

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Enseignons aux nôtres comment combattre la Tuberculose.

(Travail présenté au Congrès Médical de Québec le 27 juin 1902.)

Mon intention en présentant ce travail, est de vous demander comme aux membres distingués d'une grande et puissante famille, votre aide, votre concours immédiat et actif en faveur de nos compatriotes si lourdement décimés par la tuberculose pulmonaire.

Je m'adresse à des hommes de ma race, je parle à des médecins dont le dévouement et la science sont universellement et justement appréciés, dont le patriotisme est si éclairé, et dont l'esprit de confraternité est brillamment démontré aujourd'hui par cette grandiose réunion.

C'est donc une croisade que je prêcherai aujourd'hui, et c'est le concours empressé de toutes vos influences que je sollicite contre la déchéance physiologique de l'enfant par la maison d'école. C'est une statistique aussi intéressante que triste à étudier, que celle de la mortalité des Canadiens-Français par la phtisie. Nous fournissons un appoint beaucoup trop considérable à la tuberculose.

Il est curieux d'observer qu'en Europe, c'est la France qui fournit le taux le plus élevé dans la sombre liste des mortalités dues à cette impitoyable affection. Est-ce que nos pères qui nous ont légué tant et de si brillantes qualités, nous auraient imprimé cette propension native vers ce mal qui fait échec, depuis deux siècles, à la prodigieuse fécondité de nos mères.

On serait porté à le croire. Que cela provienne de causes ataviques, que cela soit dû à nos habitudes domestiques, à des influences climatériques ou autres, nous mourons beaucoup trop.— Avec les statisticiens je

jette un cri d'alarme. Il y va dans une grande mesure, de notre avenir national. Quelle est donc l'apathie qui nous a endormis jusqu'à ce jour en face de cette calamité qui nous tue nos jeunes gens et nos jeunes mères ? Qui devons-nous tenir responsable de cette insouciance générale qui s'est manifestée jusqu'à ce jour, du haut en bas de notre hiérarchie sociale, en présence de notre plus dangereux ennemi ?

Il est temps n'est-ce pas, de faire la part des responsabilités, il est temps de parler et d'agir. En Europe et surtout en Angleterre, en Allemagne, et en France, on s'organise pour lutter contre cet ennemi plus dangereux que le choléra, la fièvre jaune, etc. c'est une lutte internationale. Aux États Unis on a aussi entamé vigoureusement le bon combat, et on constate avec bonheur que les plus heureux résultats couronnent partout ces très louables efforts. Ici, au Canada, un réveil plein d'espérance se manifeste bien en certains endroits. Il faut donc, nous membres de la grande famille médicale, favoriser de toutes nos forces ce beau mouvement, et le principal moyen à notre disposition est de répandre partout la science de l'hygiène. Il faut aller au peuple et lui faire connaître que pour lui, le salut est dans la réformation immédiate et absolue de l'hygiène scolaire. Il faut lui montrer les nombreuses misères physiologiques et pathologiques engendrées par la défectuosité et par l'insalubrité criminelles des maisons d'écoles rurales, et enfin, il faudra lui dire aussi et de manière à être bien compris, que nous tenons responsables de tout le mal que nous déplorons, l'ignorance et l'incurie des commissions scolaires dans nos paroisses de la campagne.

Qu'est-ce que c'est que la tuberculose ?

C'est une maladie spécifique causée par un microbe spécial appelé bacille de Koch. Dans ses immortels travaux Villemain a légué au monde médical, une étude approfondie et très juste de cette maladie. Et l'on peut dire que la connaissance véritable de la tuberculose date de cette époque, (le 5 décembre 1864). C'est une affection qui frappe tous les âges, toutes les constitutions, toutes les races. Sa nature infectieuse et son absolue contagiosité en font un fléau plus redoutable que les grandes épidémies qui ont ravagé l'univers, à différentes époques de l'histoire médicale.

Le microbe phtisigène ou bacille de Koch, cause spécifique et nécessaire de la tuberculose, s'introduit dans notre organisme par toutes les

voies de l'économie. Sa nature parasitaire en fait donc une maladie essentiellement et dangereusement contagieuse.

On peut prendre le germe tuberculeux par l'estomac, dans nos aliments, on peut l'aspirer dans nos poumons en poussière subtile ; on peut se l'inoculer par la plus légère érosion de l'épiderme. C'est un ennemi contre lequel il faut être constamment en garde ; il ne choisit pas ses victimes et il frappe sur chacun et à toute heure.— Le bacille de Koch, introduit dans notre système, par l'une des nombreuses voies à sa disposition, y trouve un champ excessivement propice à sa propagation.— Il se nourrit aux dépens des humeurs et des tissus de l'organe où il a élu domicile. Il se multiplie et s'infiltré dans les mailles des tissus, en détruisant tout sur son passage. La matière pulmonaire, la matière cérébrale, les muqueuses de l'estomac, les parenchymes du rognon et du foie, sous l'influence du travail du bacille, perdent leur caractère propre et distinctif, leurs cellules se gonflent, se congestionnent pour subir progressivement une série de métamorphoses qui se terminent par la désorganisation et la mort. De ce foyer tuberculeux partent les colonies de bacilles qui vont s'implanter dans d'autres milieux organiques, où elles vont semer les mêmes désastres et faire éclore les mêmes séries d'accidents.

Le bacille de Koch ne produit pas seulement une action morbide locale, mais il sécrète un liquide virulent qui se distribue par l'entremise des vaisseaux sanguins dans toutes les parties du système, il imprime par là à sa victime, un cachet pathologique spécial appelé cachexie. Il n'est pas nécessaire d'avoir l'œil exercé du professionnel, pour reconnaître entre mille le malheureux cachectique, nous le rencontrons dans tous les carrefours, sur les places publiques, dans les bureaux, à l'école, et l'on à vite fait de le signaler traînant un peu partout sa misérable existence, et semant autour de lui, à pleine bouche, les germes de la destruction et de la mort, Le cachectique tuberculeux est donc un être excessivement dangereux. puisqu'il porte avec lui le germe fatal qui le mine, pour le distribuer insidieusement et sûrement dans l'atmosphère ambiant, par ses déjections et ses crachats.

Pourquoi et en quoi le cachectique tuberculeux peut-il être cet être malfaisant que je viens de vous présenter. C'est que la tuberculose est une maladie terriblement contagieuse. Il faut accepter cette vérité comme une fatalité inexorable, la tuberculose est absolument contagieuse et on doit inculquer profondément cette vérité dans le cerveau et l'esprit des gens, par tous les moyens possibles. Le bacille expectoré par le tubercu

teux, voilà le facteur immédiat de la maladie. Il y a encore une autre source de contagion, c'est la contagion animale. Par l'animal les modes de dissémination sont divers. Les animaux domestiques se tuberculisent autant que l'homme. Une bête malade peut donc semer la tuberculose. Le chien, le chat, les oiseaux de basse cour peuvent devenir tuberculeux. La contagion animale s'opère encore par l'intermédiaire de la viande et du lait, et il est de fréquents exemples de contamination par le voisinage de l'écurie et de l'étable, où des animaux malsains ont séjourné. Le bacille de Koch possède une ténacité et une vitalité prodigieuses. Ainsi un crachat contaminé déposé quelque part se dessèche, la partie liquide s'évapore et le bacille soulevé par l'air le plus léger, va se déposer ici et là, sur un meuble, sur un tapis, sur un lit, et il peut se conserver là dans toute sa virulence, des mois entiers, guettant une victime, prêt à fondre sur une proie. Ce minuscule ennemi frappera et très souvent mortellement la personne qui violera sa retraite ou troublera son repos. Déposé sur la chaussée ou sur la place publique, le bacille de Koch dissimulé au regard le plus aigu, attendra là patiemment l'heure que vous avez choisie pour y faire votre promenade. Escorté d'un être cher, d'un enfant bien-aimé ; plein de bonheur et d'espérance vous discourez joyeusement sur un avenir que vous avez droit d'escompter. Le soleil vous caresse de ses rayons vivifiants, la nature féconde vous verse des effluves de santé et de force, mais le tubercule jeté là par un passant qui ne vous voulait certes pas de mal, soulevé par la robe trainante d'une promeneuse qui vous précède, voltige avec la brise que vous respirez et s'introduit à votre insu par vos organes respiratoires dans les parties vives de votre être.

A partir de cette minute précise, vous êtes voué à une mort précoce, après des souffrances incalculables et des désespoirs aussi cruels qu'immérités. Partout à l'église, au théâtre, à l'école, dans les voitures publiques, ce macabre infiniment petit est semé à profusion par l'ignorance et l'incurie des malades qui le fabriquent par centaines et par milliers. N'avons-nous pas raison de prêcher énergiquement, de crier partout ce qu'il faut faire pour nous préserver et préserver les nôtres du danger de la tuberculose, plus terrible à lui seul que tous les maux dont est affligée notre pauvre humanité.

* * *

Quels sont ceux qui peuvent devenir tuberculeux ? Vous et moi, tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose.

Dans le cours ordinaire des choses, les mêmes causes produisent les mêmes effets. En physiologie, il en est comme des autres lois de la nature. Le bacille de Koch est l'agent pathogène actif, c'est un germe qui ne demande qu'un milieu propre à sa croissance et à sa multiplication. Les tissus et les humeurs de l'économie animale, sont les terrains où il se cultive le mieux. Est-ce à dire que tous ceux qui viennent en contact avec le germe tuberculeux, doivent nécessairement souffrir et périr de phtisie tuberculeuse? Fort heureusement il n'en est pas ainsi. La contagiosité pour s'effectuer effectivement doit rencontrer certaines conditions spéciales de milieu et de terrain. Pour germer, croître et porter des fruits, le grain de blé doit être jeté dans un sol particulier, et y être entouré de circonstances voulues par sa nature. C'est-à-dire que ce sol doit contenir des matières nutritives dont il aura besoin, et il lui faut aussi de l'humidité, de la chaleur et de la lumière. S'il lui manque un seul de ces éléments, si le sol est dépourvu des matières minérales propres à sa nutrition, si la chaleur vivifiante du soleil lui fait défaut, la plante s'étirole et meurt. De même, le germe tuberculeux pour croître et se multiplier doit rencontrer un terrain tuberculisable. Quelles sont les conditions qui favorisent chez l'individu l'éclosion de la tuberculose?

Comme cause prédisposante, nous citerons d'abord l'hérédité. L'enfant, né de parents tuberculeux, ne naît pas lui-même fatalement avec le germe homicide, mais il vient au monde avec un tempérament et une constitution éminemment favorables à son éclosion. "On ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable." dit Peter. "Ce que les parents contaminés transmettent à leurs enfants, c'est la tuberculose en expectative et non en nature," dit Bouchard. Cette opinion est admissible, mais il n'en est pas moins vrai que la lésion héréditaire a été surprise en flagrant délit chez l'enfant nouveau-né. Dieulafoy ajoute que l'inoculation du sang d'un enfant nouveau-né d'une mère phtisique a pu déterminer chez le cobaye une tuberculose analogue à celle que détermine un fragment d'un poumon tuberculeux. Ce fait a été aussi démontré par Landousy et Martin.

Nous devons donc admettre la possibilité de la transmission du germe tuberculeux de la mère à l'enfant. "Toute la question, dit Dieulafoy," est de savoir pendant combien de temps, le germe pourrait vivre ainsi, en conservant sa virulence."

Cette latence des bacilles, ajoute le même auteur, n'a rien qui nous surprenne. La transmissibilité du germe tuberculeux des parents à l'enfant, pour être un fait indéniable, n'en est pas moins excessivement rare,

Comme nous le disions il y a un instant l'enfant hérite de la prédisposition à contracter la tuberculose, c'est un terrain favorable à son éclosion. Toutes les causes qui débilitent l'individu, la maladie, le surménagement, la mauvaise alimentation, l'insalubrité des bâtiments, mettent le terrain en état de réceptivité. Jaccoud disait il y a trente ans : " La tuberculose est l'aboutissant commun de toutes les détériorations constitutionnelles de la famille et de l'individu.

L'une des principales excuses de la perte de vitalité de nos enfants, c'est l'abominable hygiène de nos édifices publics et surtout nos maisons d'écoles rurales.

Où sont donc dans nos campagnes, les officiers qui s'occupent de la question de la salubrité, lorsqu'il s'agit de construire une maison d'école cantonale ? L'ignorance et la mesquinerie criminelles de la majorité des commissions scolaires à la campagne constituent un désastre et une disgrâce nationales.

Nos habitants, règle générale, se logent confortablement et dans bien des cas, leurs édifices ne pèchent en rien contre les lois de l'hygiène.

Mais s'il s'agit de se cotiser pour construire une maison d'école, où nos enfants devront séjourner de nombreuses années durant on lésine, on discute, on se chicane et l'on fait plus mal possible.

Il faut les voir comme nous les avons vues ces maisons, basses, étroites, malpropres, mal éclairées, dépourvues de tout moyen de ventilation, situées dans de très mauvais endroits climatiques. Ces usines de la tuberculose ne devraient pas être tolérées un instant.

Du haut de cette tribune, je demande grâce pour ces milliers de petits compatriotes, avides de bon air et de lumière, et à qui l'on ne distribue que des gaz délétères et un soleil parcimonieux.

Je demande grâce pour ces enfants, dont l'échine se dévie et se brise sur ces bancs de bois et ces tables boiteuses, instruments de torture, indignes de ce siècle éclairé et progressif.

Je demande grâce pour l'institutrice canadienne-française, confinée avec une troupe d'enfants dans ce réduit délétère et qui comme issue fatale après quelques années dévouées à l'instruction d'une classe d'êtres intéressants et intelligents, va mourir phthisique dans un lit d'hôpital, parce qu'on lui a refusé non seulement le confort le plus élémentaire, mais même un traitement suffisant pour se faire soigner chez elle et dans sa famille.

Est-ce que cet état de chose ne vous attriste pas? Est-ce que cette coupable incurie ne vous fait pas monter le rouge de l'indignation à la figure? Que l'on ne dise pas que j'exagère, là est le mal, là existe un des grands dangers qui menace notre existence nationale. Nos grandes institutions, nos collèges de garçons, nos pensionnats de jeunes filles ont subi et subissent d'années en années d'importantes améliorations sous ce rapport. Le jour où l'on aura soustrait l'organisation pécuniaire des écoles élémentaires de nos campagnes aux commissions scolaires telles qu'organisées aujourd'hui, on aura fait un progrès immense dans la bonne voie vers la restauration physique de nos enfants et, partant de toute la race.

