

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V.

15 OCTOBRE 1905

No 8

CONSIDERATIONS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES SUR TROIS HEMIPLEGIQUES

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LECAVELIER.

(Suite de la page 85).

Voici un patient qui paraît avoir plus de 60 ans et ne se dit âgé que de 56 ans, il n'a jamais été retenu au lit par la maladie, si ce n'est que pour de légères indispositions causées par l'abus de l'alcool.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus. Ce malade, à la suite d'une chute faite le matin au lever, perdit l'usage de sa jambe, de son bras, ainsi que la facilité du langage, mais non la faculté de la parole, car c'est l'hémisphère droit qui est affecté, la moitié gauche de la face est encore paralysée. Que s'est-il passé? De quelle lésion cet homme souffre-t-il? Ce début brusque de la maladie est bien différent du mode d'évolution des deux autres hémiplegiques; ici il faut faire le diagnostic différentiel entre l'embolie et l'hémorragie cérébrale.

L'embolie se rencontre principalement chez des personnes atteintes d'une lésion valvulaire du cœur, surtout d'une lésion mitrale, comme il est arrivé chez une autre malade souffrant d'un rétrécissement mitral qui fut trouvée un matin hémiplegique du côté gauche; généralement, c'est l'artère sylvienne gauche qui est le siège de l'embolie, et produit ainsi une hémiplegie droite avec troubles aphasiques. Notre malade n'a aucune lésion cardiaque et pulmonaire, mais présente une vieillissement prématurée écrite sur ses artères, l'altération des parois

des petites artères de l'encéphale entraîne souvent la formation d'*anévrismes milvaires* qui sont généralement les causes d'hémorragie cérébrale pouvant amener une hémiplégie semblable. La modification pathologique de la circulation du cerveau donne ordinairement lieu à des symptômes cliniques tels que : céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, etc., qui ne se manifestent pas toujours chez les alcooliques.

Dans le cas présent, ces symptômes sont apparus à différentes reprises, et comme l'on ne peut remonter à aucune source d'embolie, l'artério-sclérose et les prodrômes de cette paralysie subite nous placent en présence d'une hémorragie cérébrale d'une petite branche de l'artère méningée, car le choc n'a pas produit d'apoplexie grave. L'on est souvent porté à confondre l'apoplexie avec l'hémorragie cérébrale; cependant il peut y avoir apoplexie sans hémorragie, et comme chez notre malade, hémorragie sans apoplexie. L'on peut rencontrer l'apoplexie dans le ramollissement cérébral, la congestion, l'œdème ou les névroses cérébrales; cet état est caractérisé par la cessation subite de l'action cérébrale produite par une altération organique ou fonctionnelle d'un ou de plusieurs points du cerveau. L'on comprend maintenant pourquoi une hémorragie d'une artériole de la méningée ne donne pas lieu à l'apoplexie, tandis que une embolie de l'artère sylvienne faisant obstacle à l'irrigation d'une plus grande partie d'un hémisphère amènera une attaque d'apoplexie, car l'ictus frappe fréquemment d'inhibition l'hémisphère opposé qui est bien loin de la lésion. L'hémorragie est donc bien différente de l'apoplexie; notre malade n'a pas souffert d'apoplexie, il est hémiplégique à cause d'une légère hémorragie cérébrale. Moins l'hémorragie est abondante, plus le pronostic est favorable; chez les artério-scléreux ou les alcooliques, nous avons recueilli plusieurs observations établissant que, l'hémorragie, survenant le soir après les fatigues du jour ou à la suite d'une indigestion, était toujours fatale, la mort survenant entre 5 à 12 heures; mais que si l'hémorragie cérébrale se produisait le matin, alors que le muscle cardiaque plus vigoureux augmente trop fortement la tension artérielle dans des vaisseaux fragiles, le pronostic est plus favorable, l'ictus léger et la lésion plus localisée. Lorsque vous êtes en présence d'un cas d'hémorragie cérébrale accompagné d'apo-

plexie, de perte de conscience profonde et persistante, de trouble cardiaque et respiratoire ou de vomissements répétés qui congestionnent le cerveau à chaque nouvel effort, tous les traitements sont palliatifs; la mort est certaine.

S'il n'y a pas de traitement de l'hémorragie cérébrale proprement dit, il y a cependant de nombreux traitements de l'apoplexie et de l'hémiplégie. Le traitement du syndrome-apoplexique est en rapport avec la cause première, l'indication thérapeutique immédiate est de combattre la congestion de la tête et l'éréthisme circulatoire par la saignée, si le pouls est dur, plein et vibrant; la révulsion à l'ammoniaque ou au chloral est indiquée, évitant la cantharide, de crainte d'une lésion rénale; l'on peut aussi donner des lavements à la glycérine ou au sulfate de soude; pour compléter cette médication dérivative, on applique sur la tête une vessie contenant de la glace et des bouteilles chaudes aux pieds; plus tard, on a recours aux purgatifs et à un régime reconstituant des forces déprimées. Quant au traitement de cet hémiplégique, dont l'amélioration est remarquable depuis le début du traitement, nous lui avons prescrit dix grains d'iodure de potassium par jour, une séance de massage à toutes les six heures et la gymnastique rationnelle qui, par action et suggestion, a prouvé au malade que ses forces revenaient en même temps que sa paralysie disparaissait. Quelquefois, à cette période, la modification tonique à l'arsenic, la strychnine, les préparations de kola ou de phosphate donnant d'heureux résultats.

(à suivre.)

La plume entre les mains d'écrivains consciencieux est un glaive redoutable pour combattre les erreurs des méchants et assurer le triomphe de la vérité, de la justice et de la liberté.

L'oisiveté est comme la rouille, elle use plus que le travail.

Le véritable étudiant doit chercher partout la vérité avec le flambeau du travail; la science n'a pas de curiosités frivoles, et ses investigations ne sont pas des profanations.

Les fleurs sont rares dans les sentiers qui mènent à la science.

ENDOCARDITE BLENNORRAGIQUE. CONSTATATION DU
GONOCOQUE DANS LE SANG PENDANT LA VIE ET SUR
LA VEGETATION VASCULAIRE APRES LA MORT

PAR MM. WIDAL ET FAURE-BEAULIEU.

MM. Vidal et Faure-Beaulieu rapportent une observation d'endocardite blennorragique qui tire son intérêt de ce fait que le gonocoque a pu être isolé du sang pendant la vie et a été constaté sur la valvule malade après la mort.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans atteint d'insuffisance aortique, ancien rhumatisant qui, à la suite d'une blennorragie, fut pris d'arthropathies au niveau des deux genoux, qui avaient été atteints lors des attaques de rhumatisme articulaires antérieures.

Trente-quatre jours après le début de cette blennorragie, au moment où l'écoulement venait à se tarir, commencèrent à se dérouler les symptômes d'une endocardite aiguë, accusée par des palpitations, de l'essoufflement, et un souffle au premier temps à la pointe, surajouté au souffle du second temps à la base qui caractérisait l'ancienne insuffisance aortique.

Le cycle fébrile s'est déroulé pendant presque toute la durée de l'endocardite suivant un type intermittent d'une pureté remarquable. L'accès était précédé d'un gros frisson; une forte élévation de température dépassant parfois 41° était ensuite notée, puis la crise se terminait par de fortes transpirations.

Une embolie de l'artère poplitée gauche survint comme complication clôturale.

Le malade mourut vingt-quatre jours après le début de l'endocardite.

Le sang ensemencé dans 500 centimètres cubes de bouillon ascite à la dose de 20 centimètres cubes donna une culture pure de gonocoques; lors de la prise faite seize jours avant la mort, ce microbe n'a plus été retrouvé, dans les prises faites le lendemain, puis neuf et treize jours plus tard.

A l'autopsie on constata, outre une vieille lésion d'insuffisance aortique, une végétation récente sur la grande valve de la mitrale.

L'examen microscopique y décela la présence de gonocoques se décolorant par le Gram.

Cette double constatation faite dans le sang pendant la vie et

sur la végétation valvulaire après la mort, garantit bien l'authenticité de la nature gonococcique de cette endocardite et nous prouve une fois de plus la réalité de la septicémie gonococcique.

LES ERUITS CARDIAQUES ET L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LECAVELIER.

(Suite de la page 212).

Les malades qui souffrent d'affections génito-urinaires, d'onanisme ou de nymphomanie ne présentent pas tous des troubles cardiaques, de même que tous les cardiaques ne souffrent pas des voies génito-urinaires; chez les uns, nous avons observé des crises hystéro-épileptiformes, de la chorée, de la spermatorrhée, de l'hypocondrie, de la neurasthénie; chez d'autres, nous avons rencontré des troubles psychiques, oculaires, nasaux, souvent des congestions du foie avec migraine et vomissements biliaires, ainsi que des troubles de la digestion, de la nutrition tant de la peau que de la nutrition générale. Ces différentes complications feront le sujet d'études particulières.

Pour le moment, voyons quels sont les constitutions, les tempéraments qui deviennent tributaires d'une affection cardiaque. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point, mais s'il n'existe pas de règle invariable, il doit exister une règle générale qui prend son point d'appui dans l'étude de la pathologie générale. Pour les auteurs français, l'hérédité nerveuse et rhumatismale sont les terrains les plus favorables aux complications cardiaques d'une affection locale.

Pour les Allemands, les maladies infectieuses qui retardent et troublent profondément l'équilibre de l'évolution de la croissance seraient les principales causes. Les Américains font jouer le rôle principal au fonctionnement variable du cœur lymphatique: le rein. La physiologie anormale ou l'état pathologique du rein occasionnerait le plus souvent des altérations du muscle du cœur central. Chez ces tempéraments, les vaisseaux lymphatiques sont dans un état d'hypertension permanente et la grande veine lymphatique et le canal thoracique versent, à jet continu dans le torrent veineux des sous-clavières, un suc insuffisamment élaboré dans les ganglions; il en résulte non

seulement une altération mécanique du cœur droit, mais aussi une modification musculaire par ralentissement de la nutrition qui produit une myasthénie générale.

Comme de tous les muscles du corps, c'est celui du cœur qui travaille le plus, il manifestera le premier des signes d'adynamie dès qu'il sera obligé d'entrer en lutte contre une perturbation quelconque. C'est alors qu'apparaîtra, comme nous avons observé chez la plupart de nos malades, une lassitude et un accablement succédant à un travail ou un effort modéré, une diminution de la tension artérielle, une augmentation de la tension veineuse des palpitations de cœur et un dédoublement du second bruit. Chez notre première malade, la tension artérielle était normale, mais il existait une bradycardie, due probablement à la convalescence prolongée d'une ictère catharrale, qui rendait le dédoublement du second bruit plus facile à constater.

Le claquement mitral et aortique est faible et mal frappé, l'aire de matité du cœur reste ordinairement normal, mais on rapporte que, dans certains cas exceptionnels, il peut exister une dilatation transversale du cœur et un bruit de souffle systolique à l'appendice xyphoïde provenant d'une insuffisance relative de la valvule tricuspide, comme il arrive quelquefois dans la bronchite. Une pareille dilatation cède généralement après quelques jours de régime, à l'emploi des toniques et de l'hyoscine tel que préconisé, dans ces cas, par MM. Mairat et Ardin-Delteil, au congrès international de Paris, en 1900.

