

MONTREAL-MEDICAL

VOL. I

NOVEMBRE 15

No 9

TRAITEMENT DE L'HYDROPIE

PAR L'HONORABLE J. J. GUERIN, M. D. C. M.

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

La simplicité du traitement des hydropies recommandé par M. le professeur Mathew Hay de Habordium, est l'excuse que j'offre pour attirer votre attention sur son emploi. D'abord, je vous donnerai un court récit de quelques cas qui se sont présentés dernièrement à mon observation.

A. B., âgé de vingt-cinq ans, est venu à la consultation pour la première fois le 15 août dernier. Depuis quelques années, il s'était laissé aller à des excès d'intempérance, et quand il vint à moi, il souffrait d'un léger délire causé par des excès récents. En l'examinant, on trouva qu'il avait une grande effusion dans le côté droit de la poitrine. La matité s'étendait jusqu'au bord inférieur de la seconde côte. Le murmure respiratoire était entièrement aboli dans toute l'étendue de la matité. La pointe du cœur déviait jusqu'à un pouce en dehors de la ligne mammaire droite. La respiration était accélérée (25 par minute). Température normale. Avec l'aiguille hypodermique, on constata que l'effusion était séreuse.

Comme le malade ne pouvait pas donner une histoire exacte du commencement de l'attaque à cause de l'intoxication dans laquelle il se trouvait depuis plusieurs semaines, je fus tout d'abord porté à pratiquer la thoracentèse, à cause de l'étendue de l'effusion, car je craignais une de ces syncopes, toujours dangereuses et souvent fatales, que nous rencontrons dans de pareils cas. Néanmoins, vu que la respiration était rythmique et régulière, j'ai préféré la médication à l'opération. Le malade fut mis à la diète aussi sèche que possible, consistant en tartines et thé de bœuf concentré et deux chopines de lait

par jour. Chaque matin à jeûn, on lui administra six drachmes de sel d'Epson, dans une once d'eau. Ce traitement fut continué pendant 9 jours; après quoi, nous avons constaté avec plaisir que l'effusion était complètement disparue. L'effet de la médication avait été de donner de 4 à 8 selles copieuses et liquides chaque matin. Ce traitement ne produisit pas de vomissements, mais seulement des nausées assez sévères.

* * *

Le second cas était celui d'un homme âgé de soixante ans, qui souffrait de régurgitation mitrale compliquée d'hydropisie générale: jambes œdémateuses, ascite considérable, œdème de la face et des mains. Le traitement poursuivi dans ce cas fut le même que le précédent, à l'exception de la diète qui fut plus généreuse. On donna une once de whiskey toutes les quatre heures, afin de soutenir l'action du cœur. Dans ce cas comme dans celui qui précède, le résultat fut des plus satisfaisants. Il a eu de 3 à 5 selles copieuses et liquides tous les matins. Après 12 jours, on constata la disparition complète de toute effusion séreuse dans les tissus. On administra alors le fer et la digitale.

* * *

Troisième cas. Femme âgée de cinquante-cinq ans, admise à l'Hôtel-Dieu souffrant de la maladie de Bright. Il y avait anasarque des extrémités et de la face. La malade souffrait d'une diarrhée dysentérique. L'urine était très albumineuse et peu abondante, une chopine par jour. Quand elle fut admise, elle souffrait d'une forte céphalalgie, évidemment urémique. Elle avait l'apparence d'une personne menacée de convulsions urémiques. Comme préventif on lui prescrivit quinze grains de chloral et de bromure de potassium toutes les trois heures, pendant les premiers jours. La diète fut strictement lactée. Le lendemain de son entrée à l'hôpital son mal de tête était disparu. Néanmoins il n'y avait pas de changement dans la quantité d'urine et l'hydropisie était aussi considérable que jamais. Bien qu'elle souffrit de dysenterie, on lui donna quatre drachmes de sulfate de magnésie dans une once d'eau tous les matins durant 3 jours, ensuite tous les deux jours. Les selles devinrent beaucoup plus copieuses et après deux jours, l'hydropisie était entièrement disparue. Trois semaines après notre pa-

tiente quittait l'hôpital et il ne lui restait plus qu'un certain épaississement des paupières.

Tout médecin est sans doute familier avec l'apparence "piécée" et généralement "desséchée" d'une personne qui a souffert quelques jours d'une attaque de choléra. Cette condition est due à l'absorption par les intestins de la lymphe des tissus du corps. Si nous examinons au microscope le sang dans de telles circonstances nous le trouvons riche en constituants solides et pauvre en sérum. C'est justement afin d'obtenir un tel état que le traitement de Hay fut suggéré; parce que, quand le sang est dépourvu de ses constituants liquides, la tension naturelle des vaisseaux est enrayée. Afin de compenser cet état de choses, la sérosité répandue dans les tissus rentre dans la circulation et est ensuite éliminée par la voie intestinale.

Le même effet physiologique a eu lieu dans les deux autres cas, excepté qu'au lieu d'une effusion pleurétique on eut affaire à une effusion qui pénétrait tous les tissus du corps. Quoique le traitement m'ait très bien réussi dans le premier cas, néanmoins je suis convaincu que je me suis un peu hasardé en me fiant entièrement à l'efficacité thérapeutique de la médication. Nous connaissons tous la gravité de la dyspnée qui peut arriver dans des cas semblables quand la poitrine est très distendue par le liquide. A l'avenir dans ces cas je diminuerai la pression des viscères voisins en ôtant un peu de l'effusion par la thoracentèse avant d'avoir recours à cette médication. Les effusions, généralement, ne dépassent pas la troisième côte. Cette médication est donc le plus souvent suffisante. De plus, la raison pour laquelle je n'ai pas eu recours à une thoracentèse partielle, est fondée sur le caractère régulier et non accéléré de la respiration.

Le but de ce traitement est d'introduire dans l'intestin une solution concentrée du sel qui amène un manque de liquide dans l'économie: car nous savons que l'action du sulphate de magnésie est d'exciter une sécrétion copieuse des glandes intestinales. Quelques individus ont une grande intolérance pour ce sel amer et par conséquent le vomissement aussitôt qu'ils l'ont pris. Avec de telles personnes, il est bon d'essayer de l'aromatiser avec de l'essence de menthe, ou de canelle, ou du jus de citron sucré. Le carminatif ne doit pas diminuer la concentration de la drogue. Ceci me porte à dire quelques

mots sur le mode d'action de ce remède. Il a été démontré que le sulphate de magnésie injecté en petite quantité dans le sang d'un animal, cause de la constipation, tandis que quand le même remède est introduit dans l'intestin, il produit des selles copieuses et liquides.