La mauvaise alimentation, une nourriture insuffisante, l'humidité des pièces habitées, la privation d'air pur, voilà autant de facteurs, de candidats à la tuberculose. Les sujets exposés à l'une de ces causes prédisposantes, congénitales ou acquises, ne deviendront pas tuberculeux de ce seul fait, mais le mal avec tout son cortège d'accidents, éclatera avec une violence désespérante dès qu'ils viendront en contact avec le microbe phthisiogène. Une autre cause de prédisposition de l'individu à la consommation, c'est l'alcoolisme. L'alcoolique est dans des conditions particulières de réceptivité. Les excès auxquels il s'adonne en lui enlevant toute force de résistance en fait une proie facile et fréquente de la tuberculose. Le cabaret ne constitue pas seulement une cause prédisposante mais il est très souvent une cause directe. Le consommateur tuberculeux sèmera sur le parquet du cabaret ces germes d'infection qui pulluleront par la suite avec d'autant plus de facilité que l'entretien et le nettoyage de ces sortes d'établissements, est moins soigné. Il déposera sur les parois de son verre, par le contact de ses lèvres, des légions de bacilles. Les habitués qui se présenteront au débit après lui, auront donc une chance des plus belles d'absorber avec la liqueur, le poison pathogène.

Nous constatons quotidiennement et plusieurs fois par jour, l'existence de ce fait et l'on ne semble pas devoir y porter la moindre attention. Un seul tuberculeux par son passage dans un débit de boisson, peut donc contaminer un grand nombre des habitués de ces maisons très dangereuses. Que dire des mœurs défavorables que prennent les jeunes gens dans ces milieux absolument condamnables; nous n'en parlons bien entendu qu'au point de vue de leur santé.

L'habitation de la famille pêche très souvent sous le rapport hygiénique. L'habitation du cultivateur, comme nous le disions tout à l'heure, est elle-même assez convenable dans nos grandes paroisses. La maison de

Pouvrier à la ville est beaucoup moins bien sous le rapport hygiénique. Comme les maisons d'école, ces logements sont mal construits, mal éclairés, mal ventilés. Il y a une grande réforme à opérer. On a créé à Paris la commission des logements insalubres. Ce corps possède de vastes pouvoirs et rend de grands services. Il dépend de la préfecture de la Seine et il est placé sous la direction d'un médecin inspecteur général. Combien de fois dans notre carrière, déjà assez longue, de médecin de campagne, n'avons-nous pas rencontré de ces maisons, foyer de pestilence, sentines de maladies et de mort. Maisons maudites comme le décrit le Dr Coste. Tout y est dans un désordre tout à fait repoussant ; on y couche, on y boit, on y crache un peu partout. Bien souvent les plafonds beaucoup trop bas, sont encombrés du linge sale de la quinzaine, qu'après un léger savonnage, la femme aura suspendu à égoutter. Les ouvertures y sont soigneusement closes et le parquet est sali par une couche de poussière, de détritux et de crachats. On s'émeut et l'on met sur pied toute la hiérarchie des pouvoirs publics à la seule apparition d'un cas de variole, de diphtérie, de fièvres typhoïdes et l'on a raison. Mais pourquoi restons-nous absolument apathique en présence de tant de causes débilitantes et ruineuses de la santé publique ? Je ne parlerai pas de la mauvaise hygiène des grands édifices industriels, des grands magasins des villes, des grands bureaux publics, des voitures publiques, des gares de chemin de fer, etc. Il y aurait un livre intéressant à écrire sur ce sujet. Je resterai donc, à la campagne puisque la campagne se tuberculise si rapidement.

Parlons maintenant de la distribution du bacille de Koch cause immédiate de tout le mal. La tuberculose se transmet par le contact immédiat et au moyen d'un intermédiaire. La cause la plus vulgaire et la plus dangereuse est le crachat. Le tuberculeux comme le reste des mortels d'ailleurs, a la déplorable habitude de cracher partout et sur tout. Ce qui constitue chez l'un un acte de malpropreté qu'on ne peut trop stigmatiser devient chez l'autre un crime qu'on ne saurait punir assez sévèrement. C'est par le crachat et à cause de lui que les agglomérations d'individus sont toujours si dangereuses. C'est par lui que nos maisons d'école de campagne après avoir débilité et appauvri physiquement nos enfants leur inoculent le microbe tuberculeux. Est-il à votre connaissance messieurs, et je vous prie de me pardonner si j'insiste autant sur cette question, est-il à votre connaissance, dis-je, que messieurs les commissaires vous aient jamais payé le luxe d'un crachoir, lorsque vous fréquentez ce qu'on

appelle si justement " la petite école " ? N'avez-vous pas été parfois péniblement surpris de voir un de vos petits compagnons bien doué au point de vue physique, issu de parents robustes et bien portants et que vous aviez perdu depuis quelques années, se présenter à vous courbé et souffrant sous le coup de cette terrible tueuse de jeunes gens ? Comme des milliers de victimes de la tuberculose il a pris le germe homicide entre les quatre murs de la maison d'école.

Dans nos maisons à la campagne et dans nos villages, vous avez partout constaté la présence sur le paquet des catalogues ou paillassons. Vous ne sauriez croire quel rôle jouent dans la propagation de la tuberculose, ces nids de microbes. Le tuberculeux ambulante qui promène chez ses amis du canton son existence déchuée est toujours accueilli avec sympathie par notre hospitalière population rurale. On le trouve intéressant parce qu'il souffre ; il serait mal noté celui qui ferait mine seulement de l'éconduire une seule fois. Il faut voir aussi si le pauvre malade abuse de cette complaisance. Aujourd'hui, il va chez son plus proche voisin et demain s'il fait beau et si ses forces le lui permettent on le rencontrera dans l'autre bout de la concession. Ignorant qu'il est un danger qui menace la santé et la vie de ceux qui le reçoivent si bien il prolonge ses visites et il expectore profusément autour de lui et surtout sur le paillason. Ce détail apparemment insignifiant est gros de conséquences désastreuses. Que fait-on de ce morceau de tapis, de ce paillason contaminé ? On le laissera là jusqu'à l'époque de la prochaine grande lessive et dans l'intervalle, c'est des colonies contenant des milliers de bacilles qui séjourneront là dans cette habitation.

Ces bacilles seront aspirés par la famille et par leurs amis. Je ne puis m'empêcher de stigmatiser la grossière habitude qu'ont certaines personnes de cracher jusque dans l'église. Notre éducation sous ce rapport, laisse déplorablement à désirer. Nous sommes en famille, messieurs, et c'est pour cette raison que je vous cause si librement de toutes ces misères.

*
*
*

Il est donc parfaitement démontré aujourd'hui que la tuberculose est une maladie bacillaire et conséquemment contagieuse. Le bacille de Koch est l'agent spécifique et nos organes sont les milieux propres à sa culture à sa croissance et à sa transformation en tubercules. Les candidats à la

tuberculose ce sont les malingres, les lymphatiques, les déçus par quelques causes que ce soient etc.

Que devons nous faire pour nous protéger contre ce mal si redoutable ? Isoler le bacille et transformer les candidats pour leur permettre de lutter. Pour arriver à ce résultat nous croyons que le moyen le plus efficace serait d'inculquer par tous les moyens possibles à nos populations du haut en bas de l'échelle sociale, la véritable connaissance de la genèse de la tuberculose. Montrons fidèlement au peuple ce que c'est que cet ennemi si redoutable et avec son instinct admirable de conservation il saura s'en défendre. La croyance la plus accréditée chez nos populations, c'est que la tuberculose est une maladie héréditaire et on ignore absolument qu'elle est si fatalement, je dirai si facilement contagieuse. On se protège contre la diphtérie, contre la variole, contre la fièvre typhoïde etc. On se protégera non moins efficacement contre le bacille de Koch, lorsqu'on le connaîtra plus amplement. Pour arriver à ce désirable résultat, il faudrait introduire dans nos écoles les plus modestes comme les plus fashionables l'étude obligatoire de l'hygiène. C'est cette science admirable qui doit nous sauver. N'est-il pas plus raisonnable qu'on sauvera notre génération plus facilement et plus sûrement par la persuasion que par les moyens coercitifs ? Disons à l'enfant d'école et répétons lui tous les jours qu'il doit accorder autant de soins à sa culture physique qu'à sa culture morale et intellectuelle.

L'aphorisme classique *mens sana in corpore sano* est absolument vrai. C'est par l'école que nous repandrons les saines notions de l'hygiène.

Apprenons à l'enfant à respecter son corps au point de vue hygiénique et il se respectera au point de vue moral. Il est démontré que l'hygiène bien appliquée force l'individu à avoir plus de respect pour lui-même au double point de vue physique et morale. Letulle dit avec raison qu'il n'est pas de voyous aux mains et au linge blancs. L'hygiène bien appliquée n'est pas un luxe qui n'est que l'apanage d'une certaine classe de la société, il faut l'introduire de gré ou de force dans toutes les familles, même et surtout chez les plus pauvres et les plus modestes. Le vulgaire crachoir dans lequel on crache est une arme puissamment efficace contre la propagation du bacille de Koch. Il faudrait donc écrire des volumes en son honneur. En effet on ne pourra jamais trop insister sur la nécessité de rompre à jamais avec notre malpropre habitude de cracher sur le parquet. Tous les hygiénistes du monde proclament que c'est le crachat qui est le grand facteur de la contamination.

Est-il donc si couteux de recueillir tous les crachats sans distinction d'origine d'empêcher leur dessiccation de hâter leur destruction ? Si, dit Letulle, par un coup de magie tous les habitants de Paris, d'un commun accord cessaient d'expectorer par terre pour cracher dans leurs mouchoirs, serviettes, et autres objets pour le restant de leurs jours et s'ils pouvaient imposer à leurs descendants la même propreté pratique, en d'autres termes si les crachoirs public et les crachoirs individuels se substituaient à la pratique ignoble du crachat à terre, on peut affirmer que la mortalité par la tuberculose pulmonaire deviendrait une exceptionnelle rareté, mais pour qu'une pareille révolution se produise, il faudrait trop d'héroïsme de la part des pouvoirs publics de l'autorité, de l'administration et de l'individu. Ce serait un cataclysme. C'est une habitude invétérée contre laquelle une réforme de nos mœurs ne servira de rien tant que la masse publique ne sera pas convaincue. C'est par l'enfant à l'école qu'il faut commencer la croisade et la continuer avec énergie et persévérance dans la famille, chez les officiers publics. Est-ce que ceux-ci ne devraient pas donner l'exemple ? Vraiment, nous avons plus de confiance dans la bonne volonté de l'enfant

Dans certains de nos édifices publics, on a bien affiché en grosses lettres, " Ici il est défendu de fumer, " il n'y a que dans les voitures publiques de la compagnie des tramways que j'ai vu affichée la défense de cracher sur le plancher. Est-ce que cette invitation n'a pas bien été accueillie du public ? Est-ce qu'elle n'a pas produit d'excellents effets ? Letulle insiste pour la mise en batterie de crachoirs en tous lieux, dans les gares de chemins de fer, dans l'hôtel des postes, dans les banques, les facultés les églises, les théâtres, les jardins publics, qu'ils soient exposés à tout venant, bien en vue et à profusion.

Ce serait une leçon de choses qui finirait par être comprise. Ce serait une sauvegarde des lois de l'hygiène sociale. Après avoir mis l'enfant et tout le public en garde contre le danger de la contagion par le bacille, nous devrions lui apprendre quels sont les moyens de le combattre lorsqu'il en est atteint. Montrons-lui aussi à se tenir en état de non réceptivité, en conservant sa robusse native et en modifiant et tonifiant son tempérament, lorsqu'il a le malheur de naître débile. C'est encore en observant strictement les lois de l'hygiène qu'il atteindra ce double desideratum. En Angleterre on a bien compris la nécessité de faire un grand effort en ce sens, et dans les écoles de la Grande-Bretagne, dans les programmes d'études, on donne la place d'honneur à l'hygiène et on la fait très large. La génération anglaise contemporaine qui s'est imprégnée de ces sages prin-

cipes, les met aujourd'hui en pratique. Il faut voir quelle énorme transformation a subi la grande Ile Britannique au point de vue de la salubrité. Depuis 37 ans, le chiffre de la mortalité par la tuberculose pulmonaire en Angleterre, a tombé de trente-sept par mille à vingt par mille. Est-ce que ce résultat n'est pas de nature à nous encourager. Dans le même pays il est une loi qui règlemente la construction des maisons d'écoles et cette loi n'est pas une simple lettre spéculative, n'est pas simplement une belle théorie. Les pouvoirs publics sont inexorables sur ce point. Lorsque nous aurons converti le public à ces deux idées qui manquent à son éducation, la curabilité de la tuberculose d'abord, son évitabilité ensuite par la guerre faite aux expectorations bacillaires, on pourra se dire que l'ère de la restauration commence. En Allemagne on a fait de grands efforts depuis quelques années pour arrêter les progrès toujours croissants de la terrible maladie, et comme en Angleterre, les résultats ont été très heureux. On a d'abord établi dans ce pays les sanatoriums. On en attendait un double résultat ; d'abord le traitement et la guérison des tuberculeux, et en second lieu, la démonstration de la curabilité de la maladie par l'hygiène. Les compagnies d'assurance allemandes ont constaté depuis longtemps déjà que la majeure partie des rentes à servir aux ouvriers devenus incapables de gagner leur vie, allait à des tuberculeux. Et d'un autre côté l'office impérial des assurances contre l'invalidité s'apercevant que sur mille ouvriers devenus invalides de 20 à 24 ans, 548 étaient en commencement ou en activité tuberculeuse, et entre 24 et 29 ans 521 étaient pris par le tubercule. En constatant les grands bienfaits de l'isolement et des traitements méthodiques du malade au début, il créa des sanatoriums populaires, en s'efforçant de faire, par ses médecins, dépister la tuberculose pulmonaire à tous ses premiers débuts. En apprenant à ses ouvriers intéressés le péril qui les guette, la caisse d'assurance se mit à soigner en sanatoriums, les malades à la minute de leurs premières attaques. De cette manière elle protégeait compagnons et familles contre la contagion ; améliorait toujours, guérissait d'ordinaire les malades soignés à la cure disciplinée et en leur permettant de rentrer à l'atelier, déchargeait d'autant la caisse d'invalidité.

Ces caisses d'invalidité ont déjà trouvé moyen de réaliser un bénéfice de plusieurs millions, de ce chef. Ce résultat apparaîtra énorme si l'on songe à toutes les contagions évitées aussi bien dans les ateliers que dans les familles. Dès la première alerte, le malade est constamment épié par le médecin de la compagnie.


