppuration ou du suintement, ce pansement est renouvelé tous les deux jours ou toutes les semaines; il peut rester en place pendant un mois et même davantage sans produire le moindre érythème. Pour renouveler le pansement, on fait couler un filet d'eau stérilisée chaude sur la plaie ou la tumeur. Les parties de la feuille d'argent détachées sont entraînées avec la suppuration et les croûtes; je laisse en place les parties adhérentes. Je recouvre ensuite la plaie d'une nouvelle feuille.

C'est sur les ulcères variqueux et les plaies anciennes que j'ai commencé à employer les feuilles d'argent comme moyen de pansement. Je m'en suis servi ensuite pour les ulcérations

et fistules tuberculeuses, pour le pansement des lupus traités par l'électrolyse. Dans 5 cas d'épithélioma cutané superficiel de la face, l'emploi exclusif des feuilles d'argent a amené la chute des croûtes et une bonne cicatrisation; les résultats ont été durables.

OPOTHERAPIE

SUR L'ÉTAT ACTUEL DE L'OPOTHÉRAPIE

Une discussion intéressante a eu lieu à la Société de médecine de Bordeaux, sur l'état actuel de l'opothérapie, que M. Arnozan s'était chargé de résumer dans un rapport critique.

Après avoir constaté la diminution progressive des travaux sur ce sujet depuis quatre ou cinq ans, M. Arnozan étudie la question à trois points de vue : 1° au point de vue des résultats cliniques : 2° au point de vue des préparations pharmaceutiques; 3° au point de vue du mode d'action et de l'interprétation physiologique.

C'est le *suc thyroïdien* qui a donné les résultats les plus manifestes et les plus durables.

Il améliore et guérit le myxœdème sous ses trois formes : post-opératoire, de l'adulte et de l'enfant, à la condition qu'il soit appliqué assez tôt. Il en est de même de certains cas de nanisme et d'infantilisme ou de myxœdème fruste. Le suc thyroïdien peut aussi améliorer certains cas de goitre exophtalmique. Dans les goitres simples (Sabrazès, Cabannes, Régis), si le goitre est récent et parenchymateux, le suc réussit; s'il est ancien et kystique, il échoue. Dans la consolidation des fractures, il serait une précieuse ressource, d'après Gautier. M. Courtin croit que le massage ou la friction est aussi efficace chez l'enfant sain; mais, chez le rachitique, le suc donne d'excellents résultats. Enfin, dans l'obésité, l'amélioration n'est que passagère, et les troubles cardiaques obligent d'en suspendre l'emploi.

Le *suc testiculaire* n'est plus employé ni dans le caucer ni dans le tabes. Pitres a vu que, s'il pouvait réveiller d'une façon passagère l'activité génitale chez les tabétiques, il ne modifiait en rien la marche du tabes. Sans action sur la neurasthénie, dangereux dans l'épilepsie, il a été employé avec succès, paraît-il, dans la chlorose par MM. Girod et Dufougeré. Mais les

conclusions de M. Dufougeré semblent à M. Mongour un peu trop hâtives, et M. Armaignac déclare que le suc orchitique est une substance inoffensive. Dans l'Argentine, à l'époque de la castration des troupeaux, les habitants en font une consommation exagérée.

Le *suc ovarien*, tonique pour les mâles, est bien toléré chez les femelles. Régis et Loumeau ont signalé les premiers son emploi rationnel chez les femmes ovariectomisées et il donne dans ces cas des résultats. Chez les jeunes filles dont le développement génital est retardé, il réussit d'une façon modérée, mais il échoue complètement dans les troubles de la ménopause. Très incertain dans la chlorose, il agit mieux contre les troubles névropathiques et psychiques qui succèdent à la castration double chez des femmes jeunes à hérédité nerveuse peu accusée. Son action dans l'ostéomalacie est encore à démontrer.

Le *suc prostatique* a été employé par Ferré, Oraison, chez les vieillards à grosse prostate et à vessie paresseuse, mais il n'a pas donné les résultats qu'on avait escomptés au début et a été abandonné.

Le *suc mammaire* vanté comme galactogène n'a pas donné de succès bien évidents.

L'influence galactogène du *suc placentaire* ne paraît pas plus réelle à M. Fieux. Les éleveurs des Landes suppriment le placenta aux vaches, l'expérience leur ayant montré que celles qui mangent leur placenta sont moins bonnes laitières.

Gilbert et Carnot ont essayé le *suc hépatique dans le diabète*: Cassaët dans la lithiase biliaire, les angiocholites et les prurits ictériques et post-sérothérapiques. D'après M. Armaignac, ce suc donne de bons résultats dans l'héméralopie surtout quand elle survient sous forme d'épidémie. Cassaët a encore employé avec succès la bile fraîche, une ou deux cuillerées à café en lavements, dans un cas d'ictère grave syphilitique et dans des cas nombreux de coliques hépatiques. Mongour n'a rien obtenu du suc hépatique dans 14 cas de diabète gouteux.

Les *roggons crus* ou les sucres glycerinés de reins n'ont jamais fait disparaître l'albuminurie ni guéri le mal de Bright, déclare Arnozan. Les substances tirées du rein seraient même, d'après des expériences récentes, fortement toxiques et spécialement pour les reins. Mongour a toujours vu échouer le suc rénal dans le mal de Bright ou l'urémie.

Le *suc surrénal* est un vaso-constricteur puissant. Il a presque toujours échoué dans la maladie d'Addison. L'adrénaline, retirée par Takamine des capsules surrénales, a une action constructive puissante surtout sur la pituitaire et la conjonctive.

LE SERUM OVULICIDE

PAR M. LE DOCTEUR SKROBANSKY

Ce sérum est un sérum ovulicide, c'est-à-dire qu'il exerce une action aussi bien toxique que spécifique sur l'ovaire; tandis que les sérums cytotoxiques ordinaires se contentent d'empoisonner les cellules sur lesquelles ils exercent une action élective, celui de M. Skrobansky possède en outre la propriété extraordinaire d'exciter la vivacité des spermatozoïdes.

C'est tout à fait curieux, tellement extraordinaire qu'il nous semble bon de dire tout de suite, à titre de garantie, que M. Skrobansky a fait toutes ses expériences à l'Institut d'hygiène de l'Université de Fribourg-en-Brigau.

Il va de soi que ce sérum ovulicide a été préparé d'après la formule classique. C'est dire que M. Skrobansky injectait à un cobaye une émulsion d'ovaires de lapine ou de vache; et, lorsque le cobaye était jugé suffisamment immunisé, son sérum était injecté à une lapine.