Ce fait fit penser à Moreau que l'action du sel d'Epsom était due à l'osmose et non à l'absorption de la drogue. Afin de démontrer ce fait, Moreau a injecté entre deux ligatures d'une portion de l'intestin d'un animal, un drachme de sel d'Epsom en solution concentrée. L'intestin fut alors déposé dans la cavité abdominale et en quelques heures on l'a trouvé distendu par une sécrétion intestinale relativement abondante.

Une autre expérience fut aussi tentée par laquelle deux parties d'intestin furent séparées de la même manière que plus haut mentionnée ; dans l'une on injecta une forte solution, tandis que dans l'autre on ne mit que de l'eau. Le tout fut ensuite remis dans l'abdomen pour quelques heures, après quoi on trouva que la partie dans laquelle se trouvait l'eau était vide ; tandis que cette portion qui contenait le sel était excessivement distendue par la sécrétion intestinale.

Après ces expériences on constata que l'injection du sel dans le sang cause une sécheresse intestinale ou constipation et nous prouve que cet effet est produit par l'osmose. En outre de l'action topique sur la membrane muqueuse intestinale, il y a une autre action causée par un effet physiologique sur la circulation, grâce à l'affinité du sulphate de magnésie pour l'eau et à la diminution du sérum, la pression sanguine disparaît, la circulation normale reprend son cours physiologique. A cause de cette action sur la circulation, quelques praticiens ont cru que le sel avait une action diurétique, mais il est plus que probable que l'effet est imputable au changement de la tension artérielle. Lorsque nous avons affaire à une néphrite, les remèdes qui agissent sur la peau ou sur les intestins sont, règle générale, plus efficaces que les diurétiques. J'ai souvent constaté que dans pareil cas, la digitale qui est un de nos remèdes les plus puissants comme diurétique, ne causait qu'une aggravation des symptômes et souvent du sang se manifestait dans les urines.

Quant à la méthode du traitement du Dr Hay, il n'est nouveau que dans son mode d'application ; *Id est* : concentration

du sel et diète sèche. Cette médication provoque des nausées qui la rendent inapplicable.

Mon expérience de cette méthode, telle qu'appliquée à l'Hôtel-Dieu, et dans ma pratique privée, me justifie de la recommander fortement, parce que je la regarde comme un moyen très favorable dans les hydropisies, qu'elles soient locales ou générales, rénales ou cardiaques.

PLEURÉSIE LATENTE

PAR M. LE PROFESSEUR RENDU (1)

C'est un fait banal et bien connu que la pleurésie, alors même qu'elle s'accompagne d'un épanchement abondant, peut passer absolument inaperçue, et cependant, comme c'est là une des erreurs de diagnostic les plus communes en même temps que des plus graves, il est bon de revenir souvent sur ce sujet.

Un homme est entré dans le service pour différents accidents pulmonaires certainement tuberculeux; il y a eu des hémoptysies, et ses deux sommets présentent des altérations très évidentes; mais de plus il présente un épanchement considérable, qui, d'après certains commémoratifs, date d'une époque déjà ancienne, probablement de plusieurs mois, qui ne paraît le gêner en aucune façon, qui n'a pas été reconnu jusqu'ici, et ne le serait probablement pas encore si on n'avait pas été amené à l'ausculter en raison de quelques symptômes d'origine pulmonaire survenus récemment.

La pleurésie en effet peut rester latente, et demeurer longtemps méconnue ou bien par l'absence totale de symptômes ou parce que ceux-ci sont mal interprétés.

Le fait suivant est un exemple remarquable du premier cas. Lasègue racontait souvent avoir été appelé auprès d'un confrère tombé sans connaissance dans la rue. Lorsqu'il arriva celui-ci était remis et en train de prendre son repas.

Il l'examina néanmoins, quoiqu'il ne se plaignit que de quelques douleurs vagues depuis un certain temps, et l'ayant fait asseoir pour l'ausculter, le malade tomba mort pendant l'auscultation. La mort avait été produite par un épanchement

(1) Clinique recueillie à l'hôpital Necker.

énorme qui n'avait déterminé presque aucun symptôme jusque-là.

Il existe des cas dans lesquels il y a seulement une petite toux sèche; quelquefois aussi un peu de dyspnée mais qui disparaît complètement. M. Potai a eu l'occasion d'examiner avec M. Buequoy un malade présentant seulement quelques symptômes tout à fait en dehors de la pleurésie; il avait cependant un épanchement énorme qui l'exposait à une mort subite: on lui fit immédiatement une ponction qui donna cinq litres de liquide.

Dans certains cas aussi, il y a des erreurs qui ne tiennent qu'à un examen très incomplet du malade. J'ai vu à cet égard un fait bien curieux. Il s'agit d'un malade venant du Caire et envoyé en Allemagne pour faire une cure thermale au sujet de laquelle il devait consulter une haute autorité médicale; il fut de là, après consultation, envoyé à Carlsbad pour une affection du foie; là il fit son traitement sans qu'on l'examinât, malgré les vives douleurs qu'il éprouvait; enfin lorsqu'il arriva à Paris, je lui reconnus un énorme épanchement déjà purulent pour lequel l'empyème fut fait mais trop tardivement pour empêcher la mort.

Cet exemple montre surtout les inconvenients d'un examen incomplet et d'un conseil donné à la légère qui font assumer au médecin une bien grave responsabilité.

Mais il est d'autres cas où l'erreur est le fait d'un symptôme insolite qui porte l'attention dans une direction toute différente.

Une malade est entrée ainsi dans le service avec des accès de fièvre intermittente simulant absolument une fièvre tierce. On crut pendant quelque temps à une fièvre de cette nature et ce n'est qu'après un examen complet qu'on découvrit une pleurésie. C'est là en effet un symptôme très rare sous cette forme, mais dont on a eu cependant quelques autres exemples.

L'association de la pleurésie avec d'autres affections est une grande cause de difficultés; c'est ce qui arrive par exemple dans les kystes du foie, l'anévrysme de l'aorte. Mais il faut se rappeler en outre qu'il n'est pas une maladie infectieuse qui ne puisse s'accompagner de pleurésie: la pneumonie, l'amygdalite, le furoncle, l'état puerpéral en particulier. Enfin, les affections des voies génito-urinaires, plus spécialement les ovarites et les

dans le service pour une pleurésie légère, présentait un facies salpingites, paraissent, dans certains cas, agir par action réflexe pour produire la pleurésie. Une femme récemment entrée indiquant un état beaucoup plus sérieux que ne le comportait cette légère pleurésie, et de fait on pouvait constater que la maladie avait été précédée par des troubles utérins et qu'il existait une vive douleur dans la région ovarienne; c'était le point de départ de cette pleurésie qui, ici, fut sans importance, mais qui dans quelques cas peut prendre une gravité réelle, ainsi que j'ai pu l'observer chez une malade qui succomba à des accidents gangréneux.