En France on lutte en désespéré contre le mal terrible qui enlève annuellement à notre ancienne mère patrie deux cent mille de ses enfants ; et, comme on calcule qu'un malade traîne en moyenne pendant trois années sa lamentable agonie, c'est six cent mille contagionnés que le bacille atteint, en France, chaque année.

Dans la Province de Québec, nous avons la somme enorme de 10,000 contagionnés chaque année, c'est désastreux ! Il est des vérités tristes à dire, mais je vais les répéter cependant. Nous laissons mourir nos frères par apathie et par ignorance. Ce mal nous enlève nos jeunes gens, dans toute leur activité productive, de vingt à trente ans, et il affaiblit la race. Les fils de tuberculeux sont des sujets pathologiques sur lesquels la société n'a pas le droit de compter. Notre pessimisme ne nous empêche pas de constater un réveil des autorités et une direction d'énergie en faveur de la sainte cause que je vous prêche ce soir.

L'honorable Mr. Turgeon à qui je dédis ce modeste mais sincère effort, dans le trop court séjour qu'il a fait au ministère de l'instruction publique de notre province, a jeté un cri d'alarme et cette voix autorisée et puissante sera entendue, nous osons l'espérer. Si ces quelques lignes peuvent contribuer à hâter d'un seul jour les réformes si instamment désirées, je me rendrai le témoignage d'avoir rendu un grand service à mes compatriotes et à mon pays.

J. G. PARADIS,

Montmagny, 26 Juin 1902.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Attendre pour opérer que l'appendicite soit " refroidie "
c'est exposer le malade à la mort.

par M. le Professeur DIEULAFOY.

" Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite " telle était la conclusion que formulait M. le prof. Dieulafoy dans sa communication à l'Académie de Médecine en 1896.

Dans ses cliniques comme dans son cours de pathologie interne, il s'est toujours efforcé de démontrer, depuis, que le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'appendicite ; il est le seul qui mette à l'abri des accidents immédiats et des accidents éloignés, il est le seul qui prévienne les rechutes et leurs conséquences. " Il ne veut pas dire cependant qu'un traitement palliatif par l'opium, le repos, la glace n'a pas sa raison d'être.

" On ne doit pas mourir d'appendicite " ajoute-t-il ailleurs pour raffermir les convictions. Mais l'intervention chirurgicale doit être faite en temps opportun. "

C'est là précisément le point qui est encore débattu parmi les chirurgiens.

Certains auteurs, partisans de l'opération demandent qu'on n'opère pas avant le cinquième ou le sixième jour, époque à laquelle la péritonite a eu le temps de se circonscrire ; d'autres demandent qu'on attende que la période aiguë soit passée, que l'appendicite soit refroidie.

Le savant clinicien de l'Hôtel-Dieu a fait une nouvelle communication à l'Académie, en juin dernier, qui lui a permis de jeter une nouvelle lumière sur ce point discuté et de formuler une nouvelle conclusion ; "attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort, " l'observation sur laquelle il s'appuie est des plus caractéristi-

ques pour démontrer l'évolution insidieuse et le caractère intoxicant plus qu'infectueux de certaines variétés d'appendicite :

Le lundi matin, 2 juin, M. Marion, suppléant du professeur Duplay à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous demandait de venir voir, salle Saint Landry N^o 31, un garçon de vingt-trois ans, entré la veille à l'hôpital. Ce jeune homme nous raconte que sa maladie a débuté d'une façon inopinée dans la nuit du jeudi au vendredi, alors que la veille, il était, comme toujours, en parfaite santé. Le jeudi il avait travaillé comme d'habitude, il avait diné de bon appétit et il s'était couché sans éprouver le moindre malaise. Vers 2 hrs du matin il est réveillé par des douleurs sous-ombilicales, d'abord peu vives, puis plus intenses.

Le vendredi matin, malgré ses douleurs, cet homme se lève et se rend à son travail, mais il ne peut déjeuner, il rentre chez lui et il se couche. Dans la soirée apparaissent quelques frissons. La nuit du vendredi au samedi est fort pénible, mais il n'y a ni nausées, ni vomissements.

Le samedi matin, 31 mai (deuxième jour de la maladie) les douleurs abdominales sont très vives. Le malade dit avoir eu la fièvre toute la journée. Deux lavements amènent une évacuation; le lait tiède est bien toléré. Un médecin vient dans la journée et parle d'appendicite.

Le dimanche, 1er juin (troisième jour de la maladie) le jeune homme est amené à l'Hôtel-Dieu. Le ventre est à peine ballonné et douloureux à la région sous-ombilicale. Il n'y a pas de vomissements, la mixtion est facile. Le pouls est à 96; température du matin, 38^o 5; température du soir, 38^o 6. On applique sur le ventre une vessie de glace.

Le lundi matin, à 10 heures (quatrième jour de la maladie), je suis appelé auprès du patient. Le pouls est à 88, et la température, qui, la veille au soir, avoisinait 40^o, est actuellement tombée à 37^o. Malgré cette amélioration apparente, j'ai mauvaise impression, le visage est altéré, pâle et terreux; les traits sont tirés, les ailes du nez sont animées de battements. Le malade a rendu des gaz et des urines; il a eu quelques hoquets, mais pas de vomissements. Le ventre a son aspect presque normal, il n'est ni météorisé, ni excavé; la région sous-ombilicale est un peu tendue et sensible à la pression. La palpation permet de localiser nettement le maximum de la douleur à la région cæco-appendiculaire.

C'est là, dans les parages de l'appendice, que dominent la douleur, l'hyperesthésie et la tension musculaire. On ne trouve de matité nulle part.

Nous avons affaire à une appendicite aiguë, qui est au quatrième jour de son évolution, mais, à coup sûr, la péritonite ne joue pas un rôle dominant dans l'histoire de cette appendicite. Ces formes là sont suspectes de gangrène et d'intoxication parfois terribles. Je fais analyser les urines, et l'analyse nous donne la confirmation de la toxicité de cette appendicite. Les reins et le foie sont adultérés par les toxines appendiculaires, car les urines contiennent une assez forte proportion d'albumine, des cylindres granuleux des leucocytes et des pigments biliaires.

Séance tenante, l'opération est pratiquée par M. Fredet. L'incision des parois ne dénote aucune trace d'œdème. Le péritoine n'est pas adhérent. L'ouverture de la cavité péritonéale donne issue à une petite quantité de liquide louche sans odeur. Aucune adhérence entre les anses intestinales, peu d'exsudat à leur surface. En arrière du cæcum existe une petite collection purulente fétide. L'appendice est logé dans cet abcès; il adhère légèrement à la paroi postérieure du cæcum; on le décolle sans peine. La portion initiale de l'appendice attachant au cæcum ne paraît pas altérée, mais le reste de l'appendice est entièrement gangréné sans perforation apparente. La plaie est laissée ouverte; on établit un drainage avec trois gros drains entourés de gaze.

Mardi 3 juin. La nuit a été agitée; la température est à 37° 6.

Mercredi 4 juin. Le malade a eu dans la nuit quelques vomissements muqueux. Je redoute les hématémèses qui accompagnent si souvent les formes toxiques de l'appendicite. Un lavement d'eau salée provoque une débâcle.

Jedi 5 juin. L'état paraît plus satisfaisant, et cependant le visage conserve son aspect terreux.

Vendredi 6 juin. La situation s'aggrave: le malade est abattu, les extrémités sont couvertes de sueurs froides, le pouls est petit et accéléré, les vomissements muqueux se sont reproduits. L'analyse des urines démontre la présence de pigment rouge brun qui a remplacé les pigments biliaires vrais. La nuit suivante surviennent de nombreuses hématémèses (vomito negro appendiculaire), et le malade succombe après avoir eu une série de vomissements noirs.

A l'autopsie, faite par un de mes chefs de laboratoire, M. Nattan-LARRIER, on trouve un léger exsudat fibrineux sur quelques anses intestinales, pas de liquide péritonéal, pas de collections purulentes, si ce n'est une cuillerée de pus bien lié dans le petit bassin.

Les deux poumons sont fortement congestionnés, surtout aux bases, sans trace de broncho-pneumonie. L'estomac est vide ; toute la muqueuse au niveau de la grande courbure est couverte de suggillations hémorragiques ; on dirait par places des taches de purpura ; les fins vaisseaux sont distendus en réseaux ; on ne trouve pas d'ulcérations.

Le cœur et la rate sont sains. Le foie et les reins ont une apparence normale, mais l'examen histologique y dénote des lésions extrêmement accentuées. C'est M. Letulle qui a bien voulu se charger de cet examen.

En résumé, l'ensemble de ces lésions permet de conclure qu'il s'agit d'une "néphrite suraiguë dégénérative toute récente dont la cause échappant à l'examen microscopique paraît relever uniquement d'une substance toxique éliminée par l'appareil sécréteur du rein."

Du côté du foie, nous constatons des lésions de dégénérescence granulograissee des cellules hépatiques centro-lobulaires et les lésions d'intoxication suraiguë.

Il est donc permis de dire que chez le malade dont je viens de rapporter l'observation, l'appendicite a été un agent d'intoxication au moins autant qu'un agent d'infection ; elle a intoxiqué sa victime au moins autant qu'elle l'a infectée.

Les lésions dues à l'infection appendiculaire n'ont déterminé qu'une péritonite assez légère avec abcès rétro-cæcal, tandis que les lésions dues aux toxines appendiculaires ont déterminé, pendant la vie, des symptômes d'intoxication et à l'examen anatomique des altérations suraiguës.

Jusqu'à ces dernières années, les lésions infectueuses de l'appendicite avaient seules attiré l'attention.

Péritonites généralisées et circonscrites, abcès à distance, infection presque toujours mortelle du foie (foie appendiculaire), infection terrible de la plèvre (pleurésie appendiculaire), empyème sous-phrénique appendiculaire, péricardite purulente appendiculaire, collections cérébrales appendiculaires, toutes ces complications redoutables, que l'appendicite enfante pendant sa phase active, avant d'être "refroidie", toutes ces complications dis-je, sont le fait de l'exaltation de virulence appendiculaire et des infections qui en sont la conséquence.

Mais il est un autre facteur, terrible lui aussi, avec lequel on n'avait pas compté : c'est la toxicité élaborée en foyer appendiculaire, c'est la toxine de ce bouillon de culture, avec toutes les complications qui en sont la conséquence.

Si je ne me trompe, c'est à cette tribune de l'Académie que la notion de la " toxicité appendiculaire " a été pour la première fois bien établie. Je ne reviens pas sur les expériences que j'ai faites avec un de mes chefs de laboratoire, M. Caussade, et que j'ai rapportées ici. Je ne rappelle que pour mémoire les symptômes d'intoxication appendiculaire, l'albuminurie, l'urobilinurie, la teinte subictérique ou ictérique des téguments, les hématuries petites ou grandes, etc., mais il me paraissait utile d'insister sur certaines lésions dues à l'intoxication appendiculaire et ces lésions, je viens de vous les rapporter en détail.

Les études cliniques, expérimentales, et anatomo-pathologiques relatives à la toxicité appendiculaire, nous apprennent que l'appendicite est au moins aussi redoutable par son poison que par ses microbes. C'est là une notion dont il faut se bien pénétrer quand on veut formuler le traitement rationnel de l'appendicite et ne pas s'en rapporter à des formules qui ont l'air de dire quelque chose alors qu'elles ne disent rien. Je vais essayer de le démontrer.

Depuis quelque temps deux formules malheureuses ont la prétention de résumer le traitement chirurgical de l'appendicite. Deux camps se sont formés. A l'un de ces camps appartiennent les partisans de l'opération à froid, ceux qui n'opèrent que lorsque l'appendicite " s'est refroidie ". A l'autre camp appartiennent les partisans à l'opération à chaud, ceux qui opèrent l'appendicite pendant sa période aiguë et fébrile, afin de supprimer à temps les causes de danger et de mort. Le classement s'est fait de telle sorte que la note dominante actuelle tient dans ces deux formules : opérer à froid et opérer à chaud. Il y a des opérateurs à froid et des opérateurs à chaud ; on demande des médecins consultants pour froid et pour chaud. Je n'exagère pas.

Étudions sérieusement la question ; elle en vaut la peine, car l'appendicite est là, menaçante, elle nous guette, et c'est d'elle que Malherbe aurait pu dire :

Et la garde qui veille aux barrières du Louvre,
N'en défend point nos rois.

En nous disant qu'il faut opérer à froid, ou qu'il vaut mieux opérer à chaud (ce qui est diamétralement opposé), évidemment quelqu'un se trompe.

Les partisans de l'opération à froid publient des statistiques qui ont pour elles les apparences. Les opérations à froid, nous dit-on, donnent des

résultats admirables, tandis que les opérations à chaud comptent bon nombre d'insuccès.

Expliquons-nous là-dessus. On nous vante les beaux résultats de l'opération faite à froid et on dresse des statistiques dont les chiffres comparés aux résultats de l'opération faite à chaud frappent au premier abord l'imagination des médecins et des familles. Mais ce n'est là qu'un trompe-l'œil, car ces statistiques, malgré leur sincérité, sont en réalité mal interprétées. Plaçons la question sur son véritable terrain et voyons ce qu'il faut penser des résultats basés sur les préceptes d'après lesquels l'opération, au cas d'appendicite aiguë, doit être différée jusqu'à ce que l'appendicite soit refroidie.

D'abord les succès de l'opération faite à froid n'ont rien qui doive nous surprendre, c'est le contraire qui nous surprendrait. Opérer à froid, c'est opérer un malade déjà guéri ou presque guéri; la phase aiguë et redoutable de l'appendicite est passée, l'économie plus ou moins infectée et intoxiquée est sortie victorieuses de la lutte, et c'est quand la bataille est finie, c'est quand le péril est conjuré que l'opération à froid vient enlever les reliquats de la bataille. Gardons-nous d'attribuer à cette intervention tardive les honneurs de la guérison; l'opérateur à froid éteint un foyer qui ne brûle plus; il fait œuvre utile néanmoins et il sauvegarde l'avenir, mais ne donnons pas aux statistiques que comportent ces cas une importance qu'elles n'ont pas.

Elles doivent être d'autant plus modeste, ces statistiques, qu'il importe avant tout de savoir le nombre des victimes qui ont succombé à l'appendicite aiguë "chaude", avant d'avoir atteint la phase bienheureuse d'appendicite refroidie où l'on devait les opérer et les guérir.