C'est dans une expérience de ce genre que M. Skrobansky a constaté l'effet ovulicide de son sérum. L'examen des ovaires d'une lapine à laquelle une certaine quantité de ce sérum avait été injecté sous la peau a montré, en effet, une dégénérescence complète des follicules de Graaf et des ovules dont les uns présentaient les phénomènes de la chromatolyse du noyau, tandis que d'autres étaient déjà transformés en une masse homogène plus ou moins rétractée. Ces lésions, nous dit M. Skrobansky, étaient identiques à celles qu'on trouve dans les ovaires des femmes ayant succombé à la diphtérie, à la variole ou à toute autre maladie infectieuse.

Quant à l'action de ce sérum sur les spermatozoïdes, M. Skrobansky la mit en évidence en ajoutant deux gouttes de sérum ovulicide dans une solution physiologique tenant en suspension des spermatozoïdes de lapins. Il vit alors ceux-ci se mouvoir dans tous les sens et conserver cette mobilité pendant

plus d'un quart d'heure, tandis que les mêmes spermatozoïdes restaient immobiles dans la solution saline additionnée de sérum *normal* de lapin. Un sérum ovulicide préparé avec des ovaires de vache agissait exactement de la même façon sur les spermatozoïdes de taureau.

CENT TENTATIVES D'INOCULATION PELADIQUE

PAR M. L. JACQUET,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La théorie parasitaire de la pelade a perdu beaucoup de terrain; elle est pourtant assez vivace encore dans l'opinion médicale et dans l'opinion publique pour gêner le progrès de la notion *scientifique* de cette dermatose, et imposer certaines entraves sociales aux malades qui en sont atteints.

Cette double considération m'a déterminé à entreprendre une série d'inoculations, telles que le jugement de tous ceux qui ne peuvent approfondir la question soit éclairé et motivé de façon décisive.

Depuis 1875, époque à laquelle Horand (de Lyon) essaya une inoculation à l'enfant, et nia l'origine parasitaire, quelques tentatives ont été faites, par moi-même, puis par M. Hallopeau. Mais ces faits sont restés en petit nombre : je les ai multipliés.

Les sujets inoculés sont cinq de mes élèves : MM. Péchin, Alfred Chatin, Lagrive, Broquin, Masson, et moi-même.

Les malades sont *quinze* porteurs de pelades appartenant aux diverses variétés cliniques; datant parfois de quelques jours, d'un mois *au plus* en tout cas; en pleine extension et *non traitées*.

Presque tous ces malades se croyaient contagionnés et contagionnants. Plusieurs donnaient des indications d'origine, trop vagues pour qu'on pût tenter une enquête. Un seul précisa : il tenait sa pelade de son frère, peladique aussi, avec qui il avait couché récemment. Ce frère voulut bien consentir à venir me voir : il avait eu en effet la pelade, *cinq années auparavant !*

Nous avons opéré en recueillant, sur un tampon d'ouate hydrophile, par râclage et friction forte, les produits supposés contagionnants des aires et de leur bordure, puis frictionnant avec aisance et vigueur les régions du cuir chevelu qui sont les localisations préférées de la dermatose.

Une de ces tentatives mérite quelque détail ; le peladique me fut adressé aux fins d'inoculation par mon collègue et ami Sabouraud, qui lui supposait l'*optimum* des conditions contagionnantes. Mon interne, M. Ricou, avec l'aiguille à électrolyse, soigneusement chargée, à chaque fois, des produits de raclage cutané, cathétérisa une trentaine de mes follicules pileux, à la région temporo-pariétale.

Ces inoculations furent suivies pendant deux jours de sensations névralgiques dans tout ce côté de la tête et du cuir chevelu ; et il n'en faudrait peut-être pas beaucoup plus, dans certains cas de prédisposition intensive, pour déterminer l'apparition de quelques foyers alopeciques, par un tout autre mode que l'agression microbienne.

Le lendemain Sabouraud cathétérisa lui-même une vingtaine de follicules du côté opposé, et, sur sa demande, je m'abstins de tout soin de toilette pendant quarante-huit heures ; nulle névralgie cette fois.

J'ajoute maintenant que sept années auparavant j'avais eu la pelade, que cette maladie est fort récidivante, et qu'ainsi, au triple point de vue du contage supposé, de sa pénétration et du terrain choisi, les conditions expérimentales semblent avoir été idéales.

Voici le résultat : à nous six, en une CENTAINE d'inoculations, *nous n'avons pas perdu un poil !*

La pelade, en aucune de ses variétés, n'est donc inoculable. Cela étant, il y a infiniment peu de chance, *de par cette seule raison*, pour qu'elle soit contagieuse et parasitaire. J'estime, en conséquence, qu'il y a lieu de revenir sur les mesures prophylactiques en vigueur : elles sont toujours inutiles et souvent vexatoires, bien que leur rigueur ait été adoucie dans ces dernières années.

Le phthisique crache par terre naturellement : que voulez-vous que cela lui fasse ? il n'a plus rien à craindre ; la maladie le ronge, il devient égoïste, méchant même et se venge sur la société de l'impuissance où elle est pour le soulager ; il contagionne les autres, c'est sa vengeance ! il rend à la société ce que celle-ci lui a donné, la maladie dont il meurt ; microbe pour microbe !

PNEUMONIE DES VIEILLARDS.

PAR M. LE DOCTEUR VERHOOGEN.

Au point de vue symptomatique, la pneumonie du vieillard se caractérise par un début insidieux, par l'absence habituelle de phénomènes fébriles. Elle peut même n'être reconnue qu'à l'autopsie. Aussi Seidel a-t-il dit avec raison que plus d'un cas de mort subite chez le vieillard n'est dû qu'à une pneumonie latente. Si la fièvre existe, elle ne se montre presque jamais avec les caractères si nets qu'on retrouve chez l'adulte. La température ne dépasse guère 102° pendant la période d'état. Pas de défervescence brusque, mais un abaissement progressif dans la courbe thermique qui peut aller jusqu'à une hypothermie relative (96°).

A part la dyspnée excessive et persistante, les signes fonctionnels sont peu nets: le point de côté, quand il ne manque pas, est peu intense, la toux discrète. L'expectoration difficile, laborieuse, conserve les caractères ordinaires des crachats pneumoniques: visqueux et de coloration variable suivant la période de la maladie, mais souvent de teinte verdâtre.

L'examen physique donne des résultats à peu près semblables à ceux qu'il fournit chez l'adulte. La percussion montre de la matité alliée à un certain degré de tympanisme. Exceptionnellement, l'auteur a noté les râles crépitants du début, sans doute parce qu'il n'a presque jamais observé la maladie à sa phase initiale. Au déclin de l'affection, il a perçu le râle crépitant de retour, mais la matité incomplète du début est devenue absolue, phénomène compréhensible par l'accumulation d'un exsudat que les efforts d'expectoration ont été impuissants à rejeter. Puis cette matité a progressivement disparu avec la liquéfaction complète de l'épanchement alvéolaire, dont l'évacuation s'est trouvée ainsi facilitée; on observe alors un "tympanisme net et durable".