L'enseignement qu'on peut tirer de ces faits si disparates, c'est que la pleurésie, maladie d'un diagnostic si facile, peut être l'objet de grossières erreurs, et que toutes les fois qu'on voit survenir une dyspnée même peu marquée ou quelque douleur insolite, il faut avoir l'attention éveillée de ce côté.

ETIOLOGIE DU RHUMATISME

PAR M. LE PROF. POTAIN

Depuis quelque temps nous voyons un si grand nombre de rhumatisants, que nous pourrions supposer qu'il y a actuellement une véritable épidémie de rhumatisme; cette maladie n'est pourtant pas épidémique, car on l'observe partout, en tout temps et en toute saison. Nous aurons pourtant à rechercher si certaines saisons n'y prédisposeraient pas d'une façon particulière. De toutes les maladies que nous observons, le rhumatisme est une des plus fréquentes; il n'y a guère, au point de vue de la fréquence, que la bronchite, l'embarras gastrique et la phtisie qui l'emportent sur lui; la fièvre typhoïde et la pneumonie sont peut-être plus meurtrières, mais atteignent un moins grand nombre d'individus.

Certaines saisons paraissent prédisposer au rhumatisme, et cependant il ne semble guère être influencé ni par les climats ni par la température. Quand on consulte les statistiques de l'armée anglaise, qui à ce point de vue sont très instructives, les soldats anglais étant disséminés dans toutes les parties du monde, on voit que le rhumatisme est également fréquent au cap de Bonne-Espérance, dans les Indes Orientales, et en Aus-

tralie; fait remarquable, c'est dans l'Amérique du Nord qu'on l'observe le moins, et cela probablement parce que les conditions matérielles du soldat sont meilleures que dans les autres colonies.

L'influence des saisons dont je vous parlais tout à l'heure ne me paraît pas d'abord très nette; si nous consultons d'un côté les statistiques de Paris de 1869 à 1873, nous voyons que pendant ces quatre années, le nombre des rhumatisants a varié entre 600 et 850, et que les entrées les moins nombreuses correspondaient aux mois de janvier, février, mars, septembre, octobre, novembre, et décembre; les plus nombreuses avaient lieu en avril, mai, juin, juillet et août. D'après les statistiques de l'hôpital Saint-Georges de Londres, ce serait en juin, juillet, août et septembre qu'on observerait le moins de rhumatisants; les résultats constatés en France et ceux constatés en Angleterre sont presque opposés.

Abstraction faite de l'influence saisonnière, trois conditions étiologiques me paraissent surtout jouer un rôle dans le développement du rhumatisme; je veux parler du "froid", de l'"humidité" et du "traumatisme", en comprenant sous le nom de traumatisme tout ébranlement de l'économie.

Le froid crée le rhumatisme, personne ne met la chose en doute, et le froid détermine cette action indépendamment de toute sensation; le froid non perçu agit surtout dans la production du rhumatisme subaigu; vous rencontrerez fréquemment cette forme de rhumatisme chez les individus qui prétendent n'être pas sensibles au froid et par conséquent s'y exposent souvent.

Le froid peut agir de différentes façons dans la production du rhumatisme; il peut agir à titre de cause déterminante, comme cause prédisposante, enfin comme cause occasionnelle déterminant la localisation du rhumatisme.

Le froid engendre le rhumatisme quand il agit soudainement et sur une grande surface, et, dans ces cas, c'est le rhumatisme articulaire aigu que l'on voit se développer; il en est ainsi à la suite de l'immersion dans l'eau froide ou quand les vêtements sont mouillés par une averse; dans ces cas, il y a une soustraction rapide et considérable de calorique, surtout quand pour une raison ou pour une autre, le corps est échauffé et en transpiration. Je ne m'arrêtera pas à ces considérations, qui

sont de notion vulgaire, si ce que je viens de dire ne semblait en opposition avec les pratiques hydrothérapiques ordinaires. Vous savez que les hydropathes recommandent toujours avant d'administrer une douche, de se préparer à la recevoir, en faisant, au préalable, un exercice plus ou moins violent. Cette préparation est non seulement utile, mais indispensable. Comment, dès lors, expliquer cette espèce de contradiction ? C'est qu'il y a deux façons d'avoir chaud. Il y a la chaleur déterminée par un exercice actif sans fatigue, et la chaleur due à une fatigue extrême, avec excitation vaso-motrice allant jusqu'à l'épuisement. Quand on a épuisé l'action des vaso-moteurs, le froid est dangereux, même pour les hydrothérapeutes. Vous connaissez tous cette habitude des escrimeurs qui consiste, après un assaut plus ou moins prolongé, à se mettre sous une douche froide; si l'exercice n'a pas été trop violent et trop long, la douche délasse: c'est le cas le plus fréquent; mais, s'il y a eu fatigue trop considérable, il peut en résulter des accidents. Monneret, qui fut, avec Fleury, un des pères de l'hydrothérapie, était un passionné de l'escrime, et, après une séance d'armes, il avait l'habitude de prendre une douche. Comme il était d'une certaine force à l'épée, en général les séances ne le fatiguaient pas; un jour, il eut en face de lui un adversaire plus sérieux; la lutte fut vive; il fut obligé de faire de grands efforts; après la douche, au lieu du soulagement habituel, il éprouva une courbature plus grande dans le bras droit, et, le lendemain, il se réveilla avec une paralysie du deltoïde. Vous voyez, somme toute, que la contradiction est plus apparente que réelle.

Le froid, même intense, n'est pas nuisible quand il n'est pas prolongé, et quand il frappe un organisme non épuisé sur lequel la réaction peut se faire.

Les individus soumis au froid habituel, sont souvent atteints de rhumatisme subaigu, ou même de rhumatisme chronique, qui se manifeste sous forme de douleurs musculaires, ou de rhumatisme tendineux; le froid peu intense et prolongé agit surtout comme cause prédisposante.

Il peut aussi, dans les conditions précédentes, agir comme cause occasionnelle, et déterminer la localisation du rhumatisme sur les parties plus spécialement exposées à son action.