Car enfin, en attendant ce refroidissement, bon nombre de malades atteints d'appendicite aiguë succombent en pleine phase "chaude"; rappelez-vous à ce sujet la belle communication de notre collègue M. Chauvel. Ces malades, dont l'appendicite ne se refroidit pas assez vite, au gré des prévisions, succombent infectés et intoxiqués; ils succombent avec du pus plein le péritoine, plein le foie, plein la plèvre, sans compter le reste, ils succombent intoxiqués, "nous le savons maintenant", la toxine appendiculaire provoquant à l'estomac, au foie, aux reins, des lésions suraiguës qui autrefois n'avaient pas été soupçonnées.

Et en face de pareilles éventualités, avec de telles désastres en perspective, on attendrait pour intervenir que l'appendicite voulût bien se refroidir! J'avoue que je ne comprends pas. J'ai été depuis quelques

années mêlé de très près à cette question médico-chirurgicale de l'appendicite, j'en ai vu un nombre très grand, et je déclare qu'en face de catastrophes dont j'ai été le témoin, ou le confident, je ne consentirai jamais à souscrire à l'échéance véreuse de l'appendicite refroidie.

Par contre, la seule notion vraie, rationnelle, étayée sur l'expérience, celle qui donne toute sécurité et qui met à l'abri de toute éventualité, c'est la notion de l'opération à chaud, " pratiquée à temps ", c'est-à-dire avant que le foyer appendiculaire ait eu le temps de lancer de tous côtés agents toxiques et infectieux.

Je sais bien que dans certaines statistiques d'opérations faites à chaud, on fait ressortir les insuccès de quelques-unes de ces opérations, mais ici encore, malgré leur sincérité, il s'agit de statistiques mal interprétées. Dans ces statistiques d'opérations à chaud, on englobe, sans distinction, des opérations, pratiquées à n'importe quel moment de la phase dite chaude. Or, toute la question est là. Si l'opération est pratiquée un peu tardivement, alors que le malade est déjà irrémédiablement infecté et intoxiqué, on a des insuccès et on met à tort tous ces insuccès sur le compte de l'opération à chaud. Rien ne sert d'opérer, il faut opérer à temps. A ce sujet voici ce que j'ai constaté :

Les appendicites aiguës, même graves et à marche rapide, que j'ai fait opérer ou qui ont été opérées pas plus tard que le second jour, " ont toutes guéri ".

Presque toutes les appendicites que j'ai fait opérer ou qui ont été opérées au troisième jour ont guéri ; néanmoins quelques-unes ont laissé l'opéré pendant quelques jours entre la vie et la mort.

Pour ce qui est des appendicites aiguës opérées le quatrième jour, et à plus forte raison les jours suivants, je ne répons de rien ; on a des succès très nombreux, mais les insuccès dépendent de l'infection et de l'intoxication qui ont eu le temps d'agir avant l'opération. On a opéré trop tard.

Tout ceci prouve que nous devons tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille, ou de l'avant veille, parce qu'ils font coïncider le début de ce mal avec la grande vivacité des douleurs.

Or, par un examen attentif et méthodique, nous rectifions l'erreur, nous arrivons à savoir que telle appendicite qu'on nous présente comme étant au second jour est en réalité au troisième ou au quatrième ; telle autre appendicite qu'on nous présente comme étant au troisième jour est

en réalité au cinquième ou au sixième. Ces détails ont une extrême importance ; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de vingt-quatre heures, et même de douze heures, pour changer la face des événements.

Influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des ictériques

MM. Gilbert et Herscher ont été conduits à penser que le corps thyroïde est susceptible d'exercer sur les sels biliaires directement ou indirectement, une action destructive ou modicatrice, telle que la toxicité de ces sels est diminuée.

Les quelques recherches expérimentales qu'ils ont faites ont donné des résultats favorables à cette conception. Ils ont constaté que, du fait de l'association du corps thyroïde, les solutions de sels biliaires sont moins toxiques pour des lapins à qui on les injecte dans une veine de l'oreille. Si l'on divise une même solution de sels biliaires en deux parties, et si l'on injecte l'une pur et l'autre après l'avoir additionnée préalablement de corps thyroïde, on voit, en effet, qu'il faut une dose beaucoup plus considérable de la deuxième que de la première, pour entraîner la mort de deux lapins de même poids.

Le corps thyroïde modifie donc la toxicité des sels biliaires et MM. Gilbert et Herscher pensent que cette glande doit être jointe à la liste de celles dont ils ont indiqué récemment le rôle dans la défense de l'organisme contre l'empoisonnement biliaire.

Urticaire et prurigo d'origine biliaire

MM. GILBERT et P. LEREBoullet estiment que dans la pathogénie de l'urticaire et des diverses variétés de prurigo, il faut faire jouer un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à la cholémie.

Les très nombreux faits qu'ils ont observés leur ont montré que presque toujours *l'urticaire est d'origine biliaire*. Quelle que soit la cause alimen-

taire incriminée par les malades, on retrouve facilement chez ceux-ci les signes révélateurs de la cholémie, décelée en outre par l'examen du sérum. Si donc les causes ordinairement invoquées à l'origine de l'urticaire sont valables comme causes occasionnelles, c'est la cholémie qui semble à MM. Gilbert et Lereboullet la cause prédisposante la plus importante et, selon eux, nécessaire dans presque tous les cas.

Les prurigos prêtent aux mêmes remarques. Récemment, MM. Gilbert et Lereboullet ont pu suivre deux cas de *prurigo de Hebra* dans lesquels ils ont pu facilement mettre en évidence le rôle de la cholémie décelée tant par les symptômes associés que par l'examen du sérum. Ils se demandent donc s'il n'y a pas lieu d'invoquer une pathogénie biliaire pour les cas de prurigo dont l'étiologie est actuellement mal connue. Ces constatations les ont amenés à essayer dans ces cas de prurigo le traitement thyroïdien qui a entre les mains de MM. Gilbert et Herscher, donné de bons résultats contre le prurit des ictériques.

L'urobilinurie dans la cholémie familiale

MM. GILBERT et P. LEREBoullet apportent des faits montrant la très grande fréquence de l'urobilinurie dans la cholémie familiale. Sur 50 cas en effet dont ils ont systématiquement examiné le sérum et les urines, à ce point de vue, ils ont constaté 25 fois une urobilinurie notable, 20 fois des traces légères, 5 fois seulement une absence complète. L'existence de cette urobilinurie s'explique facilement par la théorie de l'origine rénale de l'urobiline, récemment défendue par MM. Gilbert et Herscher. Si l'acholurie existe dans ces faits, ce n'est pas en raison de l'imperméabilité rénale souvent absente, ni à cause du faible degré de la cholémie fréquemment assez marquée. C'est simplement parce que la totalité des pigments biliaires contenue dans le sérum est transformée au niveau du rein en urobiline. *Les sujets atteints de cholémie familiale sont donc bien acholuriques ; mais en même temps urobilinuriques.* Il peut par suite être utile, lorsqu'on pense à la cholémie familiale, de rechercher dans les urines non les pigments biliaires vrais, absents dans la presque totalité des cas mais l'urobiline le plus souvent facilement mise en évidence ; sa présence doit être considérée comme révélatrice de la cholémie, au même titre que les diverses pig-

mentations ailleurs étudiées par MM. Gilbert et Lereboullet, et résultant de la transformation des pigments biliaires en mélanine au niveau de l'épiderme. Il convient donc, pour porter le diagnostic de cholémie familiale de ne chercher ni l'ictère conjonctival, presque toujours absent, ni la cholurie qui fait défaut dans presque tous les cas, et de considérer comme signes révélateurs et les diverses pigmentations cutanées, surajoutées ou non au teint cholémique, et l'urobilinurie si fréquente dans la cholémie familiale.

Importance du réflexe lacrymal pour le diagnostic étiologique des anesthésies faciales.

L'étude des réflexes a une importance capitale quand il s'agit de faire le départ entre les troubles nerveux de nature hystérique et ceux qui reconnaissent pour cause une lésion organique. Or, jusqu'ici, les cliniciens paraissent avoir négligé presque complètement le réflexe lacrymal déjà signalé par Pitres et par Gilles de la Tourette. Pratiquement, le meilleur moyen de le provoquer consiste à chatouiller la muqueuse nasale.

Dans l'hémi-anesthésie faciale de nature hystérique, on voit que le réflexe est conservé ; et du côté où l'on a porté l'irritation de la muqueuse nasale, on voit se produire des larmes en abondance, quel que soit le côté en expérience.

Il n'en est plus de même lorsqu'il y a une lésion du trijumeau. L'auteur a eu l'occasion de rechercher le réflexe lacrymal chez deux malades qui avaient subi l'extirpation du ganglion de Gasser. Dans ces deux cas le réflexe était presque entièrement aboli, du moins lorsque l'irritation portait sur le côté opéré ; quand on provoquait la sécrétion des larmes du côté sain, on voyait rapidement la conjonctive de l'œil opposé se congestionner et les larmes apparaître, mais en apparence beaucoup moindre que du côté sain.

Ces faits sont de nature à attirer l'attention des cliniciens sur la valeur que peut avoir le réflexe lacrymal pour le diagnostic étiologique des hémi-anesthésies faciales.

**Sur la digestibilité comparative du lait entier et
du lait écrémé**

MM. GILBERT et CHASSEVANT ont étudié expérimentalement la durée de la digestion stomacale du lait pur et écrémé. Ils ont constaté que :

1^o Le lait écrémé bouilli séjourne dans l'estomac moins longtemps que le lait pur bouilli contrairement à l'hypothèse de Marckwald et conformément aux observations de la clinique.

2^o Il faut plus de 4 heures 30 et moins de 5 heures pour que le *lait écrémé bouilli* soit expulsé de l'estomac ; plus de 6 heures 30 et moins de 7 heures pour le *lait pur bouilli*.

3^o Ce sont les matières grasses qui séjournent le plus longuement dans l'estomac, il en reste encore 4 pour 100 au bout de 6 heures 30 alors que presque tout l'azote (99 pour 100) a disparu.

La graisse retarde la digestion de l'azote d'environ 2 heures.

Le lait cru séjourne plus longtemps dans l'estomac que le lait bouilli ; le képhir et surtout le képhir maigre se digèrent rapidement.

REPRODUCTION

Hygiène et diététique du mal de Bright.

(BOUCHARDAT)

Du côté de l'alimentation, faire en sorte de laisser le plus possible les reins au repos par une alimentation donnant des résidus urinaires aussi peu irritants que possible. Ménager et surveiller l'appareil digestif.

Du côté de la peau, animer ses fonctions, en évitant avec le plus grand soin les refroidissements, les remèdes intempestifs.

Pour l'alimentation, rien de mieux que le régime lacté exclusif bien dirigé ; mais plusieurs malades s'en lassent : il devient pour eux difficile, impossible même ; il faut, dans ces cas, approcher le plus possible du but, en évitant le dégoût et la répugnance invincibles de l'appareil digestif pour le lait.

Quels sont les aliments qui doivent succéder au lait ! En partie au moins, l'observation nous a fourni à cet égard déjà de précieuses lumières. On sait par l'observation clinique et par l'expérimentation que plusieurs matériaux alimentaires de composition des plus voisines sont loin de se comporter de même dans nos divers appareils pour les modifier au point de vue de leur utilisation. Je vais en citer quelques exemples.

L'expérimentation, l'observation clinique, ont établi que les matières albumineuses présentaient entre elles de grandes différences au point de vue de l'assimilation et du fonctionnement des reins. Quelques aliments albumineux, tels que les œufs, fournissent d'abondantes évacuations d'albumine par les reins, tandis que toutes choses égales, les quantités en sont beaucoup moindres avec d'autres albuminoïdes, d'où de précieuses indications pour diriger le régime des brightiques.

Les corps gras sont loin de se comporter de même dans la nutrition. J'ai exposé ces différences en insistant sur les utiles propriétés de l'huile de foie de morue.

Les sucres offrent également des différences radicales dans la manière dont ils se comportent dans l'économie.

On voit combien sont grandes les difficultés pour instituer un régime alimentaire se rapprochant le plus possible de ces deux conditions : 1° alimentation complète bien supportée ; 2° repos des reins. Voilà les indications qui me dirigent.

Régime lacté. — Il me reste à indiquer avec les détails nécessaires les règles que l'on doit suivre dans la direction du régime lacté.

1° Le lait serait pris pur, non bouilli, mais froid ou tiédi au bain marie, sans sel ni sucre, par fractions, toutes les une ou deux heures. Le total pour les vingt-quatre heures sera de 2 à 4 litres.

Demander le lait trait le matin, le conserver dans la glace ou le stériliser.

Les vaches qui fourniront ce lait doivent autant que possible remplir les conditions suivantes : A, un an de vélage au plus ; B, alimentation mixte avec herbes fourragères, son ou recoupe, betteraves, etc ; pas de drèche.

On pourra boire dans la journée ou après le lait, quelques gorgées d'eau de Vals ou d'eau pure, pour se rincer la bouche. Pas de vin, ni aucun autre alcoolique.

Le régime lacté exclusif doit autant que possible être continué un mois à six semaines ; s'il fatigue, on pourra faire un repas au milieu du jour avec une soupe au lait et à l'oignon. Il est bon quelquefois d'ajouter 50 à 100 grammes de viande crue hachée, mais pour toute boisson du lait, de l'eau, ou de l'eau de Vals Pauline. Il faudra surveiller l'effet de la viande crue hachée, la diminuer, la suspendre même, si l'appareil digestif la tolère mal.

2° Par le fait de révolte de l'appareil digestif il est quelquefois nécessaire de revenir au régime ordinaire, mais il doit être réglé et surveillé.

Les repas trop abondants sont préjudiciables, il faut bien diviser, bien mâcher tous les aliments.

Il convient de s'abstenir d'œufs, d'eau-de vie, de liqueurs, de bière, de cidre, très peu de poivre ou d'autres condiments, peu de bouillon ou de soupe grasse ; pas de soupe à l'oseille, peu ou pas d'oseille et de tomates. Alimentation animale très modérée, s'abstenir d'aliments fumés et de moules, peu de poisson, pas de homard, langouste, écrevisses.

Le veau, la volaille, conviennent ; le porc, le bœuf et le mouton moins.

Les légumes verts conviennent presque tous : surveiller les asperges et les haricots verts ; s'ils déterminent des douleurs rénales, les repousser. Pour les pommes de terre, les haricots, pois, lentilles, fruits, truffes, champignons, salades, etc., il faut toujours consulter les aptitudes de l'appareil digestif, pour éviter tout dérangement. Les fromages frais conviennent ; peu de fromages avancés.

Pour boisson, de bonne eau avec un vin léger à parties égales de vin au plus, mieux au quart, mieux de l'eau pure. On pourra essayer au repas principal un verre à bordeaux de vin ; on pourra y ajouter, en cas d'anémie, de six à douze gouttes de teinture de mars détartarisée.