Si la guérison se produit, la convalescence dure plusieurs semaines. Dans les cas étudiés, il n'est survenu aucune complication (pleurésie purulente, abcès, gangrène pulmonaire, péricardite, ictère). La mort est survenue 6 fois sur 11: l'auteur est d'accord avec Strumpf qui, sur un relevé analytique de 2690 cas de pneumonies, a trouvé que la mortalité, très faible dans la jeunesse, atteint jusqu'à 50 pour 100 vers soixante-dix ans.

Le traitement est peu actif. Ventouses sèches, enveloppements humides et chauds faciliteront la circulation pulmonaire. Mais il faut s'abstenir des applications froides, très dangereuses chez le vieillard. Pour aider l'expectoration, on pourra donner de la liqueur ammoniacale anisée (1 à 2 grammes), du sirop d'ipéca. Mais on n'emploiera jamais le tartre stibié.

Pour fouetter le cœur, de la digitale, pas de strychnine.

Dans la période de résolution, les iodures à faibles doses (0 gr. 10 à 0 gr. 25 par jour) sont recommandables, mais l'auteur s'est trouvé surtout bien de l'administration de la créosote et de ses dérivés (carbonate de créosote, gaïacol) grâce auxquels il croit n'avoir jamais eu d'infections secondaires graves, non plus que d'abcès et de gangrène du poumon, signalés par les auteurs comme modes de terminaison fréquents de la pneumonie des vieillards.

LE CITROPHÈNE DANS LA THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE DE LA COQUELUCHE

La thérapeutique actuelle de la coqueluche a quelques données nouvelles sur l'emploi du citrophène et de l'oxycampbre par M. le docteur Schreiner, de la polyclinique royale de Munich.

Après un exposé très détaillé de l'état actuel de la thérapeutique de la coqueluche, l'auteur s'occupe plus longuement des propriétés du citrophène et des résultats favorables que son emploi a donnés à différents auteurs (Stekel, Stoschich, Kétly, Bolognesi, Tittel, Feuchtwanger) comme nervin, hypnotique, antineuralgique antipyrétique.

En ce qui concerne la coqueluche, l'auteur attribue les avis partagés au fait que les résultats moins satisfaisants auraient eu comme cause l'emploi de doses insuffisantes de citrophène.

Dans ses propres expériences, la dose maxima qu'il n'a jamais dépassée était de 7 décigrammes deux à trois fois par jour.

86 p. 100 des cas traités ont été complètement guéris dans l'espace de dix-sept à cinquante jours; dans 7 p. 100 des cas soumis au traitement, et malgré une amélioration momentanée, la durée de la maladie ne s'est pas trouvée abrégée; dans 7 p. 100 des cas enfin, le traitement n'a pas donné de résultat.

En résumé, l'auteur conclut que le médicament est pris volontiers par les enfants en raison de son goût agréable, que

l'on n'a jamais constaté des effets nuisibles par son emploi; qu'il exerce une action favorable sur les vomissements et augmente l'appétit. Enfin, son action contre la coqueluche est excellente; il diminue la durée de la maladie, qui, sous ce traitement, prend une forme plus bénigne; les accès deviennent plus rares, plus courts et moins violents, les vomissements cessent. La dose employée était de trois fois par jour de 15 à 20 centigrammes (par an) et, à défaut d'un résultat suffisant, 25 à 30 centigrammes. On peut aussi donner en une fois la dose maxima de 7 décigrammes.

TRAITEMENT DES HEMORROIDES PAR LA GLYCERINE IODEE

Depuis des années, Preissmann, d'Odessa, emploie avec le plus grand succès, dans les cas d'hémorroïdes, les applications de glycérine additionnée d'iodure de potassium et d'iode suivant les deux formules ci-dessous :

| | |
|-------------------------|-------------|
| 1° Iodure de potassium. | 2 grammes. |
| Iode pur. | 0 gr. 20. |
| Glycérine. | 35 grammes. |

M. *Solution faible.*

| | |
|-------------------------|------------|
| 2° Iodure de potassium. | 5 grammes. |
| Iode pur. | 2 — |
| Glycérine. | 35 — |

M. *Solution forte.*

Il prescrit l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fait de la façon suivante :

D'abord le malade prendra un bain de siège tiède. Puis il trempera de petits tampons d'ouate dans la glycérine iodée et il les appliquera sur les bourrelets hémorroïdaires. Ces applications, qui n'occasionnent qu'une sensation passagère de brûlure très tolérable, seront renouvelées d'heure en heure, ou à des intervalles plus éloignés, jusqu'à disparition des hémorroïdes.

Le colon est toujours vaincu par la nature du sol, du climat, des ressources naturelles d'un pays, s'il ne sait pas les comprendre.

**MYELITE TRANSVERSE ET CARCINOMATOSE
DIFFUSE DES OS.**

PAR M. LE PROFESSEUR NONNE.

Un homme de cinquante-sept ans, ancien syphilitique, présente depuis un an les symptômes du tabes au début. Un beau matin, après avoir présenté pendant quelques jours des douleurs dans le dos et les membres, il est pris brusquement d'une paraplégie complète avec paralysie du rectum et de la vessie. Quinze jours après, il entre à l'hôpital où on cherche vainement la cause de cette paralysie et l'on va même jusqu'à pratiquer le toucher rectal, ce qui permet de constater que la prostate est petite et n'offre rien de particulier. Six semaines plus tard, le malade succombait après avoir présenté les symptômes classiques du décubitus et de la pyélo-cystite.

L'autopsie fournit le mot de l'énigme.

Le malade avait bel et bien un carcinome de la prostate et, comme toujours, le système osseux a été envahi par des métastases. Les vertèbres, le bassin et les os des membres présentaient, en effet, une sorte d'infiltration carcinomateuse diffuse qu'on ne découvrit que parce que, à l'autopsie, on eut la bonne idée de scier longitudinalement tous les os du squelette.

Mais, fait très singulier, tandis que les vertèbres étaient infiltrées de carcinome, le canal vertébral était resté libre et les méninges, la dure-mère aussi bien que la pie-mère, étaient intactes. D'où venait alors la myélite transverse aiguë dont l'existence, au niveau de la partie inférieure de la moelle dorsale, fut amplement démontrée par l'examen histologique ?

La réponse à cette question est basée sur la théorie des toxines.