Il m'est arrivé parfois, en lisant dans ma voiture, de me sen-

tir les poignets rafraîchis par un courant d'air, le lendemain je me réveillais avec les articulations radio-carpiennes tuméfiées et douloureuses. Les lavandières qui ont les genoux fréquemment mouillés, sont exposées à avoir du rhumatisme à ce niveau: les cuisiniers sont plus volontiers atteints du côté des pieds qui reposent sur un sol frais, parfois humide: il n'est pas jusqu'au rhumatisme secondaire, qui ne paraisse subir cette influence du froid, au point de vue de la localisation de ses premières manifestations. Le rhumatisme scarlatineux débute presque toujours par les poignets, et cela parce que ce sont les articulations qui sont le plus exposées au refroidissement.

A côté de l'influence du froid, il convient d'étudier le rôle que joue l'humidité dans la production du rhumatisme.

L'humidité agit de plusieurs façons, d'abord comme agent puissant de soustraction de calorique. Nos vêtements à l'état sec sont très mauvais conducteurs de la chaleur; c'est surtout de cette façon qu'ils sont utiles; viennent-ils à être mouillés, ils sont alors bon conducteurs et enlèvent à l'économie une somme considérable de calorique. Le froid humide peut être considéré comme une des causes les plus actives du rhumatisme subaigu. Actuellement, nous avons dans nos salles un jeune garçon atteint de céphalée rhumatismale, dont l'origine peut être attribuée à l'influence du froid humide. Cet individu a une céphalée tenace; il est vrai qu'il est syphilitique, mais sa céphalée n'est pas spécifique, car à l'inverse des céphalées syphilitiques, elle tourmente surtout le malade dans la journée, et les douleurs syphilitiques sont toujours prédominantes la nuit, excepté chez les boulangers. Il se plaint surtout de douleurs frontales, accusées également des deux côtés, sans points douloureux spéciaux à l'émergence des nerfs sus-orbitaires; ce sont les mouvements de son muscle frontal qui exagèrent surtout ses douleurs, et dans ces mouvements la douleur s'étend à toute la surface du crâne. Il y a là un véritable rhumatisme des muscles du crâne, qui s'est développé à la suite d'une période de manœuvres; le malade, pendant cette période, avait été obligé de se coucher sur le sol humide.

Dans nombre de circonstances, l'action de l'humidité se combine à celle du froid; mais ce n'est pas là sa seule façon d'agir. Laissez-moi, à ce propos, vous raconter l'histoire d'une dame que je fus appelé à voir avec un confrère, et qui m'a tout par-

ticulièrement frappé. Cette dame habitait un hôtel neuf des plus confortables, situé dans un des quartiers les mieux aérés de Paris. Elle fut prise d'une attaque de rhumatisme aigu, qui sous l'influence d'un traitement assez énergique céda rapidement. A peine entrait-elle en convalescence, qu'une récurrence survint; elle guérit de nouveau, puis il se produisit successivement une série de récurrences; et pourtant sa chambre d'habitation toute tapissée de tentures et convenablement chauffée, paraissait être dans les meilleures conditions. Pensant qu'antérieurement cette chambre, récemment construite et disposée au nord, avait dû être humide, je fis transporter la malade, tout déplacement dans le Midi étant impossible, dans une chambre exposée en plein midi, et le rhumatisme céda cette fois sans rechute. La chambre qu'elle habitait primitivement était-elle humide véritablement? en apparence non, mais étant donné son exposition au nord et la date récente de la construction de l'hôtel, elle avait dû l'être. L'humidité antérieure laisserait donc après elle quelque chose capable de donner le rhumatisme?

Voici une autre observation du même genre. Celle-ci m'est personnelle. Il y a quelques années, pendant la saison d'été, j'habitais Saint-James, à côté de la Seine. Au moment où je m'installai là avec ma famille, je sentis je ne sais quoi qui m'avertit qu'il y avait du rhumatisme dans l'air. Pensant que la maison était humide, j'apportai un hygromètre de Paris, et je trouvai le même degré hygrométrique que dans mon appartement. Cependant, un des miens fut pris de rhumatisme et moi-même j'en fus atteint; la maison, à n'en pas douter, était rhumatifère; elle avait dû être humide, mais ne l'était plus. Il est donc très vraisemblable que, dans les milieux humides, il se développe quelque chose du salpêtre, des moisissures dont la nature n'est pas encore déterminée, mais qui pour moi sont capables d'engendrer le rhumatisme.

Guéneau de Mussy raconte que chez les Hébreux, on redoutait beaucoup la lèpre des maisons; quand cette lèpre apparaissait, on grattait les murs et on emportait les débris dans un lieu impur; on fermait la maison pendant huit jours, puis si les moisissures avaient reparu, cette fois on enlevait les pierres; si après un second délai de huit jours on retrouvait de nouvelles traces de lèpre, la maison était complètement rasée jus-

qu'au niveau du sol. Les anciens avaient donc déjà remarqué l'influence néfaste des moisissures développées dans les habitations.

Quel est l'agent à incriminer dans ces circonstances ? je n'en sais rien ; mais pour moi je suis fermement convaincu que l'humidité peut laisser après elle un agent rhumatifère. Nous connaissons certaines formes de rhumatisme : les rhumatismes infectieux, qui sont produits par des micro-organismes déterminés ; en réalité, entre le rhumatisme aigu et ces rhumatismes infectieux il y a des différences de degré plutôt que des différences de nature ; l'idée d'une infection à l'origine du rhumatisme articulaire aigu est donc très plausible.

Nous avons admis un troisième élément pathogénique, le traumatisme. Celui-ci agit tantôt comme cause occasionnelle, tantôt comme cause prédisposante.

Parfois il s'agit d'un traumatisme portant directement sur une articulation. Je me rappelle une malade qui avait reçu un coup au niveau d'une articulation de l'index. L'articulation devint douloureuse et s'enflamma, les jours suivants le poignet fut pris, et successivement toutes les autres articulations furent atteintes. Cette malade fut examinée dans un concours de bureau central, le candidat vit nettement le rapport qui existait entre le traumatisme et le développement des arthrites ; mais, au lieu d'en faire du rhumatisme, il conclut à une infection purulente ; c'était une erreur complète.

Souvent aussi on voit des attaques de rhumatisme et même des attaques de goutte survenir à la suite d'une entorse.

Dans d'autres cas, le traumatisme ne porte pas directement sur l'articulation. Charcot rapporte l'observation d'un malade, chez lequel on vit apparaître une attaque de rhumatisme consécutivement à un phlegmon de la main. Ce phlegmon avait eu pour origine une piqûre faite au doigt. J'ai vu moi-même, à l'hôpital Necker, une femme chez laquelle un panaris avait déterminé les mêmes accidents.

