

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 JUIN 1903

No 4

L'EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE ¹

PAR SIR WILLIAM HINGSTON, F. R. C. S.,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

(Suite de la page 49.)

Avant la découverte des anesthésiques et l'invention des pincés hémostatiques, il était important pour le chirurgien de savoir manier le scalpel avec rapidité. Aussi son domaine était limité. Aujourd'hui, se confiant peut-être un peu trop à l'innocuité de l'anesthésie, la technique des détails opératoires prolonge quelquefois trop longtemps la durée d'une opération. Les audaces de la chirurgie moderne, ne laissant aucune partie du corps humain inexplorée, nécessitent assurément la connaissance de nombreuses méthodes mais il est plus urgent de connaître toute la pathologie générale avant les nombreux modes opératoires sur l'une de ces parties. Les frontières de la clinique-médicale et chirurgicale sont si intimement unies qu'il devient très difficile de tracer les limites de chacune d'elles ; or, afin d'être juge compétent en thérapeutique, il faut très bien connaître ces deux sœurs. Il ne faut pas, je crois, exagérer l'importance de l'étude de tel ou tel procédé d'un manuel opératoire compliqué, car si ces détails occupent trop de place dans la vie d'un chirurgien ils le transformeront en automate habile à manier avec grâce et fermeté les instruments les plus perfectionnés. Avant de se spécialiser il est nécessaire d'étudier l'ensemble de l'organisme pour bien connaître la gravité et l'opportunité d'une intervention. Moins la chirurgie exploratrice *inoffensive* sera à l'ordre du jour plus cela démontrera le pouvoir de la science acquise pour résoudre le problème complexe d'un diagnostic difficile.

Dans un hôpital bien organisé, surtout comme le sera celui-ci,

(¹) Discours prononcé à Chicago lors de l'inauguration de l'hôpital Clinique de Senn.

les complications chirurgicales sont certainement réduites à leur minimum de danger ; mais les interventions pour éclairer un diagnostic n'en doivent pas moins être excessivement rares, car de l'usage à l'abus il y a peu de distance, et de l'exploration pour voir aux tentatives d'expérimentation, pour essayer il n'y a qu'un pas qui entraînerait les nouveaux chirurgiens dans une voie parsemée de désastres. A l'hôpital, le diagnostic, bien que sujet à critique, est facilité par la rencontre de médecins consultants instruits ; en clientèle privée l'aide plus rare la responsabilité moins partagée, fait que la maladie réclame plus d'attention personnelle. Quelquefois, dans une vie très active et trop courte, hérissée de soucis matériels, on a vu certains chirurgiens proposer des interventions dispendieuses d'une urgence douteuse ; plus souvent des opérations inutiles sont faites dans le but de hâter la guérison du malade ; dans les deux cas les événements les plus déplorablement en sont le résultat. Pour prévenir ces deux erreurs les membres de notre profession doivent très bien connaître les lois qui régissent la conscience et la science médicale. C'est donc avec raison que l'on peut dire que la profession médicale est celle qui réclame à un plus haut degré la culture des sentiments de l'honnêteté et de l'honneur.

Il est si facile au médecin de tromper un malade qui lui donne toute sa confiance ; et dans la lutte difficile pour la vie il faut une intelligence bien éclairée et une conscience fortement trempée pour rejeter l'offre dorée d'une libérale rétribution comme prix d'intervention de complaisance.

C'est à cause de l'accomplissement des plus sacrés devoirs à remplir envers la famille et la société, que la profession médicale s'élève au rang d'un sacerdoce. Nous avons peu de moyens de connaître les qualités morales des candidats à l'exercice de la chirurgie, les universités ne possèdent pas de chaire dans ce but et la seule leçon qui puisse influencer la formation morale de l'étudiant c'est le bon exemple donné par leurs professeurs.

Les portes des facultés de médecine sont peut-être trop largement ouvertes à tous ceux qui se présentent et le côté scientifique de l'enseignement est l'unique objet de nos préoccupations. Travaillant toujours dans la véritable direction à donner aux études médicales, vous apportez chaque année aux travaux cliniques de nouveaux perfectionnements. Je ne saurais trop applaudir aux généreux efforts que vous faites pour armer le jeune

médecin de connaissances pratiques en lui faisant parcourir ici dans ce vaste champ d'observation la route qu'il devra suivre plus tard dans l'exercice de sa profession. Les étudiants doivent s'habituer de bonne heure à voir et à examiner des malades; permettez-moi d'exprimer toute ma pensée en vous citant les paroles de Trousseau, l'un des plus illustres cliniciens de France :

“Arrivé aujourd'hui à la vieillesse, je me rappelle les malades que j'ai vus il y a quarante-trois ans lorsque je faisais les premiers pas dans la carrière; je me rappelle les principaux symptômes, les lésions anatomiques, les numéros des lits, quelquefois les noms des malades qui, à cette époque éloignée, ont frappé mon esprit. Ces souvenirs me servent souvent, ils m'instruisent encore, et quelquefois vous m'entendez les invoquer dans nos conférences cliniques”.

Après avoir mis ces conseils en pratique pendant plus de 50 ans je n'en connais pas de plus juste et de meilleurs pour former l'esprit, le sens et le jugement médical nécessaires à tous praticiens.

Je ne puis terminer ces quelques remarques sur la clinique sans ajouter quelques mots touchant les préparations qu'on doit exiger des candidats à cette étude. Dans tous les pays on s'efforce d'élever le niveau intellectuel de la profession et pour atteindre ce but on propose différents moyens; les uns réclament des nouveaux étudiants un programme préparatoire exclusivement sur les sciences; les autres veulent former des bacheliers dans les lettres et les arts. Je crois qu'il ne faut pas se hâter de retrancher des études actuelles les matières grecques et latines qui ont formé des hommes brillants dans toutes les classes de la société et des médecins instruits qui nous ont laissé des travaux mémorables. Après avoir lu de longs plaidoyers dans ces deux causes je suis en faveur de l'ancien régime des études classiques complètes. Je crois que les travaux touchants les sciences positives ne peuvent avantageusement les connaissances lentement acquises dans les arts et les lettres. L'étude des langues modernes et des mathématiques ne saurait donner aux jeunes gens un développement intellectuel semblable à celui qu'ils pourraient recevoir des auteurs grecs et latins.

Les langues vivantes ne requièrent que de la mémoire, la science pure ne s'adresse qu'à la logique, mais en puisant aux

autres sources inépuisables on cultive davantage et on développe également à la fois toutes les facultés réfléchies.

Lorsque je parle de la nécessité des études classiques pour les futurs étudiants en médecine, je comprends aussi les cours de philosophie complète, tant logique que morale, car selon l'expression d'Hippocrate, le médecin doit être philosophe: "Medicus philosophus homo fere divinus". Si nous jetons un regard sur ce qui se passe dans un pays qui produit actuellement un si grand nombre de médecins savants, l'on voit qu'en Allemagne les programmes des études préparatoires sont des mieux remplis. Dans les gymnases le grec est enseigné aux élèves six à sept heures par semaine durant six ans et le latin huit à neuf heures durant neuf années. Ceux qui ont eu l'avantage d'étudier à Vienne, Berlin et à Heidelberg ont rencontré dans ces écoles des professeurs instruits saturés des auteurs classiques. L'expérience faite en France concernant les études élémentaires exclusivement scientifiques a donné des résultats défavorables et les étudiants les plus aptes à s'assimiler avec succès les différentes notions nécessaires aux hommes des professions libérales sont encore ceux qui, comme dans les gymnases allemands, sortent des collèges après avoir fait un cours classique complet.

Lors de la réunion annuelle, à Nottingham, de la "British Medical Association" j'eus l'honneur d'exprimer la même opinion qui fut partagée par la majorité des membres présents et les principaux journaux de la Grande-Bretagne.

Après les généreux dévouements que vous apportez à l'instruction supérieure en ce pays, je n'ai aucun doute que l'éducation classique élémentaire sera toujours ici en haute estime et que vous continuerez à former de brillants médecins et chirurgiens et des hommes complets capables de rendre les plus grands services à votre prospère République.

L'étude des êtres vivants nous apprend, que menant la vie libre et soumis aux difficultés du combat pour l'existence, les animaux acquièrent des organes, des sens plus délicats, un système nerveux plus compliqué ; ils deviennent plus forts et plus beaux.

Les dégénérés, les hystériques ne sont plus capables d'adaptation. Ils sont pour cela destinés à disparaître.

LA DIABÈTE INSIPIDE ET LA NEPHRITE INTERSTITIELLE

PAR M. LE PROFESSEUR COMBEMALE.

Le nommé Mor. . . . Emile, filctier, 43 ans, entre à l'hôpital le 28 octobre, ses séjours antérieurs sont nombreux, son passé pathologique ne manque pas d'intérêt.

Sans antécédents héréditaires à signaler d'après l'interrogatoire, il a personnellement au contraire beaucoup à confesser. A 18 ans, c'est du choléra qu'il est très-sérieusement atteint; à 25 ans, il séjourne pendant deux mois dans les hôpitaux militaires d'Algérie, pour des accès de fièvre paludéenne dont il n'est complètement débarrassé qu'un an après.

Depuis qu'il se connaît, il s'enivre au moins une fois par semaine; le genièvre à grands verres le matin, la bière en grande quantité dans la journée sont du reste ses boissons préférées. Se trouvant en état d'ivresse, il reçut, dans une bagarre, sur la partie supérieure du pariétal droit, des coups de casse-tête, qui occasionnèrent une plaie assez étendue, laquelle guérit en quinze jours; le malade ne peut dire si le pariétal fut atteint, mais quelque temps après survint une otite suppurée de l'oreille droite, qui se montra ensuite à l'oreille gauche, et Mor. . . . rapporte l'une et l'autre aux coups reçus; l'otorrhée depuis lors est du reste revenue par intervalles et s'accompagne d'affaiblissement de l'ouïe.

Lors d'une entrée à l'hôpital Saint-Sauveur pour une petite affection chirurgicale, la religieuse du service le signale comme doué d'un appétit extraordinaire: la double ration ne le rassasiait pas. Il raconta alors qu'il avait toujours été un grand mangeur et un fort buveur, et qu'il ne voyait là que l'indice de sa forte constitution: certes, il s'était bien aperçu aussi qu'il urinait beaucoup, mais le fait pour lui n'avait pas d'importance.

Une fois guéri, on le fit passer dans le service de médecine. Là, on constata de la polyurie; quatre litres par jour ce fut la moyenne; on n'a pu savoir du malade, ni de tout autre assistant s'il y avait du sucre dans l'urine. En même temps que la triade symptomatique du diabète: polydipsie, polyphagie et polyurie, il y avait émaciation considérable et affaiblissement musculaire marqué. Pas d'autres troubles: ni prurit, ni érythème du côté de la peau et des muqueuses, pas d'a-

génésie, pas d'amaurose du côté des sens. Après six mois de séjour à l'hôpital, Mor..., brûlant de reprendre ses anciennes habitudes d'intempérance, amélioré mais non guéri, sort de l'hôpital.

Quatre ans après, le malade s'aperçoit à nouveau que son appétit et la soif ont augmenté et qu'il urine encore beaucoup, l'affaiblissement général est extrême; nouveau séjour à l'hôpital; au bout de quatre semaines il se sentait mieux et retournait à son travail, résolu à s'observer et à restreindre sa consommation quotidienne de bière. Et de fait, il s'appliqua à moins rechercher les occasions où l'absorption d'alcool est de rigueur. Néanmoins, il continua à s'affaiblir progressivement, l'amaurose vint graduelle et il dut pour son travail chausser son nez de lunettes à verre convexe + 3 D; l'ouïe s'affaiblit en même temps que reprenait l'écoulement d'oreilles; la soif et la faim étaient continues, la polyurie revenait.

C'est alors que Mor.... entre pour la dernière fois à l'hôpital; on constate à plusieurs reprises qu'il pisse 4 litres par jour d'une urine claire et acide. En plus des signes ci-dessus indiqués, on constate de la sécheresse de la bouche et de la peau, une anémie très marquée; comme phénomènes douloureux, à noter seulement de la raideur articulaire au cou-de-pied, aux genoux, aux doigts; parmi les troubles de la sensibilité on trouve quelques points d'anesthésie disséminés irrégulièrement sur le corps et de la cryesthésie, mais le malade dit que cette sensibilité au froid est d'ancienne date chez lui et qu'il ne sait si elle a augmenté. Enfin, en le découvrant, on remarque une légère éruption acnéiforme, qui lui procure par instants des démangeaisons fort vives.