Pour les patients affectés de phimosis ou de paraphimosis causant une douleur intermittente ou permanente, on a démontré que ces douleurs ont pour réflexe une diminution dans l'amplitude de la respiration résultant de la gêne de la respiration diaphragmatique. Le jeu du diaphragme est limité à cause de l'immobilité des muscles de l'abdomen qui reçoivent du plexus lombaire un réseau nerveux dont les branches s'anastomosent avec le grand sympathique et d'autres se distribuent à la portion péniénne chez l'homme et aux lèvres de la vulve chez la femme. Lorsque le réservoir pulmonaire fait ainsi appel à moins de sang, la petite circulation est ralentie et il se produit un trouble physiologique du cœur droit facile à constater.

L'étude de ces différentes théories comporte la conclusion que bien des causes peuvent produire les mêmes modifications dans

les rythmes des bruits cardiaques. Pour les uns, il faut chercher leur origine aux poumons et aux reins, pour d'autres, il faut remonter à l'hérédité rhumatismale ou nerveuse, et l'observation de ces malades prouve que la tuberculose, le rachitisme, la scrofuleuse et le lymphatisme sont des terrains favorables au développement de la cardiopathie.

(à suivre.)

LES INJECTIONS DE TRYPANROTH DANS LE CANCER.

MM. Horand et Jaboulay ont préconisé, dans le traitement du cancer, les injections de trypanroth déjà utilisées par M. Laveran dans le traitement des trypanosomiasés.

Une femme de 57 ans était entrée le 14 juin, pour un cancer du sein gauche. A l'examen on constatait que ce sein était pris presque en totalité. La peau ridée ressemblait à une peau d'orange; elle était crevassée. Le bord axillaire présentait des ulcérations avec des vésicules contenant un liquide clair. On sent des petits nodules sous-cutanés (*de la graine de cancer*). Toute la face antérieure et externe est tuméfiée en un bloc dur, résistant et ligneux.

Ce néoplasme adhérent aux plans sous-jacents avait infecté le grand et le petit pectoral. Il y avait de la lymphangite cancéreuse; on sentait les vaisseaux lymphatiques engorgés et tendus sous le doigt qui les explore.

La malade souffre beaucoup de douleurs lancinantes, continues, qui lui donnent une insomnie tenace.

En plus, elle avait des douleurs articulaires de toutes les grandes articulations, surtout vives dans l'articulation de l'épaule gauche.

L'état général est encore bon, mais en raison de la lymphangite cancéreuse, de l'énorme réaction ganglionnaire et de l'albuminurie, on ne put songer à l'opérer.

M. Jaboulay, regardant le cancer comme d'origine parasitaire, a eu l'idée d'administrer des cachets de 0 gr. 50 de trypanroth; un, puis deux par jour (un le matin, un le soir), soit 1 gramme en 24 heures. Puis, comme il s'aperçoit que le trypanroth est éliminé presque en totalité avec les fèces, il fit pratiquer des injections sous-cutanées de 0 gr. 50, dissous dans 40 cm³ de

sérum artificiel stérilisé. Avec cette solution isotonique on fait deux piqûres dans le flanc gauche, dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis, comme la matière colorante a tendance à diffuser dans le sens de la pesanteur, on fait les piqûres au-dessous du sein, au-dessous de la clavicule, mais toujours loin du sein malade.

Ces piqûres sont un peu douloureuses consécutivement.

La diffusion de la matière colorante ne tarde pas à apparaître; le troisième jour du traitement, la malade, qui était d'abord rose, devient rapidement rouge.

Pendant quatre jours la malade a pris des cachets; pendant cinq jours elle a reçu son injection, elle a absorbé, en totalité, 5 gr. 50 de trypanroth. A la suite de ces injections, la malade n'éprouva aucun malaise, elle reprit courage. Les douleurs disparaissent, les mouvements des bras deviennent plus aisés, l'appétit est revenu; l'albumine qui existait dans les urines à l'état de traces, n'a pas augmenté, et cependant la matière colorante s'élimine peu à peu par les urines.

Localement, la tumeur s'est rétractée, la peau est souple, le sein mobilisable, les ganglions ont diminué, la lymphangite a disparu presque complètement.

La tumeur est devenue opérable.

Les examens du sang ont montré, comme conséquence de la médication, une leucocytose assez abondante avec production de polynucléaires, sans poikilocytose très manifeste des globules rouges.

Ces essais du professeur Jaboulay sont des plus intéressants et comme le traitement du cancer est à l'ordre du jour, nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats qui seront publiés.

LE CLIGNEMENT VIBRATOIRE DES PAUPIERES ET LES AFFECTIONS RENALES

PAR M. LE DOCTEUR ULLMANN.

D'après cet auteur le clignement vibratoire des paupières constitue un véritable signe pathognomonique des affections rénales. Ce signe se manifeste surtout lorsque l'affection est à son début, et, à ce titre, son observation est d'une grande im-

portance puisqu'il renseigne sur l'existence de l'affection alors qu'elle est encore bénigne, voire même alors qu'elle n'est qu'une simple irritation.

Le clignement vibratoire, note encore M. Ullmann, se manifeste de préférence aux paupières supérieures, la plupart du temps à une seule, et rarement aux paupières inférieures ainsi qu'à la commissure externe.

Les accès de clignement ont une durée variant de quelques minutes à une demi-heure et plus.

L'auteur du travail estime que le phénomène du clignement vibratoire des paupières est dû à une auto-intoxication dont les conséquences se manifestent sur l'appareil visuel et particulièrement sur les filets nerveux émanant de la cinquième paire et sur ceux venant du facial. Il est à noter, à l'appui de cette thèse, que le plus souvent le clignement vibratoire des paupières s'accompagne de myosis.

SUR LA SÉCRETION PANCRÉATIQUE DE L'HOMME

D'après les expériences de K. Glaessner, la sécrétion pancréatique humaine atteint chaque jour 500 à 800 cc. Elle ne renferme pas de trypsine, mais une substance génératrice de ce ferment qui se trouve activée par le suc intestinal. Les ferments lipasiques et diastasiques sont seulement renforcés dans leur action par la bile et le suc intestinal, ou même, d'après certains auteurs, par ce dernier seulement. L'hydratation de l'amidon ne se poursuit que jusqu'au maltose; c'est le suc intestinal qui opère le dédoublement complet des disaccharosides. Le sucre de lait et le saccharose lui-même ne sont pas attaqués par le suc pancréatique.

La quantité de la sécrétion pancréatique, son alcalinité et sa richesse en ferments tombent pendant le jeûne des animaux et de l'homme à une proportion minime. Elles augmentent rapidement après le repas et atteignent leur maximum dans la quatrième heure qui suit cette absorption, pour diminuer ensuite jusqu'à la huitième heure de la digestion.

L'auteur donne ensuite un certain nombre d'indications qui tendent à prouver que le suc pancréatique qu'il a étudié correspondait bien à la sécrétion pancréatique normale.

CURETTAGE DE L'UTÉRUS " POST PARTUM "

PAR M. LE PROFESSEUR BONNAIRE.

INSTRUMENTS

Curèttes à dents de scie grande et petite.

Pince à mors larges et mousses pour abaisser l'utérus.

Longue pince à pansements utérins.

Canule utérine.

Ecouvillons gros.

Gaze et coton stérilisés.

Gros drain de caoutchouc souple, à tête large, pour drainage éventuel consécutif.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le curettage utérin peut être prophylactique de la septicémie puerpérale, prophylactique ou curatif de l'infection localisée.

Il est prophylactique de l'infection dans les cas où la délivrance manuelle a été impraticable en totalité, en raison d'adhérences incoercibles du placenta.

Dans les cas où les membranes seules sont retenues depuis plusieurs jours.

Au début de toute infection puerpérale, alors que deux ou trois injections utérines sont demeurées sans effet sur les frissons, la fièvre et le malaise général, même en l'absence de tout signe local utérin, du moment où l'on est sûr qu'il s'agit d'une infection par voie génitale, le curettage est indiqué. Il sera inutile s'il s'agit d'une septicémie suraiguë, précoce, la vacuité de l'utérus étant certaine; il sera inutile au contraire, si l'utérus est le siège d'un foyer de pullulation microbienne avec ensemençement continu.

Il est curatif pour les infections avec signes localisés à l'utérus (rétention ou fétilité des lochies; utérus gros, très dur ou très dur, douloureux; apparition de coarctés streptococciques ou sphacéleux sur le col et le vagin).

Le curettage n'est indiqué qu'après échec des lavages antiseptiques répétés de l'utérus, lorsque deux ou trois injections utérines n'ont pas atténué la fièvre en vingt-quatre heures. Mais il

MANUEL OPÉRATOIRE

La malade est placée en position obstétricale, sur le bord du lit ou d'une table garnie d'une toile cirée qui plonge dans un bassin placé en-tre les pieds de l'opérateur. Les membres inférieurs de la malade sont tenus par des aides ou reposent par les pieds sur les genoux de l'opérateur. La vessie et le rectum étant évacués, on fait une toilette externe et un nettoyage du vagin avec une solution de sublimé à 1/1000.

Le col, saisi par sa lèvre antérieure, par la grosse pince mousse, est attirée vers la vulve, tandis que par le palper sur pubien on abaisse le fond de l'utérus.

Faire, au préalable, une injection utérine avec solution iodo iodurée à 3 pour 1000, ou attachement de l'endomètre avec un tampon de coton de codex imbibé de teinture d'iode.

Introduire la curette lentement, en la laissant pénétrer en quelque sorte par le poids seul de l'instrument soutenu et poussé légèrement jusqu'à ce qu'elle atterisse le fond de l'utérus. Récuser l'endomètre de haut en bas, en adjuvant régulièrement la curette de façon à faire le tour de la cavité utérine, en appuy-

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS

A. Difficultés.—Le curettage de l'utérus infecté étant en général presque indolore, la narcose est inutile; ce n'est qu'en cas de *psittacisme* extrême ou d'*indolence* de l'opérée qu'il est nécessaire de recourir au chloroforme.

Le col est difficilement accessible à la pince, en raison d'une antéversion extrême de l'utérus; réduire la déviation par le palper combiné au toucher.

L'orifice du col est fermé: en règle générale, dans le post partum, l'accoucheur n'a rien à faire dans un utérus fermé. Si, en pareil cas, on a soupçonné de la rétention, possible de caillots ou débris, dilater l'orifice interne au moyen des tiges de Héga. (Jusqu'au n° 30).

La curette bute sur le relief de l'orifice interne que l'on croit à tort fermé alors que l'utérus est coudé: bien élargir le segment inférieur en le redressant à la pince, et ainsi l'obstacle disparaît.

B. Accidents.—*La perforation utérine, l'accident le plus grave, est imputable à l'instrument ou à l'opérateur. Pour l'éviter s'abstenir du curettage dans les instants suivant la délivrance alors que l'utérus est mou, aminci et fragile; c'est du reste le moment des interventions à main nue. L'accident, peut se produire plus tard, lorsque l'on agit sur un utérus flaccide et friable, dont la tonicité est annihilée par une toxi-infection locale.*

Pince porte-drain.