Le cancer est certainement une véritable fabrique de toxines dont un des effets est la cachexie spéciale du cancéreux. Mais, à côté de ces effets généraux, la toxine cancéreuse peut encore exercer une action locale et aller frapper tel ou tel organe. La sclérose des cordons postérieurs qui existait chez ce malade faisait de sa moelle un *locus minoris resistentiæ*, et c'est pourquoi l'action de la toxine se manifesta cliniquement et anatomiquement par une myélite transverse. Les choses se passent ainsi dans les myélites aiguës qui ont été observées au cours ou à la suite de maladies toxi-infectieuses, la toxine cancéreuse agit de la même manière que les autres toxines microbiennes.

LA FIN DE LA VIE.

PAR M. LE DOCTEUR GRASSET.

Cette "réfutation dialectique" de quelques-unes des idées émises par M. Metschnikoff dans ses belles *Études sur la nature humaine* rappelle que M. Grasset a atteint le temple de la médecine par le portique de la philosophie.

Avec une clarté toute française, M. Grasset expose les trois idées maîtresses du livre de M. Metschnikoff, et les discute l'une après l'autre, opposant, comme le chœur antique, la strophe et l'antistrophe dans une lumineuse antithèse.

1° M. Metschnikoff dit: "La théorie de l'immortalité des organismes composés d'une seule cellule est acceptée presque généralement... Un infusoire se divisant en deux, chaque moitié se reconstitue aussitôt et se rajeunit pour se reproduire de nouveau de la même façon." Dès lors, il ne faut plus accepter comme un dogme cette opinion que la mort est un attribut inhérent à tout organisme, naturel et inévitable.

M. Grasset répond: "L'être vivant est un individu ou il n'est pas. Si l'on nie l'individu, on nie par la même la caractéristique de la vie. Si, au contraire, on admet la biologie comme science distincte, si on sépare la vie et les êtres vivants de la matière brute et des phénomènes physico-chimiques, il faut admettre l'individu. Or les savants comme Metschnikoff, qui étudient la question de la mort ou de l'immortalité des plastrètes et y trouvent de l'intérêt doivent admettre la notion de l'individu vivant. La question devient donc: *L'individu meurt-il ou est-il immortel?* Question qui est bien différente de celle-ci: la vie, manifestée dans un plastrète, disparaît-elle ou se continue-t-elle éternellement dans divers individus successifs?"

Comme dit Delage, "l'amibe se divise et, en se divisant, il disparaît." Il ne faut pas confondre la durée de la vie et la durée de l'être vivant.

La mort reste donc la terminaison de la vie pour tous les êtres vivants.

2° M. Metschnikoff dit: "La mort, telle que nous l'observons, est le résultat morbide des *désharmonies* naturelles ou acquises de notre organisme. Nous mourons tous trop tôt, de mort accidentelle, sans atteindre la *vieillesse physiologique*, avec *désir de mourir*, se terminant par la mort naturelle. Nous devons, par l'hygiène et les progrès de la médecine, modifier de plus

en plus cet état de choses, et nous rapprocher de plus en plus de la mort naturelle survenant chez les sujets rassasiés de jours." Et M. Metschnikoff développe cette idée avec un très grand talent.

Sans doute la vie humaine semble raccourcie depuis la Bible,

M. Grasset répond : " Il faut séparer les faits et la théorie, la vieillesse est précoce dans beaucoup de cas, et on peut admettre que les désharmonies nombreuses qu'on constate chez l'homme contribuent à raccourcir artificiellement et anormalement la vie humaine. Il s'agit encore de savoir si on peut, scientifiquement, modifier cet état de choses. Ainsi posée, la question n'est pas résolue par le livre de Metschnikoff. On peut donc conclure que: rien n'établit scientifiquement que nous ayons les moyens ou que nous devons acquérir les moyens de prolonger assez la vie pour obtenir la mort naturelle; rien n'établit, même scientifiquement, que la mort naturelle avec désir de la mort soit réalisable, et ait été jamais observée. Donc, il est impossible de donner cette vie comme objectif de la vie.

La mort, fin de la vie (dans le sens de terminaison), ne peut pas en devenir la fin (dans le sens de but à atteindre) même sous sa forme naturelle et non anticipée."

3° Enfin, M. Metschnikoff dit: "*Le but de l'existence humaine* consiste "dans l'accomplissement du cycle complet et physiologique de la vie, avec une vieillesse normale qui aboutit à la perte de l'instinct de la vie et à l'apparition de l'instinct de la mort naturelle." La morale, basée sur la science (seule capable d'une pareille tâche), doit avoir pour but "de redresser l'évolution de la vie humaine, c'est-à-dire de transformer ces désharmonies en harmonies (orthobiose)".

D'un mot, la médecine et l'hygiène deviennent la morale et la religion de l'avenir, bases de l'art. et de la politique. M. Grasset répond: "L'orthobiose serait-elle réalisable, ce but proposé à l'homme ne suffirait jamais à satisfaire sa curiosité, ses besoins et ses aspirations sur sa destinée. La suppression, même idéalement complète, des désharmonies physiologiques ne supprimerait pas les désharmonies psychologiques dont l'existence et la conscience sont encore bien plus sensibles. La recherche de la longévité et de la mort naturelles ne peut pas constituer le fondement de la morale, parce que, dans cet élément, comme dans tous les éléments tirés de la biologie, il n'y a aucune place pour l'obligation.

La notion d'obligation est-elle nécessaire à l'édification d'une morale qui, dans l'atmosphère d'idées actuelles, paraît devoir être avant tout fonction de la société ?

Quoi qu'il en soit, la conclusion de M. Grasset s'impose avec évidence. "Signé d'un nom universellement accepté en biologie, conçu, documenté et exposé avec une grande rigueur scientifique et une très riche documentation positive, le livre de Metschnikoff me paraît prouver, une fois de plus, l'impuissance de la Biologie à fonder la Morale et à résoudre le problème de la Destinée humaine,"

L'ÂME DES FOULES.

Assemblez plusieurs hommes, de suite ils changeront de caractère; leurs passions s'exalteront, leurs propos deviendront plus vifs, ils s'emballeront, et commettront des actes qu'isolés ils eussent été incapables de tenter.

L'origine de cette transformation est dans la faculté d'imitation qui se trouve chez tous les êtres organisés en société.

C'est ainsi que la foule accomplit des actes d'héroïsme. Il convient de bien encadrer les soldats, dit-on souvent. Les sous-officiers et officiers qui encadrent accomplissent l'acte que les autres imitent. Ils s'élancent en avant, tous suivent, ils ont donné un courage collectif.

A l'inverse, c'est parfois la peur collective. Pendant la bataille la fuite est d'un mauvais exemple; la panique se répand bien vite. De même dans un théâtre, quelqu'un se sauve en criant à l'incendie; il entraîne tous les spectateurs qui s'écrasent aux portes.