Le 15 janvier, en prenant le service de la clinique médicale, je fus intéressé par l'histoire de ce malade, et je demandai sur le champ au Laboratoire des cliniques l'analyse d'un échantillon d'urine. Acide, de densité 1026, contenant par litre 31 gr. 6 d'urée, 8 gr. 24 de chlorures, 3 gr. 9 de phosphates, l'urine ne contenait ni albumine ni sucre.

Le 20 janvier, nouvelle analyse qui donne les résultats suivants: volume des 24 heures 2100 c. cubes; densité 1015; réaction acide; urée 13 gr. 4 par litre, soit 28 gr. 14 par jour; chlorures 13 gr. 10 par litre, c'est-à-dire 27 gr. 5 par jour; phosphates 2 gr. 10 par litre et 4 gr. 4 par jour. Ainsi pendant trois mois de

séjour à l'hôpital, c'est-à-dire par le repos et la privation totale d'alcool, ce malade, qui a repris un peu d'embonpoint, a vu le chiffre de ses urines tomber à 2 litres. Mais l'état de faiblesse générale persiste et même, lorsque le malade obtient de sortir ou se livre à quelque petite occupation pour tromper son désœuvrement, sans que l'auscultation du cœur en révèle d'ailleurs la cause, il est pris de céphalée, d'éblouissements et de nausées, et ses cuisses ainsi que ses mollets deviennent le siège de douleurs musculaires ressemblant à celles de la courbature.

Quel diagnostic porter en présence de ce cas clinique ? Est-on en présence d'une néphrite interstitielle ou d'un diabète insipide ?

La question a de l'importance au moins au point de vue pronostique.

Le diagnostic de diabète insipide ne saurait de prime abord faire doute : chez un homme alcoolisé, touché par plusieurs maladies infectieuses, ayant subi d'autre part un traumatisme crânien, on constate un beau jour qu'il a depuis longtemps une soif ardente, une faim dévorante, qu'il émet abondamment une urine acide et transparente ; après diverses alternatives d'amélioration et de rechute, on le retrouve émacié, déchu dans sa force musculaire, facilement fatigué, présentant des troubles divers appartenant au tableau symptomatique du diabète sucré, mais les urines sont vierges de sucre et d'albumine, alors que leur excrétion journalière est augmentée et que tous leurs éléments, urée, chlorures, phosphates, ont subi une augmentation à peu près parallèle. N'est-ce pas là dans son ensemble le tableau du diabète insipide, et d'un diabète insipide parvenu à la période de consommation au moment où nous l'observons ?

Cependant il est même dans l'énoncé sommaire des faits tels que je les ai donnés, certaines particularités qui attirent l'attention et peuvent faire penser à la néphrite interstitielle : ce sont l'amaurose, la cryesthésie, le prurit, la céphalée de fatigue. Ces symptômes font en effet partie du cortège clinique du mal de Bright et sont au nombre des phénomènes insidieux, qui le font soupçonner plutôt qu'ils ne le caractérisent. Pour qu'ils aient une valeur diagnostique probante, ces symptômes doivent être étudiés de plus près, l'amaurose en particulier. En tous cas, ils ne s'accompagnent que rarement de polydipsie et jamais de polyphagie ; et des troubles cardiaques, des manifestations urémiques aiguës, viennent traverser l'évolution de la néphrite. Aussi

dans le cas qui nous occupe, l'importance des symptômes qui nous ont fait soulever la discussion résumée ci-dessus, nous paraît-elle très-faible, certainement pas assez considérable pour ruiner le diagnostic de diabète insipide établi sur des bases autrement solides.

Est-ce à dire qu'on doit négliger de tenir compte de cette amaurose, de cette sensibilité exagérée au froid, de ces prurits avec éruption, de cette céphalée de fatigue ? Certes non, mais nous croyons lui faire sa juste part en considérant ces symptômes comme l'indice d'une altération rénale, d'une néphrite interstitielle même, surajoutée au diabète insipide et expression de la consommation organique et de la cachexie, créées par le diabète, entretenue par lui. L'excrétion quotidienne de quantités considérables de liquide urinaire, de quantités de phosphates, de chlorures et de matériaux excrémentitiels ne se fait pas en effet à travers le filtre rénal le plus tolérant sans provoquer une réaction locale, qui doit aboutir à la longue à la sclérose de l'organe ; et c'est cette sclérose rénale que nous révèlent les phénomènes sensitifs et sensoriels signalés plus haut. Cette même excrétion en quantité supérieure à la normale, de matières azotées, phosphorées et chlorées, crée une dénutrition générale permanente, compensée un temps par l'assimilation de matériaux semblables, mais s'accroissant à la longue et aboutissant à la cachexie ; il a fallu au moins sept ans à notre malade pour y arriver.

La constatation des phénomènes révélateurs d'une néphrite interstitielle est du reste et de beaucoup postérieure à l'apparition du groupe de faits qui ont dénoncé le diabète insipide ; cette raison serait suffisante, si les précédentes n'étaient pas assez plausibles, pour se décider pour l'hypothèse de diabète insipide.

Une autre question mériterait d'être élucidée, au moins aussi intéressante que celle du diagnostic clinique, ce serait de décider si ce cas de diabète insipide est maladie par elle-même ou symptôme d'une lésion, lésion nerveuse par exemple en rapport avec le traumatisme crânien subi par le malade. Mais les documents manquent pour cette étude, et il y a tout lieu de croire que l'autopsie seule jetterait une vive lumière sur la question.

Les capitalistes ont besoin d'être éclairés sur les conséquences de l'évolution industrielle qui les a faits ce qu'ils sont et les conditions nouvelles de la vie du travailleurs qu'ils emploient.

QUELQUES REMARQUES SUR LA PATHOGENIE DE LA LITHIASÉ BILIAIRE : MICROBE ET TERRAIN

PAR M. LE PROFESSEUR LINOSSIER.

Le domaine de l'infection s'élargit de plus en plus. Voilà qu'il se développe aux dépens mêmes du groupe des maladies que l'on avait l'habitude d'opposer, dans les descriptions dogmatiques, aux maladies infectieuses : du groupe des maladies de la nutrition. L'origine microbienne de l'une d'elles, la lithiasé biliaire, est aujourd'hui démontrée par l'expérimentation.

Les travaux déjà anciens de Galippe avaient mis en évidence le rôle lithogène des microbes. Naunyn, en localisant dans l'épithélium de la vésicule biliaire enflammée l'origine de la cholestérine et de la chaux des calculs, Gilbert et Dominici, en démontrant la présence de microbes dans le centre d'un grand nombre de cholélithes, Mignot, Gilbert et Fournier, en reproduisant expériméntalement des calculs par l'injection dans la vésicule biliaire de divers animaux, de colibacilles, et de bacilles d'Eberth atténués, ont mis hors de doute le rôle des microorganismes dans la production de la lithiasé. Mais, ce rôle étant admis, il importe de se demander si cette conception pathogénique nouvelle doit nous inciter à orienter dans une nouvelle voie les efforts de la prophylaxie et de la thérapeutique, si, au point de vue pathogénique même, nous devons faire table rase de tous les documents, qui, jusqu'à ces dernières années, nous paraissaient constituer une preuve suffisante de la subordination de la lithiasé biliaire à un trouble de la nutrition.

La réponse à une telle question ne saurait être douteuse ; la révolution provoquée par les expériences récentes est beaucoup moins radicale qu'elle ne le paraît au premier abord, et on peut dire, sous une forme un peu paradoxale, que, infectieuse en fait, la lithiasé biliaire ne doit pas moins être considérée cliniquement comme une maladie de la nutrition.

De ce qu'une maladie est microbienne il ne s'en suit pas en effet que le microbe ait un rôle exclusif, ni même prépondérant dans sa production, et il existe à ce point de vue, entre les divers microbes pathogènes, des différences capitales.

Certains sont très virulents, et il semble que leur inoculation à l'homme ait pour conséquence à peu près inévitable l'é-

clousion de la maladie correspondante. Tels sont le *bacillus anthracis*, le parasite encore inconnu de la syphilis.

Au début des recherches de Pasteur, l'opinion médicale se laissa un moment séduire par cette conception si simple des maladies infectieuses, provoquées aussi fatalement, supposait-on, par l'inoculation accidentelle à l'organisme d'un microbe virulent, que la fermentation alcoolique peut l'être par la chute dans un moût sucré de quelques cellules de levure. Eviter cette inoculation accidentelle, puis, l'inoculation produite, poursuivre à l'aide d'antiseptiques le microbe dans l'organisme infecté lui-même, semblait résumer toute la prophylaxie et toute la thérapeutique des maladies infectieuses.

Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que l'organisme ne subit pas l'infection comme un simple bouillon de culture, qu'il se défend contre elle, si bien que assez rares sont les microbes dont l'inoculation seule suffit à créer la maladie. Pour la plupart, il faut encore, pour que celle-ci se manifeste, que le microbe trouve dans l'être inoculé un terrain favorable à son développement, notion nouvelle dont l'importance devait croître de jour en jour, au fur et à mesure que l'on pénétrait mieux le mécanisme de l'infection.

L'importance relative de ces deux facteurs, microbe infectant et organisme infecté, graine et terrain, est bien frappant dans l'étude d'un des micro-organismes qui font le plus de ravages dans l'espèce humaine, le bacille tuberculeux. Les phtisiques étant légion, l'expectoration étant un mode puissant de diffusion de leurs bacilles, ceux-ci sont en quelque sorte, partout : nous sommes sous la menace constante d'une contamination, il est probable que bien peu y échappent, et, si le bacille tuberculeux avait la même virulence que le bacille tétanique par exemple, l'humanité entière ne tarderait pas à être la proie de la tuberculose. Heureusement, la majorité des hommes ne constitue pas pour le bacille de Koch un terrain de culture très favorable, et, après une lutte plus ou moins longue, plus ou moins difficile, parfois assez silencieuse pour ne pas attirer l'attention, l'organisme triomphe du parasite. On trouve la trace de ces infections légères, suivies à brève échéance de guérisons définitives, quand on recherche systématiquement les cicatrices de tuberculose dans les poumons de sujets morts d'affections quelconques ; elles y sont

très fréquentes. Dans la tuberculose, soit au point de vue prophylactique, soit au point de vue thérapeutique, le médecin doit donc tenir au moins autant compte du terrain que du microbe.

Avec la lithiase biliaire, nous nous trouvons en face d'un autre type de maladies infectieuses, celles dans lesquelles un microbe banal, parasite normal de l'organisme, n'exerce une action pathogène qu'à la faveur d'une altération préalable du terrain, si bien que, au point de vue prophylactique et thérapeutique, le microbe n'est pour ainsi dire rien, contrairement à ce qui se passe dans les maladies du premier groupe où le microbe était à peu près tout. Dans une des récentes consultations cliniques de l'hôpital Necker, l'importance du "sol humain" dans l'étiologie de la lithiase biliaire a été de nouveau signalée.

Quels sont, en effet, les micro-organismes capables de provoquer cette affection ?

Jusqu'à ce jour, on n'en a incriminé que deux.

L'un est le bacille d'Eberth, qui peut donner naissance à des asgiocolites calculeuses. Celles-ci ne se développent peut-être que sur un terrain prédisposé, il n'en est pas moins acquis que le médecin doit se préoccuper du microbe, et que les précautions prises contre la contamination des eaux potables par le bacille d'Eberth constituent une mesure prophylactique contre la lithiase. La lithiase une fois constituée, ce n'est guère au contraire qu'en agissant sur le terrain, qu'on peut atténuer ses manifestations. Nous retrouvons donc, à propos de la lithiase biliaire post-typhique, une importance relative du microbe et du terrain analogue à celle qui existe dans la tuberculose.

Mais il ne semble pas que la lithiase post-typhique soit à beaucoup près la plus fréquente. C'est au banal coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, que paraît devoir être attribuée surtout la formation des cholélithes, et il n'est pas nécessaire que ce coli-bacille ait une virulence très exaltée. L'expérimentation tend au contraire à faire admettre que les propriétés lithogènes appartiennent surtout au coli-bacille peu virulent, c'est-à-dire tel qu'il peut exister dans l'intestin, à l'occasion du moindre trouble gastro-intestinal.