Topiques utérins :
solution iodo-iodurée
à 3 pour 1000; teinture
d'iode; sublimé à
1/4000; mélange de
glycérine créosotée à
1/3.

Gants de caoutchouc.

s'impose d'urgence en première intervention lorsqu'il y a certitude ou simplement soupçon de rétention de corps étrangers putrides.

Au cas où, après un curetage de l'utérus non matériellement altéré, l'infection évolue sous forme généralisée, la répétition de l'opération est contre-indiquée comme inutile et dépressive par choc pour l'état-général.

Dans l'infection localisée à l'utérus il peut être réitéré lorsque, malgré la répétition des injections utérines, et malgré les écouvillonnages ou attouchements consécutifs de l'endomètre à la teinture d'iode, la fétilité des lochies et le développement des coennes infectieuses continuent. Il est inutile d'aller au delà de deux ou trois curetages espacés de plusieurs jours, avec pansements topiques intercalaires.

Si la fièvre et les frissons persistent, ce n'est plus l'état local, mais la septicémie consécutive qui est en cause. En ce cas le curetage à répétition rapide est au moins inutile et le traitement chirurgical doit céder le pas au traitement médical.

A titre prophylactique de la production du décubidome malin, il doit être pratiqué dans les jours qui suivent l'expulsion d'un môle hydatiforme, dans le but d'assurer l'excrèse de tout élément de syncytium dégénéré.

Contre-indications. — Le curetage ne pouvant s'exécuter que grâce à la mobilisation de l'utérus, il est dangereux dans les cas :

- 1° De phlébite hypogastrique, en raison des risques d'embolie ;
- 2° De foyer purulent adjacent (trompe ou tissu cellulaire) par crainte d'ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale ;
- 3° Dans les cas de pelvi-péritonite : d'une part, l'organe est immobilisé, et d'autre part, il importe de ne pas déchirer les méo-membranes qui forment une barrière de défense pour la grande cavité séreuse sus-jacente.

ant modérément, et jusqu'à production du " cri utérin " en tous points.

Pour assurer le nettoyage des extrémités angulaires répondant aux trompes, se servir de la petite curette.

La curette retirée, introduire à fond un gros écouvillon imbibé de glycérine créosotée à 1/3, et faire une solide friction en tournant l'écouvillon en tous sens. Introduire une série de deux ou trois écouvillons jusqu'à ce qu'ils ressortent de l'utérus libres de tout détritits solide.

Si le col n'arrive pas à la vulve, protéger la vulve et le périnée contre le contact caustique de la créosote, à l'aide d'une courte valve. Un aide en ce cas est nécessaire. Il tiendra d'une main garnie de caoutchouc la valve, et de l'autre la pince à fixation du col.

Après l'écouvillonnage, laver l'utérus à la solution iodo-iodurée, remettre l'utérus en place, et rincer le vagin au sublimé.

Au lieu de garnir l'utérus d'un tampon de gaze, mieux vaut compléter l'action du curetage au point de vue de l'évacuation consécutive de l'utérus, au moyen d'un *drainage efficace*.

Rejeter tous les drains rigides qui peuvent offenser par un contact dur les parois de l'utérus malade, et employer un drain de caoutchouc gros et souple. Noire modèle à tête grosse, évasée en fenêtres, reste en place en dépit des contractions utérines, et ne nécessite pas l'appui d'un coussin de gaze garnissant et obstruant le vagin.

Les curettes tranchante et mousse sont également dangereuses : la tranchante, parce qu'elle attaque le muscle utérin à plein tissu, et peut le raboter jusqu'au péritoine inclusivement ; la mousse, parce qu'elle nécessite une pression forte, en manière de levier, pour arriver à mordre sur les débris adhérents ; elle crève l'utérus, ordinairement en arrière sur le segment inférieur, en franchissant par un res-saut brusque le relief de l'orifice interne de l'utérus.

La curette à dents de scie, que nous employons, ralise superficiellement sans pénétrer dans le muscle, et sans demander un contact appuyé. Elle dilacère en les détachant les débris adhérents. Il faudrait l'enfoncer avec brutalité pour perforer l'utérus.

Hémorragie. Trop souvent on croit au cours du curetage enlever des débris cotylédonaire alors qu'on ne fait que détacher les grosses têtes de caillots saillants, en bouchons de champagne, qui ferment le sinus de l'area placentaire. L'ouverture des sinus par chute des caillots peut entraîner une hémorragie momentanée, surtout quand il y a infection. Il suffit d'une injection chaude ou d'un attouchement de l'endomètre à l'iode ou à la glycérine créosotée pour arrêter l'hémostase. Rarement le tamponnement à la gaze devient nécessaire.

Réinfection. — Il est de règle de voir, dans les heures suivant le curetage d'un utérus septique, se produire un frisson avec forte fièvre ; cet accident, heureusement tout transitoire, est dû à l'inoculation massive de toxines provenant de l'endomètre infecté et dilacéré, facilitée par l'ouverture d'une multitude de boucles vasculaires ou lymphatiques et par la destruction de la barrière granuleuse de défense.

Nous arrivons à prévenir ou du moins à atténuer ce petit accident prévu, en faisant précéder le curetage d'un large attouchement de l'endomètre à la teinture d'iode.

Le pouvoir diffusif et antiseptique de l'alcool et de l'iode imbibé et purifié la masse qui a été dilacérée. On obtient le meilleur effet prophylactique si on laisse un intervalle d'une demi-heure au moins entre l'attouchement et le curetage.

PROGRES REALISES DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE LA PEAU

PAR M. LE DOCTEUR KLINGMULLER.

L'acquisition récente la plus précieuse de la dermatothérapie est, sans conteste, pour Klingmüller, le traitement photothérapique de Finsen. Il est vrai que les statistiques des guérisons ne sont pas aussi favorables qu'on aurait pu le croire d'après les premiers résultats de Finsen, mais cependant, pour un certain nombre de cas de lupus, le traitement de Finsen représente le traitement idéal. Les difficultés de la compression le rendent inapplicable au lupus des muqueuses; dans ce cas, Klingmüller a recours aux galvanocautérisations, suivies de badigeonnages avec une solution alcoolique à 10 pour 100 d'iode dans l'iodure de potassium.

Dans les lupus hypertrophiques, Klingmüller s'est bien trouvé de faire d'abord des séances de radiothérapie de 5 H, pour amener la lésion au niveau des tissus environnants. On peut également employer de la vaseline pyrogallée à 5-10 pour 100.

Pour le lupus des membres, Klingmüller pense que l'ablation chirurgicale large est la méthode la plus sûre, mais, pour bien préciser les limites du mal, il fait d'abord une injection locale de vieille tuberculose: tous les tissus malades réagissent, même s'ils n'étaient pas apparents cliniquement.

Parmi les autres traitements par la lumière, Klingmüller note les lampes à mercure, qui peuvent donner des résultats dans des dermatoses superficielles, particulièrement dans la pelade.

Le traitement par la lumière rouge n'a donné aucun résultat dans le traitement des dermatoses inflammatoires, telles que l'eczéma, la furonculose, etc.

Le traitement par la congélation avec le chlorure d'éthyle ou l'acide carbonique a donné de bons résultats contre certaines affections, en particulier le lupus érythémateux. On a proposé récemment de le combiner avec des cautérisations à l'acide chlorhydrique. La méthode de l'air chaud, de Holländer, en dehors de son emploi comme hémostatique, est surtout employée pour la destruction des foyers lupiques.

Après avoir ainsi passé en revue les méthodes physiques récentes, Klingmüller aborda l'énumération et les indications de

toute une série de produits chimiques: la thiosinamine, employée contre les cicatrices vicieuses, et les kéloïdes, en injection; la combinaison d'iode et de quinine dans le traitement du lupus érythémateux; la médication arsenicale, en injections sous-cutanées ou intra-veineuses, contre le lichen ruber, le psoriasis, le mycosis fongoïde, la sarcomatose cutanée; le tumémol que Klingmüller emploie de plus en plus contre les dermatoses eczématisées; l'anthrasol, l'empyroforme, qui servent contre les dermatoses prurigineuses.

Klingmüller étudie encore rapidement le thigénol, le lénigallol, la vaseline au protargol de 1 à 10 pour 100.

Il est curieux de voir quelle faible place Klingmüller a réservée à la radiothérapie au cours de cette revue des nouveaux traitements dermatologiques, alors qu'il a réservé une place si importante aux nouveaux produits chimiques.

ENTRAÎNEMENT, ADAPTATION.

PAR M. MAURICE CHAMPEAUX.

C'est un fait bien établi par la physiologie que la ration alimentaire doit être en rapport avec le travail fourni par l'organisme. Lorsque ce travail augmente, la ration elle-même doit être accrue en proportion convenable.

Cependant cet accroissement du travail fourni par un sujet déterminé peut se faire progressivement et pour un temps prolongé. Dans ce cas, si la ration alimentaire est accrue elle-même en proportion convenable, l'équilibre organique ne cesse de subsister et le sujet s'adapte sans peine aux conditions nouvelles de travail exigées par lui. Au contraire, si l'accroissement de travail doit se faire très rapidement, quitte à être suivi d'une période de repos prolongé, l'homme est amené à s'astreindre à une ration forte qui lui permettra de donner le coup de collier exigé de lui. En ces conditions, qui sont celles de l'entraînement, la ration forte est insuffisamment élaborée et le sujet est victime d'une intoxication générale qui le conduirait vite, si elle se prolongeait, aux accidents foudroyants du surmenage aigu.

Ces remarques sur les caractéristiques de l'entraînement et de l'adaptation étant faites, l'auteur, qui est médecin aide-ma-

jour de l'armée, se trouve amené à émettre les trois conclusions suivantes:

1° L'entraînement est un non-sens au point de vue physiologique. Il crée le surmenage avec lequel il se confond, puisque le fonctionnement de l'organisme est modifié et que celui-ci est en proie à l'intoxication. Il y a désaccord entre les nécessités et les conditions de la vie;

2° L'adaptation, c'est l'état physiologique exactement opposé à l'état d'entraînement. Les fonctions se réalisent au maximum. Il y a un accord absolu entre les nécessités et les conditions de la vie;

3° Dans l'armée, il ne faut point tendre à l'entraînement, mais à l'adaptation. Il faut agir avec lenteur et raison. On évitera le surmenage, on augmentera la résistance de tout un effectif en créant des catégories où les divers groupes seront rangés par ordre de résistance et d'aptitudes. On adaptera ainsi chaque organisme en se pliant aux exigences de sa physiologie particulière.

CHANCRES SYPHILITIKES SUCCESSIFS: ETUDE EXPERIMENTALE, CLINIQUE ET THEORIQUE.

PAR M. LE DOCTEUR SABAREANU.

Cette revue générale, très claire, sur un sujet d'actualité, est basée sur l'examen très consciencieux de 75 observations, dont 10, dues au professeur Gaucher et à M. Queyrat, sont inédites.