On peut augmenter le nombre des repas, pourvu qu'ils soient peu abondants. Toujours autant que possible, une ou deux soupes au lait dans la journée.

3° Si le régime que nous venons d'indiquer est mal supporté, si l'albumine reparaît ou augmente, s'il survient des accidents, il convient de revenir au régime lacté exclusif, c'est la planche de salut.

Pour éviter le dégoût, on pourra essayer le lait de chèvre au sortir du pis ; on peut l'aromatiser avec une addition d'infusion légère de thé, de fleurs d'oranger ou d'eau de ces fleurs. Continuer ainsi le plus qu'on peut. Si l'on souffre d'un goût désagréable dans la bouche, on la rince à chaque prise de lait avec un peu d'eau, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes d'eau-de-vie dans laquelle on aura mêlé 5 grammes d'ammoniaque liquide pour 200 grammes d'eau-de-vie.

On peut essayer pour remplacer le lait de l'émulsion de graines de chenvis, 50 à 200 grammes de graines progressivement pour un litre d'eau, sans sucre, ou sucrer légèrement au goût du malade.

4° Vider complètement la vessie toutes les quatre ou six heures.

5° Une ou deux selles régulières chaque jour par l'habitude des heures. Si cela est nécessaire, un lavement simple ; pas de purgatif.

6° Éviter avec le plus grand soin toutes les chances de refroidissements non suivis de réaction.

7° Animer les fonctions de la peau par des frictions sèches, le massage avec la main enduite de quelques gouttes d'huile d'olive parfumée légèrement.

8° Éviter la station sans marche, mais exercer les jambes et les bras, en évitant avec soin de se surmener. Si la sueur arrive, changer, se frictionner vivement et longuement.

Traitement de l'incontinence d'urine chez l'enfant.

(Dr BIENFAIT)

Ne pas faire boire l'enfant après 5 heures du soir, le faire uriner avant de le mettre au lit, l'éveiller plusieurs fois la nuit pour lui faire vider sa vessie. On ajoute ordinairement à toutes ces précautions une somme suffisante d'admonestations et de réprimandes.

La thérapeutique médicamenteuse est comprise de façon parfois contradictoire, suivant que les auteurs veulent atteindre la vessie ou le sphincter.

Trousseau a institué le premier le traitement par la belladone ; pour les cas où l'irritabilité vésicale est trop forte, il donnait tout d'abord une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir pendant plusieurs jours, puis il augmentait petit à petit, en donnant 2, puis 3, et plus encore. Il continuait un certain temps après la guérison afin de la maintenir, si aucun symptôme d'intolérance n'existait. C'est pour atteindre au même résultat que l'on donne des potions bromurées.

Dans les cas de parésie sphinctérielle on prescrit le sulfate de strychnine de 5 milligrammes à 3 centigrammes.

Quelques médecins emploient la teinture de rhus aromaticus toxicodendron (écorces en feuilles 2 grammes, alcool à 80° 8 grammes) à la dose de X à LX gouttes par jour. Sur 6 cas, Descroizelles a obtenu une fois une guérison complète, une fois une disparition temporaire, et une fois une légère amélioration ; dans les trois autres cas, il n'y a eu aucun bénéfice. Sur quel élément agit cette teinture ? Je l'ignore.

L'électrothérapie sous ses différentes formes donne des résultats dans beaucoup de cas. On emploie le courant faradique, le courant galvanique et le courant statique de Morton.

Lorsqu'il s'agit de spasme, on emploie la galvanisation, le pôle positif appliqué sur le périnée ou la vulve ; on ne fait aucune interruption brusque du courant, on l'amène au maximum supportable au moyen d'un rhéostat et on le fait diminuer progressivement par le même procédé. On a ainsi l'avantage d'appliquer une action calmante dans le voisinage immé-

diat du sphincter et d'attirer l'attention du malade sur son appareil urinaire ce qui est précieux lorsqu'il s'agit d'une contracture hystérique.

Les autres procédés sont employés dans le cas de parésie; ils réussissent souvent très bien.

Les incontinenances peu prononcées sont parfois guéries en une seule séance, les incontinenances plus sérieuses demandent une huitaine de jours; d'autres veulent un traitement prolongé.

Nous avons soigné par l'électrothérapie une douzaine de malades âgés de 5 à 20 ans; nous n'avons pas suivi le système de Guyon qui consiste à se servir d'une sonde spéciale pour électriser directement le sphincter parce que cette manière de faire est très difficile à employer, sans aide chez des enfants apeurés et remuants. Nous avons toujours usé de l'électrode périnéale.

(*Journ. de Méd. de Paris.*)

Technique du lavage de l'estomac

Par le Dr. J. THIÉNOT (d'Abbeville).

Rien n'est plus simple et plus efficace, dans le traitement des dilatactions de l'estomac, que de laver l'organe avec le tube de Faucher. Cependant, en pratique, on éprouve souvent des difficultés et des échecs.

Instrumentation.— L'instrumentation se réduit à l'emploi d'un tube de caoutchouc, dit tube de Faucher, ou de la sonde demi-rigide de Debove et d'un entonnoir en verre. Le tube doit être très lisse, d'une consistance demi-molle, d'un calibre de 10 à 12 millimètres (pour un adulte). A environ 50 centimètres de son extrémité, la sonde est munie d'un index qui indique le point où la sonde introduite doit correspondre aux arcades dentaires. Cette distance est variable selon l'âge et la taille.

Introduction du tube.— C'est surtout la première fois qu'il faut déployer de l'adresse, car de l'exécution du premier lavage dépend l'opinion du malade. Si l'on échoue, le malade redoutera les lavages comme une grosse opération.

On aura donc soin d'anesthésier la muqueuse du pharynx, en faisant prendre la veille une potion bromurée, ou bien en badigeonnant l'arrière-gorge avec une solution faible de cocaïne, immédiatement avant le lavage. Vous usez ensuite de toute votre persuasion pour convaincre le malade que le lavage de l'estomac est la chose la plus simple du monde. Il est, en effet, avant tout nécessaire que l'intéressé reste calme et exécute, au moment où on le lui demandera, un bon mouvement de déglutition, tout en respirant d'une façon naturelle. De fait, rien dans tout cela n'est ni douloureux ni pénible, mais il faut la confiance et la docilité du sujet.

Celui-ci est assis sur une chaise, une serviette passée autour du cou et un caoutchouc ou un tablier posé sur les genoux. Un seau est placé entre les jambes pour recevoir les liquides qui proviendront du lavage.

Vous demandez alors au malade d'ouvrir largement la bouche, de regarder le plafond, et vous faites glisser le tube sur la langue, avec douceur et ménagement.

Pour rendre cette introduction moins désagréable, nous conseillons d'enduire le tube de confiture et de miel. Lorsque le tube est arrivé au niveau de l'isthme du gosier, vous commandez au sujet de baisser la tête en avant, et de faire en même temps un fort mouvement de déglutition : d'avaler à la fois tube et confiture. S'il obéit au moment, même où le gosier cesse de se soulever, vous poussez lentement le tube. Pendant le temps que le tube descend et s'engouffre dans l'œsophage, il faut s'empresse d'exhorter le malade à respirer largement, naturellement, et à ne pas renverser la tête en arrière. Parfois on sent une résistance invincible ; il faut reculer, pour éviter les étouffements et les spasmes pharyngés, et attendre le premier mouvement de déglutition bien réussi. Le plus souvent, la résistance est faible, on pousse le tube en avant, tout en profitant surtout des accalmies. Avec un peu de sang froid, avec le parti pris bien arrêté de vaincre la résistance de l'œsophage et l'indocilité du malade, avec la conviction de l'innocuité de cette intervention, on arrive de suite au but dès la première fois.

Dès la troisième ou quatrième séance, les malades partagent la confiance du médecin et arrivent à se sonder eux-mêmes.

Evacuation par siphonnage.— Une fois le tube introduit, il s'agit de vider l'estomac de son contenu. Pour cela, on augmente encore ce contenu en fixant un entonnoir sur le tube et en le remplissant d'un demi litre de liquide.

L'entonnoir est alors élevé au-dessus de la tête du malade, puis, lorsqu'il est presque vidé, on l'abaisse brusquement. On voit aussitôt le liquide refluer en charriant des matériaux : mucus, bile, résidus alimentaires, qui reviennent de l'estomac.

Que s'est-il donc passé ? Le liquide versé par l'entonnoir est descendu par le tube et a pénétré dans l'estomac. Au moment où l'entonnoir a été ramené au dessous du niveau de l'estomac, le tube en caoutchouc a fait office de siphon : la grande branche du siphon est représentée par la portion en dehors de la bouche, la petite branche par la portion entre la bouche et l'estomac. Le contenu liquide de l'estomac se trouve ainsi évacué. Encore faut-il que le tube soit plein de liquide jusqu'à l'entonnoir, au moment où on abaisse celui-ci, autrement le siphon ne serait pas amorcé et la manœuvre serait à recommencer.

Il peut arriver que le siphon cesse de fonctionner parce que le tuyau est encombré de parcelles alimentaires. Nous disposons alors de deux ressources : *l'expression* et *l'aspiration*.

Expression.— Le tube étant toujours bien dans l'estomac, on prie le malade de tousser et de faire effort de vomissement. La pression abdominale étant augmentée, cela suffit généralement pour réamorcer le siphon jusqu'à épuisement de l'estomac à siccité.

On peut encore comprimer directement la région de l'estomac.

Aspiration.— L'aspiration se fera au moyen de l'appareil de Potain, de Dieulafoy, de Kussmaul, ou simplement en se servant d'une poire en caoutchouc que l'on comprime, puis dont l'élasticité attire le contenu stomacal. Dans le cas d'obstruction, rien n'est plus simple que de faire affluer et refluer le liquide par des mouvements alternatifs de compression et de décompression de la poire en caoutchouc.

Choix du liquide laveur. — Dans la majorité des cas, on emploiera l'eau de Vichy ou bien encore une solution de bicarbonate de soude à 2^o/_o ; au préalable on fera tiédir le liquide au bain-marie. A Vichy, il existe une vaste salle où des robinets, amenant directement l'eau des puits, fournissent une eau naturelle dont la température est voisine de celle du corps humain.

Quand il y a lieu de combattre à la fois des douleurs gastriques violentes et des fermentations putrides, on emploiera une solution d'eau chloroformée à 3 %. Contre les douleurs qui dépendent de l'hyperacidité gastrique, on emploiera de préférence, comme liquide laveur, de l'eau tenant en suspension 20 gr. de sous-nitrate de bismuth par 1/2 litre ; il convient

alors de laisser le liquide séjourner dans l'estomac pendant une dizaine de minutes, afin de laisser au sous-nitrate de bismuth le temps de se déposer sur la muqueuse stomacale.

Enfin, quand on veut obtenir à la fois des effets astringents et antifermentescibles, on emploiera une solution faible de nitrate d'argent à 2 %. Dans la dilatation de l'estomac, on emploie encore le permanganate de potasse ou l'acide salicylique à 1 %.

Heure du lavage.— L'heure préférable est le matin à jeun; on peut encore recourir à un second lavage un peu avant le repas du soir, lorsqu'il y a fermentation putride.

Contre indications.— Avant de faire les lavages de l'estomac, il faut s'assurer qu'il n'y a ni anévrisme des gros vaisseaux, ni lésions cardiaques; les varices œsophagiennes et l'angine de poitrine sont aussi des contre indications.

Le Nord Médical.

Traitement du Furoncle

La connaissance de la pathogénie est la base nécessaire de toute thérapeutique scientifique. Le traitement rationnel du furoncle ne put être appliqué qu'à partir du jour où Pasteur (1880) démontra que le furoncle est l'infection aiguë d'un appareil pilo-sébacé par le staphylococcus pyogenes aureus.

Cette idée pathogénique qui nous paraît aujourd'hui si lumineuse et si simple ne fut pas admise sans lutte; des discussions mémorables eurent lieu à l'Académie de médecine sur la nature parasitaire du furoncle; pour expliquer les clous si fréquents chez les jeunes recrues, le professeur Hardy incriminait le frottement seul: " Je ne puis croire, disait-il, que les microbes aillent se loger dans les gros pantalons des soldats. " Cette assertion fait aujourd'hui sourire. Cependant tout n'était pas erreur dans les idées des anciens cliniciens: ils avaient su voir l'importance de la question du terrain.

Quand ils faisaient remarquer le rôle de la prédisposition individuelle, ils émettaient une idée qui aujourd'hui encore nous paraît juste. Il y a longtemps qu'on a montré la relation qui existe entre l'anthraco-furoncu-

lose et la glycosurie. Il paraît certain que la multiplication des furoncles à la surface du corps humain se produit sous la double influence de la pul-
lulation microbienne et d'une modification humorale. Tous les dermatolo-
gistes établissent une différence entre le *furoncle accidentel* et le *furoncle*
habituel, constitutionnel.

* * *

Cette considération de deux facteurs étiologiques guidera la thérapeu-
tique du furoncle. Le furoncle accidentel est justiciable du *traitement local*,
le furoncle habituel est justiciable à la fois du traitement local et du *traitement*
général ; on doit considérer le *traitement du furoncle*, le *traitement de*
la furunculose.

I. TRAITEMENT LOCAL

Tout le monde connaît l'évolution clinique du furoncle. A l'avant-
bras, à la nuque, par exemple, on voit apparaître une petite saillie acumi-
née, rouge, ordinairement centrée d'un poil. D'abord simplement prurigi-
neuse cette saillie ne tarde pas à devenir très douloureuse. Elle progresse,
augmente de volume, s'élève, sa pointe devient violacée et offre bientôt
une pustulette d'un blanc jaunâtre. Le furoncle présente à ce moment la
forme d'une montagne volcanique. La pustulette se rompt, le centre de la
montagne se ramollit, s'ulcère franchement ; au fond du *cratère* on voit
une masse jaunâtre, le *bourbillon*, qui n'est autre chose que l'appareil pilo-
sébacé mortifié. A partir de l'élimination de l'escarre, les signes fonction-
nels s'amendent, la douleur s'atténue, la montagne s'affaisse, tout ne tarde
pas à rentrer dans l'ordre. En général il faut cinq à six jours pour que le
furoncle arrive à son maximum.

Dans cette période de croissance, le médecin, s'il est appelé à temps,
pourra très souvent faire avorter le furoncle.

Boinet, en 1865, affirmait les propriétés abortives des *applications de*
teinture d'iode caustique sur les inflammations furonculeuses récentes. Ce
fait est actuellement hors de conteste ; la teinture d'iode employée à temps
arrête vraiment les processus furonculeux.