Le microbe est donc toujours présent, à l'entrée même des

voies biliaires, et prêt à les envahir dès que leurs moyens normaux de défense deviendront insuffisants, comme les multiples organismes de la putréfaction envahissent, dès après la mort générale ou locale, les parois intestinales.

Dans ces conditions il serait illusoire de tenter une lutte quelconque contre le microbe ; tout au plus peut-on veiller à ce qu'aucun trouble digestif ne lui communique le degré de virulence nécessaire à la manifestation de son action lithogène. Le seul moyen de prévenir la lithiase est d'assurer le bon fonctionnement de la défense contre l'ennemi toujours présent. c'est-à-dire d'entretenir le bon état du terrain, puisqu'une modification pathologique de ce terrain semble être une condition nécessaire au développement de l'infection.

Quelles sont donc les modifications du terrain qui rendent possible son invasion par le coli-bacille ? Les unes sont locales et d'ordre mécanique : c'est la stagnation biliaire, dont l'importance avait été reconnue bien avant la découverte de l'origine infectieuse de la lithiase. Les autres sont générales et dérivent du vice de nutrition, que l'on a appelé successivement arthritisme, herpétisme, uricémie, brady-trophie, hépatisme. Je sais combien est vague actuellement la conception de l'arthritisme, ses limites sont peu précises, son origine est inconnue, nous ne saurions définir son essence ; il n'en est pas moins une réalité clinique, et la lithiase biliaire nous apparaît nettement comme une de ses manifestations.

C'est ainsi que cette lithiase biliaire est héréditaire et familiale, mais cette circonstance particulière, que ce qui est héréditaire n'est pas la maladie elle-même, mais le terrain sur lequel elle se développe. Dans les antécédents des sujets atteints de coliques hépatiques, on trouve, aussi fréquemment que la lithiase elle-même, la lithiase urinaire, la goutte, le diabète, l'obésité, l'asthme, etc. Un goutteux a plusieurs enfants : l'un sera goutteux, l'autre diabétique, un troisième aura de la lithiase biliaire, au hasard de la graine qui tombera sur le terrain prédisposé qu'il a reçu en héritage. Un fils d'arthritique a parfois de l'eczéma dans sa première enfance, de la migraine dans l'adolescence, de la lithiase biliaire à l'âge adulte, et termine son existence goutteux ou diabétique : sur le même terrain il fait plusieurs récoltes.

Cette discussion de l'importance relative du terrain et de la

graine dans la genèse de la colique hépatique n'a pas qu'un intérêt théorique. Les idées pathogéniques doivent en effet servir de guide à la prophylaxie et à la thérapeutique. Attribuer aux microbes le rôle prépondérant dans le développement de la lithiase conduirait à peu près exclusivement le médecin à l'usage des antiseptiques intestinaux. Attribuer l'importance prépondérante au terrain justifie, au contraire, la thérapeutique classique, qui, actuellement, a fait ses preuves. C'est en effet sur ce terrain qu'agit le régime alimentaire, si important chez les lithiasiques, qu'agissent l'exercice, l'hydrothérapie, le massage. Comment expliquer autrement que par une modification de la nutrition générale le bon effet des eaux minérales alcalines ? Et il est à remarquer que régime alimentaire, pratiques hygiéniques, médications même, sont en quelque sorte, et sauf quelques modifications de détails, communs à tous les membres de la grande famille des arthritiques. Si certaines eaux minérales alcalines semblent avoir une action élective sur tel ou tel organe, où modifier plus heureusement telle ou telle manifestation de l'arthritisme, on peut dire qu'en général, *tous* les arthritiques peuvent s'améliorer dans *toutes* les stations où l'on traite une des manifestations de la diathèse. Si Vichy, par exemple, est la station la mieux appropriée au traitement de la lithiase biliaire, on pourra voir cependant des sujets atteints de coliques hépatiques retirer un réel bénéfice d'un séjour à Evian ou à Vittel, où cependant on traite plus spécialement la lithiase urinaire.

Toutes ces notions sont banales, mais il n'est peut-être pas inutile de les rappeler et de les préciser à l'heure actuelle. Il importe de bien établir que les recherches récentes, en mettant en évidence le rôle de l'infection dans le développement de la lithiase biliaire, n'ont pas rejeté au second plan l'importance pathogénique des altérations de la nutrition générale. Elles ont précisé le mécanisme par lequel ces altérations conduisent à la lithiase. Reste à préciser la nature et l'origine de ces altérations elles-mêmes. Vaste et important problème, à peine ébauché encore et dont la solution ne semble pas proche.

Le médecin doit s'occuper des problèmes sociaux car les difficultés sociales s'occuperont de lui.

**SUR QUELQUES PHENOMENES MORBIDES DE LA SECONDE
ENFANCE EN RAPPORT AVEC UNE DYSPEPSIE
TOXIQUE D'ORIGINE ALIMENTAIRE.**

PAR M. LE DOCTEUR SEVESTRE,

*Médecin de l'Hôpital des Enfants, Membre de l'Académie
de médecine.*

Il n'est pas très rare d'observer, au cours de la seconde enfance, une série de phénomènes morbides assez inquiétants en apparence, au point de faire craindre le développement d'une maladie grave (méningite, affection cardiaque, etc.) et qui cependant sont loin de comporter un pronostic aussi sérieux. Ces accidents sont assez variables dans leurs manifestations, mais en général se caractérisent surtout par une céphalalgie plus ou moins intense, réveillée ou augmentée par le travail intellectuel, par un état de fatigue et de lassitude générale, d'autres fois par des poussées de fièvre, ou encore par des palpitations ou des troubles nerveux.

Ces faits sont déjà connus et ils ont même, dans ces derniers temps, fait l'objet de travaux intéressants, mais peut-être n'ont-ils pas été suffisamment vulgarisés, car j'ai vu plus d'une fois des médecins sérieux commettre à cet égard des erreurs de diagnostic et de pronostic. D'autre part, il me semble nécessaire d'insister, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, sur les troubles digestifs qui accompagnent en général les accidents en question et qui me paraissent avoir pour la pathogénie et aussi pour la prophylaxie et le traitement une importance capitale.

C'est sur ces points que je désire plus spécialement attirer l'attention, après avoir indiqué brièvement les symptômes de cet état morbide.

C'est surtout chez les enfants de 7 à 15 ans qu'on observe ces accidents, mais ils peuvent se manifester dès l'âge de 5 ou 6 ans ou même plus tôt encore; après 15 ou 16 ans, ils sont en général plus rares.

Le phénomène le plus habituel est la *céphalalgie* qui est ordinairement frontale, ou encore intérieure (comme me le disait, il y a quelques jours, un petit malade); elle est gravite souvent modérément intense, mais pénible par sa persistance; d'autres fois elle s'accompagne d'élanements. Elle se montre à un moment quelconque de la journée, quelquefois dès le

matin, le plus souvent à l'occasion de la reprise des études ; le travail cérébral en effet l'augmente toujours et la réveille lorsqu'elle avait cessé ; aussi les enfants, même les bons élèves, éprouvent-ils de ce fait une répugnance pour le travail ou même une inaptitude plus ou moins marquée.

Il en résulte un retard dans les études et consécutivement aussi un état de tristesse et d'ennui, qui se complique parfois de troubles nerveux. Les enfants ont souvent même peu de propension à jouer, dans la crainte de voir la céphalalgie augmentée par des mouvements plus ou moins brusques. Cette céphalalgie peut cesser au bout de quelques jours, mais souvent elle persiste pendant plusieurs semaines, ou du moins se manifeste dès que l'on veut faire reprendre les études.

Elle ne se produit guère la nuit et il est bien rare qu'elle empêche le sommeil ; cependant, chez les enfants sujets aux maux de tête, il n'est pas très rare d'observer de l'insomnie et surtout des *cauchemars* ou une agitation plus ou moins marquée.

Dans un certain nombre de cas, avec ou sans céphalalgie, il existe des *palpitations* qui peuvent d'ailleurs se produire soit à la suite d'une marche un peu rapide ou de mouvements plus ou moins violents, soit même au repos. A l'examen du cœur, on constate que les pulsations sont fréquentes ; elles sont surtout augmentées de force et sont perceptibles sur une large surface ; la pointe du cœur est souvent portée en dehors, mais ne paraît pas notablement abaissée (circonstance dont l'explication sera donnée plus loin).

Les battements sont en général réguliers, cependant il n'est pas très rare de constater des intermittences ou même des signes d'arythmie véritable. A l'auscultation on peut trouver un souffle tantôt peu marqué et fugace, tantôt assez intense, mais présentant en tout cas les caractères des souffles extra-cardiaques.

Chez quelques enfants on observe des *poussées de fièvre*, accompagnées ou non de céphalalgie ou de vomissements et qui disparaissent, après quelques jours, sans qu'on ait pu les rattacher à une cause bien appréciable. Ces poussées de fièvre se reproduisent de loin en loin, avec des intervalles de 4, 5, 6 semaines.

Enfin dans d'autres cas, il y a simplement des *vomissements*

qui, pendant plusieurs heures ou même ou deux jours, se répètent avec une ténacité désespérante et semblent assez différents de ceux qu'on observe dans l'embarras gastrique simple.

Tous les phénomènes dont je viens d'esquisser les traits principaux peuvent d'ailleurs se montrer isolément ou se combiner de diverses façons ; en outre, chez le même enfant, ils peuvent se produire alternativement, à des intervalles plus ou moins éloignés ; cependant, c'est la céphalalgie que l'on observe le plus souvent.

En même temps, d'ailleurs, que ces phénomènes ou dans leur intervalle, on peut observer des accidents d'un autre ordre qui existent pour ainsi dire d'une façon permanente et à cet égard méritent tout spécialement d'attirer l'attention : Je veux parler des *troubles digestifs* qui établissent en quelque sorte entre les phénomènes en question un trait d'union et me paraissent avoir, au point de vue de leur genèse, une grande importance.

On a proposé, pour expliquer les faits que je viens d'étudier, diverses interprétations dont la discussion m'entraînerait trop loin ; je signalerai seulement la dernière en date, celle de M. Comby, qui rattache tout à l'arthritisme et qui, dans le travail, étudie en particulier la céphalalgie arthritique, les vomissements cycliques et la fièvre arthritique. Il est certain, que beaucoup des enfants qui font l'objet de cette étude, sont de souche arthritique, mais je crois qu'il y aurait quelque exagération à dire qu'ils le sont tous, et d'ailleurs il convient de serrer la question de plus près et de chercher si, même en acceptant cette notion de l'arthritisme, il n'existe pas un fait plus direct et plus précis auquel on puisse rattacher ces accidents.

Ce fait me paraît résider dans l'existence de troubles digestifs. Or, si l'on interroge à ce sujet les parents de nos petits malades, ils répondent presque toujours sans hésitation que leurs enfants digèrent bien et, de fait, ceux-ci ne se plaignent jamais de troubles des fonctions digestives. Il s'en faut pourtant de beaucoup que ces fonctions s'exécutent toujours normalement, et c'est ce que montre bientôt un examen plus attentif et plus précis.

Tout d'abord, on constate dans la plupart des cas un clapotage gastrique plus ou moins prononcé, dénotant sinon une dilatation bien constituée, au moins une distention de l'esto-

mac ; le colon est souvent aussi distendu par des gaz. Le foie est assez généralement augmenté de volume et dépasse de plusieurs travers de doigt les fausses côtes ; souvent, enfin, il existe une constipation plus ou moins tenace et d'autres fois des alternatives de diarrhée et de constipation. En tout cas, les selles présentent généralement une odeur fétide très caractérisée ; la langue est souvent couverte, surtout dans sa partie postérieure, d'un enduit saburral presque permanent et les parents ne font aucune difficulté de reconnaître que le matin, en particulier, les enfants ont l'haleine un peu forte. Ils avouent également que souvent il y a du hoquet à la suite des repas et que le ventre est fréquemment ballonné ; enfin, on finit pas apprendre que les enfants mangent très vite, gloutonnement et avalent de gros morceaux sans les mâcher, ou, au contraire, gardent longtemps les aliments dans la bouche sans leur faire subir une mastication convenable ; la quantité de liquide ingéré à chaque repas est souvent exagérée et même dans l'intervalle il y a assez ordinairement une soif plus ou moins marquée, qui est largement satisfaite.