L'auteur, dont on connaît les recherches originales, a voulu, cette fois, ne faire que de la critique. A l'ombre de l'enseignement du professeur Gaucher, qui depuis 1902 s'occupe des chancres successifs et soutient que l'immunité contre une nouvelle infection syphilitique est progressive, régionale d'abord, complète et généralisée beaucoup plus tard, il analyse tous les faits connus, en pèse la valeur, les compare entre eux, les rapproche des observations et de la doctrine du professeur Fournier et termine par quelques propositions dont voici l'essentiel:

Il y a des chancres syphilitiques successifs avant l'apparition des accidents généraux; leur existence est prouvée par l'expérimentation et par la clinique.

L'époque d'apparition des différents chancres n'indique pas le début de l'infection, car les incubations des chancres successifs sont variables, qu'il y ait auto- ou hétéro-infection.

L'auto-inoculation ne dépend pas de l'âge du chancre, ni du début des ganglions correspondants; elle est subordonnée à l'apparition des accidents généraux.

Les chancres successifs apparaissant plus de dix jours avant les accidents secondaires seront de vrais chancres érosifs, typiques; au contraire, ceux qui se montrent dans les dix derniers jours qui précèdent ces accidents restent papuleux ou avortent.

L'existence des chancres syphilitiques successifs démontre que l'immunité de tout l'organisme se fait très tard dans la deuxième incubation et qu'elle paraît débiter, d'une façon apparente, dans les dix derniers jours qui précèdent les accidents généraux.

Le virus n'arrive si tard dans la circulation sanguine qu'à cause de son cheminement le long des vaisseaux lymphatiques et des obstacles ganglionnaires qu'il rencontre sur son chemin.

Plusieurs preuves militent en faveur de cette voie lymphatique: l'échéance des accidents secondaires est plus avancée quand le chancre siège dans une région dont les vaisseaux lymphatiques ont moins de ganglions à traverser ou que leur trajet est plus court pour arriver dans la circulation sanguine. Dans les autopsies faites pendant la deuxième incubation, on a trouvé l'envahissement ganglionnaire centripète uniquement sur le trajet que doivent suivre les lymphatiques partis du chancre pour arriver à leurs gros canaux collecteurs; l'examen du sang, montrant une lymphocytose pendant la deuxième incubation, prouve que le virus y reste cantonné; par contre, il y a polynucléose et altération des hématies quand le virus existe dans le sang au moment des accidents secondaires.

Le virus syphilitique, en suivant ainsi la voie ganglionnaire centripète, immunise, au fur et à mesure, les régions dont il traverse et tuméfie les ganglions. *L'immunité générale de l'organisme est donc précédée d'une immunité régionale.*

La calomnie est un serpent ailé qui tantôt rampe, tantôt vole.

DISTENSION CARDIAQUE ET ANGINE DE POITRINE

PAR M. LE DOCTEUR TESSIER.

La pathogénie de l'angine de poitrine est encore fort obscure, et nous nous sommes appliqués, développant en ceci les idées de M. Merklen, à rechercher quel est, dans la production de ce syndrome, le rôle de la distension cardiaque. Nous tenterons d'en donner ici un rapide aperçu.

Le syndrome angineux par lui-même n'est que l'expression de la souffrance du plexus cardiaque, irrité soit dans ses origines, soit dans son trajet, soit dans les centres nerveux mêmes. proposition à laquelle nul ne peut refuser de souscrire. Et, en effet, la douleur locale et irradiée, l'angoisse, se rencontrent dans la coronarite, l'aortite, la médiastinite, les pleurésies et les péricardites, dans les irritations névralgiques ou névritiques du plexus cardiaque; on les trouve dans le tabes et elles sont aussi, fréquemment, d'origine purement névropathique.

La souffrance du plexus cardiaque est un des signes d'une affection, tantôt manifeste par d'autres symptômes, tantôt latente et mystérieuse. Dans les premiers cas—tabes, pleurésie, péricardite, affection du médiastin—on se rend compte aisément que le syndrome angineux n'ajoute et ne retranche rien à l'évolution de la maladie, qu'on supporte ou dont on meurt, mais avec des symptômes angineux. Dans le second ordre de faits, on est tenté d'attribuer à ce syndrome une importance primordiale: ici, on ne meurt plus d'une affection accompagnée d'angor, on meurt, dit-on, d'angor. En réalité, il en est de même: on meurt d'un trouble du cœur qui s'est accompagné d'angor. C'est un trouble du cœur, disons-nous, et non de l'aorte, car l'aortite, à part les cas d'anévrisme, n'amène la mort que par les désordres cardiaques qu'elle produit; l'angine de poitrine vraie, qui tue par elle-même ou plutôt parce qu'elle est l'expression d'un état inconnu, est donc une angine de poitrine cardiaque: c'est dans le cœur qu'il faut en rechercher la cause, et si elle est fréquente chez les aortiques, c'est que l'aortite est une des grandes causes de fatigue du cœur, et particulièrement de distension. Cette notion est, d'ailleurs, corroborée par l'enseignement de la clinique, qui montre que l'angine de poitrine mortelle, dite vraie, est une angine d'effort, quelle qu'en soit la nature, et nous verrons ce qu'il faut entendre par là. Or, l'effort n'agit que sur le cœur.

On a cherché dans l'étude anatomo-pathologique la cause de l'angine de poitrine, mais on ne pouvait y trouver la solution du problème; la crise d'angor, intermittente, est un phénomène dynamique, et d'ailleurs la coronarite, malgré sa fréquence, n'est pas constante, non plus que les autres lésions. Mais il doit y avoir, pour la crise d'angor, un mécanisme semblable aussi bien dans les cas de coronarite que dans les autres, et l'on peut se demander si la distension cardiaque, et particulièrement la distension ventriculaire gauche, n'est pas le mécanisme à invoquer.

Qu'est-ce d'abord que la distension cardiaque? Il ne faut pas la confondre avec la dilatation, qui n'en est que l'expression, du reste inconstante, et peut exister sans distension. La distension est l'état du myocarde tirillé par une force tendant à écarter ses parois, force contre laquelle le cœur résiste sans pouvoir cependant s'en rendre maître; en un mot, c'est une tendance à la dilatation d'un cœur qui réagit encore. Ainsi, la dilatation peut être un symptôme de la distension, mais elle peut aussi ne pas être appréciable; elle peut enfin exister sans distension, et on le comprend en comparant la dilatation du cœur des asystoliques, par exemple, à celle de la vessie chroniquement dilatée, sans résistance, tandis que la distension se comparerait à la rétention aiguë dans une vessie qui se crispe contre l'obstacle et, quoique impuissante à la surmonter, lutte contre lui. Or, la distension, aussi bien de la vessie, de l'estomac, de l'intestin, que du cœur, est douloureuse, très douloureuse, et l'on comprend que la distension cardiaque puisse être une cause de souffrance du plexus cardiaque. C'est possible, est-ce la réalité?

Si l'on examine toutes les circonstances, aussi bien étiologiques, cliniques, qu'anatomiques, dans lesquelles se produit l'angine de poitrine vraie, on voit que toutes sont des causes de distension cardiaque. Si l'on recherche, inversement, toutes les causes qui peuvent favoriser ou produire la distension cardiaque, on voit que toutes sont des causes d'angine de poitrine. Bien plus, on voit que l'angine de poitrine ne se produit pas quand existent des circonstances qui empêchent matériellement la distension du myocarde, ou qu'elle disparaît si, à un moment quelconque de son évolution, se montrent ces circonstances.

Nous ferons d'abord remarquer que la distension cardiaque suppose une faiblesse relative du cœur. Expliquons-nous.

La rétention vésicale aiguë, avec distension—et ici nous ne parlons pas des troubles de paralysie vésicale, ce qui est contraire à la définition même de la distension—est due à un obstacle musculaire ou anatomique, à l'évacuation de son contenu; la vessie, même hypertrophiée, est en état de faiblesse, relative à la résistance à vaincre. De même en est-il pour le cœur: s'il est distendu, c'est peut-être qu'un travail, un obstacle, faciles à effectuer, à surmonter pour un cœur normal, se sont trouvés trop considérables pour lui parce qu'il est plus faible que normalement; mais c'est peut-être aussi que, bien qu'il soit sain, le travail à effectuer a été trop considérable.

Nous avons donc raison de dire que la distension suppose une faiblesse relative, une insuffisance myocardique eu égard à l'effort demandé.

Précisément, toutes les causes de l'angine de poitrine sont, soit des causes d'augmentation du travail à fournir, soit des causes de diminution de la force du cœur.

Augmentent le travail à fournir, en effet, l'aortite, la rigidité des vaisseaux, l'artério-sclérose, la néphrite interstitielle, tous effets peut-être d'une même cause, l'hyperépénéphrie, si l'on en croit M. Vaquez; augmentent le travail du cœur les lésions de rétrécissement et surtout d'insuffisance de l'orifice aortique, cette dernière étant une cause évidente de distension, puisque, pendant la diastole même, la colonne sanguine de reflux tend à écarter, à distendre les parois ventriculaires; augmentent encore le travail, tous les efforts, soulèvement d'un fardeau, montée d'un escalier, marche contre le vent, digestion, émotions violentes.

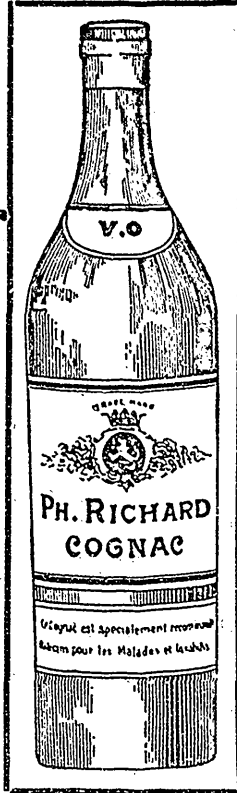
Et diminuent la force du cœur, non seulement la coronarite qui affaiblit sa nutrition, mais les intoxications nicotiniques (le tabac est interdit à tous les cardiaques), urémique, biliaire peut-être, les toxi-infections, grippe surtout, qu'on a signalées comme provoquant l'angor.

Et lorsque plusieurs de ces causes de distension sont réunies, aortite avec insuffisance et coronarite, et néphrite interstitielle, quoi d'étonnant que la distension cardiaque ait alors toutes les chances de se produire lors d'un effort?

Si nous cherchons maintenant quelles sont les causes de distension cardiaque, nous en trouvons deux autres qui ne sont pas ordinairement citées dans l'étiologie de l'angine de poitrine: l'insuffisance aortique brusquée et le cœur forcé.



V. O.
V. O. S.
V.S.O.P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

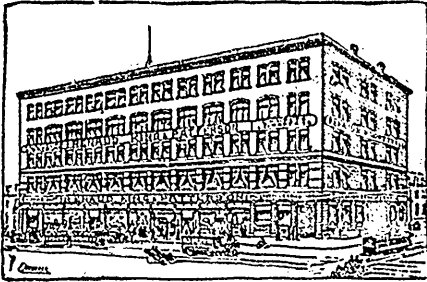
COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

ADRIAN & Co
 9, Rue de la Perle, Paris.
ARRHENAL
 CHIMIQUEMENT PUR
 EAUTES contenant chacune... 2 milligr.
 AMPOLLES stérilisées contenant chacune... 50 -
 COMPRIMÉS dosés à... 25 -
 GRANULES — 1 centigr.