Faculté d'imitation qui nous met au niveau de l'animal. Pour se borner à quelques exemples, le cheval est lui aussi sujet à la panique; des escadrons ont vu ainsi s'affoler et s'enfuir leurs montures. Et la fourmi, pusillanime quand elle est isolée, mêlée à ses compagnons pendant la bataille, témoigne d'un courage indomptable.

Mais l'homme possède une faculté de plus, la parole qui lui permet de suggestionner ses semblables. La suggestion exalte les sentiments, précipite encore mieux à l'acte, augmente le pouvoir d'imitation.

C'est le propre des orateurs populaires de savoir suggestionner. Une voix chaude, un geste ample, quelques périodes sonores, il n'en faut pas plus pour entraîner la foule.

Mais à une condition, c'est que déjà la foule possède les sentiments de celui qui la suggestionne et qu'elle a quelque propension à imiter ses actes. Il faut une communauté de sentiments entre celui qui actionne et ceux qui obéissent. Ce fait n'a pas été mis en lumière par ceux qui ont étudié l'âme des foules: Tarde, Gustave le Bon, Sighele.

Il y a déjà un travail préliminaire, inconscient, qui s'est fait dans la foule. Elle est apte à comprendre les sentiments qui vont déterminer l'impulsion. Il est bien clair, par exemple, qu'un orateur révolutionnaire aura beau haranguer des monarchistes convaincus, il perdra son temps; ou mieux il risquera de se faire lapider.

La foule traduit par des actes portés au maximum, des sentiments jusqu'alors latents. Les esprits d'imitation et de suggestion doivent évoquer des sentiments (peur, courage, religion, patriotisme), qui existent déjà à l'état latent dans la foule pour déterminer l'acte. Si, au contraire, ils heurtent les sentiments ces derniers détermineront malgré tout une action d'arrêt.

Autre point de vue. Admettons que les individus composant une foule possèdent tous un même sentiment que, pour plus de commodité, j'appellerai A. Ce sentiment existera à un degré véritable suivant les sujets: chez l'un il sera Δ seulement, chez l'autre 2Δ , chez un troisième 3Δ , et ainsi de suite. Un, enfin, aura ce sentiment au maximum, soit $x\Delta$, x désignant le plus haut facteur.

Eh! bien, c'est ce $x\Delta$ qui donnera le ton, fera agir la foule. Il sera le plus passionné et le plus actif. Sa parole suggestionnera, son acte sera imité. Par ainsi tous accompliront l'acte maximum, tandis que si chacun avait agi isolément un seul $x\Delta$ l'aurait accompli.

Mais supposez que dans la foule il y ait quelques opposants, quelques contradicteurs, il y en a toujours. Cette minorité sera annihilée. Représentons-les par $-\Delta-2\Delta\dots-x\Delta$. Isolés, ils auraient accompli des actes inverses des autres: actes $-a-2a\dots-xa$. Mêlés aux autres, ils accompliront: 0 acte.

L'impulsion qui porte à agir les individus possédant le sentiment A, développera chez ceux portant le sentiment $-\Delta$, des réflexes d'arrêt. Ils crain^{dr}ont le blâme de leurs compagnons, redouteront d'être traités de lâches, d'égoïstes, etc., ou mieux encore ils auront peur pour eux-mêmes, craindront d'être battus, blessés, tués même.

Chez quelques contradicteurs tenaces, ces sentiments d'arrêt seront insuffisants. Ils ébaucheront un mouvement opposé à celui de la majorité qui sera durement réprimé.

J'ai passé en revue les divers motifs d'actes : imitation, suggestion, sentiment. J'en ai intentionnellement laissé un de côté : le raisonnement. Raisonner, c'est ce que la foule sait le moins faire. Pour raisonner il faut du temps, du sang-froid, de la réflexion ; aussi est-ce de tous les états d'âme celui qui amène le plus difficilement l'acte et à plus longue échéance. Or, l'âme de la foule est une âme impulsive. Le raisonnement est ce qui a le moins de prise sur elle.

Cela est si vrai que même une réunion de gens, qui séparément sont forts, logiques et raisonnables, se laissent emporter par la passion à des actes qu'ils regrettent ensuite. On respire dans une assemblée une atmosphère antirationnelle : rappelez-vous les séances épiques des Parlements de nos divers pays d'Europe. Même des réunions plus restreintes, moins impulsives, des commissions, des assemblées de gens graves ; magistrats, savants, etc., étonnent par leurs décisions trop souvent passionnées et illogiques. Un ancien proverbe dit : les sénateurs sont gens estimables, mais le Sénat ne vaut pas cher, ou encore, une assemblée de gredins peut être composée d'individus qui, pris isolément, sont des gens de bien.

Jugez un peu de la nature des actes d'une vraie foule composée de la moyenne des citoyens.

Pour apprécier ces actes, il faut noter tout d'abord qu'ils varieront suivant les sentiments de cette foule.

Il faut avant tout que les individus qui la composent aient quelque sentiment commun. Imaginez une foule hétérogène de Chinois, de Français, d'Américains, etc. ; elle ne sera évidemment pas maniable.

Prenons donc une foule homogène suivant le caractère des gens qui la composent, la foule réagira différemment. Les peuples latins ont l'acte plus prompt et plus intense que les germains. Les sentiments qui font agir sont divers. Il faudra dire à des latins que c'est la faute du Gouvernement, cet argument n'aura point de prise sur les Anglais. Il faudra parler à ces derniers de liberté ; les Français préfèrent ce qui rappelle l'égalité, etc., etc.

Nous prenons donc une foule composée de la moyenne des citoyens d'un pays, la foule des rues, ou encore celle qu'attire

une foire, une fête, etc. Nous la prenons animée d'un sentiment commun: haine des infidèles à l'époque des croisades, haine du catholique de la part d'une foule huguenote au XVIIe siècle, soit de liberté chez les révolutionnaires en 1793. Qu'un individu qui possède au plus haut degré ce sentiment commun, parle et agisse; il déterminera la foule à s'exalter au même degré et à commettre les mêmes actes.

On imagine difficilement à quel degré de férocité, de cruauté sauvage ou inversement de magnanimité, de générosité, peut atteindre l'âme des foules. Pour le comprendre il faut lire l'histoire. Dans les troubles populaires, dit Taine, "le vertige vient, l'homme voit rouge et son délire s'achève par la férocité".

HYGIENE SOCIALE

A PROPOS DU ROMAN "L'INSEXUÉE."

Comment faut-il lutter contre les maladies vénériennes ?

Les ravages causés dans la société de notre époque par les maladies vénériennes commencent à être connus. Grâce aux avis éclairés des médecins et sur leur instigation se manifeste une tendance réelle à organiser *franchement* et *ostensiblement* la lutte contre les maux que trop longtemps les préjugés avaient fait considérer comme des "maladies honteuses" devant être gardées "secrètes."