Ce que fait le traumatisme externe, le traumatisme interne peut le produire ; la fatigue des articulations, le surmenage peuvent être une cause prédisposante du rhumatisme. Chez les gens surmenés physiquement, la synovie s'épaissit, les matières extractives s'y accumulent, la synoviale est plus ou moins irritée, et si dans ces conditions, comme l'a si bien montré M. Pe-

ter, un coup de froid survient, le rhumatisme apparaît. L'épuisement nerveux, les fatigues morales agissent de la même manière. C'est ainsi que j'explique ce que j'ai appelé le rhumatisme du train des maris. Des hommes fatigués par le travail d'une semaine arrivent dans leur famille installée au bord de la mer, après avoir fait un trajet de trois ou quatre heures en chemin de fer. L'absence plus ou moins longue occasionne des épanchements plus actifs que de coutume, et le lendemain, pour faire disparaître la fatigue, on prend un bain de mer; le surmenage, aidé de l'action du froid, amène au retour une attaque de rhumatisme.

Cette affection rhumatismale, qui naît d'influences si diverses, peut apparaître à tous les âges; jusqu'à trente ou quarante ans, c'est plutôt le rhumatisme articulaire aigu que l'on voit; plus tard c'est le rhumatisme chronique, plus fâcheux parce qu'il est plus persistant.

A tout ce que je viens de dire, il faut ajouter un élément personnel, souvent héréditaire, difficile à préciser, surtout dans nos hôpitaux. Le terme rhumatisme est si vague, on l'emploie si communément pour désigner des affections si diverses, qu'il nous est souvent bien difficile de reconnaître, en interrogeant les malades, s'il a existé chez leurs parents une forme de rhumatisme analogue à celle qu'ils présentent eux-mêmes.

Si nous nous en rapportons aux observations de la ville où les renseignements sont plus précis, nous devons dire que ce qui se transmet ce n'est pas telle ou telle forme de rhumatisme, mais une prédisposition générale, exposant à un groupe commun d'affections, dans lequel il faut même ranger la goutte.

J'ai vu à l'hôpital Necker un bel exemple de transmission de goutte, par un père rhumatisant issu lui-même d'un gouteux. Les conditions de milieu, d'hygiène suffisent pour amener ces transformations.

Le citrophène a une action spéciale sur le rhumatisme que le salicylate de soude n'améliore pas rapidement, surtout sur celui qui a de la tendance à la chronicité.

Une solution de permanganate de potasse au 1-20 en application locale au moyen d'un coton absorbant produit un effet des plus satisfaisants contre les maux de dents.

LA MORT SUBITE OU RAPIDE PAR LE SYSTEME NERVEUX

Indications thérapeutiques tirées de la connaissance de son mécanisme

PAR M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

Étant donné que le système nerveux a le rôle le plus prépondérant dans les phénomènes de la vie chez les animaux supérieurs et que, par conséquent, il doit être considéré comme le véritable balancier de la vie elle-même. C'est donc lui qu'il faut surtout étudier au point de vue du mécanisme de la mort subite, au moins dans un très grand nombre de cas.

Mais, pour bien comprendre le mécanisme de la mort par le système nerveux, il faut tout d'abord se rappeler que les organes qui président aux grandes fonctions de la vie reçoivent deux sortes de nerfs antagonistes, des nerfs excitateurs et des nerfs modérateurs ou phrénateurs, et que, par suite, l'harmonie dans le fonctionnement de ces organes résulte d'un parfait équilibre entre ces deux ordres de nerfs, tandis que les troubles de ces fonctions, ou même leur arrêt, se produit, soit par l'excitation, soit par la paralysie des uns ou des autres de ces nerfs.

L'exemple de ce qui se passe du côté du cœur rend des plus simples à comprendre le mécanisme en question. On sait, en effet, que la moëlle allongée renferme le centre d'innervation de cet organe, dont le nerf excitateur est le grand sympathique cervical, tandis que le pneumogastrique en est le nerf modérateur. Or, si l'on sectionne les deux pneumogastriques et que, par conséquent, on supprime l'action de ces nerfs sur le cœur, immédiatement les battements cardiaques s'accélèrent et le pouls acquiert une rapidité considérable. Si alors on porte une excitation sur les extrémités périphériques des nerfs pneumogastriques sectionnés, les battements du cœur se ralentissent aussitôt et même si l'excitation est très intense, on peut arriver ainsi à arrêter tout à fait les mouvements de l'organe. En agissant sur le nerf grand sympathique on observe des effets inverses; son excitation détermine une accélération dans les battements du cœur, tandis que sa section diminue le nombre de ces battements.

Comme le cœur, les poumons ont aussi un centre d'innerva-

tion dans la moëlle allongée, et, de ce centre d'innervation, partent encore les deux espèces de nerfs dont il s'agit, nerfs excitateurs et nerfs modérateurs. On sait, en effet, que l'excitation légère du bout central des pneumogastriques sectionnés accélère les mouvements respiratoires, tandis qu'une excitation forte, excessive, de ces nerfs, arrête ces mouvements par une contraction vraiment tétanique des muscles inspirateurs. D'un autre côté nous savons que l'excitation faible du nerf laryngé supérieur, relâche le diaphragme et ralentit la respiration, tandis que son excitation forte amène la paralysie du diaphragme et de tous les muscles inspirateurs, et produit ainsi, par un mécanisme complètement différent du précédent, l'arrêt complet de la respiration.

Il en est de tous les organes comme des poumons et du cœur: chacun d'eux possède des nerfs excitateurs et des nerfs modérateurs; mais il y a plus encore, et l'on peut dire que tout élément anatomique à l'état de vie se trouve dans des conditions identiques. C'est là une notion capitale pour comprendre le mécanisme du genre de mort par arrêt des échanges, et dans lequel on voit la vie cesser, parce que les actes nutritifs étant tout à coup interrompus, il y a diminution de l'acide carbonique dans le sang veineux et, par suite, suspension de la calorification, de la respiration et de la circulation.

Au point de vue clinique, la mort par le système nerveux peut être rapide, subite ou lente. Mais ce qu'il faut surtout savoir, c'est que, si la mort lente est plutôt le résultat d'une altération anatomique de ce système ou de quelques-unes de ses parties, la mort rapide ou subite, par contre, est le plus habituellement le résultat d'une excitation forte de ce même système.

Il est évident que le résultat final est identique, et qu'il consiste dans l'abolition des fonctions du système nerveux, mais les indications thérapeutiques diffèrent complètement dans l'un ou dans l'autre cas, et c'est pour cette raison qu'il faut étudier séparément ces deux genres de mort. Voyons donc ce qui se passe dans les cas de mort rapide ou subite due à une action excitante du système nerveux, soit sur le cœur, soit sur les poumons.