Tout furoncle isolé, au début de son évolution, devra être énergique-
ment badigeonné de teinture d'iode ; pour cela il suffit de mettre un peu

d'ouate hydrophile à l'extrémité d'une pince, de la tremper dans la teinture d'iode et de l'appliquer pendant quelques instants, quelques secondes ou même une minute sur la surface du bouton naissant. Cette cautérisation sera renouvelée le lendemain. Le furoncle isolé ainsi traité dès le début rétrocede presque à coup sûr. Quand le sommet du furoncle est déjà formé par une petite collection purulente, il faut, avant d'appliquer la teinture d'iode, ouvrir au moyen d'une aiguille flambée cette aréole jaunâtre pour rendre plus sûre la pénétration du médicament; sous l'influence de l'iode, le pus se concrète, et plus tard, quand l'épiderme se détache, on trouve, adhérente à la face profonde, une petite masse caséiforme, bourbillon rudimentaire dont l'enlèvement laisse à la surface une dépression peu durable.

Cet effet abortif peut être obtenu également par l'emploi de l'alcool à 90°; en recouvrant le furoncle de compresses de gaze imbibée d'alcool on voit souvent disparaître l'éruption.

Si le furoncle n'avorte pas, que les douleurs augmentent, le patient réclamera bientôt un pansement qui le soulage d'une façon plus efficace

Verneuil recommandait les pulvérisations d'eau phéniquée à 2 pour 100; ces pulvérisations devaient être quotidiennes et d'une durée moyenne de deux heures réparties en deux, trois ou quatre séances, au choix des patients. Après avoir protégé le corps du malade avec des tissus imperméables en ne laissant à découvert que la région irritée, on place le pulvérisateur à 30 ou 40 centimètres et on dirige le jet de vapeur sur le furoncle; les vapeurs doivent être tièdes.

Les bains locaux prolongés, lorsqu'ils sont compatibles avec le siège du mal (furoncle du bras, de la jambe), constituent un excellent moyen de calmer la douleur; il paraît inutile d'adjoindre des substances antiseptiques, l'eau bouillie tiède est suffisante. Malheureusement l'action sédative du bain local cesse dès que cesse l'immersion; dès que le patient sort son bras ou sa jambe de la baignoire, les douleurs reprennent immédiatement leur intensité habituelle.

Aussi de tout temps a-t-on cherché un topique capable d'atténuer *in situ* les phénomènes douloureux. Nos pères n'auraient pas cru possible de se passer de la farine de lin ou de la fécule de pomme de terre; le cataplasme soulage le malade, ce fait ne paraît pas niable; mais d'autre part le cataplasme en se desséchant irrite la peau sur les bords et donne naissance parfois à de nouveaux clous.

On a remplacé les cataplasmes par les *compresses chaudes* ; des compresses de tarlatane bouillies sont arrosées de solution faible de sublimé ; 0,50 pour 1.000 ; on les applique sur le furoncle et on les recouvre d'un imperméable (taffetas gommé, taffetas chiffon, gutta-percha laminé, baudruche Thompson, etc.) Par-dessus le taffetas on place de l'ouate ordinaire. Le tout est maintenu par une bande souple exerçant une très légère compression. Ces compresses seront changées cinq à six fois dans les vingt-quatre heures, de manière à maintenir la région douloureuse dans une atmosphère tiède permanente.

On trouve depuis quelques années dans le commerce, et on emploie dans les ambulances des armées de terre et de mer une pièce de pansement très utile pour la pratique urbaine courante. c'est le ouataplasme, composé d'une lame de gaze stérilisée surmontée d'une couche d'ouate et imprégnées d'un mucilage émollient et imputrescible. Le ouataplasme est présenté sous forme d'une feuille rectangulaire dans laquelle on peut tailler un morceau de la dimension voulue. Pour s'en servir, on place le morceau de ouataplasme, la gaze en dessous, dans un récipient quelconque (assiette par exemple), on verse de l'eau bouillie et, dès que la ouate est imbibée, ce qui ne demande que quelques secondes, on jette l'excédent d'eau et on presse légèrement le pansement pour en exprimer l'eau en excès. Ceci fait le ouataplasme est appliqué la face mousseline directement contre la peau et on le maintient en place à l'aide de la baudruche Thompson qui vient se coller à la peau sur le pourtour du pansement. On le laisse en place douze ou même vingt-quatre heures. On peut, comme pour les compresses, l'imbiber d'une solution médicamenteuse. C'est un topique excellent plus facile à manier que les compresses d'eau bouillie.

Le ouataplasme peut être imprégné également d'alcool et être utilisé à la période de formation du furoncle comme agent abortif.

Quand le furoncle est arrivé à la période de maturité, le meilleur traitement est l'*intervention chirurgicale*. Certains chirurgiens conseillent l'emploi du thermocautère. L'incision au bistouri me semble préférable ; cette incision sera profonde, on ne craindra pas de dépasser quelque peu les limites du mal. Quand le furoncle a des dimensions considérables, il ne faut pas hésiter à croiser la première incision d'une seconde incision libératrice. Après l'incision, l'issue du bourbillon est d'ordinaire facile ; il est inutile de chercher à la rendre plus rapide en pressant sur le furoncle, manœuvre qui occasionnerait d'inutiles douleurs. La plaie laissée par l'incision sera pansée comme une plaie ordinaire avec un pansement absor-

bant à la gaze. Dès le jour même de l'incision, la douleur disparaît ; la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Cette incision chirurgicale sera précoce quand le furoncle siège à la face, à la lèvre supérieure ; on évitera ainsi les complications phlébitiques qui peuvent survenir et gagner les sinus craniens. (L'apparition de traînées de lymphangite au pourtour d'un furoncle est également, quel que soit le siège du mal, une indication de l'intervention d'urgence,

II. TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Doit-on soumettre le furoncleux à un régime alimentaire sévère, duquel sera banni tout stimulant ? doit-on lui interdire le gibier, les crustacés, la charcuterie, les truffes, les épices, le café le thé, le vins généreux ? La sobriété est chose excellente, et le médecin sera bien inspiré quand il pourra la faire observer. Toute exagération de sévérité semble cependant inutile.

Il est classique de purger le furoncleux. L'administration d'un purgatif salin ne saurait en tout cas lui nuire ; elle lui est très souvent utile.

Beaucoup de médications ont été successivement employées contre le furoncle. Hardy avait recours aux *préparations goudronnées*, aux *alcalins*, à l'*arsenic*. Gingeot, qui naguère a consacré plusieurs articles au traitement rationnel de l'affection furoncleuse, vantait beaucoup la *médication sulfurée*. Legendre préconisait l'*antisepsie intestinale* au moyen du naphthol B. et du salicylate de bismuth.

Aujourd'hui on a recours à la *levure de bière* qui semble être du reste une très ancienne médication. " Nous serions tentés de dire que la levure de bière fraîche, est, pour la furonculose, un spécifique au même titre que le mercure pour la syphilis et que la quinine pour l'impaludisme. " (L. Brocq.)

Brocq, dans un article paru en 1899 dans *La Presse Médicale*, recommandait la levure de bière fraîche. La levure livrée par les brasseurs se présente sous l'aspect d'une sorte de crème couleur marron clair. Laissée au repos dans un vase cette crème se divise en trois couches ; Brocq conseille de mélanger les trois couches en les agitant, de prélever une cuillerée à café bien pleine de ce mélange et de la délayer dans un verre à bordaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Cette dose sera prise trois fois par jour, au commencement de chaque repas. La dose pourra du reste être augmentée ; le malade pourra sans danger prendre par jour jus-

qu'à six et même dix cuillerées à café. En cette question il faudra surtout tenir compte de la tolérance stomacale individuelle.

Les effets de l'absorption de la levure de bière sont réellement remarquables ; la plupart des sujets voient, d'ordinaire, leurs accidents disparaître : le furoncle s'affaisse et se réduit à un petit noyau induré. La levure de bière aurait un effet préventif ; elle empêcherait, souvent, la production de nouveaux furoncles.

Les effets de la levure de bière ne sont pas toujours constants : quelques malades sont très heureusement influencés par ce traitement, d'autres n'en tirent aucun bénéfice appréciable ; chez quelques uns l'absorption de la levure détermine des troubles stomacaux et intestinaux, des renvois acides, de la diarrhée. Ces phénomènes d'intolérance paraissent en rapport avec la diversité des races de levure employées, ils sont d'ordinaire plus prononcés quand on emploie de la levure prise chez le boulanger ou chez le pâtissier. Couturier a expérimenté différentes levures ; après de nombreux essais, il a réussi à obtenir un produit très stable, une levure basse d'où il a extrait un principe sec facile à conserver, la levurine brute. Cette levurine se prend aux mêmes doses que la levure de bière fraîche à la dose de 2 à 4 cuillerées à café par jour.

Pour rendre l'absorption de la levure plus rapide et pour administrer la levure dans les cas où une intolérance spéciale de l'estomac rend difficile la médication par la voie buccale, on a fabriqué de la levurine injectable ; c'est un liquide jaune ambré parfaitement aseptique, qui se vend en ampoule de 5 centimètres cubes ; on l'emploiera à la dose d'une ampoule par jour à injecter en une seule fois ; l'injection sera faite, avec toutes les précautions d'usage, profondément dans la fesse, l'injection sera poussée lentement. La levurine injectable paraît jouir des mêmes propriétés que la levurine brute ; elle présentera une action beaucoup plus rapide.

III. TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Le médecin ne ferait qu'une œuvre incomplète si dans le traitement du furoncle il ne s'occupait pas de prévenir le retour de l'infection. Toutes les fois que la furunculose est liée à la glycosurie, à une maladie constitutionnelle, le traitement médical s'impose. On le complètera heureusement par le traitement dermatologique ; les bains savonneux, les lotions alcooliques.

ques, les soins minutieux de la peau empêcheront souvent le retour du furoncle.

P. DESFOSSES.

(*La Presse Médicale.*)

La ponction lombaire en psychiatrie.

Thèse très bien et fort documentée par MM. J. Virés, Montpellier.

Conclusions. — 1. Entre les mains de Quincke et de ceux qui n'ont pratiqué la ponction lombaire que dans un but thérapeutique, cette méthode n'a donné que des résultats très discutables. Cependant quelques observations récentes permettent d'espérer que l'évacuation d'une certaine quantité de liquide cérébro-spinal sera un bon moyen palliatif, dans la céphalée urémique. — 2. La ponction lombaire a entre les mains de Widal, créé le cytodiagnostics céphalo-rachidien, qui, dans certaines circonstances bien définies, peut, en des cas difficiles et douteux, entraîner la certitude. — 3. C'est une opération très simple, à la portée de tous. Jamais elle n'a déterminé d'accidents graves ou même inquiétants, à la double condition d'opérer d'après la technique de Widal et de ne retirer que les quelques centimètres cubes nécessaires pour l'examen cytoscopique. — 4. Toutefois dans certaines formes de psychoses (mélancolie, délire de persécutions) il peut être sage de rejeter ou du moins d'ajourner la ponction de peur d'exercer une influence fâcheuse sur l'esprit des malades. — 5. La migration des éléments figurés décelée par le cytodiagnostics ne caractérise pas tel ou tel processus infectieux : elle indique simplement qu'il y a réaction inflammatoire ou irritative des méninges (Widal). — 6. La présence d'éléments figurés dans le liquide céphalorachidien paraît bien en rapport avec les diverses lésions constatées par l'anatomie pathologique. — 7. D'une façon générale, les *polynucléaires* semblent caractériser un *processus inflammatoire à tendances aiguës* : les *lymphocytes* un *processus inflammatoire à marche subaiguë ou chronique*. — 8. Dans les divers états vésaniques, le cytodiagnostics est constamment négatif. Ce fait est en rapport avec le néant anatomopathologique des psychoses pures. — 9. Ce caractère négatif permet de distinguer les psychoses pures des affections à substratum anatomique qui peuvent les simuler, notamment la paralysie générale progressive

— 10. Les accès aigus ou subaigus de l'alcoolisme chronique simulent, très souvent, au moins temporairement, un début de paralysie générale. Le cytodagnostic, négatif, ou positif, tranche la question. — 11. Souvent l'affaiblissement sénile des facultés apparaît prématurément chez l'alcoolique. On se demande si l'on a affaire à une démence sénile ou à une paralysie générale. L'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien caractériserait en ce cas la démence sénile. Mais la présence de ces éléments n'implique pas le diagnostic de paralysie générale, parceque la méningite chronique alcoolique comporte aussi un cytodagnostic positif.

Nouvelles applications de l'adrénaline

Nous avons déjà parlé de l'adrénaline et de l'extrait de capsules surrénales (nos 20 et 29). Leurs avantages comme vaso-constricteurs ne sont plus mis en doute. Quelques travaux récents nous font revenir sur la question.

L'adrénaline s'emploie à la solution à 1:1000 pour l'usage externe ; à l'intérieur on prescrit cette solution à la dose de 0,50 à 2 gr. qu'on dilue dans de l'eau fraîchement bouillie. Soit :

Adrénaline (sol. au 1:1000).	0 gr. 50 à 2 gr.
Eau distillée ou fraîchement bouillie.....	60 grammes
A prendre par cuillerées toutes les cinq minutes.	

L'extrait de capsules surrénales s'administre sous forme de tablettes renfermant chacune 10 centigr. d'extrait, 2 à 4 tablettes par jour.

Dans les cas d'hémorragie, le remède est fort utile. Il a été prescrit avec succès dans les hémorragies gastro-intestinales et rectales, comme nous l'avons dit précédemment. M. le Dr Debraud (*Tribune Méd.*, 23 juillet), se félicite de son usage dans deux cas de métrorragies incoercibles de la ménopause. Après avoir mis en œuvre tous les traitements recommandés en pareil cas, il en était arrivé à envisager l'hypothèse d'une hystérectomie dans un cas, et d'une castration dans l'autre. Chez la première malade, âgée de 25 ans, dès la première prise de la dose de 10 gouttes (0 gr. 50) de la solution au 1:1000, les pertes avaient diminué de moitié. Le lendemain 15 gouttes ; l'amélioration continue. Le surlendemain 20 gouttes (1 gr.) ; dans la journée l'hémorragie s'arrête. M. Debraud diminue alors chaque jour le nombre des gouttes, mais en suivant la gradation inverse. Arrivé à 5 gouttes, il continue la même dose pendant une semaine. Guérison, en ayant soin de faire prendre les mois suivants, une semaine

environ avant l'époque présumée des règles, 10 gouttes d'adrénaline. La seconde malade, âgée de 45 ans, fut améliorée tout de suite avec une dose plus forte (1 gr.); l'écoulement subit une notable diminution, mais la malade eut quelques accidents passagers, comparables à ceux de l'ivresse quinique : vertiges, obnubilations, tintements d'oreille. Des doses de 15 et 10 gouttes le lendemain et le surlendemain achevèrent la guérison.