Mais les *connaissances positives* que, maintenant, la Médecine possède sur les causes, la nature et l'évolution de ces maladies, d'une part, sur les effets qu'elles peuvent produire sur l'individu et sur la race, d'autre part, sont encore de date trop récente pour être suffisamment connues de la masse du public; elles sont encore ignorées ou à peu près de toutes les classes de la société; elles n'ont même pas encore pénétré à fond la masse des médecins praticiens.

Pour lutter avec chances de résultats contre les maladies vénériennes, il est donc nécessaire d'abord de faire connaître à tous ce qu'elles sont et les dangers auxquels elles exposent, pour que chacun puisse prendre soin et s'en préserver et, s'il n'a pu s'en préserver, tout au moins de s'en soigner rationnellement.

Il y a là une grosse question d'éducation sociale à résoudre et nous n'en sommes encore qu'aux études préparatoires. Il ne

faut pas se dissimuler d'ailleurs que la tâche sera lourde, tant est délicat le sujet à traiter, en raison surtout des préjugés qui règnent sur les maladies vénériennes, préjugés auxquels on se heurte et se heurtera longtemps encore sans doute.

* * *

Si le mouvement d'action prophylactique est parti des médecins, comme cela devait être, puisque c'est eux qui en ont déterminé scientifiquement les bases, il s'étend singulièrement par la part qu'y prennent certains hommes que leurs aptitudes, leurs talents littéraires ou autres, mettent plus directement en rapport avec le public.

Il est une maladie vénérienne, la blennorrhagie, causant fréquemment des désastres qui peuvent être aussi graves et parfois même plus graves peut-être que ceux de la syphilis. Un auteur de talent, dans un roman d'un style véritablement entraînant, vient de mettre en vedette, au point de vue social, les conséquences que peut avoir la blennorrhagie, conséquences beaucoup plus graves qu'on ne le croit généralement et malheureusement, elles aussi, presque toujours ignorées du public.

L'auteur de ce roman était particulièrement documenté pour traiter la question; M. Paul Bru n'est autre que le directeur de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; aussi est-ce dans le quartier qui entoure l'hôpital, quartier dont il connaît à fond les mœurs, qu'il a placé l'action de "L'Insexuée."

"L'Insexuée," tel est le titre du roman dont nos lecteurs-médecins comprendront de suite l'esprit. "L'Insexuée," c'est la malheureuse jeune femme à laquelle son mari, inconsciemment, a inoculé le gonocoque dès les premiers jours du mariage; il a été cause ainsi de salpingite et lésions pelviennes nécessitant bientôt la castration totale: la pauvre opérée, prise de troubles nerveux, devient folle.

Il y a là, vraiment, dans ces blennorrhées, quelque légères soient-elles, une cause de désastres conjugaux par trop ignorés des jeunes hommes, qui n'attachent aucune importance à un léger suintement qu'ils observent chaque matin, souvent depuis des années, ne songeant même pas à consulter un médecin avant de prendre une aussi grave décision que celle d'un mariage.

Dans une lettre préface imprimée en tête de "L'Insexuée," M. Brieux exprime, d'ailleurs, combien le danger est grand, et il s'adresse à M. Paul Bru, en des termes absolument affirmatifs, que voici:

“ Monsieur et cher confrère,

“ Dans les AVARIÉS, je n'ai parlé que des ravages sociaux de la syphilis, et j'ai eu tort. L'autre maladie vénérienne, moins tragique d'aspect, peut avoir des conséquences aussi graves, frappant, elle aussi, des innocentes qu'elle amène trop souvent de la chaise longue à la table d'opération. Cette seconde avarie est d'autant plus dangereuse qu'elle est moins redoutée. Les jeunes gens la considèrent comme un accident dont on plaisante ou comme un certificat de virilité dont on se glorifie.

“ Vous comprendrez donc le plaisir que m'a donné la lecture de votre roman. Avec votre compétence et votre talent, vous montrez le mal méconnu, et vous avez fait une bonne œuvre, en même temps qu'un livre émouvant.”

Un livre émouvant, une bonne œuvre, c'est bien là l'exacte impression que donne la lecture de “ l'Insexuée ” : lecture que l'on ne saurait trop recommander aux médecins, pour qu'eux-mêmes la recommandent à leurs jeunes clients. Il me semble, en effet, impossible que l'on puisse traiter en termes plus mesurés et aussi bien appropriés le sujet scabreux que Paul Bru a abordé dans son roman : en en rendant la lecture possible à tous, il a réellement fait une bonne œuvre qui intéresse particulièrement tous ceux que préoccupe la prophylaxie en matière de maladies vénériennes; et ils sont nombreux parmi les médecins.

“ C'est à nous, médecins, de répandre dans toutes les classes de la société nos doctrines et nos idées. C'est en combattant l'ignorance que nous préviendrons le plus souvent les méfaits et les catastrophes.”

Dans notre société où l'intellect n'est pas aiguisé par l'étude de sujets sérieux, la répétition perpétuelle et constante est le seul argument qui puisse réussir à percer les cerveaux endurcis, comme les gouttes d'eau percent le granit.

Nous sommes tous solidaires : le bonheur ou les malheurs de la collectivité résultent des vertus ou des fautes individuelles, nous avons tous intérêt à ce que nos semblables réussissent dans la vie et jouent pleinement leur rôle de producteur utile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR VALIN.

(Séance du 15 décembre 1903.)

M. le docteur William Jas. Derome lut un travail intitulé "Perforations Viscérales Traumatiques et Spontanées," contenant plusieurs observations, dont trois se rapportent à des perforations intestinales et stomacales non opérées et suivies de mort, dont deux, l'une a trait à une perforation pathologique duodénale et l'autre à une rupture spontanée du canal cholédoque, toutes deux opérées et suivies de guérison.

Le diagnostic dans ces différents cas, a été fait avant l'opération ou avant l'autopsie.

M. O. F. Mercier qui a opéré le cas de rupture spontanée des voies biliaires, admet avoir différé d'opinion sur le cas et d'avoir cru à une appendicite, ce qui explique la première incision faite.

M. Mercier décrit le mode opératoire, et fait remarquer la résistance du péritoine à s'infecter par la bile.

M. Frs. de Martigny félicite le docteur Derome du diagnostic fait, et de l'intervention proposée. Cette observation est peut-être unique dans la littérature médicale, puisqu'il s'agit d'une ouverture spontanée des voies biliaires dans la cavité abdominale et de l'inondation consécutive de cette dernière par des flots de bile.

Il rappelle ce qu'il a dit, dans une discussion antérieure, à propos d'abstention systématique ou armée et d'intervention immédiate, donnant à cette dernière la préférence. Cette observation démontre, d'une manière frappante, l'avantage qu'il y a de faire un diagnostic précoce et positif en pareilles lésions, pour en donner tout le bénéfice au malheureux patient.