Meuble, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE - CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

Nos batteries électriques pour usages professionnels donnent la plus complète satisfaction et sont recommandées par tous les médecins qui les connaissent.

Moteurs, Bains, installation de tous genres faits avec soin et promptitude.

The Sayer Electric Co'y

10-12-14 Beaver Hall Hill

MONTREAL

TELEPHONE MAIN 4546

LA DIGESTIVE

N'est pas une médecine patentée ; car nous donnons ici la formule qui capte l'attention de la faculté médi-

cale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Rhubarbe	Pul	.....	3½	grs.
Gentiane	"	.....	2½	grs.
Chirotte	"	.....	2	grs.
Ipecao	"	.....	1½	gr.
Savoyanne	"	.....	1¼	gr.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

" Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberté "

136 RUE SAINT-DENIS

MONTREAL., Qué.

En recherchant les symptômes concomitants, on voit que l'insuffisance aortique traumatique s'accompagne le plus souvent d'une douleur rétro-sternale brusque, violente, syncopale, accompagnée d'une angoisse terrible! Et il en est de même de nombreux cas de cœur forcé, c'est-à-dire de distension cardiaque aiguë par surmenage.

On peut objecter qu'il n'en est pas toujours ainsi; mais il n'est pas permis de retourner la proposition: le syndrome angineux est produit par la distension myocardique, mais la distension myocardique ne produit pas forcément le syndrome angineux, pas plus que l'ingestion d'une culture de vibrions cholériques ne produira forcément le choléra; une fièvre éruptive vient toujours de la contagion, mais le contact morbide ne la déterminera pas toujours.

Enfin, avons-nous dit, ce qui empêche ou fait cesser la distension empêche ou fait cesser l'angor. La distension, par définition même, n'existe plus quand le cœur se laisse dilater passivement, renonce à la lutte, et en effet l'asystolie ne s'accompagne pas d'angine de poitrine, et les angineux arrivés à cette période de leur affection ne souffrent plus.

Il en est de même lorsqu'il existe une insuffisance auriculo-ventriculaire qui, permettant le reflux du ventricule dans l'oreillette, en empêche la distension; on ne voit pas se produire l'angor dans l'insuffisance mitrale, et quand, dans l'angor, apparaît une insuffisance mitrale par dilatation, fonctionnelle, les phénomènes angineux disparaissent, alors cependant que l'aortite, l'artério-sclérose, les névrites, la coronarite n'ont pu en être en rien changées. Ce fait à lui seul serait suffisant pour faire saisir le rôle de la distension dans la production de l'angor.

Nous pourrions nous arrêter, mais pour être complet nous voulons étudier les accès angineux du décubitus. Y a-t-il ici distension cardiaque? La pathogénie de l'influence de la position couchée est mal connue; cependant nous savons que les cardiaques ne peuvent rester couchés sans voir leur oppression augmenter; c'est donc qu'il y a là une cause de gêne pour le cœur. A quoi est-elle due? Est-ce à un affaiblissement du tonus nerveux? Est-ce, comme le pense M. Huchard, à ce que le sang, affluant des membres vers le cœur, tend à le dilater? Nous l'ignorons; mais le décubitus gêne le fonctionnement du cœur et cela nous suffit; en tout cas il ne peut gêner l'irrigation coronarienne.

Il est d'ailleurs rare que l'accès d'angine de poitrine se produise pour la première fois sous l'influence de cette position, sans être survenu d'abord dans d'autres circonstances qui auront bien montré son caractère de trouble dû à une augmentation du travail cardiaque.

La recherche de cette notion de pathogénie n'a peut-être pas qu'un intérêt purement spéculatif.

Si l'angine de poitrine est due à une faiblesse relative du cœur, ne pourrait-on, tout en diminuant par les moyens classiques le travail qu'il a à fournir—et ce sera toujours la grande indication—chercher à le renforcer par les toni-cardiaques administrés prudemment pour ne pas augmenter la pression vasculaire, c'est-à-dire l'obstacle?

C'est une question qu'on est peut-être en droit de se poser, et les essais thérapeutiques dirigés avec circonspection dans cette voie semblent dans certains cas devoir donner des encouragements.

DEUX CAS DE MALADIE D'ADDISON TRAITES AVEC SUCCES PAR L'ADRENALINE.

PAR M. M. C. GULBENK. (de Constantinople).

Les cas d'addisoniens, améliorés par l'opothérapie surrénale, ne sont point rares dans la littérature médicale; les observations de Faisans, de Bécclère et d'autres encore par l'ingestion de la glande, et celles, plus récentes, d'Eide, de Seibert et de Secemaker, par l'extrait capsulaire, en font foi.

De notre part, nous avons essayé l'adrénaline dans cette maladie; chez nos deux malades, nous avons constaté non seulement la disparition complète de l'asthénie, des douleurs et des vomissements, mais encore un relèvement considérable de l'état général jusqu'à faire croire à une guérison complète.

Alors, comment expliquer les insuccès si nombreux signalés par des maîtres autorisés?

On sait que, pour les uns, la maladie d'Addison relève d'une lésion du grand sympathique; que, pour les autres, elle tient à une destruction glandulaire ou à son arrêt fonctionnel. Or, il est probable que la maladie d'Addison n'est qu'un syndrome pouvant être produit séparément par ces deux lésions à la fois:

et dont les particularités cliniques nous échappent encore. En général, la destruction de la glande amène une dégénérescence de son nerf et, *vice versa*, une lésion nerveuse est suivie d'un trouble fonctionnel de la glande, de sorte que le syndrome addisonien relève en général de ces deux causes à la fois (Lance-reaux). Lorsque c'est la lésion glandulaire qui prédomine, l'opothérapie est souveraine; dans le cas contraire, elle échoue.

On objectera sans doute que les expériences d'Abelous et Langlois montrent le rôle exclusif de la glande dans la production de ce syndrome; à cela on peut répondre qu'Abelous et Langlois, dans leurs expériences, n'ont jamais réussi à produire la mélanodermie, et justement c'est ce dernier symptôme qui résiste le plus à l'opothérapie surrénale.

En résumé, ces deux observations nous démontrent que l'adrénaline doit être considérée comme un adjuvant très précieux de la glande surrénale dans le traitement de la maladie d'Addison, lorsque l'ingestion de la glande n'est guère possible, car cette dernière, surtout à l'état cru, possède une action thérapeutique bien plus puissante que l'adrénaline.

TRAITEMENT MÉDICAL DE LA GANGRENE SENILE.

Au début de la maladie, alors qu'on peut encore espérer une amélioration, on prescrira au malade le repos absolu. Le membre atteint sera enveloppé de ouate dans le but de favoriser la circulation locale. Le traitement général comprendra d'une part des vaso-dilatateurs, d'autre part des toniques du cœur. On prescrira:

Iodure de potassium 4 grammes.
Eau distillée. 300 c. c.

Une cuillerée à soupe deux fois par jour.

En même temps on donnera la théobromine à la dose quotidienne de 60 centigrammes. La théobromine agit non seulement comme toxique du cœur, mais aussi comme un diurétique puissant, favorisant l'élimination des toxines.

Après vingt jours du traitement ci-dessus, on ordonnera la trinitrine pendant les dix derniers jours du mois:

Solution de trinitrine au 1-100	XL gouttes.
Sulfate de spartéine	1 gramme.
Eau distillée	360 c. c.

Trois cuillerées à dessert par jour.

ou bien encore:

Nitrate de soude	2 grammes.
Bicarbonate de soude	
Nitrate de potasse	ââ 10 —
Eau distillée	300 c. c.

Trois cuillerées à dessert par jour.

Quand la gangrène a fait son apparition, il sera bon de continuer cette médication; on y ajoutera un traitement local antiseptique. Le meilleur consiste, selon les conseils de Huchard, à faire des lotions avec une solution de permanganate à 1 pour 1,000 suivies d'un pansement humide à l'eau oxygénée, récemment préparée.

DE LA FIEVRE HYSTERIQUE.

PAR M. LE DOCTEUR CARAMANO.

La fièvre, au cours de l'hystérie, est un symptôme sinon fréquent, au moins assez souvent observé.

Les anciens auteurs avaient signalé, mais sans grande conviction, des fièvres dont l'origine ne pouvait être rapportée à aucune étiologie ordinaire, et que, pour cette raison, on classait sous le nom de fièvres nerveuses.

Charcot niait la réalité de la fièvre hystérique. Néanmoins d'autres cliniciens comme Axenfeld, Gilles de la Tourette, Hannot, Debove, Barié, Wormser et Rob. Einchorst, Orchansky, Dircksen, ont établi par des nombreuses observations son existence réelle.

La fièvre hystérique se caractérise par sa périodicité, et surtout par son début brusque, l'accès étant rarement précédé de céphalalgie ou de frisson. Cependant, on peut observer quelques légers frissons, mais qui n'ont rien qui rappelle les grands frissons de la fièvre paludéenne.

Un autre caractère, pathognomonique pour ainsi dire, est fourni par l'état général du malade, lequel, après l'accès, ne

présente pas le moindre épuisement et mange comme d'habitude.

La fièvre hystérique offre tantôt un type intermittent, tantôt un type continu (variété plus rare); la fièvre survient le soir vers les 5 ou 6 heures, comme une fièvre hectique, pour disparaître deux ou trois heures après; pendant l'accès, le thermomètre peut monter à 102°, 104° et même davantage. Du Castel a cité un cas de fièvre hystérique à 45°. Le pouls devient plus rapide, et on peut compter 110 à 130 pulsations, même 140. Chez deux de nos malades, nous avons compté 130 à 140 pulsations, pendant que le thermomètre marquait 102°5 à 105°.

Le diagnostic, au début, n'est pas aisé. On ne peut s'arrêter à l'hypothèse de l'hystérie qu'après avoir éliminé tous les états morbides avec lesquels on peut la confondre. Il est facile de comprendre de quelle importance doit être, en pareil cas, un bon diagnostic, non seulement au point de vue pronostique, mais aussi au point de vue thérapeutique.

Les circonstances qui peuvent très souvent faire errer le médecin dans son diagnostic, sont que la fièvre hystérique fait parfois suite à une angine, une grippe, ou bien à une auto-suggestion, comme par exemple chez le malade de Hanot, qui croyait avoir contracté une fièvre typhoïde en donnant ses soins à deux typhiques; ou comme chez la malade de Vaillart, qui, parce qu'elle se trouvait en Corse, croyait avoir contracté une fièvre paludéenne; ou enfin comme chez une de nos malades qui, obligée d'aller déposer à Nîmes dans un procès, était sortie deux jours avant sans manteau, convaincue qu'elle attraperait la grippe, et que, dans ces conditions, son voyage ne pourrait pas avoir lieu. Or, le soir du même jour, en rentrant, elle se sentit fiévreuse et le thermomètre monta à 102°8.

Multiples sont les états morbides avec lesquels on peut confondre la fièvre hystérique. Très souvent l'affection affecte la forme d'une fièvre typhoïde, diagnostic qu'on ne tarde pas à éliminer après les résultats négatifs du séro-diagnostic de Widal et de la diazo-réaction d'Ehrlich.