J'ajoute que souvent il s'agit d'enfants gâtés ou mal dirigés et auraient besoin, au contraire, d'une surveillance rigoureuse et devraient être soumis à une hygiène bien conduite.

D'après les faits, très nombreux, que j'ai observés (car ces cas sont loin d'être rares), voici comment, à ce qu'il me semble, on peut comprendre l'enchaînement des phénomènes : un enfant un peu trop laissé à lui-même, introduit dans son estomac des aliments mal divisés ou trop abondants ; la digestion finit cependant par se faire et pendant un temps plus ou moins long, il n'en résulte aucun trouble appréciable. Puis, par le fait de la répétition des mêmes fautes, l'estomac se laisse distendre et en même temps devient moins actif : les aliments y séjournent et subissent (au moins ceux qui sont plus facilement altérables) une décomposition qui se continue d'ailleurs dans l'intestin. Les toxines ainsi produites sont absorbées, mais sont d'abord détruites dans le foie. Au bout d'un certain temps pourtant, cet organe se trouve à son tour altéré et devient insuffisant pour le rôle d'épuration qu'il aurait à remplir.

Alors commence l'intoxication qui se manifeste par la céphalalgie, par la fatigue générale, par les vomissements et même par la fièvre qui dénote un degré d'intoxication plus

aiguë. Quant aux palpitations, elles sont dues en partie peut-être à la même cause, mais sont favorisées également par le déplacement du cœur qui se trouve soulevé par l'estomac distendu.

L'explication que je viens de donner et qui d'ailleurs ne m'est pas personnelle, est sans doute quelque peu hypothétique, mais elle est cependant assez plausible; elle trouve du reste une sorte de confirmation dans l'examen des résultats que donne un traitement bien dirigé. Les accidents à distance (céphalalgie, etc.) diminuent en effet le plus généralement lorsque l'on a réussi à faire modifier le régime ou si l'on a supprimé certaines conditions défavorables qui jouent le rôle de causes accessoires. Parmi ces causes, je signalerai en particulier la claustration dans des salles d'études mal ventilées et souvent surchauffées, l'absence d'exercices au grand air, et dans certains cas des excès de travail en vue d'un examen ou d'un concours. Ce sont là des conditions qui chez un enfant bien portant, bien pondéré peuvent n'avoir aucune conséquence fâcheuse; mais qu'elles viennent à se produire chez un individu né de parents arthritiques ou neurasthéniques, fatigué lui-même par une croissance trop rapide, par des excès de masturbation, ou encore par des exercices physiques exagérés, la situation sera toute différente et l'on verra survenir les troubles digestifs et consécutivement les autres phénomènes morbides.

La pathogénie des accidents étant ainsi établie, les *indications thérapeutiques* en découlent tout naturellement; elles se réduisent au fond à deux principales: 1^o Entraver la production des toxines et pour cela éviter d'introduire dans le tube digestif des aliments encombrants, peu assimilables ou sujets à se décomposer rapidement, en même temps d'ailleurs qu'on luttera contre l'atonie gastro-intestinale par des médications appropriées.

2^o Des toxines ayant pu se produire, chercher à en favoriser la destruction dans l'organisme ou l'élimination aussi rapide que possible et pour cela surveiller les fonctions du foie, des reins, des poumons, de la peau et activer la circulation.

Entrons maintenant dans le détail et voyons comment on peut réaliser ces indications essentielles.

Le *Régime* offre une importance capitale: on devra éviter

les aliments encombrants, mal divisés, et plus spécialement encore ceux qui sont sujets à subir une décomposition rapide et par contre on recherchera surtout les aliments de digestion facile.

Parmi ces derniers, je signalerai surtout les soupes bien faites, préparées au lait, avec des pâtes ou des farines, ou encore avec des purées de légumes ; les œufs et les crèmes, le poisson (sole, merlan, barbac, etc.), mais à la condition expresse qu'il soit bien frais, les viandes blanches, les viandes de boucherie en quantité modérée et de préférence bouillies ou braisées plutôt que grillées ou rôties, les purées de légumes farineux (pommes de terre, pois, haricots et surtout lentilles), les légumes verts très cuits, les fruits cuits. Par contre, on évitera les viandes saignantes et le jus de viande, le gibier, la charcuterie, (le jambon étant permis), les crustacés, les crudités, la friture, les pâtisseries.

On remarque que je conseille de donner seulement en quantité modérée ou même d'éviter les viandes grillées ou rôties et d'une façon générale les viandes saignantes, prescription qui peut sembler bizarre lorsqu'il s'agit d'enfants en voie de développement et qui ont besoin d'aliments azotés. Je ne nie pas que ces aliments puissent être excellents pour des enfants bien portants, mais pour ceux que nous avons en vue en ce moment, et qui sont si prédisposés à une intoxication d'origine gastro-intestinale, il faut donner la préférence aux aliments qui par le fait d'une cuisson doucement conduite et prolongée sont en quelque sorte *stérilisés* et en tout cas sont beaucoup moins altérables.

Dans le même but encore, on devra surveiller avec soin la *mastication* qui est souvent très défectueuse chez les enfants.

La question des boissons ne doit pas être négligée. Relativement à la quantité, on ne devra pas dépasser à chaque repas un verre ou au maximum un verre et demi. Quant à la nature de ces boissons, on évitera le vin même coupé d'eau ; on pourra donner de l'eau pure, mais il est préférable d'y ajouter un quart ou un tiers d'extrait de Malt, qui favorise la digestion ; une bière légère, peu alcoolique, convient encore parfaitement. Quant au lait, donné comme boisson au moment des repas, il n'est pas toujours bien supporté ; il vaut mieux le réserver pour le petit déjeuner du matin et pour le goûter.

Pour tous les enfants et spécialement pour nos malades, les repas doivent toujours être pris à des heures déterminées et l'on ne doit jamais, dans leur intervalle, donner quoi que ce soit (ni aliments, ni boissons.)

Il est d'usage, en France, de faire faire aux enfants quatre repas, qui sont d'ailleurs convenablement espacés. Le repas de midi doit être le plus important, mais celui du soir sera très modéré ; ce sera le meilleur moyen d'éviter pour la nuit les cauchemars et l'agitation qui résultent d'une digestion un peu difficile. Par contre, je conseille en général, de faire faire le matin un véritable petit repas, un peu plus important que cela n'a lieu d'habitude ; par exemple, on donnera une soupe ou du lait agrémenté, si l'on veut, d'un peu de café ou de chocolat, mais on y ajoutera un ou deux œufs ou de la viande froide.

Pour en finir avec le régime, j'ajoute que chez les enfants dont le foie est plus ou moins augmenté de volume, on devra éviter les graisses, les tartines beurrées, etc.

Pour combattre l'atonie gastro-intestinale, on fera prendre des amers ; c'est ainsi que souvent dans ces cas, je conseille de donner avant chaque repas dans un peu d'eau 10 à 15 gouttes de la mixture suivante :

| | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| Teinture de noix vomique. | 1 | Drachme |
| Teinture de Colombo. | 2 | “ |
| Teinture de Badiane. | 3 | “ |

On peut encore recommander de laisser boire très peu pendant le repas et de donner après ce repas une infusion *très chaude* de Badiane ou de Camomille.

Les moyens qui précèdent peuvent avoir une action sur l'atonie de l'intestin et contre la *constipation* ; mais il est souvent nécessaire d'y ajouter le massage abdominal. Ce massage sera fait sur le trajet du gros intestin, d'abord à droite de bas en haut, puis en haut transversalement de droite à gauche, enfin à gauche de haut en bas.

L'hydrothérapie ne doit pas être négligée, qu'elle consiste dans les douches (ce qui vaut mieux), ou que l'on se contente de faire chaque matin des lotions froides suivies de frictions. Si l'eau froide n'était pas supportée, on aurait recours aux bains sulfureux répétés 2 ou 3 fois par semaine.

Tous les exercices physiques sont bons, mais à la condition qu'ils ne soient pas portés jusqu'à l'excès et que l'on n'arrive pas à la fatigue.

Enfin, il est absolument important d'éviter la claustration et de mettre les enfants à l'air le plus possible. Cette pratique n'est pas toujours d'une exécution facile, lorsqu'on veut la concilier avec les études scolaires, mais on doit alors chercher un moyen terme qui puisse satisfaire à la fois à des exigences opposées.

Assurément, il serait beaucoup plus simple, chez des enfants qui supportent assez mal le travail intellectuel, de suspendre complètement ses études et d'envoyer le malade au grand air, à la campagne, pour lui permettre de se rétablir complètement; mais il ne faut pas oublier que cet exil peut durer plusieurs mois et pour un garçon qui veut et qui doit se faire une situation, cette interruption dans les études peut avoir pour l'avenir des conséquences graves. En pareil cas, sans abandonner la règle de l'hygiène et en insistant au contraire sur ces règles, le médecin peut autoriser dans une certaine mesure la continuation ou la reprise des études et il doit user de son autorité pour *imposer* un modus vivendi convenable. C'est encore faire de la médecine et ce n'est pas le côté le moins honorable de notre profession.

TRAITEMENT DE L'ULCERE FLORIDE DE L'ESTOMAC

Le traitement de l'ulcère de l'estomac à évolution aiguë doit répondre aux trois indications suivantes :

- 1o Arrêter l'hémorragie :
- 2o Calmer les douleurs s'il en existe ;
- 3o Aider à la réparation et à la cicatrisation de l'ulcère.

La cure du repos absolu répond à ces trois indications.

Une vessie de glace sur la région gastrique obligera au repos les malades indociles, elle exercera aussi une action sédative sur la douleur.

M. Robin ne tolère pas une goutte d'eau à l'intérieur pendant deux à douze jours. Les lavements alimentaires seront employés : l'absorption des substances alimentaires est démontrée par l'augmentation de l'azote urinaire.

Calmer la soif par des lavements désaltérants de 250 à 300

grammes d'eau pris une demi-heure avant le lavement alimentaire, avec une sonde introduite à 25 centimètres de profondeur.

Recourir aux injections de sérum artificiel si la quantité d'urine tombait au-dessous de 500 à 600 grammes.

Contre les douleurs, la poudre suivante réussit très bien :

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Magnésie hydratée..... | 1 gr. 50 |
| Bicarbonate de soude..... | 1 gr |
| Sous-nitrate de bismuth..... | } 40 0 gr 80 |
| Carbonate de chaux précipité..... | |
| Codéine..... | 0 gr 005 |
| Pour un paquet. | |

A prendre dans un peu d'eau, et à répéter au besoin au bout d'une demi-heure. La dose est avalée d'un trait ; diluée dans un quart d'eau tiède. Le malade se couche à droite, à gauche, sur le ventre, le dos, de façon à répartir la poudre inerte sur toute la face interne de l'estomac.

Le jeûne sera prolongé huit, dix, quinze jours. Il sera supprimé quand les douleurs spontanées auront disparu, si la température baisse, si la tension artérielle fléchit fortement, ou que la quantité d'urine émise baisse au-dessous de 400 grammes. Ensuite régime lacté de dix semaines à deux mois.

Grâce à ces précautions rigoureuses, on évitera la mort, on s'opposera aux récidives qui sont fréquentes, on réduira la durée du mal qui se prolonge souvent sur une période de plusieurs années.

SUR LE TRAITEMENT DU MAL DE BRIGHT PAR LA DECORTICATION DU REIN

PAR M. LE PROFESSEUR EDEBOHLS.

A l'heure actuelle, le chiffre des interventions sur le rein brightique se monte à 51. L'opération a pour but de favoriser la circulation rénale en supprimant l'obstacle formé par la capsule propre du rein et en facilitant la création de nouvelles connexions vasculaires entre le rein et son atmosphère adipeuse, d'où résorption des produits inflammatoires et néoformation d'épithélium sécrétoire.

La difficulté de l'intervention est des plus variables ; elle dépend surtout de trois facteurs : la longueur et l'obliquité plus ou moins grandes de la douzième côte, la mobilité ou la fixité du rein, enfin le degré d'adhérence de la capsule au tissu rénal. Il est à remarquer que cette adhérence est surtout mar-

quée dans la néphrite chronique interstitielle qui s'accompagne, d'autre part, d'un état particulièrement friable de la glande elle-même.