Il appartient au clinicien à l'hôpital, d'insister auprès des étudiants sur l'importance du diagnostic, et la nécessité de l'intervention du chirurgien qui doit appliquer les principes de la médecine, base de la chirurgie, car sans médecine raisonnée point de chirurgie efficace.

M. Dubé parle du traitement de l'asystolie avec la digitaline cristallisée au millième, de l'hygiène usuelle du cardiaque et du régime lacté ou varié à suivre.

M. Le Sage insiste sur la connaissance parfaite du malade au point de vue clinique, sur le traitement par la digitaline pure

cristallisée de Nativelle et l'importance du régime lacté et d'une alimentation sans sel.

M. Alp. Mercier cite les expériences de Widal, en faveur des heureux effets de la déchloruration de l'organisme dans le traitement de l'asystolie.

M. Valin préconise les injections hypodermiques de digitaline excepté chez les cardiaques atteints d'insuffisance tricuspide.

M. Foucher fait part d'une observation reçue d'un médecin hors la ville, à propos d'un malade pour lequel il avait été consulté.

Imbu des idées émises par le professeur Bouchard, au Congrès de Médecine du Caire, sur l'efficacité des injections médicamenteuses dans les régions affectées, il conseilla dans un cas d'iritis rhumatismale, des injections de salicylate de soude dans la tempe. Ces injections coupèrent court à l'infection et la douleur disparut dès la première.

LES RAISINS EN UROTHERAPIE

PAR M. LE DOCTEUR CARLES.

Certaines personnes, exemptes de fièvre, ont souvent par longues périodes les urines extrêmement acides. Les causes sont parfois indéterminées.

Dans quelques circonstances on peut l'attribuer à une nourriture trop excitante, trop copieuse et surtout trop carnée. Généralement, les phosphates acides représentent les facteurs principaux de cet état maladif; cependant, l'acide urique participe lui-même par son abondance à cet excès d'acidité. Mais, obligé de céder à l'acide minéral la majeure partie de ses bases, il devient plus ou moins libre et partant prématurément insoluble. Comme conséquence, il rougit et trouble les urines; et, selon la proportion d'eau en présence, ce trouble se manifeste dès le moment de la miction ou seulement après refroidissement absolu de l'urine.

Un pareil état de choses a toujours sur les malades une influence morale fâcheuse, l'influence physique peut être pire encore. Pour y mettre un terme ou tout au moins l'amender, la chimie suggère le recours à une médication alcaline. Selon les ressources du malade, cette médication se traduit par la prescription de bicarbonate de soude dans de l'eau ordinaire

ou mieux par quelques bouteilles d'eau de Vichy ou de Vals. Malheureusement, l'effet produit n'est pas toujours celui que l'on attend, surtout quand le remède est pris à table.

Il semble même que chez certains sujets le résultat est opposé. On l'explique par la production d'une hypersécrétion gastrique, entraînant une urine analogue, car, le plus souvent, la première provoque l'autre.

En cette occurrence, il nous a paru rationnel d'avoir recours à un sel acide, mais d'acidité instable, qui pût se transformer dans l'économie en produit alcalin. Le type de ces sels est le bitartrate de potasse ou crème de tartre. Lorsqu'elle est absorbée, cette crème se transforme dans l'économie comme dans un creuset rouge de feu; l'acide tartrique est détruit et elle se transforme en carbonate de potasse.

Voilà donc un sel qui a la propriété dans l'estomac, à cause de son acidité, d'aider et de modérer l'acidité gastrique plutôt que de l'exciter, et qui dans les tissus prend progressivement assez d'alcalinité pour dissoudre l'acide urique et finalement équilibrer l'acidité urinaire. Les anciens s'en étaient bien aperçus, mais comme ils ignoraient la succession de ces faits chimiques, ils avaient peu de foi dans l'emploi de ce bitartrate.

D'ailleurs, une des difficultés de son usage était de lui communiquer le maximum d'assimilabilité, car, à dose un peu élevée il passe indissous dans l'intestin et agit comme purgatif. Il n'en est plus de même quand il est en combinaison naturelle avec diverses matières organiques, ainsi que cela a lieu dans toutes les variétés de raisin, sans aucune exception. Là, il est relativement soluble. Bien mieux, il y est toujours associé à des sucres de lait et comme lui un peu diurétiques. Les raisins frais, chasselas et autres, sont assurément préférables, comme goût et surtout comme pouvoir pharmacodynamique aux raisins secs, parce que ces derniers sont généralement surmûris et partant moins riches en tartre. Cependant, les raisins secs de Malaga qui représentent l'espèce commerciale la plus courante dès l'hiver, conviennent très bien encore. Une dose de 3 à 4 onces par jour divisée entre les deux principaux repas et consommée comme dessert, nous paraît une bonne moyenne.

L'analyse démontre, en effet, que ces 4 onces contiennent la moitié de leur poids de sucre et 50 grains environ de bi-

tartrate de potasse ou autres sels à acides organiques. Par combustion complète, tout cela est capable de fournir 8 grains de carbonate de potasse ou 7 grains de potasse alcaline. Or, cette potasse, à son tour, est habile à transformer 10 grains d'acide urique libre en urate neutre de potasse soluble. Ces 10 grains représentent à peu près la dose normale d'acide urique libre ou combinée, émise dans les 24 heures par un homme en santé.

Pratiquement, cette dose de 4 onces est le poids de raisin que nous avons conseillé quotidiennement à une femme et à quatre hommes dont les urines possédaient une acidité double et presque triple de la normale; la proportion d'acide urique était exagérée dans le même sens. Pour quatre de ces malades, la dose de cette acidité s'est abaissée dans les 24 heures à la normale et même au-dessous. Bien plus, pour un motif qui nous échappe, la quantité totale d'acide urique avait elle-même diminué très sensiblement. Chez le dernier malade seul, les résultats ont été médiocres. Peut-être est-ce parce qu'il s'agissait d'un homme essentiellement arthritique, sujet aux coliques néphrétiques depuis l'enfance, atteint de néphrite et ayant en plus une répulsion absolue pour l'alimentation végétale.

Dans tous les cas, cette médication est simple, agréable et innocente. Il est vrai que les sels de potasse ont mauvaise réputation, mais ils se sont quelque peu réhabilités depuis que l'on sait qu'au centre de l'Afrique de nombreuses peuplades ont remplacé depuis des siècles le sel marin par du chlorure de potassium. Les cendres de quelques herbes le leur fournissent. Nos 4 onces de raisins secs contiennent à peine le dixième de la potasse que les noirs absorbent quotidiennement à l'état de chlorure dans leurs aliments. Il semble, d'ailleurs, que, depuis Noé, l'espèce humaine s'est accoutumée à la potasse des raisins.