Le paludisme doit être aussi discuté, surtout quand la personne malade habite un pays où le paludisme règne, ou en arrive. En pareil cas, les antécédents du malade aideront beau-

coup à établir le diagnostic, qui pourra parfois être confirmé par l'examen du sang.

Enfin, il faut songer à la tuberculose, à la septicémie; mais dans le premier comme dans le second cas, des symptômes cliniques autres que la fièvre ne manquent pas, et même en supposant que le malade soit tuberculeux sans présenter d'adénopathies ni de phénomènes d'auscultation, l'état général sera l'élément qui influencera le plus de diagnostic. Nous pouvons en dire autant de la septicémie, dont le diagnostic peut être grandement aidé aujourd'hui par les ensemcements du sang.

De plus, dès qu'on a songé à l'origine nerveuse de la fièvre, un examen minutieux fait aisément découvrir des stigmates d'hystérie, comme de l'anesthésie en foyers, de l'anesthésie ou hyperesthésie du pharynx, de la cornée, etc.

* * *

Le traitement, dans les cas de fièvre nerveuse, doit avant tout ne pas être médicamenteux. D'ailleurs ni la quinine, ni aucun autre agent antithermique, ne pourra agir avec efficacité sur la fièvre; ce n'est que par la suggestion qu'on arrive à guérir ces malades.

Dans deux cas que nous avons été appelé à soigner, nous avons suivi l'exemple de Widal. Nous avons prévenu nos malades que nous venions de leur prescrire un médicament très actif, dont elles ne prendraient que deux cuillerées à soupe par jour, et pas davantage, car l'excès pourrait être dangereux. Nous ajoutions que si le médicament devait être efficace contre la fièvre, leurs urines allaient devenir bleues. Inutile de dire que le médicament prescrit n'était qu'une solution faible de bleu de méthylène, à laquelle nous avons ajouté quelques gouttes de teinture de noix vomique pour la rendre faiblement amère.

Dans l'espace de deux jours, la fièvre avait dispru chez nos deux malades.

On ne triomphe de la calomnie qu'en la dédaignant.

ACTION DU CITRATE DE SOUDE CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

M. le Dr Paul Roger rapporte dans la *Clinique infantile* avoir expérimenté depuis quatre mois environ le citrate de soude en solution aqueuse contre l'intolérance gastrique des nourrissons au sein ou au biberon et a été extrêmement frappé des bons résultats obtenus; il est rare en somme que les vomissements dus à la suralimentation ou même à d'autres causes difficiles à déterminer ne cèdent pas après qu'on a administré le citrate pendant deux ou trois jours et même dès le premier jour.

M. Roger a manié le citrate aux doses qui ont été conseillées par M. Variot.

Eau distillée.	300 grammes.
Citrate de soude.	5 —

Une cuillerée à dessert jusqu'à quatre mois, une cuillerée à soupe de cette solution pour les nourrissons plus âgés dans chaque tétée ou dans le biberon, suivant le mode d'allaitement.

Il est entièrement d'accord avec MM. Variot et Lazar et avec M. le professeur Ausset (de Lille) pour proclamer les bons effets de ce médicament tout à fait inoffensif et si efficace qui n'est pas encore apprécié en France comme il devrait l'être. Jamais il n'a observé d'accidents imputables à cette substance, fait capital dans la thérapeutique des nourrissons, et il relate onze faits dans lesquels l'action antiémétique du citrate de soude lui a paru bien certaine.

RECHERCHE TOXICOLOGIQUE DU CHLORATE DE POTASSE

PAR OTTO MEIER.

Dans les empoisonnements par le chlorate de potasse, on peut examiner le sang, dans lequel on observe les raies de la méthémoglobine, mais il est nécessaire de déceler la présence du chlorate de potasse, surtout si la victime a succombé.

L'auteur propose de recourir au procédé suivant, qui permet de reconnaître qualitativement le chlorate de potasse: on prend un peu de l'urine de la victime, qu'on additionne d'une solution faible d'indigo dans l'acide sulfurique jusqu'à coloration bleue; on ajoute ensuite de l'acide sulfurique goutte à goutte; si l'u-

rîne contenait des chlorates, la coloration bleue disparaît, et le liquide prend une couleur jaune ou jaune verdâtre. Cette décoloration se produit dans les cas où l'on se trouve en présence d'un liquide ne contenant pas plus de 1 centigr. de chlorate de potasse.

Pour le dosage de ce sel, on opère de la manière suivante : on commence par soumettre à la dialyse le contenu stomacal et les organes dans lesquels on soupçonne la présence du chlorate de potasse; le liquide dialysé est divisé en deux parts; dans l'une de ces parts, on dose les chlorures à l'aide du nitrate d'argent, après acidulation par l'acide nitrique.

Quant à la deuxième part, on l'additionne de 4 à 5 fois son volume d'eau; on ajoute à la liqueur ainsi obtenue du zinc en poudre et de l'acide sulfurique, afin de réduire le chlorate de potasse en chlorure de potassium; on dose de nouveau les chlorures, et, du résultat ainsi obtenu, on retranche le premier résultat; la différence correspond au chlorate de potasse.

Si l'analyse ainsi faite donnait un résultat négatif, on ne pourrait nier d'une façon absolue l'empoisonnement par le chlorate de potasse, attendu que le chlorate de potasse est rapidement éliminé et qu'il peut avoir disparu de l'organisme.

PRODUIT TOXIQUE EXTRAIT DE LA SUBSTANCE CEREBRALE

M. Marie a extrait de la substance cérébrale du mouton un principe toxique complètement insoluble dans l'eau distillée et partiellement soluble dans les solutions faibles d'alcalis.

Son action névrotique, étudiée sur le cobaye et le lapin, est révélée par l'inoculation intra-cérébrale; c'est au bout de 24 à 48 heures d'ordinaire que la crise épileptiforme éclate: l'animal bondit dans sa cage, sautant parfois en dehors, pour courir follement dans la pièce; il se jette tête basse contre les obstacles, semble vouloir se cacher, puis tombe dans un état comateux, entrecoupé de convulsions.

D'autres fois on assiste à un véritable accès épileptiforme; l'animal succombe ordinairement au bout de 24 heures, à la suite de plusieurs de ces crises.

Injectée, au contraire, dans l'œil ou dans le péritoine, cette substance est inoffensive. Chauffée, elle perd ses propriétés; enfin, elle se détruit progressivement par l'effet du temps.

Un encéphale de mouton, du poids de 80 grammes, fournit 0 cgr. 25 à 0 cgr. 30 dix milligrammes de précipité sec, ce qui représenterait, d'après l'auteur, une dose susceptible d'intoxiquer plus de 200 cobayes ou bien une centaine de lapins.

DES INFECTIONS ET DES INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE / U COURS DE LA PUERPERALITE.

PAR M. LE DOCTEUR R. MOREAU.

Les infections légères d'origine intestinale sont fréquentes et peu dangereuses si on les soupçonne à temps.

Les infections avec localisation à distance, dues à des bactéries intestinales, sont peu nombreuses, environ 1 fois sur 60, et presque aussi dangereuses que celles dues aux microbes habituels de la suppuration.

Les colibacilles sont souvent associés dans les infections intestinales avec les streptocoques. Dans ce cas, le pronostic est sombre.

Les vomissements incoercibles sont dus presque toujours à une auto-intoxication dont la cause est l'exagération des fermentations intestinales qui retentit sur le foie. Les femmes nerveuses sont les sujets de choix pour la réalisation de ce genre d'intoxication.

L'éclampsie également reconnaît souvent pour cause l'insuffisance fonctionnelle de l'intestin comme émonctoire, d'où résulte l'altération du foie; celui-ci est mis en état de moindre résistance dans un grand nombre de cas par une alimentation vicieuse, doublée d'un mauvais fonctionnement de l'intestin.

Le pronostic de toutes ces affections dépend de l'intégrité du foie et du diagnostic précoce de ses troubles, de la valeur de l'émonctoire intestinal.

A l'examen habituel des urines au point de vue albumine, on joindra donc l'examen de l'urine au point de vue du fonctionnement du foie; on recherchera si elle contient en excès des matériaux élaborés par l'intestin.

Le traitement est basé sur les moyens les plus propres à combattre les fermentations intestinales, à alléger le rôle du foie.

HYPOCONDRIE ET LÉSIONS VISCÉRALES

PAR MM. VIGOUROUX ET COLLET.

La valeur séméiologique du syndrome "hypocondrie" vient d'être discutée au Congrès de psychiatrie de Rennes.

Voici sur cette question l'opinion de Vigouroux, appuyée de deux observations anatomo-cliniques.

Le délire hypocondriaque est un délire secondaire. Il suit les troubles émotionnels et les troubles de la cœnesthésie; il en constitue une tentative d'explication que fait inconsciemment le malade pour légitimer les modifications intimes qu'il éprouve. Ainsi, chez un hypocondriaque se plaignant de troubles de la motilité et de la sensibilité des jambes, de troubles de la sphère génitale et de troubles intestinaux, il existait un énorme *lymphome tuberculeux* ayant comprimé les nerfs et les vaisseaux du bassin. Dans le deuxième cas, chez un mélancolique qui se plaignait d'avoir un cancer d'estomac, d'être syphilitique, etc., il trouva à l'autopsie un *cancer gastrique* latent.

Dans ces deux cas, les troubles cœnesthésiques, bases du délire, reposaient sur des lésions réelles, mais ce n'est pas suffisant. Doit-on accepter que ces lésions ont seulement provoqué par leur présence un état émotionnel persistant, ou admettre que les toxines tuberculeuses dans un cas, cancéreuses dans l'autre, agissant sur le cerveau, ont eu une action pathogénique sur le délire lui-même?

De fait, chez le tuberculeux, au niveau du lobule paracentral et de la frontale ascendante, les cellules nerveuses sont presque toutes en neuronophagie et les cellules de névroglie sont plus nombreuses qu'à l'état normal; et, chez le cancéreux, les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, très pigmentées, sont aussi en neuronophagie et en voie de désintégration.

L'objection qu'on peut faire à cette conception pathogénique est la même que celle qui a été opposée à la conception du délire par insuffisance hépatique ou rénale, au délire infectieux.

Tous les cancéreux, tous les tuberculeux ne délirent pas, et seuls délireront ceux qui ont "la folie en puissance", les dégénérés héréditaires.

Sans vouloir méconnaître l'importance réelle et admise par tous de la prédisposition, on peut répondre que, d'une part, si tous les tuberculeux et cancéreux ne délirent pas, tous les pré-

disposés ne délirent pas non plus, et qu'il est possible d'admettre l'influence des deux facteurs pathogéniques. On peut ajouter que tous les alcooliques ne délirent pas, et cependant personne n'a songé à nier l'influence pathogénique de l'alcool dans le délire des alcooliques.

DE L'ANESTHÉSIE DISCONTINUÉE EN CHIRURGIE GASTRIQUE ET INTESTINALE

PAR M. LE DOCTEUR ARNAUD.

Il n'est pas sans danger de garder sous anesthésie complète, pendant un temps prolongé, des malades déjà plus ou moins affaiblis, ne présentant qu'une résistance relativement faible, comme les malades appelés à subir des résections de l'estomac ou de l'intestin.