Un des plus grands dangers de l'opération est, sans contredit, l'anesthésie qui produit des phénomènes congestifs du côté des reins ; aussi l'opération doit-elle être faite aussi rapidement que possible ; elle ne doit jamais dépasser une heure ; un chirurgien expérimenté la fait généralement en une demi-heure. L'anesthésie par l'éther doit précéder les inhalations de protoxyde d'azote.

Avant de conseiller l'opération, le chirurgien devra se renseigner sur l'état du cœur et des vaisseaux. Sans doute la néphrite chronique ne va guère sans un degré plus ou moins marqué d'hypertrophie et de dégénérescence cardiaques ; le tout est de savoir si les lésions sont trop avancées pour qu'elles puissent s'améliorer, d'autant plus que s'il en est ainsi, les risques de l'opération sont forcément accrus.

Les résultats de l'intervention sont intéressants à suivre. Tout d'abord, on note une augmentation de l'excrétion de l'urée ; tel malade qui, en vingt-quatre heures, éliminait 6 grammes d'urée, voit cette quantité atteindre au bout d'un mois 30 ou 35 grammes. Puis on voit disparaître successivement les cylindres cireux, graisseux, épithéliaux et purulents ; les cylindres granuleux et hyalins persistent plus longtemps, mais finalement disparaissent également. L'albumine disparaît en dernier lieu.

En même temps, on remarque une amélioration parallèle de l'état général : retour de la force musculaire, disparition des troubles digestifs et pulmonaires, ainsi que des céphalalgies (à condition bien entendu que la dégénérescence cardiaque et vasculaire ne soit pas trop marquée.)

Voici, du reste, le résumé des suites opératoires dans 48 cas parmi les 51 opérés.

La décortication fut bilatérale dans 47 cas unilatérale dans 4 cas seulement.

Sept malades moururent moins de dix-sept jours, et 7 succombèrent entre deux mois et huit ans après l'opération. Chez 2 malades on n'observe aucune amélioration, tandis que chez 22 opérés l'amélioration, très réelle, s'est manifestée de deux à quinze mois après l'intervention. L'urine de plusieurs d'entre

eux ne présente plus de cylindres ni d'albumine. Un des malades, après avoir été en apparence parfaitement guéri, a présenté de nouveau, quatre ans plus tard, des phénomènes brightiques (l'opération dans ce cas avait été unilatérale).

Enfin 9 malades ont été absolument guéris ; chez eux l'opération a été pratiquée à une date éloignée de vingt et un mois au moins et de dix ans au plus.

**BORATE DE SOUDE, PICROTOXINE, HYDRATE D'AMYLENE
SUCCEDANES DU BROMURE DE POTASSIUM
DANS LE TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE**

PAR LE PROFESSEUR HUCHARD.

1o *Borate de soude.*

Le borax doit être employé à l'état de pureté, car il est souvent falsifié avec l'alun, le sulfate de soude, le chlorure de sodium, le borate de chaux ou de magnésie. Ce médicament, insoluble dans l'alcool, est soluble dans un peu plus de 20 parties d'eau froide et soluble dans son propre poids de glycérine. Malheureusement il produit parfois des troubles digestifs (salivation, anorexie, vomissements, diarrhée), des éruptions (papuleuses, eczémateuses, scarlatiniformes, rubéoliques et uroncu-leuses), de l'amaigrissement et de la conjonctivite. Aussi doit-on recommander une bonne et reconstituante alimentation, du bismuth contre la diarrhée. Il a l'avantage de ne pas atteindre l'intelligence, comme les bromures. Pour dissimuler son goût désagréable, voici une formule :

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| Borate de soude | 10 grammes. |
| Glycérine..... | 5 — |
| Sirop d'écorces d'oranges amères..... | 30 — |
| Julep..... | 90 — |

Règle générale (d'après Mairét) : *Le borate de soude réussit mieux dans les épilepsies symptomatiques ; le bromure de potassium réussit mieux dans l'épilepsie-névrose. Mais, dans ce dernier cas encor, il ne faut employer le borax que lorsque le bromure a échoué.*

A quelle dose et comment employer le borate de soude ?

On commence par 0 gr. 50 à 1 gramme, en augmentant progressivement tous les jours (jusqu'à 5, 6, 8 et même 10 grammes, dose maxima qu'il ne faut pas le plus souvent dépasser.

Si ces dernières doses (8 à 10 grammes) ne donnent pas de résultat, on doit y renoncer.

Dès que l'effet est produit, c'est-à-dire quand les crises ont disparu, on peut alors diminuer la dose jusqu'à 4 grammes, mais en rappelant bien qu'au-dessous de 3 et de 4 grammes, la dose est insuffisante. Si alors de nouveaux accès se produisent, il faut revenir promptement à 8 ou 10 grammes. Le médicament doit être prescrit loin des repas, en raison de son action sur le tube digestif (le matin au lever et le soir au coucher).

Ce traitement employé sur plusieurs malades a donné de bons effets. Mais aux doses utiles le borate de soude détermine assez souvent de l'intolérance gastrique.

2o *Picrotoxine.*

C'est le principe actif de la coque du Levant (*Menispermum* ou *Annamita Cocculus*). Planat (1875), a démontré son action anti-convulsivante sur le système nerveux. La coque du Levant peut être employée sous forme de teinture obtenue de la façon suivante :

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Coque du Levant pulvérisée..... | 200 grammes. |
| Alcool rectifié..... | 1000 — |

Faites macérer pendant trois semaines et filtrez. Prendre pour commencer II gouttes de cette teinture avant les repas ; augmenter chaque jour cette dose d'une goutte jusqu'à ce qu'on arrive à XX ou XXX gouttes.

Hambursin l'administre à plus forte dose : il donne X gouttes matin et soir en augmentant de II gouttes par jour jusqu'à LX gouttes, puis il fait augmenter de X gouttes par mois jusqu'à la dose de C gouttes, et s'en tient à cette dose si les accès ont disparu, sinon il la porte à CL gouttes. M. Huchard redoute ces doses qui lui paraissent toxiques.

3o *Hydrate d'amylène.*

Ce médicament (alcool pseudo-amylé) se présente sous la forme d'un liquide incolore, d'odeur aromatique, de saveur fraîche comme la menthe, soluble dans l'alcool et faiblement soluble dans l'eau : il n'a aucune action défavorable sur l'estomac et le cœur. Il a été employé la première fois par Wildermuth, qui le recommandait dans l'état de mal, dans l'épilepsie nocturne et aussi dans le but de remplacer les bromures. P. Blocq a pres-

crit ce médicament avec succès dans un cas d'épilepsie jacksonienne aux doses de 3 à 6 grammes, d'après cette formule :

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Eau distillée..... | 30 ^e grammes. |
| Hydrate d'amyliène..... | 20 — |

Prendre de 2 à 6 cuillerées par jour dans un peu de vin pur.

Ces divers médicaments ont été employés avec succès par M. Huchard, mais il est bien entendu qu'ils demeurent réservés pour les cas où le bromure n'aurait pas été toléré, le bromure restant toujours le meilleur médicament de l'épilepsie.

LES RAYONS X CONTRE LES TUMEURS MALIGNES.

Dans un mémoire complet et intéressant, M. le docteur Coley passe en revue les résultats obtenus jusqu'ici par la radiothérapie dans le traitement des tumeurs malignes. De cette étude il conclut que les rayons X ont éviémmment une action inhibitrice sur le développement de tous les néoplasmes malins, sans que nous puissions dire encore quel ordre de tumeur bénéficie surtout de ce traitement : il semble cependant que l'on obtienne les résultats les plus satisfaisants dans les cas de sarcomes ayant leur point de départ dans les ganglions lymphatiques ; on peut ranger dans la même catégorie les épithéliomas superficiellement situés. On a observé plusieurs cas de carcinomes récidivants du sein qui ont disparu entièrement après des applications prolongées des rayons X. Mais on ne peut considérer tous ces cas comme définitivement guéris : l'emploi de la radiothérapie est trop récent pour qu'on puisse affirmer la guérison même dans le cas le plus ancien. Par contre, on ne saurait méconnaître le soulagement qu'éprouvent les malades qui, souvent, voient leur vie prolongée, et l'on ne peut nier la merveilleuse puissance du nouveau traitement quand on voit fondre en quelques semaines des tumeurs manifestement malignes.

Nous avons encore beaucoup à apprendre en radiothérapie, et la technique est certainement passible de nombreux perfectionnements. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de nos connaissances, cette méthode sera réservée aux tumeurs inopérables, et les observations recueillies dans le service de M. le docteur Laforest à l'Hôtel-Dieu de Montréal, nous amènent aux mêmes conclusions que nous développerons davantage en publiant les résultats obtenus.

DR. LECAVELIER.

TRAITEMENT DES URETRITES CHRONIQUES

PAR M. LE DOCTEUR BENSA.

1o. *Urétrites chroniques antérieures (superficielle, muqueuse ; profonde, avec périurétrite, cavernite chronique et rétrécissement).*

2o. *Urétrites chroniques postérieures (superficielle, muqueuse ; profonde, avec périprostatite ou prostatite chronique).*

Au point de vue clinique les urétrites présentent au médecin les types suivants :

Il y a écoulement : franchement purulent, muco-purulent ou muqueux (urétrite suraiguë et aiguë).

Il y a goutte : purulente, muco-purulente ou muqueuse.

Il y a des filaments, et, dans ce cas, ou bien l'urine est trouble (urétrite chronique récente) ou bien l'urine est claire (urétrite chronique invétérée).

Le diagnostic reposera sur l'examen :

1o. Des *sécrétions urétrales* (existence ou non des gonocoques) s'il y a goutte ou filament, recherche du gonocoque, de cellules de pus, de leucocytes, des épithéliums ;

2o. De *l'urine* recueillie dans trois verres.

L'examen local consistera en :

1o. Palper urétral (lésion périurétrale) ;

2o. Toucher urétral (explorateur à boule) ;

3o. Urétrométrie ;

4o. Urétroscopie (méthode d'exception).

Le diagnostic de la nature de la maladie (examen au microscope) se complétera par le diagnostic de l'ancienneté, la localisation, l'étendue des lésions, leur profondeur, les complications au sujet du rétrécissement ; l'auteur indique le moyen de le reconnaître en faisant une injection avec la seringue (ressaut brusque de reflux du liquide).

Le traitement des urétrites aiguës constitue la prophylaxie des urétrites chroniques. Il se réduira, en somme dans les cas suraigus et aigus, à laisser couler pendant dix à quinze jours, à instituer un traitement général (bains locaux et généraux, suspensoir, bicarbonate de soude), à *s'abstenir de tout traitement local.*

Dans *l'urétrite aiguë*, le médecin fera des lavages sous pres-

sion, au siphon au permanganate de potasse, de l'urètre antérieur d'abord puis des deux urètres.

On ne devra cesser le permanganate qu'après la disparition des gonocoques.

Si le malade fait lui-même les lavages, il devra se servir de préférence d'une simple poire en caoutchouc de volume moyen.

Si après le traitement antiseptique et la disparition des gonocoques, il persiste une goutte, il conviendra alors d'instituer un traitement topique (lavages sous pression à la seringue et injections profondes sans sondes).

Avant de procéder au traitement *curatif* de l'urétrite chronique il faudra préciser le diagnostic du siège.

La thérapeutique de l'urétrite chronique jeune superficielle se résumera en des lavages à la seringue sous pression, puis avec une sonde molle, en injections profondes; en des instillations légères et le passage de béniqués moyens.

Celle de l'urétrite chronique ancienne et profonde comportera la série des moyens suivants :

Lavages à la seringue avec la sonde molle; les instillations fortes; le traitement mécanique (gros béniqués, dilatation forcée de Kollmann, sondes et pommades de Casper), en y adjoignant le massage; le traitement électrique (électrolyse lente, faradisation, psychrophores de Winternitz), traitement endoscopique.

Le traitement interne modificateur, pour être secondaire, n'en conservera pas moins ses indications, surtout contre les complications fréquentes.

L'homme surcivilisé de nos jours devient de plus en plus débile, il ne s'adapte que difficilement au milieu où il est destiné à vivre, il lui faut tous les ans des fourrures de plus en plus épaisses, de la viande de plus en plus savoureuse, de la cuisine de plus en plus savante, c'est-à-dire compliquée.

Les médecins dévoués aux intérêts de la santé publique sont continuellement aux prises avec les *mœurs* modernes, les préjugés honteux, l'insouciance des parents, l'entêtement des nourrices, l'indifférence des gouvernants et l'ignorance universelle.