Le rythme ou cadence est le type universel des mouvements de la vie. Le cœur et le poumon ne frappent-ils pas une mesure à deux temps marqués par une *pause*, dans le premier par la systole et la diastole, dans le second par l'inspiration et l'expiration ?

LES MANGEURS DE "CORDITE", LE NOUVEL EXPLOSIF.

Les autorités militaires anglaises viennent de découvrir l'existence d'un véritable fléau importé d'Afrique par les troupes qui ont fait la guerre du Transvaal.

Il s'agit de l'absorption de la cordite. Jusqu'alors, personne ne s'était avisé de goûter à un explosif. Or, il paraît que les soldats anglais ont trouvé que la cordite avait une saveur particulièrement agréable et, ce qui plus est, dépassait, en effet, le narcotique et le stimulant le plus violent. On sait que la cordite se compose de 58 parties de nitro-glycérine, de 37 parties de fulmi-coton et de 5 parties de composés minéraux; chaque cartouche contient 60 grains de cordite. Lorsque le médecin-major Jennings apprit que les soldats mangeaient de cette matière, il voulut se rendre personnellement compte de son action. Il lui trouva une saveur douce, un tantinet acide, mais assez bonne; cependant, au bout de quelques temps, il ressentit le plus douloureux mal de tête qu'il avait eu dans sa vie; ses souffrances durèrent trente-six heures.

Dissoute dans le thé, la cordite excite immédiatement le système nerveux et provoque des accès de gaieté ou des crises "démoniaques". Il paraît même que l'on éprouve au cours de ces crises un intense besoin de parler fort, de discourir à perte de vue. Cet état fait bientôt place à une lourde somnolence, à une sorte de stupeur, qui peut durer, suivant la dose absorbée, de cinq à onze heures.

La dégénérescence physique de la race anglaise.—A la date du 5 septembre le président du Conseil a nommé une commission chargée d'une enquête préliminaire sur la dégénérescence physique de certaines classes de la société. Cette décision a été prise à la suite d'un débat à la Chambre des Pairs, et après avis du collège des médecins et du collège des chirurgiens.

Le premier cri d'alarme fut poussé en janvier dernier par sir Frederick Maurice, et l'opinion publique fut de nouveau saisie de cette question lors du rapport de sir William Taylor, directeur général du service médical de l'armée. Ce rapport mettait en relief la dégénérescence physique des nouvelles recrues.

La vie ne peut se maintenir qu'à condition de se répandre.

NOUVELLES

Université de Cambridge.—Le Sénat de l'Université vient d'être saisi d'un projet tendant à instituer des cours et un diplôme de médecine tropicale. Le plan d'études comprend : 1° des travaux pratiques d'anatomie pathologique, de parasitologie et de bactériologie tropicales; 2° un stage à l'hôpital spécial; 3° un cours d'hygiène et de prophylaxie tropicales.

Quant à l'examen il portera sur la nature, la pathogénie, la prophylaxie et le traitement des maladies tropicales épidémiques et endémiques. Il est probable que le projet sera adopté, du moins dans ses grandes lignes, et que l'exemple donné par Cambridge sera bientôt suivi par d'autres Universités.

Les hôteliers de Lucerne ont décidé de construire, en commun, un hôtel-infirmerie spécial, où seraient transportés ceux de leurs hôtes qui viendraient à être frappés pendant leur séjour, d'une maladie infectieuse.

M. Lalance, ancien député au Reichstag, a décidé d'affecter son château de Pfastatt (près Mulhouse) à un sanatorium pour tuberculeux. Il a donné en outre une somme de 100,000 piastres pour l'aménagement et l'administration.

On sait que M. Lalance a fondé, à Paris, un dispensaire anti-tuberculeux situé 54, rue Boursault. Doté d'une forte somme par son fondateur, ce dispensaire dirigé par le dévoué docteur Seailles peut être cité comme un modèle et rend de très appréciables services aux tuberculeux pauvres.

Congrès de la Tuberculose. — Ce Congrès se tiendra à Paris, du 26 septembre au 1er octobre 1904. Il a été divisé en deux sections : 1° section médicale; 2° section sociale.

- A) La section médicale a choisi divers sujets de rapports :
- 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes;
 - 2° Du diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes;
 - 3° Étude comparative des diverses tuberculoses.
- B) La section sociale a choisi trois sujets de rapports :
- 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose;
 - 2° Valeur des divers moyens de cure des tuberculeux;
 - 3° L'assurance facultative et les mutualités en matière de lutte antituberculeuse.

Il y aura de plus un musée du Congrès.

La médecine et le piano. — Des médecins allemands viennent de se réunir et de constituer une ligue contre l'abus du piano. Ils certifient que la pratique prématurée de cet instrument est la cause originelle de nombreux troubles nerveux. Ils rendent le clavier responsable des névropathies féminines, et ils donnent comme argument probant la mortalité précoce qui a souvent frappé les pianistes en renom : Mozart, Chopin, Mendelssohn, Schumann sont morts à la fleur de l'âge. Les Allemands demandent donc, pour conclure, que les études du piano ne commencent jamais avant l'âge de seize ans. A cet âge, on peut espérer que beaucoup renonceront à faire les premières gammes : c'est sans doute là-dessus que comptent les adversaires du piano.

Le sanatorium d'Edouard VII. — Le roi a posé récemment la première pierre du sanatorium qui doit porter son nom. Ce sanatorium s'élèvera dans le comté de Sussex, en rase campagne, sur une colline orientée vers le midi. Il devra contenir 100 malades recrutés non dans la classe indigente, mais parmi les personnes de fortune modeste. Ce ne sera pas d'ailleurs un type de sanatorium à bon marché; les fonds ont été fournis par Sir Ernest Cassel qui a donné dans ce but la somme d'un demi-million de piastres.

Les jouets inoffensifs. — Le conseil d'hygiène d'Ohio vient de se réunir et de voter une résolution demandant des mesures énergiques contre l'emploi des pistolets d'enfants, pétards, fusées, etc., qui font tant de peur et quelquefois de mal. Une résolution semblable vient également d'être votée par l'Association médicale de la vallée du Mississippi.

Les chiffres se passent du reste de commentaires : 600 personnes furent tuées, 100 aveuglées et 1,000 blessées, 400 atteintes de tétanos par blessures infectées.

Rome. — Un riche romain, M. Pierre Cartoni, offre toute sa fortune, un million de francs, pour la construction d'un sanatorium en faveur des tuberculeux.

Le talent qui sait rajeunir les sujets les plus vieilliss, ne s'apprécie pas à la dimension de l'œuvre, c'est le sentiment nouveau seul qui compte.