Or, dans les interventions gastriques et intestinales, point n'est besoin de faire une anesthésie ininterrompue. L'estomac et l'intestin sont peu sensibles ou ne le sont pas aux manœuvres opératoires, soit au contact, soit à la section, soit aux sutures. Le péritoine pariétal seul possède la sensibilité à la douleur pendant les manœuvres chirurgicales.

L'auteur propose donc de suspendre l'anesthésie pendant le temps viscéral de l'intervention: on fait sous anesthésie l'incision de la paroi, la recherche des viscères et la mise au dehors de la lésion. On cesse l'anesthésie pendant les sections et les sutures des viscères. On reprend celle-ci pour la toilette péritonéale, la remise en place des organes et la suture de la paroi. Ainsi est réalisée ce que l'auteur appelle l'anesthésie discontinuée.

Pendant les opérations courtes, l'action de l'anesthésique donné au début prolonge son effet pendant presque tout le temps opératoire. Ce n'est que dans les résections compliquées et longues que l'on peut à proprement dire parler d'anesthésie discontinuée.

Chez un certain nombre de malades, les efforts de vomissement obligent à recourir à l'anesthésique, au cours même des sutures gastriques ou intestinales.

Ce que l'on doit d'ailleurs uniquement rechercher, c'est à diminuer la quantité d'anesthésique absorbée.

Cette anesthésie discontinue, ainsi comprise, diminue, chez les gens affaiblis, les dangers à distance de l'anesthésie, c'est-à-dire la part qui lui incombe dans le shock, les complications pulmonaires, digestives ou autres.

LES EFFETS DE L'ACTION COMBINÉE DES SELS DE FER ET DE L'ARSENIC SUR LA RECONSTITUTION DU SANG APRES DES HEMORRAGIES

PAR M. LE DOCTEUR BAUMANN.

L'utilité d'associer aux préparations ferrugineuses, soit le manganèse, soit l'arsenic, a souvent été affirmée par les cliniciens. L'arseniate de fer, et plus récemment le cacodylate de fer, sont entrés dans la pratique courante. Les recherches expérimentales de Baumann tendent à justifier cette association. Cinq séries de chiens étaient soumis à une forte hémorragie, soit le tiers ou le quart du sang total, et une étude méthodique du sang était faite avant la saignée et huit jours après.

Les séries comprenaient: 1° des chiens témoins, saignés, soumis à la même alimentation que les autres, mais sans médicaments; 2° des chiens recevant, par la voie gastrique, des sels minéraux de fer (pilules de Bland); 3° par la même voie, des sels organiques de fer (albuminate de fer de la pharmacopée allemande); 4° de l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler; 5° simultanément des pilules de Bland et de la liqueur de Fowler.

En comparant le sang des animaux témoins avec celui des animaux traités, on constate: que les sels minéraux de fer augmentent l'hémoglobine, sans toutefois agir sur le nombre même des globules; les sels organiques de fer exercent une action plus favorable, les altérations, aussi bien morphologique que physique ou chimique étant beaucoup plus faibles que chez les témoins, et même que chez les animaux traités avec les pilules de Bland. Toutefois, la leucocytose polynucléaire, constante après la saignée, n'est pas amendée par les sels de fer quels qu'ils soient. L'arsenic, donné seul, modifie déjà cette leucocytose, mais les meilleurs résultats ont été obtenus par l'association du fer et de l'arsenic; les altérations du sang sont alors réduites au minimum, et le retour *ad integrum* se fait très rapidement.

L'ETUDE DU CHYMISME STOMACAL A L'AIDE DE LA " DESMOÏDE-REACTION "

M. le Dr H. Sahli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Berne, a imaginé un procédé de diagnostic qu'il appelle *desmoïde-réaction* (parce qu'il est basé sur l'emploi d'une membrane ou d'un fil conjonctif) et qui paraît de nature à rendre de réels services pour l'examen fonctionnel de l'estomac.

Le principe de la méthode préconisée par l'auteur est de faire ingérer au patient une pilule renfermant une substance facile à déceler dans l'urine ou dans la salive — iodoforme ou bleu de méthylène — en ayant soin de protéger cette pilule de telle sorte que la substance " indicatrice " ne puisse être mise en liberté que si la digestion gastrique s'accomplit normalement.

C'est tout d'abord à une membrane conjonctive — le tissu connectif, lorsqu'il n'a pas été soumis à une cuisson préalable, ne se dissout qu'en solution chlorhydropepsique et est notamment inattaquable par le suc pancréatique — que l'auteur s'adressa dans ce but: il se servait de la tunique celluleuse du cæcum de bœuf, qu'il est facile de se procurer à l'état frais dans les boucheries, et cette méthode lui donna des résultats fort encourageants dans les 92 cas où il y eut recours. Elle offre, toutefois, quelques inconvénients: la membrane celluleuse en question se déchire très facilement, et, de plus, ne met pas suffisamment à l'abri des courants de diffusion qui peuvent s'établir entre la pilule et le milieu ambiant. Aussi M. Sahli emploie-t-il tout simplement, à l'heure actuelle, un sachet de caoutchouc, lequel est insoluble, il est vrai, dans les sucs digestifs, mais que l'on ferme au moyen d'un fil accessible à l'action de ces derniers constitué essentiellement par du tissu conjonctif; le catgut non préparé et très fin, répond parfaitement à ces indications, pourvu qu'on ne l'ait préalablement soumis à aucune espèce de stérilisation ou de chauffage.

Pour confectionner le sachet, on prend une lamelle de caoutchouc, épaisse d'un cinquième de millimètre et taillée en carré de quatre centimètres de côté. Après en avoir saupoudré de talc la face supérieure, on dépose au milieu la pilule indicatrice — celle-ci renferme 0 gr. 10 centigrammes d'iodoforme ou 0 gr. 05 centigrammes de bleu de méthylène, ou ces deux subs-

tances à la fois — et l'on réunit, entre l'index et le médius de la main gauche, les quatre coins de la lamelle de caoutchouc, que l'on tord ensuite en spirale, de façon que la membrane s'applique bien de toute part sur la pilule qu'elle renferme: ce but est atteint lorsque le caoutchouc prend un reflet mat particulier, que l'on apprend vite à reconnaître par l'habitude.

Quant au fil de catgut qui sert à fermer le sachet, il doit avoir été rendu parfaitement souple par un séjour suffisamment prolongé dans l'eau froide. Il est indispensable de faire faire trois tours au fil sur le collet du petit sac: si, en effet, on se contente d'un seul circulaire, le catgut, au moment où on le serre, se creuse dans le caoutchouc un sillon au fond duquel il demeure soustrait à l'action du suc stomacal.

Il ne reste plus alors qu'à rogner l'excédent de caoutchouc et de catgut à 3 ou 4 millimètres de la ligature, en évitant de couper le tout d'un seul coup de ciseaux, ce qui pourrait déterminer l'adhérence des bords du sachet et empêcher la pilule d'entrer en contact avec le suc gastrique.

Les sachets ainsi préparés peuvent séjourner pendant vingt-quatre heures dans un récipient plein d'eau, à la température du corps, sans que la substance indicatrice soit le moins du monde mise en liberté. Il en est de même lorsqu'on les plonge dans du suc pancréatique ou dans une solution d'acide chlorhydrique à 1 ou 2%, seule, une solution renfermant à la fois de l'acide chlorhydrique et de la pepsine digère le catgut et détermine ainsi l'ouverture du sachet.

Habituellement, M. Sahli fait prendre à ses malades un sachet immédiatement après le repas de midi. On recueille l'urine le soir même, entre cinq et sept heures, ainsi que le lendemain matin. Lorsque l'estomac fonctionne normalement, ces deux portions d'urine contiennent du bleu de méthylène ou de l'iode; la présence du bleu est appréciable à l'œil nu; celle de l'iode est mise en évidence par les méthodes usuelles (addition à l'urine de chloroforme, puis d'acide azotique fumant). C'est ce que l'auteur nomme une desmoïde-réaction positive.

Or, il résulte des nombreux essais faits par M. Sahli qu'une desmoïde-réaction positive permet toujours de conclure à un chimisme stomacal normal; une réaction négative est, en général, l'indice d'une perturbation de la sécrétion gastrique.

ASSOCIATION MEDICALE DANS LE COMTE DE WOLFE

Déjà, depuis longtemps, dans le comté de Wolfe, plusieurs médecins avaient songé à jeter les bases solides d'une société médicale. Les circonstances, sans doute, ne permirent pas de changer cette idée en œuvre. A mon arrivée, dans notre comté, en juin 1904, je vis immédiatement cette lacune et je pris la résolution de faire tout en mon pouvoir pour stimuler ce projet; car l'absence d'une société médicale dans un comté est au détriment des confrères de ce coin de pays. D'abord, les médecins ne se rencontrent pas assez souvent et pour cette raison ne s'entendent pas toujours comme ils le devraient. Il règne même parfois une certaine antipathie entre certains praticiens qui gagneraient beaucoup à se donner au moins trois ou quatre fois par an une bonne franche poignée de mains. Pourquoi cette opposition, la plupart du temps inutile? Pourquoi ce combat insensé qui consiste à vouloir attirer la pratique en ravalant le tarif médical au niveau du salaire d'un manoeuvre? *Pourquoi se méconnaître quand il est plus que facile de devenir amis?* Pourquoi combattre quand la paix nous sourit et nous demande un mot d'approbation? Pourquoi piquer la réputation d'un confrère aussi intelligent, aussi savant, aussi aimable, aussi fin que tout autre? Pourquoi? Pourquoi? — La réponse tombe sous ma plume sans effort — parce qu'il n'existe pas de société médicale.

Dans le comté de Wolfe, il n'y avait pas de société médicale: il en fallait une. En juillet, j'eus l'honneur d'écrire à tous les médecins de Wolfe et aux voisins de Richmond. Tous répondirent avec empressement à ma lettre, à peu près ce qui suit:

“J'approuve votre idée et je signe d'avance ce qui se décidera à la première réunion, au cas où je serais forcé d'être absent.”

La première réunion de notre nouvelle société eût lieu à Weedon le 4 septembre, chez le confrère J. P. C. Lemieux.

A cette première assemblée, je fis lecture de lettres de renseignements au sujet de plusieurs sociétés médicales dans la province, entre autres, celles des Drs Valin, Laurendeau, Lesard.

Ensuite, l'élection des officiers dont voici les noms:

- Dr Alphonse Thibault, Wotton, prés. honoraire;
 “ E. Chicoine, D’Israeli, prés. actif;
 “ J. P. C. Lemieux, Weedon, vice-prés.;
 “ Stuart MacDonald, Marbleton, vice-prés.;
 “ Antonio Pelletier, Saint-Camille, sec.-trés.

Les autres membres sont :

- Dr Gravel, Wotton;
 “ C. H. Plante, D’Israëli;
 “ Emile Dupont, Garthby;
 “ St-Aubin, Ham.-Nord;
 “ Duval, Wolfstown;
 “ Belcourt, Saint-Adolphe;
 “ J. MacDonald, Marbleton;
 “ Delisle, Saint-Georges de Windsor;
 “ Amiot, Asbestos.

Tous les médecins du comté de Wolfe font donc partie de la nouvelle association, ainsi que deux médecins du comté de Richmond: les Drs Delisle et Amiot.