LES CAPSULES SURRENALES, LEUR PRINCIPE VASO-CONSTRICTEUR : L'ADRENALINE, (NIERALINE PC.)

Le produit nouveau, en tant qu'individu chimique défini, dont nous allons donner l'histoire et décrire les propriétés, occupait depuis de longues années les physiologistes. Ils avaient remarqué les propriétés physiologiques singulières des capsules surrénales et les chimistes cherchaient depuis longtemps à isoler la substance qui engendre ces propriétés.

C'est, en effet, vers 1856, que Brown-Séquard continuant ses remarquables travaux sur l'organothérapie, constata qu'en supprimant aux animaux les capsules surrénales, ils succombaient en quelques heures avec convulsions et paralysie. Mais ces phénomènes passèrent inaperçus ou du moins ne donnèrent lieu à aucune recherche. C'est seulement dans ces dernières années que Petit, étudiant ces organes chez différents poissons, découvrit qu'ils avaient une structure glandulaire des plus simples. Supino, Charrin et Arnaud, s'étant à nouveau occupés de la question au point de vue physiologique, conclurent que la mort produite par l'ablation des capsules surrénales était due à une auto-intoxication ; ils établirent que la suppression totale de ces glandes chez les animaux provoque la mort en un temps variant de 10 à 36 heures, alors que l'extirpation d'une seule glande accompagnée ou non de l'ablation partielle de l'autre ne produit aucun accident.

Après avoir constaté ces faits, ces savants cherchèrent à établir quelles pouvaient être les fonctions physiologiques de la glande dans le corps de l'animal. Il leur sembla que les poisons produits dans les muscles par le surmenage étaient transformés ou simplement atténués dans ces organes, et ils admirent qu'ils détruisent les toxines ou qu'ils les neutralisent. C'est ainsi qu'Albanèse a reconnu que la neurine qui tue les grenouilles décapsulées à la dose de 1 milligramme ne produit aucun effet à une dose de 4 milligrammes sur celles qui sont saines.

Il ressort de ces recherches que la suppression de ces organes paraît être nuisible et détermine une véritable auto-intoxication. Ils semblent destinés à protéger l'économie contre les poisons musculaires hyposthénisants et renfermer des poisons dont l'effet le plus singulier est d'engendrer une paralysie semblable à celle que produit le curare. L'injection de leur extrait le prouve.

Les phénomènes physiologiques produits par l'injection de ces extraits amenèrent les savants à rechercher quelle est la nature des poisons qu'ils contiennent.

L'étude chimique fut d'abord très confuse. D'après les réactions. Vulpian, Virchow, Mühlman, avaient admis la présence de la *pyrocatechine*.

Fraenkel (1896) ma, au contraire, l'existence de ce produit ; il isola des glandes surrénales, dans une solution acétone alcoolique, une substance active et il parvint à la différencier de la pyrocatechine par son insolubilité dans l'éther, par sa coloration rose avec l'eau de chaux, par la non réduction du cuivre en milieu alcalin, toutes propriétés que nous verrons être celles de la substance vaso-constrictive contenue dans les capsules surrénales, de l'Adrénaline. Il la considéra comme un dérivé azoté de l'orthodioxycbenzol auquel il donna le nom de *sphymogénine*.

Le procédé employé pour la séparation de ce produit consistait à traiter les glandes par très peu d'eau additionnée légèrement d'acide acétique, chauffer quelque temps, filtrer, diluer, évaporer ; le résidu brumâtre était repris par l'alcool, celui-ci filtré et évaporé. Le résidu provenant de la distillation de l'alcool est soluble dans l'eau, très peu dans l'éther ; il fournit en solution diluée avec une goutte de FeCl^3 une coloration verte qui, par le CO^3Na^2 passe au rouge violacé, propriétés que nous verrons encore une fois être celles de l'Adrénaline en solution acide.

Cette réaction si sensible du perchlorure de fer permit aux physiologistes d'affirmer que le principe actif est seulement localisé dans la substance médullaire des capsules surrénales. En effet, si on fait une coupe et qu'on verse une goutte de FeCl^3 en solution étendue, on voit le centre se colorer en vert, puis en rouge par addition de CO^3Na^2 alors que la partie corticale ne change pas.

Wellich trouva que ce principe *accroît la pression du sang, accélère le cœur*. Charrin put constater que l'extrait aqueux de capsules surrénales élève promptement la pression vasculaire, mais que cette pression est passagère et ne persiste pas au delà de 3 à 4 minutes.

Bates constata aussi que l'extrait instillé sur la conjonctive produit une contraction passagère des vaisseaux sanguins de la

cornée. Cette contraction est si intense, que la dilatation vasculaire caractéristique des kératites n'est plus sensiblement visible. Il aurait isolé de l'extrait, indépendamment d'un poison spécial et d'un ferment fibrinogène, un principe hémostatique.

L'activité vaso-constrictive des glandes surrénales était dès lors un fait parfaitement établi; il restait donc à isoler à l'état pur le principe actif.

Deux savants américains, Aldrich et Takamine, travaillant séparément, arrivaient en même temps à extraire un principe actif qu'ils considérèrent comme étant par excellence la substance vaso-constrictive de la glande, la *base elle-même*, comme dit Takamine. Ils la nommèrent *Adrénaline* (Adrenal glands.)

Aldrich (*Am. Journ. of physiology*, t. V. page 457) adopta pour son produit la formule élémentaire $C^9H^{13}AzO^3$, formule fort voisine de celle de l'épinéphrine $C^{10}H^{11}AzO^3$ d'Abel; alors que Takamine donnait pour son Adrénaline purifiée la formule $C^{10}H^{15}AzO^3$. Ces formules ne sont pas encore certaines, car les nombres fournis à l'analyse par les deux Adrénalines d'Aldrich et Takamine, qui doivent être cependant une seule et même substance, varient dans des limites assez larges pour la teneur en C et en Az.

Quoi qu'il en soit, l'Adrénaline, comme l'épinéphrine s'obtiennent finalement par précipitation de leur solution acide au moyen de l'ammoniaque ou des carbonates alcalins. Ces corps donnent avec le perchlorure de fer la réaction verte qui, dès le début, avait mis les savants sur la trace du principe actif, et ils possèdent au plus haut degré la propriété vaso-constrictive.

En résumé, quand on a fait subir aux glandes toute une série de traitements permettant d'en isoler le principe vaso-constricteur, on arrive toujours à une solution acide de laquelle l' $PAzH^3$ précipite un corps blanc jaunâtre qui se rassemble au fond du vase en une poudre micro-cristalline: c'est le principe actif des capsules surrénales.

Propriétés physiques et chimiques.

L'Adrénaline, suivant les conditions dans lesquelles sa cristallisation a été faite, peut se présenter sous l'aspect d'une poudre blanc-jaunâtre qui, examinée au microscope, paraît cristallisée dans l'un des systèmes suivants :

10. Groupement en choux-fleurs ou tomates ; 20. Feuilles ; 30. Plaques losangiques agglomérées ; 40. Fines aiguilles ; 50. Prismes.

La mesure de l'effet utile d'une Adrénaline a indiqué une élévation de la pression artérielle correspondant à 15 cm. de mercure, alors que recristallisée elle ne donnait plus, dans les mêmes conditions, qu'une élévation de 12 cm. 75. Sa toxicité a été évaluée comme étant au moins six fois plus faible que celle de la première.

L'Adrénaline est très stable à l'état sec, sa saveur légèrement amère. Elle fond en se décomposant à 205-207° c. et si on la calcine sur une lame de platine, elle brûle, charbonne et finalement ne laisse pas de résidu.

Elle est peu soluble dans l'eau et l'alcool froids ou chauds, insoluble dans l'éther froid. Elle est, par contre, très soluble dans l'eau légèrement acidulée.

Ses solutions s'oxydent très rapidement à l'air ou à la lumière et se colorent en rose plus ou moins foncé. Elles conservent cependant toute leur activité physiologique. On ne doit rejeter que les solutions qui, par suite d'une oxydation plus profonde, auraient laissé déposer un précipité brun. Elles peuvent très bien se stériliser à 120°.

L'Adrénaline est une base faible, alcaline au tournesol et à la phénolphthaléine.

Elle se dissout en se décomposant dans les alcalis, sauf AzH^3 et les carbonates alcalins, ces solutions se colorent en rose ou rouge, suivant la concentration. Chauffée avec de la potasse, elle dégage l'odeur d'une base organique ammoniacale. Avec le perchlorure de fer étendu, elle donne une coloration vert émeraude qui passe au rouge sang par le chauffage, coloration absolument identique à celle du sulfocyanure d'ammonium en présence des sels de fer. Si la solution est fortement acide, la coloration verte s'obtient mal.

Une solution concentrée de la base dans l'eau légèrement acidulée donne avec une goutte d' AzH^3 un précipité cristallin abondant qui se redissout immédiatement par nouvelle addition d'acide.

Elle donne avec les acides des sels bien définis mais déliquescents et dont la solution est légèrement acide.

L'iodure de potassium iodé, les alcalis et carbonates alcalins, l'eau iodée donnent une coloration rose.

L'agitation d'un cristal de permanganate de potasse dans une solution d'adrénaline dans SO^4H^2 concentré donne naissance à une coloration vert jaunâtre.

Elle ne réduit pas le réactif cupro-potassique et ne donne aucun précipité avec les réactifs ordinaires des alcaloïdes.

Les sels d'Adrénaline et de la base elle-même donnent avec l'acide phosphotungstique en solution étendue, une coloration verte en tous points semblable à celle obtenue avec FeCl^3 , mais chauffée, elle fonce simplement sans passer au rouge. En solution concentrée il se forme un précipité.

Action physiologique et posologie.

L'Adrénaline possède une action vaso-constrictive très grande, c'est le plus puissant des hémostatiques connus, en même temps qu'elle possède des propriétés décongestionnantes.

Son activité physiologique est 1000 fois plus forte que celle qu'exerce le corps surrénal frais et, à poids égal, 250 fois plus grande que l'extrait.

Nos expériences nous ont permis d'établir qu'une injection au 1/1000e d'extrait faite à un chien en raison de 0 gr. 00027 par kilogr., détermine une augmentation de la pression artérielle de 5 cm. de mercure au bout de 15 minutes, alors qu'une injection d'une solution au 1/1000e d'Adrénaline, faite dans des conditions correspondant exactement à celles de l'expérience précédente, provoque en deux minutes une élévation brusque de la pression artérielle évaluée à 17 cm. 5 pour descendre ensuite d'une manière lente et continue en un temps variant de 5 à 7 minutes.

Cette action vaso-constrictive est si puissante qu'elle permet d'opérer pour ainsi dire à blanc.

On peut se rendre compte de l'activité du produit en déposant une goutte de la solution sur la conjonctive d'un lapin.

On a employé jusqu'ici l'Adrénaline pour toutes les petites opérations chirurgicales du nez, de la bouche et des yeux.

Reichert a trouvé qu'elle exerce une action rapide sur la respiration, les échanges nutritifs, la température du corps, et

que, par conséquent, elle peut être employée avantageusement dans les troubles circulatoires et pour combattre le collapsus dans la narcose.

On l'emploie aussi dans les affections du cœur, contre les hémorragies en général, celles qui ont pour siège les muqueuses du canal intestinal et de la vessie en particulier; dans certaines métrorragies, on s'en est servi avec succès en l'administrant par voie buccale ou sous forme d'injections intra-utérines.

Cette action hémostatique puissante faisait prévoir qu'elle serait d'un grand secours contre les hémorroïdes. On est, en effet, arrivé à d'excellents résultats par l'application de compresses de ouate hydrophile imbibée de solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000e.

M. Forsy a constaté qu'en associant l'Adrénaline à la cocaïne dans le cas des tissus enflammés, les résultats obtenus sont bien meilleurs au point de vue opératoire qu'avec l'emploi de la cocaïne seule. On a déjà essayé avec succès cette association dans la petite chirurgie dentaire.

On emploie le plus souvent l'Adrénaline à l'état de solution de chlorhydrate au 1/1000e.

La formule généralement adoptée est la suivante :

| | |
|------------------------------|---------------------|
| Adrénaline cristallisée..... | 1 gramme. |
| Solution normale d'HCl..... | 10 cc |
| Chlorure de sodium pur..... | 7 grammes. |
| Chlorétone (1)..... | 5 — |
| Eau distillée | Q. S. pour 1000 cc. |

On conserve, après stérilisation, en flacons colorés, hermétiquement bouchés.