M. le Dr. Sauvez employa l'adrénaline dans l'*art dentaire* (*Société d'odontologie*, 10 juin); il s'en déclare très satisfait. Un simple badigeonnage permet d'arrêter immédiatement l'hémorragie qui succède à l'extraction des dents.

M. Gordon King (*Ann. de Maladies de l'oreille, du larynx, du nez*, juillet 1902), considère l'adrénaline comme la substance la plus utile dans la pratique des *affections de l'oreille, de la gorge et du nez*.

En combinant son emploi avec celui de la cocaïne et de l'eucaine, il est parvenu à opérer sans douleur et sans effusion de sang, comme l'avait déjà dit M. Lermoyez (n° 20 du *Journal des praticiens*). En outre, il estime que le risque d'une hémorragie secondaire a moins de chance de se produire, un caillot résistant ayant le temps de se former dans les vaisseaux pendant la période de vaso-constriction.

L'auteur se loue en outre de l'emploi de l'adrénaline dans l'ablation des végétations adénoïdes. Pour l'ablation des amygdales palatines, la meilleure façon d'obtenir l'hémostase est d'injecter quelques gouttes de la solution à 1/1000 dans chaque glande. Les interventions sur les polypes naso-pharyngiens, la staphyloorrhaphie sont grandement facilitées par l'usage préliminaire de l'adrénaline.

Dans le service de M. Huchard, une hémorragie nasale a été arrêtée instantanément par pression sur la muqueuse d'une boulette de coton imbibée de la solution d'adrénaline au 1/1000.

En chirurgie auriculaire, le remède sera apprécié pour l'ablation des polypes et des granulations, le curetage de l'oreille moyenne.

D'autres applications ont été faites. Solis Cohen a publié un article sur l'emploi de l'adrénaline dans l'*asthme et la fièvre des soins*. E.-A. Schaeffer l'a injectée dans les veines en cas de *défaillance cardiaque et de choc opératoire*. Flörsheim la recommande comme stimulant du cœur, Chassaing s'en loue dans les *affections hémorragiques des voies génito-urinaires*.

M. le Pr. Von Frisch (*Wien-Klin Woch*, 21 juillet 1902) s'en est servi pour l'examen cytoscopique. Une vessie saigne. Il l'emplit pour 3 ou 4

minutes d'une solution d'adrénaline à 1/10000 (100 à 150 cent. cubes); l'hémorragie cesse, l'examen est possible.

L'extirpation des tumeurs vésicales au moyen de la taille sus-pubienne a été pratiquée sans effusion de sang, moyennant un badigeonnage avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'adrénaline à 1/1000. Pour éviter la vaso-dilatation consécutive et l'hémorragie secondaire Von Frisch escharifiait ensuite la plaie au cautère actuel.

Deux autres applications de l'adrénaline, si elles sont vérifiées, rendront grand service aux praticiens.

La première a trait au *cathétérisme*. Il serait grandement facilité par l'instillation dans la région prostatique de 1 à 2 cent. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000.

Le second combattait la *rétenion d'urine*. Von Frisch a pu enrayer chez trois prostatiques une rétention d'urine, datant de plusieurs jours et de plusieurs semaines, par des instillations quotidiennes de 2 cent. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000 au niveau de la portion prostatique de l'urèthre.

Le traitement des intoxications a de son côté été enrichi par les applications de l'adrénaline.

Reichert emploie le remède dans l'empoisonnement par la morphine et par l'opium.

Le remède se distinguant par sa vertu antihémorragique, le praticien se trouvera bien d'y songer dans les cas d'hémoptisie, et en général dans toutes les affections qui se compliquent de pertes de sang graves.

L'adrénaline a aussi été utilisée dans les *maladies des yeux* où elle agit comme anti-congestif.

La conjonctive enflammée pâlit quand on verse dans l'œil une goutte d'une solution à 1/1000 (Lesiévart, *Province Médic*, 2 août). Associée à la cocaïne, l'adrénaline produit un effet à la fois anti-congestif et calmant (catarrhes printanniers, épisclérites). Dans les cas de glaucome on adjoindra la pilocarpine à la cocaïne et à l'adrénaline (Darier).

M. Vignes se loue également de l'emploi de l'adrénaline. Dans les iritis ciliaires, elle facilite l'absorption des mydriatiques; il en est de même pour les myotiques dans le glaucome. M. Terson emploie depuis plusieurs mois l'adrénaline. Dans les conjunctivites hyperémiques sèches et dans les sclérites, elle aide beaucoup la guérison (*Revue générale ophtalmol.*, 31 juillet).

Le remède a également été employé dans les cas de *maladie d'Addison*. Les résultats ont été variables : mauvais pour Foa et Pelleciani ; douteux pour Abelaire, Langlois, Charrin, Chauviard, etc., partiellement favorable pour M. Mahé (*Th. Paris*, 1894), Widal, Mayeur ; favorables pour Beclère.

Or, voici que M. Hirtz (*Bullet. général thérapeut.*, 30 juillet 1902), vient de publier deux faits de guérison.

Le premier malade présentait des signes de tuberculose pulmonaire, avec toux, amaigrissement, respiration rude, saccadée avec craquements aux deux sommets ; pigmentation bronzée de la peau ; pouls faible, rapide (110).

Le second malade ne présentait pas d'altération pulmonaire, mais il était faible, apathique, avait la diarrhée. Les téguments étaient pigmentés ; la face interne des joues était couverte de plaques brunâtres.

Les deux malades furent traités par des injections de capsules surrénales (Formule de d'Arsonval).

Capsules surrénales.....	10 grammes
Glycérine.....	10 —

Les capsules sont divisées en fragments, et mise à macérer 24 heures dans la glycérine. On ajoute 8 gr. d'eau bouillie et salée. Stérilisation par CO₂ sous pression, après filtration sur papier.

On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie. Beclère, sur son addisonien guéri, avait en outre employé des capsules de glandes à 10 centigr. (2 à 4 par jour).

Grâce à ce traitement, l'amélioration fut immédiate. Chez le premier malade de M. Hirtz, les signes de tuberculose disparurent, les sommets se sclérosèrent. Le malade gagna du poids et reprit des forces ; chez le second malade, la pigmentation disparut et les forces se rétablirent. La diarrhée seule revint un certain temps, accompagnée de coliques diffuses.

Ces préparations de capsules surrénales sont assez délicates. Il est probable que le traitement par l'adrénaline (0,50 à 2 gr. de la solution à 1/1000,—plus simple à exécuter— assurera des résultats aussi favorables.

(*Journal des Praticiens*)

Les Baccalauréats.

Tous les progrès tentés dans ces vingt dernières années à l'effet d'exhausser le niveau des études secondaires n'ont porté que des fruits douteux. La réforme actuelle offre-t-elle chance d'un résultat plus avantageux? On sait en quoi elle consiste. Il y aura dorénavant quatre baccalauréats à la fin de l'enseignement secondaire classique; le latin grec, le latin langues vivantes, le latin sciences, les sciences langues vivantes. Ces quatre diplômes conféreront-ils des droits égaux à l'inscription dans les facultés de médecine? Non, avait protesté M. J. Fabre. La médecine est une carrière qui exige un bagage d'humanités considérable; il y faut de l'instruction et des vues larges. Les études littéraires développent les facultés imaginatives; elles sont de première nécessité chez le médecin. En tant que savant, l'imagination ouvre dans son esprit les perspectives étendues, lui suggère les hypothèses fécondes dont la vérification fera avancer la science; en tant que praticien l'imagination lui permettra d'embrasser l'ensemble des rouages biologiques, de démêler les rapports des fonctions troublées, de dresser les plans respectifs des symptômes, d'appliquer les thérapeutiques efficaces.

Les sciences ne jouissent pas d'une vertu comparable à celle des lettres; elles ne stimulent pas d'un coup de fouet les qualités imaginatives; elles favorisent surtout les facultés de déduction. Elles apprennent à raisonner. C'est quelque chose: ce n'est pas suffisant. Un médecin exclusivement raisonneur dit bien des sottises; il ne deviendra intéressant qu'autant que son raisonnement parte de vues élevées et nettes, et celles-là, l'imagination, doublée de réflexion, permettra seule d'y atteindre.

Supprimer le latin des études préalables à la médecine, c'est se priver d'un des meilleurs moyens éducateurs. C'est aussi mettre le médecin en état d'infériorité manifeste. Toute la médecine de nos pères est écrite en latin; elle restera fermée à nos confrères de demain. La tradition sera rompue non pas seulement des connaissances, mais encore de la race. Nous descendons des Latins. C'est condamner les générations qui nous suivent à ignorer leurs origines, à méconnaître les aptitudes et les tendances qui venant de leurs pères leur ont été léguées à travers les âges. Le niveau de l'instruction n'était pas assez bas, on a éprouvé le besoin de l'abaisser un peu davantage en rejetant la proposition de M. J. Fabre. Cela est fort curieux. Les officiers de santé sont supprimés; on ne veut plus d'infériorités au point de vue médical, on les rétablit dans les études qui ouvrent l'accès de la médecine. Et cette constatation n'est qu'une entrée en matière.

L'illogisme se poursuit si on compare cette réforme du baccalauréat à l'unification des temps du service militaire.

Un baccalauréat est requis à l'entrée de la médecine. Il sera donc le même pour tous, puisque le principe d'égalité est censé inspirer les décisions de nos délibérants. Il ne peut y avoir qu'un programme de baccalauréat, de même qu'il n'existe qu'une période de service militaire égale pour tous. Il n'y a pas deux manières d'accomplir son stage sous les drapeaux. Chacun fera ses deux ans. J'y consens. Il est cependant une ombre au tableau, j'entends une contradiction assez piquante. En même temps que nos législateurs votent l'égalité dans le service militaire, ils acceptent l'inégalité dans les baccalauréats. Un service militaire unique des baccalauréats multiples. Je sais que dans cette question des baccalauréats, nos gouvernants ont fait entrer en jeu les goûts et les aptitudes de chacun : l'un préfère les sciences, l'autre les lettres. Il est juste qu'on accorde droit à ces différences de tempérament. Mais pourquoi cette faveur s'arrête-t-elle aux programmes du baccalauréat? Elle n'a pas jusqu'aujourd'hui pénétré les dispositions de la loi militaire. On ne demande pas à un conscrit : " Que préférez-vous, la vie de bureau ou le service actif? "

La conclusion de cette interprétation fantaisiste que les hommes politiques font du terme " Égalité ", n'aboutit pas seulement, en ce qui nous concerne, à une diminution de la valeur intellectuelle des praticiens ; elle en augmentera aussi sensiblement le nombre. O l'intelligente sollicitude des assemblées parlementaires pour les intérêts du corps médical et de la société elle-même ! Il y aura plus de médecins et ils vaudront moins. Cela s'appelle s'inspirer des grands principes de l'évolution et du progrès.

N. D. L. R. — M. Brouardel et M. Alfred Fouillée (*Revue Scientif.*, 29 mars, 1902) avaient déjà préalablement conclu dans le même sens que notre collaborateur. L'esprit médical se crée non par habitude de déduction et habileté de développement logique, mais par répétition de comparaisons successives, accumulées chaque jour pendant des années. C'est cette faculté d'observer et de donner asile à des impressions diverses, multiples, étrangères à nos façons de sentir, curieuses, qui se développe et se trouve excitée moyennant un entraînement prolongé d'études littéraires préalables, portant sur des formes de civilisation disparues et nous initiant à la connaissance des langues anciennes.

Cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie

A la Société de Médecine et de Chirurgie. M. Walther présente un malade qu'il a opéré de gastro-entérostomie pour une sténose cancéreuse du pylore, dont les premiers symptômes remontaient à quinze mois. Comme la palpation la plus minutieuse ne révélait aucune trace de tumeur et que d'autre part l'analyse du suc gastrique indiquait une hyperchlorhydrie manifeste, M. Walther pensa qu'il s'agissait d'une sténose bénigne. Or, à l'opération, il trouva une tumeur pylorique volumineuse, d'aspect manifestement cancéreux, et accompagnée d'une adénopathie caractéristique.

Cette observation montre donc qu'il ne faut pas toujours se fier aux résultats de l'analyse chimique du suc gastrique pour le diagnostic des affections malignes de l'estomac.

M. RICARD s'étonne que M. Walther n'ait pas enlevé l'un des ganglions pour en faire l'examen microscopique.

M. TUFFIER estime qu'il eût été plus simple de pratiquer l'examen hématologique avant l'intervention ; dans tous les cas de cancer de l'estomac où la clinique et la chimie avaient été impuissantes à préciser le diagnostic, M. Tuffier a toujours trouvé dans l'examen du sang la solution du problème.

M. HARTMANN a observé plusieurs cas de cancer avec hyperchlorhydrie du suc gastrique. Ce signe n'a donc pas la valeur qu'on lui a attribuée. M. Hartmann aurait plus de confiance dans l'examen hématologique.

M. RICARD a eu recours, à plusieurs reprises, à cet examen ; il déclare que ses résultats ne sont pas toujours concluants.

Virulence de la flore bactérienne intestinale et fécale dans les entérites infantiles

D. Durante entreprit à la clinique du professeur Fede une série de recherches expérimentales à l'occasion d'une épidémie d'entérite infantile ayant sévi à Naples. Voici les quelques conclusions que l'auteur tire sous toute réserve de ses expériences. Il n'existe pas de formule bactérienne

spéciale en rapport avec chacune des formes de la gastro-entérite infantile mais on trouve dans tous les cas les hôtes habituels de l'intestin avec prédominance du colibacille. On peut dire d'une façon toute générale qu'une flore réduite à une seule espèce bactérienne indique que cette espèce a pris le pas sur les autres réglant dans une certaine limite la marche de la maladie ; ou bien encore que cette espèce a trouvé du fait de cette maladie des conditions de vitalité particulièrement favorables ; il lui a donc été possible d'exalter son action pathogène. Le monomicrobisme irait donc toujours avec un certain degré de gravité de l'infection.