C’est dire que le succès du lancement est parfait. Et je profite immédiatement de la circonstance pour remercier mes confrères de leur clairvoyance et de leur adhésion à cette idée de société médicale. Ajoutons, ici, que l’entente a été la note dominante à la première réunion. Après l’élection des officiers, les ordres du jour ont été :

- 1° La composition des règlements;
- 2° La révision d’un tarif minimum accepté par tous les confrères;
- 3° Quelques motions ou questions importantes dans l’intérêt de la profession médicale.

Voici quelques clauses de notre constitution :

- 1° Améliorer la position du corps médical;
- 2° Assemblée en mars, juin, septembre, décembre;
- 3° S’engager à suivre les règlements, le tarif, à payer la contribution mensuelle;

4° Ne jamais oublier le grand principe chrétien: " Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fit ";

5° Quorum: 5 membres;

6° Ordre des affaires:

I. Ouverture de l'assemblée par le président, ou par un autre officier en l'absence de celui-ci;

II. Lecture et adoption des minutes de la précédente séance;

III. Proposition, admission de membres;

IV. Lectures, discussions scientifiques;

V. Histoire ou présentation de cas de pratique;

VI. Sujets de travaux pour séance suivante;

VII. Questions de discipline, d'étiquette, d'intérêts professionnels;

VIII. Divers;

7° Elections en juin;

8° En décembre, le secrétaire donnera un très court résumé de l'année finissante.

Voici, maintenant, quelques extraits du tarif adopté à l'unanimité et que chacun doit suivre:

OBSTETRIQUE

Accouchement simple.	\$3.00 à \$5.00
" gémellaire, extra.	1.00
" avec forceps, extra.	1.00 à 2.00
" " chloroforme, extra.	1.00 " 2.00
" " forceps et chloroforme.	2.00 " 5.00
Extraction du placenta, extra.	1.00
Version.	3.00 " 5.00

Extra de \$0.50 de l'heure, pour accouchement, après détention de plus de 6 heures.

Voyages, visite: \$0.50 par mille.

La voiture du médecin et les remèdes sont des "extra".

Injection sérum antidiphthérique (distance extra) . . .	\$5.00
Consultation avec un confrère, (distance extra) . . .	5.00
Chloroformisation avec un confrère, (distance extra) . .	5.00

En général:

Opération mineure.	\$ 5.00 à \$15.00.
" majeure.	15.00 " 50.00.

La motion suivante a été mise à l'ordre du jour.

Proposé par le Dr J. P. C. Lemieux, secondé par le Dr E. Dupont, que le secrétaire-trésorier corresponde avec le secrétaire des autres associations médicales, afin que la proposition suivante soit prise en sérieuse considération et que chacun réponde à ce sujet au secrétaire de l'association médicale du comté de Wolfe:

"Que les médecins du comté de Wolfe, en assemblée, s'engagent à travailler et à voter contre tout député qui travaillera à faire adopter un bill privé devant donner licence à un irrégulier, sans que ce même dit bill ait été préalablement approuvé et recommandé par le "Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec."

La journée n'a pas été longue, ainsi remplie par les membres de notre société. Le Dr Lemieux mérite des remerciements pour sa très gracieuse hospitalité.

La prochaine réunion sera à Saint-Camille, chez le secrétaire de l'association.

Votre tout dévoué,

ANTONIO PELLIÉTIER.

P. S.—Les secrétaires d'associations médicales sont priés de correspondre avec le secrétaire de l'Association médicale du comté de Wolfe, au sujet de la motion ci-jointe.

LA REFORME DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

CORRESPONDANCE :

Le "Montréal-Médical" est un organe libre où chacun peut exposer ses idées, sous sa seule responsabilité.

Monsieur le directeur du "Montréal-Médical".

Cher confrère:—

Comme préambule à un article que je vous enverrai bientôt sur la réforme de l'enseignement de la médecine à l'Université Laval, à Montréal, voulez-vous bien publier cette courte lettre d'un gradué de 1904. Veuillez croire, M. le directeur, à l'urgente nécessité de l'étude de cette importante question et à l'impérieux devoir de nos revues de médecine d'étudier, de connaître, de proposer, et de réclamer le bien, là où le mal existe et où le mieux pourrait être.

.

Je viens d'ouvrir mon bureau de consultation et j'ai peur de recevoir des patients; vous ne sauriez croire comme je me sens petit à côté d'un malade, mon bagage de science est si léger, on m'a appris si peu de choses. On m'a montré une femme de 45 ans qui est paralysée des deux jambes depuis trois ans et qui éprouve de fortes douleurs et de violentes contractions cloniques au moindre choc et au moindre mouvement. On me demande ce que je puis faire pour l'améliorer; je vous assure que je ne sais pas ce qu'elle a, et que je sais moins quoi faire; je n'ai jamais vu aux hôpitaux de maladies nerveuses. Une jeune fille est venue me consulter pour une douleur qu'elle éprouve dans l'oeil droit, je ne sais pas si c'est une conjonctivite, un iritis ou autre chose. Je ne sais pas lire dans un oeil, pas plus que dans une oreille, dans un pharynx ou un larynx. Je n'ai jamais manipuler ni instruments, ni malades. Les affections des fosses nasales et de l'arrière-pharynx sont très nombreuses, si je savais en faire l'examen et une bonne thérapeutique, je pourrais acquérir rapidement une bonne clientèle. En présence d'un tousseur j'examine les sommets des poumons et si je n'entends pas de gros râles humides, de peur de me tromper, je dis qu'il

n'y a pas de tuberculose, et je traite une prétendue grippe, bronchite, etc. Etudiant, je n'ai fait l'examen que de trois malades souffrant de pneumonie, de sorte que je ne connais l'auscultation et la percussion que de la pneumonie. Il faudra que les souffles cardiaques soient bien bruyants pour que je puisse faire le diagnostic d'une lésion cardiaque. Je crains toujours d'être appelé rapidement pour une opération d'urgence.

Lorsque la cloche sonne, la nuit, je voudrais ne pas l'entendre. Je ne sais faire aucune opération d'urgence, les cas d'obstruction intestinale, d'appendicite et d'hernie étranglée qui nécessiteront une intervention immédiate, je serai bien obligé de les laisser mourir, je n'ai pas appris comment il faut les opérer. Je vais donner le chloroforme demain, sans jamais avoir connu la méthode par la pratique, je joue d'audace, j'ai un certificat qui me donne des pouvoirs et s'il survient un accident, je dirai que c'est de la faute du malade, son heure était arrivée, etc. J'aime mieux donner mes remèdes. Je ne sais pas prescrire; à l'hôpital, j'ai toujours vu les formules toutes faites sans jamais entendre ni voir formuler. Un de mes amis souffre de syphilis, il me dit avoir suivi tant de traitements sans résultat favorable que j'ignore lequel je dois proposer. J'ai bien vu à l'hôpital des cas de syphilide qui ne guérissait pas, si je savais quel traitement on donnait (quand le malade ne guérit pas, c'est inutile de dire la médication), je me garderais bien d'en faire un semblable, j'essaierais autre chose. Ne le dites pas, je ne sais pas même faire une injection pour traiter la chaude-pisse. Quand on me parle des maladies des enfants, pour faire comme les grands médecins, je dis bien qu'ils se soignent facilement, mais je n'en ai jamais vu traiter.

Les maladies de la peau, pour moi c'est tout de la gale, on m'a montré seulement que ça.

Je vous avoue bien franchement que je pense que je ne suis pas un médecin compétent, mes études médicales sont à refaire; aussitôt que j'aurai fait quelques sous, je me propose d'aller frapper à la porte d'un *Post Graduate* quelconque, afin d'apprendre à ne pas me tromper plus souvent qu'à mon tour.

Aujourd'hui ce que je sais le mieux c'est d'envoyer mes malades à mes anciens professeurs.....

Docteur ERUDIT.

NOUVELLES.

La mort de M. le docteur Simard, doyen de la Faculté de Médecine, de la ville de Québec, plonge dans un deuil profond tous ceux qui ont connu son dévouement aux intérêts professionnels, son amour pour le succès de ses élèves, et son zèle infatigable pour travailler à l'avancement scientifique de notre profession.

Mardi, le 3 octobre, *La Société Médicale de Montréal* procédait à l'élection annuelle de ses officiers, qui donna le résultat suivant : M. le docteur Boulet, président ; M. le docteur Marien, vice-président ; M. le docteur Ethier, trésorier, M. le docteur Laramée, secrétaire.

Une épidémie de méningite vient d'éclater dans la province d'Ontario, et les autorités médicales ont pris les plus grandes précautions pour la combattre. On a constaté plusieurs cas de la maladie à Eganville, comté de Renfrew. Le bureau de santé provincial a ordonné d'appliquer les règlements de la quarantaine.

Un prix de 10 millions.—M. Medevios Albuquerque, député à la Chambre brésilienne, vient de faire voter un prix de 10 millions en or, qui sera décerné, sans distinction de nationalité, à l'inventeur d'un remède préventif ou d'un traitement efficace pour la guérison de la tuberculose, du cancer et d'autres maladies contagieuses. Une Commission internationale sera nommée par le ministre de l'intérieur du Brésil, avec mission d'examiner les mémoires qui lui seront soumis et d'allouer, s'il y a lieu, le prix de 10 millions. Dans tous les cas, le prix ne sera décerné au bénéficiaire qu'après deux ans d'expériences nettement probantes.

Remèdes secrets et naïveté humaine. — Partant de ce principe que les remèdes secrets ont d'autant plus de chances de

réussir qu'ils sont plus simples, tant est grande la naïveté humaine, les nommés Debnar et Pisny, charlatans hongrois, mettaient en vente un emplâtre, souverains contre les maladies d'estomac, et qui n'était autre chose qu'une feuille de papier enduit d'une bonne couche de cirage et parsemé de paprika (poivre rouge de Hongrie). Tout eut été pour le mieux, sans l'intervention de la justice, qui a condamné l'un des charlatans à cinq mois et l'autre à un mois de prison.

Influence nocive de la nicotine sur la grossesse. — Le Dr Guido Pieraccini a constaté que sur 84 femmes employées dans une manufacture de tabac et dont aucune n'était syphilitique, 37 0/0 ont eu des avortements. Il conclut que l'influence nocive exercée par la nicotine sur la grossesse se dégage d'une façon très nette de ces chiffres.

Le nombre des lépreux en Allemagne. — D'une statistique officielle, publiée récemment, il appert que dans le courant de l'année 1904, il n'existait pas plus de 24 lépreux dans toute l'étendue de l'empire d'Allemagne, dont 3 Brésiliens, en traitement dans une clinique privée.

La glande thyroïde chez les crétins et les idiots. — Les récentes recherches de Sophie Getzowa confirment une notion déjà connue, à savoir que chez les crétins et les idiots de naissance, le parenchyme glandulaire du corps thyroïde est atrophié.

Résistance du bacille typhique. — Le Dr W. Rullmann a pu se convaincre que le bacille d'Eberth, ensemené dans de la terre stérile, conserve sa vitalité dix-huit mois durant. Dans du sable de rivière, préalablement lavé, le même bacille périt plus rapidement que dans l'humus et dans des décombres.