On se sert de la solution au 1/1000e pour badigeonner les muqueuses dans le coryza aigu, les inflammations pharyngiennes, dans l'épistaxis, la laryngite aiguë; on l'emploie dans les instillations oculaires. On fait aussi quelquefois usage de solutions dont la dilution varie du 1/2000e au 1/10000e.

Pour les injections hypodermiques, on emploie des solutions au 1/1000e à la dose de 1 à 2 cc.

A l'intérieur on la prescrit ainsi :

Chlorhydrate d'adrénaline solution au 1/1000e x à XL gouttes.
Eau distillée..... 60 cc.

(1) Le chlorétone est un antiseptique provenant de l'action du chloroforme sur l'acétone.

On peut aussi la préparer dans du vin, du sirop, etc., à prendre par cuillerées à café.

On peut l'administrer associée à un excipient approprié, sous forme de cachets, de pastilles, granules, tablettes.

En résumé, le médecin possède maintenant dans l'Adrénaline cristallisée un médicament de valeur constante dont l'effet peut être déterminé à l'avance et dont il peut reconnaître la pureté grâce aux réactions chimiques qui le caractérisent.

Ses propriétés remarquables font, d'ailleurs, prévoir que son emploi en médecine et en chirurgie va se généraliser de plus en plus.

DE LA VALEUR THERAPEUTIQUE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'HUILE CAMPHRÉE GAIACOLÉE DANS CERTAINES INFECTIONS AU DÉBUT,

PAR MM. LES DOCTEURS MATIGNON ET M. H. BERNEX.

Pendant les mois de décembre, janvier et février derniers, les auteurs ont traité plus de 150 malades au moyen d'injections d'huile camphrée gaiacolée formulée comme il suit :

| | |
|--------------------------|-------------|
| Gaiacol.. | 0 gr. 10 |
| Camphre.. | 0 gr. 50 |
| Huile d'olives.. | 15 grammes. |

Les injections faites à la dose de 2 grammes dans le tissu conjonctif sous-cutané n'ont jamais produit d'accidents et les résultats thérapeutiques ont été satisfaisants dans un grand nombre de cas.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1o Les injections d'huile camphrée gaiacolée constituent un très bon traitement de la courbature simple ou accompagnant la grippe, l'angine ou la bronchite au début ;

2o Les injections ont une action antipyrétique en général assez rapide et durable ;

3o Cette médication peut rendre de grands services pour triompher d'une infection, au début, des courbatures, des malaises qui occasionnent un grand nombre de journées d'indisponibilité.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ETIOLOGIE DE LA MORBIDITE PUERPERALE

PAR M. LE PROFESSEUR ZANGEMEISTER.

Malgré les soins aseptiques et antiseptiques, la morbidité puerpérale est toujours assez élevée. Depuis quelques années on a cherché, par l'emploi restreint du toucher, à diminuer cette mortalité. Dans le même but également, certains accoucheurs ne pratiquent le toucher qu'avec la main gantée. Par ses recherches cliniques, Zangemeister a essayé d'éliminer les causes d'infection venant de la main, en faisant un antisepsie rigoureuse, et de montrer l'inutilité des gants pour le toucher.

Il a résumé des statistiques pour expliquer l'état qui se traduit par une élévation passagère de la température. Il montre, en comparant la morbidité des femmes touchées avec des gants à celle des femmes touchées sans gants, que les germes qui se trouvent au niveau des glandes de la main bien désinfectée n'ont aucun rôle dans la production de cette fièvre éphémère.

Il ne pense pas non plus que les microbes des parties génitales externes ou du vagin soient directement cause de cette montée fébrile. Celle-ci serait le résultat de la résorption de toxines microbiennes au niveau des plaies génitales ; 60 pour 100 des cas de fièvre éphémère s'expliqueraient par ce mécanisme.

Trois espèces de plaies sont surtout des foyers de résorption : les plaies du périnée, celles de la surface interne du col et enfin la plaie placentaire. Parmi elles, les plaies du col qui existent presque toujours jouent le rôle principal en particulier chez les primipares et surtout les primipares âgées. Dans tous les cas, les obstacles à l'écoulement des lochies augmentent les chances de résorption au niveau des plaies ; ainsi la plénitude de la vessie ou du rectum. La rétention des matières fécales ne pourrait à elle seule être une cause d'élévation de la température (Küstner). La femme accouchée ne va spontanément à la salle qu'au sixième ou septième jour ; les femmes qui n'ont été à la selle qu'après le sixième jour n'ont pas présenté une mortalité plus grande que les autres, peut-être moins grande au contraire que celle de ces dernières. La coprostase ne serait donc pas un facteur de morbidité chez les accouchées.

Bien que nous ne connaissions pas encore exactement les éléments de résorption au point de vue bactériologique ou chimique, nous pouvons cependant nous laisser guider cliniquement par l'odeur des lochies. Cette infection putride des lochies n'est pas en rapport avec le toucher, comme l'a montré Sticher. Elle ne l'est pas davantage avec la coprostase.

En résumé, la plupart des cas actuels de morbidité puerpérale ne sont pas dus à une infection intra-partum : ils font suite à la résorption, au niveau des diverses plaies, surtout de celles du col, de produits septiques. D'après cela, l'antisepsie et l'asepsie obstétricales ont plus de valeur pour éviter la mortalité que la morbidité puerpérale. Il est indispensable de continuer une asepsie et une antisepsie rigoureuses, pour éviter des infections septiques généralisées et diminuer la mortalité chez les femmes en couches.

REGIME D'UN ENFANT RACHITIQUE DE DEUX A SIX ANS

Voici quel est à l'hôpital le régime des rachitiques de deux à six ans.

Premier repas. 7 heures du matin. Pain et lait, ou bouillie de gruau, potage au lait, pain et beurre ou œufs à la coque, un peu de gras de porc (fat bacon).

Deuxième repas. 11 heures. Tasse de lait avec biscottes ou pain et beurre.

Troisième repas. 1 h. 30. Tartines, purées de pommes de terre, poisson frais ou viande finement divisée, pudding au lait, pruneaux, marmelade de pommes.

Quatrième repas. à 5 heures. Lait pur ou lait et cacao.

Cinquième repas. une demi-heure avant le coucher. Pain et lait.

L'enfant sera dehors tant que le temps le permettra, mais il ne devra se tenir sur ses pieds ou marcher qu'avec l'autorisation du médecin.

Il devra avoir le jus d'une orange ou des légumes verts frais au moins trois fois par semaine.

Si des appareils ont été prescrits, ils doivent être enlevés le soir et réappliqués le matin. On prendra toutes les précautions pour éviter les plaies.

Aucun enfant ne prendra de thé ou de café. Aucun aliment ne sera pris en dehors des repas.

LE SOUFRE DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

Il y a un an et demi environ, un médecin anglais, M. le docteur G. E. Richmond, a fait connaître les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de la dysenterie par le soufre sublimé associé à la poudre de Dower. Depuis lors, le soufre a été utilisé avec succès par M. le docteur Y. S. Vorochilsky (d'Odessa) aussi bien contre la fièvre typhoïde que contre la dysenterie. A son tour, un autre confrère russe, M. le docteur N. A. Flerov (de Salobiéliak), vient d'expérimenter le même médicament dans 17 cas de dysenterie, dont 8 très graves, 6 de gravité moyenne et 3 assez légers. Il commençait le traitement par l'administration d'une dose d'huile de ricin ; puis, il faisait prendre, quatre à six fois par jour, 1 ou 2 grammes de soufre sublimé, associé, la plupart du temps, à 0 gr. 25 centigr. ou 0 gr. 30 centigr. de poudre de Dower. Cette médication a toujours paru exercer une influence favorable sur les symptômes morbides, notamment dans les cas où l'on y avait recours dès le début de la maladie. Les selles devenaient moins fréquentes, en même temps que les phénomènes douloureux s'amendaient. Ceux-ci ont complètement disparu au bout de 48 heures dans 3 cas, après trois ou quatre jours chez 10 malades, et au cinquième ou sixième jour du traitement chez les 4 derniers. Un de patients, il est vrai, a fini par succomber, mais, en dehors de la dysenterie, il était atteint de tuberculose pulmonaire.

Se basant sur ces faits, le soufre sublimé doit être préféré aux moyens qu'on emploie habituellement pour combattre la dysenterie.

L'excès de bien-être extermine les races. Le bien-être est une mauvaise école de morale et il semble à peu près impossible qu'une société s'enrichisse sans que les mœurs en souffrent. Voyez la profonde immoralité des pays aurifères et diamantifères !

LES EFFETS DU CLIMAT MARIN ET DES BAINS DE MER SUR LES PHÉNOMÈNES INTIMES DE LA NUTRITION

PAR M. LE PROFESSEUR ALB. ROBIN.

Le climat marin est constitué par des éléments dont la plupart sont excitants (vents, lumière, agitation de la mer, ozone, etc.) Il augmente l'appétit et le poids du corps, la puissance musculaire. Il est stimulant des échanges organiques dans les deux tiers des cas; les échanges généraux augmentent, la déminéralisation totale diminue, l'acide urique diminue, etc.

Le climat marin est indiqué toutes les fois qu'on rencontrera des troubles de la nutrition en sens inverse des activités précédentes. Il convient aux sujets dont la nutrition est languissante, et est contre-indiqué quand l'analyse révèle une suractivité de la nutrition.

L'action stimulante des bains de mer sur les échanges respiratoires reconnaît comme son plus important facteur, la brusque et plus ou moins durable sensation de refroidissement que ces bains déterminent. Il est peu probable qu'il y ait absorption par la peau des sels contenus dans l'eau de mer et que par conséquent ce phénomène prenne une part quelconque à l'activité des bains. Il est plus exact d'admettre que les divers éléments de l'activité du bain de mer stimulent les extrémités des nerfs périphériques et la vaste surface nerveuse de la peau, et que cette excitation est transmise aux centres nerveux régulateurs de la nutrition élémentaire.

Les données précédentes montrent que le climat marin réclame les sujets dont les échanges sont en baisse. Il doit être interdit dans tous les états morbides qui s'accompagnent de désassimilation ou d'oxydations exagérées. Mais cette règle générale comporte quelques exceptions. Le séjour au littoral sera réservé aux anémiques à échanges ralentis, aux lymphatiques, neurasthéniques, aux rachitiques.

Les tuberculeux pulmonaires seront écartés du littoral, puisque la majeure partie d'entre eux ont des échanges suractifs; il est cependant un petit nombre, comme par exemple ceux qui ont des échanges normaux ou ralentis, qui pourront bénéficier du climat marin.

Dans les tuberculoses osseuses ou ganglionnaires, les avan-

tages du climat marin sont sanctionnés par une observation devenue classique.

Quant aux bains de mer, ils sont indiqués dans tous les cas où il y a lieu de stimuler les échanges (rachitisme, tuberculose osseuse, anémies à oxydations diminuées, dyspeptiques, hypothéniques, neurasthéniques, phosphaturiques, certains diabétiques, etc), et contre-indiqués chez les malades à échanges exagérés, quand l'exagération porte sur la désassimilation. Les bains de mer sont contre-indiqués chez les phthisiques.

LE PASSAGE DES MEDICAMENTS DANS LE LAIT DE LA NOURRICE

S'il est une série de médicaments qui passent dans le lait sans influencer sa production et sans toucher l'enfant, il en est d'autres qui peuvent être particulièrement nocifs au nourrisson.

L'alcool, quelle que soit la forme sous laquelle il est prescrit (médicaments, vins toniques, généreux, médicamenteux, bières chargées) doit être proscrit chez une nourrice. Tous les cliniciens sont d'accord pour signaler les accidents auxquels sont exposés les enfants dont les nourrices prennent une préparation alcoolique quelconque ; agitation, cris, absence de sommeil et convulsions même.

L'opium et ses dérivés, pour certains auteurs, passent dans le lait et auraient été l'origine d'un certain nombre d'accidents et de morts chez les nourrissons. Par contre, divers auteurs, entre autres Pinzani et Fehling déclarent qu'il est exceptionnel de voir survenir des accidents lorsque les nourrices ont pris des doses thérapeutiques d'opium, et ils déclarent que l'on peut sans ennui leur prescrire le *laudanum* en lavement, ou la *morphine* à la dose de 0,01 à 0,02 centigr. en injections hypodermiques. Les quelques accidents signalés plus haut doivent rendre très circonspects.