La mort rapide ou subite par le cœur est l'affaire de quelques instants, de quelques secondes. Le sujet, dans ce cas, est

pris d'un malaise subit, d'une angoisse des plus pénibles; s'il est couché, il se soulève brusquement sur son lit, puis retombe immédiatement, pâlit, contracte ses pupilles, présente quelques mouvements convulsifs vers l'angle de la bouche, et parfois vers les membres supérieurs; puis son pouls s'arrête, il se fait une ou deux inspirations bruyantes et tout est fini. Rien alors ne peut rappeler le sujet à la vie, ni la respiration artificielle pratiquée immédiatement, ni les tractions rythmées de la langue, ni la flagellation de la face, ni l'application du marteau du Mayor.

Chez ces sujets, l'autopsie fait constater dans le cœur la présence d'une très petite quantité de sang liquide, circonstance qui montre bien que la mort a été due à une contracture du muscle cardiaque. Au reste, dans les expériences sur les animaux, on réalise ce genre de mort par l'excitation très forte des nerfs pneumogastriques, comme l'ont fait voir surtout Magendie et Cl. Bernard.

Chez l'homme, ce genre de mort peut être le résultat d'influences multiples et diverses, souvent difficiles à prévoir, surtout quand il s'agit de simples troubles fonctionnels. Ces influences peuvent exercer leur action directement sur le centre de la circulation, ou bien elles peuvent agir indirectement par l'intermédiaire des cordons nerveux.

Pour ce qui est des causes qui agissent directement sur le centre bulbaire de la circulation, il y a lieu de distinguer les traumatismes, et surtout les traumatismes qui s'exercent sur le crâne lui-même, les émotions vives capables d'agir de la même façon, les lésions de la protubérance et du bulbe qui, d'un instant à l'autre, peuvent porter une action funeste sur le centre en question, et, enfin, les intoxications spéciales qui exercent leur action délétère sur ce centre; la digitaline, l'atropine, l'aconitine doivent être citées ici. Toutes ces causes, en excitant outre mesure le centre bulbaire de la circulation, et en agissant, soit par action sur les nerfs frénateurs, soit par action paralysante sur les nerfs excitateurs, amènent l'arrêt des battements cardiaques.

Les excitations qui portent sur les portions cervicale ou thoracique des nerfs pneumogastriques, sont le plus souvent occasionnées par des lésions anatomiques de voisinage qui irritent les branches nerveuses et leurs plexus. L'excitation est en-

suite portée au centre bulbaire de la circulation. La syncope cardiaque survient alors à la suite de ces lésions, soit néoplasiques, soit inflammatoires. C'est de cette manière qu'agissent les altérations et l'hypertrophie du thymus chez les enfants, le goître chez l'adulte, les phlegmons et les tumeurs ganglionnaires de la région cervicale, les anévrismes de l'aorte, du tronc brachio-céphalique ou de l'origine des artères carotides, ainsi que les lésions inflammatoires chroniques de l'origine de l'aorte qui s'accompagnent de névrite des nerfs du plexus cardiaque. Dans tous ces cas, et surtout quand une douleur vive de la région malade indique une inflammation probable des branches du pneumogastrique du voisinage; il y a donc lieu de redouter la mort subite ou rapide par action sur le centre bulbaire de la circulation.

Les actions morbides qui portent sur la portion abdominale du nerf vague peuvent également retentir sur le centre bulbaire en question et produire, par le même mécanisme, la syncope cardiaque et l'arrêt définitif du cœur. C'est selon toute probabilité ainsi qu'il convient d'expliquer les cas de mort qui surviennent après un coup plus ou moins violent porté sur l'épigastre, ou bien après l'ingestion d'une certaine quantité d'eau froide ou bien encore à la suite d'une indigestion. Dans ces cas, comme l'a démontré expérimentalement M. Brown-Séquard, l'excitation se propage jusqu'au centre bulbaire par les branches du pneumogastrique et le résultat de cette violente excitation est l'arrêt du cœur.

Il est aussi des plus probables que c'est par le même mécanisme que se produit la syncope cardiaque et la mort dans certains cas d'excitation et d'irritation violente de l'utérus. Il existe dans la science un certain nombre de ces cas où la mort est survenue à la suite de l'introduction d'une sonde dans la cavité du col utérin ou bien encore à la suite d'injections faites avec des substances irritantes dans le corps de cet organe. Les injections qui ont déterminé ce fatal accident étaient des injections de teinture d'iode, de perchlorure de fer et de sulfate de cuivre.

(A suivre)

2 grains d'ipéac mêlé à un purgatif à l'aloès a le bon effet de prévenir l'irritation du rectum.

LES GASTRALGIQUES ET LA GASTRALGIE

PAR M. LE PROFESSEUR PETER

(Suite de la page 268)

Avec du lait, du repos, de bonnes paroles, tout rentre dans l'ordre et notre jeune fille se porte bien maintenant. Il n'y a plus qu'une certaine douleur à l'épigastre. Ainsi, chez cette malade, la perte de sa place (premier chagrin), le regret d'être séparée d'un enfant auquel elle s'était attachée (deuxième chagrin), ont amené une perturbation fonctionnelle de l'estomac par l'intermédiaire du grand sympathique et du pneumogastrique. C'est là un bel exemple d'un phénomène purement psychique, transformé en trouble matériel et physique. Ainsi s'explique l'action puissante des chagrins sur des affections plus graves de l'estomac. Qu'ils surviennent violents et prolongés à un âge avancé, celui des affections organiques, et la lésion matérielle pourra être un cancer de l'estomac. Qu'il y faille la prédisposition du milieu vivant, voilà qui n'est pas douteux : mais ce qui ne l'est pas moins, c'est l'influence des troubles nerveux sur la localisation du mal : le cancer est alors le maximum de la détermination morbide dont la gastralgie est le minimum.