Il n'existe pas de rapport constant entre l'intensité de l'affection et la virulence de la flore bactérienne, celle-ci pouvant dans certains cas être égale ou même inférieure à ce que l'on observe dans les conditions normales. Tout fois, on voit cette virulence suivre les oscillations que l'on note en clinique fait que l'on met surtout en relief quand on expérimente sur les cultures impures obtenues directement des fèces, ce qui prouve bien qu'en grande partie le degré de virulence est attribuable aux symbioses microbiennes. C'est là une constatation qui vient confirmer les résultats déjà obtenus par Nobécourt. Il faut, en particulier, tenir grand compte de la symbiose strepto-colibacillaire. La toxicité fécale ou plus exactement la quantité de toxine éliminée avec les fèces, ne peut servir de base à un pronostic quelconque car elle montre seulement la quantité de substances toxiques éliminées, mais non pas la quantité élaborée dans le tube gastro-intestinal quantité qui se trouve modifier par des phénomènes d'absorption et de transformation. De même il n'y a pas de rapport constant entre la virulence bactérienne et la toxicité fécale. Une faible toxicité prouve souvent qu'une partie des toxines a été détruite par les moyens ordinaires de défense de l'organisme ; aussi faudra-t-il tenir grand compte de l'intégrité de ces moyens de défense depuis l'endothélium intestinal lui-même jusqu'au foie dont le rôle capital en l'espèce n'est plus à établir.

Table des Mémoires Originaux.

	PAGES.
Anévrisme (De l') cortique, type récurrent laryngé, par M. D. BROCHU	269, 321
Apomorphine (De l') contre les attaques d'hystérie, d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie, par M. P. V. FAUCHER	224
Arthrite tuberculeuse du genou (Du traitement de l'ostéo-) par M. ART. SIMARD	55
Asile d'aliénés des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie (De la sortie compulsive des), par M. Gko. VILLENEUVE	1
Avortement (Une erreur de diagnostic à propos d'), par M. Ths. Savary	119
Bill Roddiok, par la Société Médicale de Québec (Mémoire soumis au Gouvernement Fédéral, au sujet du)	371
Bill Roddick n'est qu'un leurre (Comment le nouveau), par M. D. B.	381
Fièvre typhoïde à l'Hospice des Sœurs de la charité durant les mois d'Août et Septembre 1901 (Rapport d'une enquête pour établir la cause d'une épidémie de) par M. L. CATELIER.	113
Fistule vésico-rectale sans intervention sanglante (Traitement et guérison d'une) par M. E. LACERTE	167
Fractures de côtes par action musculaire, par M. M. J. AHERN	126
Grossesse Extra-utérine basé sur 14 observations personnelles (Contribution à l'étude de la) par M. COYREUX PRÉVOST	523
Hématocolpus par suite d'Atresie de la membrane hymen, par M. ALB. GIROUX	123
Paralyse générale (Sur la période terminale de la) par M. E. P. CHAGNON	6
Pathognomoniques (Des signes) dans la pratique, par M. S. N. VÉZINA	289
Placenta Prævia (quelques cas de) par M. S. N. VÉZINA	286
Pneumonique (Méningite), par M. Ths. SAVARY	219
Radiodiagnostic d'un cas de périostite traumatique, par M. CHS VERGE	421
Rétention placentaire prolongée, par M. Eug. MATHIEU	544
Saignée (Quelques cas de, pratique traités par la), par M. S. VOISARD	422
Tuberculose (Lutte de la famille contre la) par M. J. SAVARD	485
Tuberculeux à domicile (L'assistance du) par M. SAM. BRENNHEIM	66
Tuberculose. (Enseignons aux nôtres comment combattre la)	573

Table Alphabétique générale

A

	Pages.
Acide cacodylique. (Valeur thérapeutique de l').....	247
Adénites tuberculeuses. (Le traitement des).....	191
Adénoïdes dans les petits pharynx. (Des végétations).....	296
Adénoïdes. (Traitement médical des végétations).....	340
Adrénaline (.).....	343
Adrénaline, (Nouvelles applications de).....	611
Aiguilles hypodermiques. (De la conservation des).....	194
Albumine dans l'urine. (Recherche simple et très sensible de l').....	552
Allaitement pendant les suites de couches pathologiques.....	26
Amygdales palatines. (Le morcellement des).....	550
Analgsie des dents par l'électricité. (Nouveau procédé d').....	341
Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.....	551
Anesthésies faciales, (Importance du réflexe lacrymal pour le diagnostic étiologique des).....	595
Anévrysme aortique. (De l'), type récurrent laryngé, par M. D. BROCHU.....	269, 321
Anurie calculuse opérée au 12ème jour. Guérison.....	553
Apomorphine. (De l'), contre les attaques d'hystérie, d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie, par M. P. V. FAUCHER.....	224
Appendicite. (Traitement chirurgical de l').....	551
Appendicite gangréneuse. (Du diagnostic précoce de l').....	552
Appendicite soit " refroidie " c'est exposer le malade à la mort, (Attendre pour opérer que l').....	586
Arthrite tuberculeuse du genou (Du traitement de l'ostéo-), par M. A. F. SIMARD.....	55
Arthritisme par le thérapeutique oxydants. (Traitement de l').....	495
Asiles d'aliénés des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie (de la sortie compulsive des), par M. G. VILLENEUVE.....	1
Asphyxie dans la présentation du siège. (Moyen de prévenir l').....	400
Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....	211, 265, 353, 449
Association des Médecins de langue Française et le Congrès de Québec.....	317, 413
Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (L'opinion des médecins d'Ontario et l').....	29
Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord devant les gouverneurs du Bureau de Médecine.....	37
Association (Projet de l') des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....	83
Association (Réponse au toast.—A l') par M. D. BROCHU.....	512
Avortement (Une erreur de diagnostic à propos d') par M. TH. SAVARY.....	119

B

Baccalauréats. (Les.....	615
Banquet annuel de la St Luc.....	96
Banquet du 26 Juin 1902 (Echo du).....	512, 567
Billaire, (Urticaire et prurigo d'origine).....	593
Bibliographie.....	164, 217, 266, 316, 368, 465, 572
Bill Roddick (Le) n'est qu'un leurre, par M. D. B.....	381
Bill Roddick (Le) devant la Chambre.....	420
Bill (Comment on fait passer un).....	462
Bill Roddick, par la Société Médicale de Québec (Mémoire soumis au Gouvernement Fédéral, au sujet du).....	371
Bill Roddick (Texte du) tel que modifié et adopté par les Communes.....	500
Bright, (Hygiène et diététique du mal de).....	597
Bulletin (Le) et les fêtes de Laval.....	262
Bureau Provincial de Médecine.....	91

C

Cancer de l'estomac avec l'hyperchlorhydrie.....	617
Cardiopathies et l'urémie (La Morphine dans les).....	181
Cérébrales. (Valeur séméiologique Jacksonnien ne dans le diagnostic topographique des lésions).....	148
Chloroformisation chez les cardiaques (La).....	350
Chlorose et tuberculose.....	228
Chlorure d'éthyle (Anesthésie générale par le).....	551
Cholémie familiale, (L'urobilinurie dans la).....	594
Cinquantenaire de l'Université Laval (Le).....	264
Clavicule (Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la).....	138
Clôture du Congrès.....	509
Cocaïne (Les intoxications par la).....	432
Cœur (De l'empoi et des contre-indications de la digitale dans les affections non valvulaires du).....	426
Coliques hépatiques. (L'acide oléique dans les).....	259
Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.....	44, 153

Congrès Médical de Québec.....	455
Constipation chez les enfants (Traitement de la).....	308
Constipation chez la femme pendant la période puerpérale (La diarrhée et la).....	389
Ce avalons de l'enfance.....	235
Corps étrangers du conduit auditif par aspiration. (Extraction des).....	161
Crâne; sa valeur diagnostique et pronostique. (La ponction lombaire dans les fractures du).....	15

D

Délivrance (De la).....	345
Déontologie Médicale.....	156, 362, 401, 441
Désinfection du linge des malades.....	243
Diarrhée (La) et la constipation chez la femme pendant la période puerpérale.....	389
Diète (La) hydrique.....	209
Digitale et rétrécissement mitral.....	183
Dilatation des bronches. (Traitement préventif de la).....	248
Diphthérie (La sérothérapie preventive de la).....	198
Dyspepsie des nourrissons élevés au sein (Traitement de la).....	8

E

Eclampsie (L') et l'éclampsie. Pathogénie et traitement.....	141
Ecrasements des membres (Les grands).....	200
Endocardite aiguë (Traitement de l').....	188
Endométrite (De l') latente dans la grossesse et de ses rapports avec la fièvre puerpérale et sa prophylaxie.....	173
Entérites infantiles. (Virulence de la flore bactérienne intestinales et fécales dans les).....	617
Epididymite blennorrhagique. (Traitement ambulatoire de l'Orchi).....	245
Épilepsie (Les équivalents psychiques de l').....	19
Estomac avec hyperchlorhydrie. (Cancer de l').....	617
Estomac. (Technique du lavage de l').....	601
Éthyle (L'iode de) dans la coqueluche.....	582
Étudiants (Les) en Médecine de langue française et de langue anglaise.....	212
Exposition du Congrès de Québec.....	407, 520

F

Fièvre et comment ? (Doit-on traiter la).....	185
Fièvre puerpérale. (Contribution à l'étude la).....	553
Fièvre typhoïde à l'Hospice des Sœurs de la Charité de Québec durant les mois d'Août et Septembre 1901. (Rapport d'une enquête faite pour établir la cause d'une épidémie de) par M. L. CATELIER.....	113
Fistule vésico-rectale sans intervention sanglante (Traitement et guérison d'une) par M. E. LACRTE.....	167
Fractures à la Clavicule (Un nouvel appareil pour le traitement des).....	138
France ". (" A la) par M. A. SIMARD.....	517
Furuncle. (Traitement du).....	604

G

Gastrites chroniques (Traitement des).....	232
Gastro-Succorrhée (Traitement et pathogénie de la).....	306
Gaze iodofornée et salolée (Un procédé de fabrication de la).....	560
Goitre exophtalmique (Le).....	436
Goitre par les injections de teinture d'iode (Traitement du).....	342
Grossesse extra-utérine (Contribution à l'étude de la) par M. J. COYREUX PRÉVOT.....	523

H

Hémorragies puerpérales. (Les soins consécutifs aux grandes).....	394
Hémorragie rétro-placentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un fœtus mort et non macéré de quatre mois et demi.....	21
Hémorragies utérines (En dehors de l'état puerpéral) : leur traitement d'urgence.....	253
Hémostase par le sérum gélatiné en injections hypodermiques.....	554
Hydrarthrose traumatique du genou. (Comment on doit traiter l').....	294
Hydrocéphales justiciables de drainage. (Notes sur un procédé de traitement des).....	22

I

Intériques. (Influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des).....	593
Incontinence d'urine chez l'enfant. (Traitement de l').....	600
Iodure (L') d'éthyle dans la coqueluche.....	562
Iodure de potassium. (La privation de chlorures comme un moyen de combattre l'intolérance à l'égard de l').....	234

J

Jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales. (Valeur sémiologique).....	148
Jugement intéressant pour la profession médicale.....	215

— IV —

L

Lait cru chez les nouveau nés atteints d'athropsie ou de catarrhe intestinal. (De l'emploi du).....	51
Lait entier et du lait éromé. (Sur la digestibilité comparative du).....	596
Lavage (Le) de l'estomac et de l'intestin chez les enfants.....	233
Lavage du colon (Actions thérapeutiques, contre indications et indications du)....	563

M

Materniser le lait (Un nouveau procédé pour).....	151
---	-----

N

Nécrologie.....	216
Noursthéne (La) et son traitement	473
Nouvelles.....	53, 218, 267, 468

O

Ombilicales chez le nouveau né (Des infections).....	184
Orchi épéridymite blennorrhagique (Traitement ambulatoire de l').....	245
Oreillons (Traitement des).....	228

P

Panaris et phlegmons. (affections inflammatoires de la main et des doigts).....	310
Paralysie générale. (Sur la période terminale de la) par M. E. P. Chagnon.....	6
Pathognomoniques dans l'ipratique. (Des signes) par M. S. V. Vézina.....	289
Phimosie par le galvanisme (Opération du).....	180
Plaœenta prævia (Quelques cas de).....	286
Pneumonie grave. (Traitement de la).....	298
Pneumonie (Meningite) par M. Tho. Savary.....	219
Pollakiurie (de la) nocturne et de sa valeur sémiœologique.....	555
Prostatiques (Quand s'œnder les).....	140
Prurigineuses (de l'œlectricité faradique appliquée au traitement des dermatoses).....	547
Psychiatrie (La ponction Lœmbaire en).....	610

R

Radiodiagnostic d'un cas de périœstite traumatique, par M. CHS. VERGE.....	421
Rœtrœissement mitral. (Digitale et).....	183
Rœtention placentaire prolongée, par M. EUG. MATHIEU.....	544

S

Saigrœe (Quelques cas de pratique traités par la) par M. VOISARD	422
Salicylate de Soude (Quand et pourquoi on doit administrer le).....	127
Scarlatine (Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la).....	340
Scarlatine (Une manière de limiter la propagation de la).....	196
Sciœtique syphilitique (La).....	24
Sœrum antistreptocœcique.....	305
Sociœtés mœdicales de Comtœ (Côtœ pratique des).....	408
Sociœtés Mœdicales " (Réponse œ la Santé: " Aux) par M. R. PAQUIN.....	567
Sociœté Mœdicale de Chicoutimi.....	154, 409
Sociœté Mœdicale du Comtœ de Montœgnœy.....	52
Sociœté Mœdicale du Comtœ de Portneuf.....	46, 211, 411
Sociœté Mœdicale de Quœbec.....	155, 206, 260, 403
Sociœté Mœdico-Psychœlogique de Quœbec.....	27
Sondes en gomme (Stœrœilisation des).....	150
Stœnose triœuspidœ.....	251

T

Tarif (Le) mœdical devant nos Sociœtés de districts.....	52
Thœrapeutique. (La œhalœur radiante lumineuse appliquée œ la).....	197
Tics considœrés comme des syndrœmes œmotionnels. (Traitement de certains).....	18
Tuberculeux curables. (Le poids des).....	302
Tuberculeux. (La tachycœrdie des).....	139
Tuberculœse. (Chorœse et).....	230
Tuberculœse humaine aux animaux. (Transmissibilitœ de la).....	229
Tuberculœse. (Lutte de la famille contre la) par M. J. SAVARD.....	485
Tuberculœse (Enseignons aux nœtres comment combattre la).....	573

U

Urœmie (La morphine dans les cardiœpathies et l').....	181
Urœthrales sans suture des parties molles. (La suture des parœis).....	349
Utœrine pendant le travail (L'insuffisance).....	137

V

Vœmitive. (La mœdication).....	434
--------------------------------	-----