Belladone et atropine. — Passent dans le lait ; on évitera donc de donner à la nourrice une potion calmante avec ce médicament. Il en est de même du *datura stramonium* et de la *jusquiame*.

Sulfate de quinine. — Il semble résulter des derniers tra-

vauz de Burdel que "rien n'est plus variable et irrégulier que la transmission de la quinine par la lactation. La sécrétion lactée en sera d'autant plus chargée et son absorption d'autant plus variable et irrégulier que la transmission de la quinine par la lactation. La sécrétion lactée en sera d'autant plus chargée et son absorption d'autant plus rapide que la quinine aura été été donnée à jeun. C'est dans ces conditions principalement que la lactation peut être dangereuse pour les nouveau-nés. A mesure que les enfants s'éloignent davantage de leur naissance, ils deviennent moins sensibles à l'influence du lait quinisé". Les accidents sont exceptionnels chez les enfants âgés de 5 mois et plus.

On prescrira donc la quinine lorsqu'on considérera sa prise comme nécessaire, pendant le repas, à dose fractionnée et en ayant soin de ne donner le sein qu'après l'avoir vidé trois heures après la prise du médicament.

La rhubarbe, la gratiote, l'huile de ricin, administrés à la nourrice purgent la nourrisson. Il en serait de même du sené qui provoquerait de plus des coliques au nourrisson. Les deux derniers purgatifs donneront d. plus au lait leur odeur caractéristique.

Médicaments minéraux. — Les nourrices qui prennent un composé de fer ont un nourrisson qui s'élève mieux. Cela ne veut pas dire que le fer passe dans le lait; M. le Gendre dit qu' "il est plus naturel de penser que la nourrice se portant mieux, son lait redevient plus abondant ou plus nutritif."

Le bismuth passe en très petite quantité dans le lait. On ne sait rien de son action sur l'enfant.

L'arsenic passe très bien. On constate ce passage au bout de 17 heures, et l'élimination est complète après 60 heures. On doit donc être réservé dans l'emploi des préparations arsenicales chez la nourrice; des expériences prouvent que 6 à 8 milligr. suffisent à tuer un enfant de 3 à 4 kilogrammes.

L'iode passe dans le lait à l'état pur, dissous dans le sérum et à l'état de combinaison avec des substances albuminoïdes.

L'iodoforme passerait aussi en petite quantité dans le lait, même lorsqu'il n'est employé qu'en applications externes..

Le mercure. — Les observations les plus nouvelles montrent

que le passage du mercure a toujours lieu ; mais que cette quantité éliminée par la mamelle tarde à apparaître dans le lait : c'est ce qui avait fait penser un moment que l'élimination ne se faisait pas, pour les observations qui analysent le lait trop près de la prise médicamenteuse.

L'antipyrine.—MM. Pr Le Budin, Boissard, ne reconnaissent aucune action de ce médicament sur la sécrétion lactée et sur le nourrisson, et c'est à cette opinion qu'il faut se rattacher.

L'acide salicylique et le salicylate de soude passent très lentement dans le lait qu'ils alcalinisent. Ce passage est très lent, son élimination dure vingt-quatre heures, et il paraît prudent de ne pas prescrire plus de 3 grammes par jour.

Les médicaments qui passent dans le lait sans influencer sa production et sans toucher l'enfant, sont le *borax*, le *carbonate*, le *bicarbonate et sulfate de soude*, le *chlorate et acétate de potasse*, le *sulfate de magnésium*.

Le chloral. — L'administration de ce médicament doit être surveillée. Il est même prudent de vider le sein de la mère deux heures après la prise de chloral avant de mettre l'enfant à téter, car il paraît résulter des observations que l'enfant mis au sein trop tôt, a, après une période d'agitation, une période de sommeil prolongé, sans qu'on puisse attribuer ces effets d'une façon absolue au médicament qui n'a pas été recherché dans le lait.

La zootherapie : Comment le cheval est un tonique ?

“Le cheval est une véritable pile pour la production d'électricité animale. Les vapeurs de ses naseaux et celles de son corps, sont chargées de magnétisme vivant. L'homme à cheval se trouve enveloppé dans une atmosphère de magnétisme vital que son corps affaiblit absorbe.”

Le galvanisme félin. Jouer avec le chat est-il bon ? Guy de Maupenat parle de la caresse donnée à la robe tiède et vibrante du chat. N'y aurait-il pas là une action magnétique une radiation vitale, une vibration propre à la peau et au corps de l'animal.

A QUI APPARTIENT UNE PRESCRIPTION MEDICALE ?

Le sujet est de nature à intéresser autant la médecine que la pharmacie.

En réalité, une prescription appartient à celui qui l'a payée à un médecin consultant. Cet avis est si bien partagé par la généralité du Corps pharmaceutique, que, dans toutes les grandes villes de France, les ordonnances sont rendues au malade avec les médicaments. Le pharmacien se contente d'en prendre copie sur un registre *ad hoc* et d'y apposer la griffe de sa maison.

Cette règle comporte toutefois diverses exceptions.

Ainsi, dans les campagnes, l'usage est tout opposé, et dans les petites villes on pratique un système mixte. En voici les motifs :

Dans les campagnes, les médecins indiquent peu par écrit la façon d'employer les médicaments ; ils n'ajoutent guère de *direction* surtout quand le malade est illettré. Aussi, dans ce cas, la prescription intéresse-t-elle peu le malade lui-même ; les termes lui sont inconnus, le papier ressemble à tous ceux de la maison ; il pourrait y avoir méprise tôt ou tard, et il préfère laisser la prescription chez le pharmacien, où elle est classée et tenue à sa disposition.

Enfin, ce genre de clients aimant bien les longs crédits, le pharmacien insiste de son côté pour garder les prescriptions, vu qu'elles constitueront toujours pour lui une justification de ses réclamations et même une sorte de nantissement moral.

Avec les administrations et les Sociétés de secours mutuels, les ordonnances ne sont jamais rendues aux malades eux-mêmes ; elles sont conservées par le pharmacien jusqu'à la fin du trimestre courant, comme preuve à l'appui de son mémoire. A ce moment, elles sont rendues à celui qui réellement les paie.

Au dire de certaines personnes n'ayant jamais pratiqué la profession, ce passage de l'ordonnance dans des mains tierces constitue une violation du secret professionnel, car, à la lecture d'une prescription, un administrateur-comptable peut pressentir l'existence de certaines maladies. L'objection est exacte. Mais on peut repartir qu'avant d'accepter les statuts

de la Société, le malade a su qu'il en serait ainsi. Et, d'ailleurs, s'il veut cacher sa maladie, il lui est toujours loisible de payer lui-même le médicament et de rentrer en possession de sa prescription. Mais nous n'avons jamais ouï dire qu'il se soit produit aucune difficulté sur ce point. Quand un sociétaire devient malade, il sait très bien que la Société connaîtra la nature de son mal. La cacher, ce serait se priver de meilleurs compétents, ce serait renoncer à l'indemnité journalière de maladie, ce serait enfin une façon d'indisposer le secrétaire qui a le devoir légal d'indiquer toutes les maladies dont les sociétaires ont le plus souffert.

Quant à l'ordonnance momentanément disposée chez le pharmacien, il est entendu qu'elle est là au secret absolu, et qu'en dehors de l'autorité judiciaire, nul n'a le droit d'en requérir communication, pas même celui qui l'a signée.

Lorsque cette ordonnance a été remise entre les mains de l'administration de la Société, il est expliqué que le pharmacien n'en est plus responsable et qu'il n'a plus lui-même le droit de la réclamer. Pour la sauvegarder de ses intérêts, la copie qu'il a dû en garder sur ses livres suffit jusqu'à preuve contraire.

Enfin, il est une autre circonstance où le pharmacien a le droit et même le devoir de ne pas rendre une prescription médicale : c'est lorsqu'il a été commis par le signataire une erreur, un lapsus important, que le pharmacien n'a d'ailleurs pas le droit de corriger.

Rendre alors l'ordonnance, même sans l'avoir exécutée, c'est exposer après soi un confrère distrait, un élève novice à ne pas relever l'erreur et à livrer un remède qui peut-être nuisible et même funeste au malade : c'est porter à la connaissance de plusieurs personnes compétentes qu'une faute médicale a été commise ; c'est coopérer au discrédit que l'auteur peut en éprouver ; c'est se dessaisir naïvement d'une sauvegarde légitime lorsque (ce qui est très exceptionnel) celui qui a commis l'erreur, dûment avisé, ne veut pas en convenir et insiste pour que la prescription soit exécutée telle quelle.

Mais il est entendu que, dans ce dernier cas, si le malade la réclame, copie certifiée conforme doit lui être remise.

La situation matérielle et morale de l'ouvrier est-elle améliorée par l'organisation de différents groupements ?

Oui, sans aucun doute.

NOUVELLES

Au 13ième Congrès International de médecine tenu à Paris en 1900, la salle des fêtes a longtemps retenti des chaleureux applaudissements à l'adresse d'un des nôtres; au congrès de Madrid le 24 avril dernier, le silence de la mort a enseveli notre nom.

Quand le Canada, qui a la prétention d'être une nation, prendra-t-il place au rang des peuples de savants parmi les représentants aux congrès internationaux ?

Le 15ième congrès aura lieu en 1906 à Budapest.

L'Université de Harvard aura une nouvelle école de médecine qui occupera 26 arpents de terrain et dont le coût est évalué à deux millions de piastres. M. J. Pierpont Morgan a souscrit un million.

Le Conseil d'hygiène de Cleveland, dans l'Ohio, vient de prévenir toutes les banques locales d'avoir à envoyer à Washington, pour les faire remplacer par des neufs, les billets de banque qu'elles ont en ce moment ou qu'elles recevront.

Cette décision a été prise, parce que l'on croit que plusieurs billets de banque, actuellement en circulation, ont été infectés par la petite vérole.

Le milliardaire américain John D. Rockefeller, ayant perdu un petit-fils d'une diarrhée estivale, a offert 200,000 dollars au docteur William-H. Welch, professeur de pathologie à Washmon, pour organiser des recherches sur les causes et le traitement de cette affection, en promettant de donner encore autant d'argent qu'il le faudra pour mener à bien cette étude.

Il vient de s'ouvrir à Chicago une *usine* à diplômes de médecine, qui inonde le monde de ses réclames. Pour 10 dollars on offre à tout venant de lui apprendre, et cela par correspondance, les maladies de l'œil, de l'oreille, du nez, et de la gorge. On peut même payer en plusieurs fois, en cinq termes, et à celui qui envoie un supplément de 2 dollars et demi, ou promet en plus

"un cours illustré d'hypnotisme ophtalmologique". La méthode d'enseignement n'est pas divulguée dans le diplôme.

Un autre "Institut" analogue a été ouvert à South-Bend, Etat d'Indiana (Etats-Unis). Cet "Institut" délivre, à la suite d'un cours par correspondance en 20 leçons, pour la somme de 7 dollars et demi, un diplôme de docteur "en optique".

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu vendredi le 3 juillet prochain, à 10 heures, dans les salles de l'Université Laval, à Montréal.

Messieurs Bessette et David sont les seuls docteurs en médecine admis avec *grande distinction* aux derniers examens de l'Université Laval à Montréal.

Numéro 1630 rue Notre-Dame et non 1730 tel qu'annoncé est l'adresse de M. Charles Tison, graveur.

A un Congrès tenu à Padoue en Italie le dogme de la vérité du canon gréifuge a été maintenu. Les nuages chargés de grêles n'ont qu'à se tenir... bien haut, car les artilleurs champêtres des pays vignobles ont des canons chargés pour les mettre en déroute.

Monsieur le docteur C. A. Herter vient de donner à l'Université John Hopkins la somme de \$25,000 dont le revenu devra servir à rémunérer quelques savants éminents invités à donner une conférence sur la physiologie ou la pathologie.

Les députés de la chambre de Pensylvanie ont adopté une loi défendant la vente de cigarettes à toutes personnes au-dessous de 21 ans.

Le prochain congrès américain pour l'étude de la tuberculose aura lieu à St-Louis le 18 juillet 1904.

Le *cellulogène* agit en excitant la reproduction des cellules et en multipliant les hématies; il rajeunit les tissus, il confère à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances de causes nerveuses et morbides.