Je puis maintenant vous exposer les symptômes de la gastralgie. Dire que c'est une " affection douloureuse de l'estomac ", c'est répéter en français ce qu'exprime le mot grec ; la douleur en est le symptôme constant et nécessaire ; elle siège au " creux épigastrique " et résulte de l'irritation du plexus solaire. Mais cette douleur peut remonter le long du pneumogastrique gauche, qui est alors sensible à la pression le long du cou, et il existe habituellement un autre point très sensible au niveau de la troisième apophyse épineuse cervicale. La douleur est donc un signe constant, nécessaire dans la gastralgie ; elle est due à un trouble sécrétoire certain, à une sécrétion exagérée de suc gastrique et d'acide chlorhydrique. Cette douleur est périodique et revient à certains moments. Au début de l'affection, elle apparaît au moment où l'HCl est le plus abondant, c'est-à-dire une heure après l'ingestion des aliments azotés. Y a-t-il hyper-sécrétion de l'HCl seulement ou surabondance du suc gastrique en totalité ? C'est une question non encore résolue pour moi. Je crois plutôt à une sécrétion exagé-

rée portant sur l'ensemble du suc gastrique. Quoi qu'il en soit, l'HCl en excès attaque la muqueuse de l'estomac, l'irrite, la fait souffrir. C'est alors que le patient éprouve, par un besoin instinctif, le désir de boire; il sait par expérience qu'il calme ainsi la douleur et il fait, sans s'en douter, cette petite opération chimique, qui consiste à diluer l'acide chlorhydrique. (Disons-le en passant, vous voyez quelle est l'erreur du médecin qui prescrit alors la diète sèche, c'est-à-dire l'usage exclusif des aliments solides; la diète lactée est moins irrationnelle sans être plus légitime). Cette douleur constante et nécessaire a une période d'apparition également nécessaire; elle ne se montre d'abord qu'une heure après le repas. Mais il est des cas plus graves où il y a sécrétion exagérée de suc gastrique même en dehors des repas, la nuit, par exemple, ou le matin. Le malade est alors réveillé par une douleur vive qu'il compare à une brûlure; c'est bien, en effet, une brûlure d'ordre chimique. Il calme cette douleur par l'ingestion d'un verre d'eau — il délaye ainsi son suc gastrique,— ou il l'occupe en mangeant un peu de viande froide, un morceau de pain. Cette sursécrétion, presque continue, du suc gastrique indique évidemment une affection plus grave. D'autres individus souffriront toute la journée par le fait d'une sécrétion, on peut dire continuelle. La névrose douloureuse est alors permanente.

La douleur est parfois si vive qu'elle provoque des lipothymies comme dans toutes les affections douloureuses où le grand sympathique est intéressé. La face se grippe, le pouls devient petit, misérable; des palpitations surviennent par suite d'un acte réflexe du pneumogastrique stomacal sur le pneumogastrique cardiaque; les vomissements sont fréquents, l'estomac rejette les aliments, cause de sa douleur, et s'en débarrasse. Ces vomissements sont donc formés de substances alimentaires; ils sont, de plus, très acides, l'estomac rejetant en même temps le corps du délit, d'où cette sensation d'acidité, d'agacement des dents que vous observerez chez vos malades. Et remarquez bien qu'il n'y a pas d'anorexie véritable; l'estomac n'est pas malade, c'est le pneumogastrique seul qui est fou; aussi est-ce un caractère absolument typique de la gastralgie que cette persistance de la faim.

Que verrez-vous encore? Une constipation habituelle, due aux digestions imparfaites, et des régurgitations acides, même

en dehors des repas; elles sont une chose nécessaire, l'estomac se débarrassant ainsi d'une partie de son excès d'acide chlorhydrique. Il y a aussi de la flatulence par sécrétion exagérée de gaz. Et à ce propos, Messieurs, rappelez-vous les expériences de Cl. Bernard, établissant que certaines perturbations des pneumogastriques font sortir des vaisseaux les gaz du sang. Le même fait se produit ici, d'où flatulence, d'où dilatation stomacale possible, mais dilatation consécutive et non primitive — la dilatation de l'estomac est d'ailleurs toujours deutéropathique.

En résumé, les gros signes de la gastralgie sont donc : la douleur, les vomissements, la constipation, la soif et aussi des éructations gazeuses, inodores, car il n'y a pas là de fermentation. Voilà toute la gastralgie. Au point de vue chimique, vous trouverez dans les matières vomies une exagération de l'acidité due à la surabondance du suc gastrique.

Maintenant, que peut devenir le gastralgique ? Messieurs, j'ai vu des malades mourir de leur affection, — mais de leur affection transformée. A vingt ans de distance, j'ai pu observer des gastralgiques traités par Trousseau, dont le diagnostic avait été, et avec raison "gastralgie simple". Eh bien, ils mouraient, vingt ans plus tard, d'un "ulcère simple de l'estomac". J'ai vu deux cas de ce genre. Il n'est donc pas indifférent d'être un gastralgique.

Un de ces malades était pris, vingt ans après le début des accidents douloureux, de vomissements de sang pur avec mélanæna; il ressentait des douleurs atroces et persistantes. Le second mourut d'une perforation de l'estomac qui, s'étant faite du côté du diaphragme, avait déterminé une pleurésie suraiguë, un hydropneumothorax.

L'ulcère simple peut donc être une des terminaisons de la gastralgie. La pathogénie en est des plus faciles à comprendre : il est mauvais pour la muqueuse stomacale d'être en contact permanent et prolongé avec un excès d'HCl, irritation d'abord, érosion ensuite, ulcération plus tard, ulcère simple enfin. Le plus habituellement, la gastralgie a une allure moins violente; elle détermine peu à peu des lésions de la muqueuse stomacale, il y a gastrite diffuse, catarrhale et alors, au lieu de l'hyperchlorhydrie, on trouve une diminution ou une disparition de

HCl. L'individu hyperchlorhydrique antérieurement, perd l'appétit, présente tous les signes d'une gastrite chronique: il est hypochlorhydrique.

Avec quelles affections pourrez-vous confondre la gastralgie? Le diagnostic en semble facile. Mais je vous ai dit que la douleur apparaissait environ une heure après le repas. Eh bien, dans la colique hépatique, la douleur se produit à peu près au même moment, alors que la bile afflue dans le duodénum. Il y a donc là une cause possible d'erreur. Je sais bien que, ultérieurement, l'ictère pourra apparaître et le diagnostic sera gastralgique", dont le diagnostic n'est pas toujours aisé. Mais, en cherchant bien, vous constaterez: qu'il y a non seulement de la douleur spontanée au creux épigastrique, mais aussi de la douleur provoquée au niveau des insertions du diaphragme à droite, c'est-à-dire sur les expansions terminales du phrénique. Ces douleurs peuvent irradier vers le cou et l'épaule "droite". Elles n'existent pas dans la gastralgie simple. Notre malade du No 14 de la salle Trousseau n'a pas de douleur au niveau du phrénique; elle n'en éprouve que sur le trajet cervical du pneumogastrique "gauche". Donc, dans la colique hépatique, deux sortes de douleurs: celle du pneumogastrique "droit" et celle du phrénique "droit"; au contraire, dans la gastralgie, douleur du pneumogastrique gauche, mais qu'il faut savoir chercher.

Vous pourriez encore penser à l'ulcère simple. Parfois vous serez sur la limite de l'affection. On dira "ulcère simple" si la douleur est presque permanente, et non périodique, comme dans la gastralgie, si cette douleur s'accompagne d'irradiation vers le point du rachis correspondant au creux épigastrique, enfin s'il survient des vomissements de sang pur ou à demi digéré, s'il y a du melana. Dans l'ulcère simple encore, vous noterez toujours une élévation de la température locale; prise chez un individu bien portant, elle est, au creux épigastrique, de 35°5; dans l'ulcère simple, vous constaterez une élévation d'un demi-degré, et quelquefois deux degrés; et, en dehors de cette hyperthermie locale, habituelle, il y a encore surélévation au moment des crises douloureuses, et le thermomètre peut alors marquer 38°. Cette élévation de température indique un processus actif, une poussée congestive qui se fait au moment des accès de douleur; on conçoit que cette poussée peut

aller jusqu'à la rupture des vaisseaux, d'où les hémorragies. Ainsi donc il y a des gastralgies pouvant durer de longues années causées par un excès d'HCl, qui finissent par aboutir à l'ulcère simple, et celui-ci peut déterminer la mort, ou par perforation, ou par hémorragie.

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE PAR LE MASSAGE

PAR G. LUCAS-PARDINGTON

Cet auteur rapporte un cas détaillé de migraine chez un sujet vigoureux de 26 ans ayant résisté à divers moyens de traitement et guérie par le massage.

Le cas appartenait au type des migraines graves Hémicrânie atroce, impossibilité absolue de se livrer à aucune occupation ou de concentrer son attention sur aucun objet, sentiment d'oppression et de faiblesse, vertiges, frissons et refroidissement, embarras de la parole, soubresauts des muscles de la face et des membres du côté gauche. Les accès duraient quelquefois toute la journée du lendemain, et se reproduisaient depuis quelque temps tous les soirs. Les pratiques du massage consistèrent en séance de 20 minutes de durée et en frictions très légères du cuir chevelu allant graduellement jusqu'au vrai pèrissage complet exécuté toujours avec le bout des doigts sur le cuir chevelu et les muscles du cou du côté affecté. Guérison le troisième jour.

On entend souvent de bonnes gens s'écrier que les saisons sont modifiées, qu'autrefois elles étaient plus chaudes, plus riannes, plus pressées de faire jouir les humains des productions fleuries ou fruitières de la nature. D'après elles, le globe, vieillissant, se serait refroidi.

La diligence de la sève végétale, en 1901, leur donne un cémenti.

En réalité, c'est elles qui vieillissent et se refroidissent avec l'âge.

Dans l'urémie à forme cérébrale, une ponction lombaire du liquide céphalo-rachidien diminue l'hypertension vasculaire et guérit la céphalée des brightiques.

DES DANGERS DE L'OXYDE DE CARBONE

Prophylaxie et traitement

Au début des premiers froids de la saison, il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur les dangers de l'oxyde de carbone, d'étudier les causes d'intoxications, de connaître les moyens de les éviter et de rappeler les traitements les plus rationnels de ses différents effets délétères sur l'organisme.

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone tient une grande place dans les statistiques du suicide, mais fréquemment il est accidentel et cause d'un mauvais état de santé. Sa présence peut être rapportée à des modes défectueux de chauffage, à des filtrations de gaz à travers une cheminée mal jointe, à une combustion lente de charbon ou de vieux bois.

On l'observe chez les ouvriers travaillant dans les ateliers surchauffés au charbon, les fours à chaux.

Dans cette variété d'intoxication, le sang est atteint tout d'abord; il devient impropre à entretenir la vie. Ce n'est que secondairement que les tissus nerveux et musculaires sont frappés à leur tour. Lorsque les sujets sont empoisonnés pendant leur sommeil, ils peuvent tomber dans le coma, sans se réveiller, et meurent sans qu'on puisse leur porter aucun secours.

1. *Forme aiguë légère* : — Le début peut être insidieux, mais le malade ne perd pas conscience; il ressent de violentes douleurs ponctives dans les tempes, des vertiges; la vue se trouble, les jambes fléchissent. L'instinct de conservation le pousse à se précipiter vers la fenêtre, et le salut arrive avec la première bouffée d'air.

2. *Forme aiguë grave* : — Dans un degré plus avancé, il se produit de l'oppression, en même temps que l'asphyxie détermine des battements tumultueux du cœur avec cyanose, et le malade tombe dans le coma. A ce moment encore, une intervention énergique peut triompher des symptômes.

Comment faut-il prévenir ces accidents?

La prophylaxie est dans ce genre d'intoxication de la plus grande importance.

Elle consiste à interdire absolument l'usage des régulateurs de tuyaux de cheminée, à faire surveiller les conduites de gaz et les robinets qui les commandent. On devra proscrire certains systèmes de poêles reconnus dangereux et toutes les fournai-

ses dans un espace clos. On veillera au bon tirage des cheminées ; on évitera le branchement des tuyaux de poêle à tirage différent avant leur entrée dans un conduit central.

Les diverses pièces des appartements devront être bien aérées. Les endroits qui pourront, comme les ateliers, les écoles, les cabarets, donner asile à un certain nombre de personnes devront être munis de ventilateurs. On devrait exiger, dans les fonderies, ateliers surchauffés, l'établissement de systèmes d'aération à appel d'air énergétique.

Tout foyer dans lequel le carbone se trouve en grande masse, principalement s'il marche à combustion lente, produit de l'oxyde de carbone.

Un appareil bien construit, avec une fermeture bien hermétique, ne laisse pas échapper son oxyde de carbone dans l'appartement. Si le tirage de la cheminée est bon, l'oxyde de carbone en excès est facilement enlevé. Lorsque toutes ces conditions ne se trouvent pas réalisées, l'oxyde de carbone peut se répandre dans l'appartement et des phénomènes graves d'intoxication peuvent se produire.

TRAITEMENT : — Il faut avant tout éloigner le patient de l'atmosphère viciée, le transporter dans un local où l'air soit constamment renouvelé et le placer de façon que la tête soit légèrement relevée. Cela fait, on aura recours à des aspersion d'eau froide et à des frictions vigoureuses sur tout le corps. Si la respiration est difficile, on la rétablira par la respiration artificielle. On le couvrira de sinapismes, on lui fera respirer de l'ammoniaque. L'électrisation des phréniques peut rendre des services. La saignée est indiquée, d'après Simon, lorsqu'il existe des signes de congestion du côté d'un viscère. Elle doit être simplement locale, sous forme d'application de sangsues derrière l'oreille, en cas de congestion cérébrale. L'usage des purgatifs a toujours amené de bons effets. Le remède par excellence, lorsqu'on l'a à sa portée, consiste en inhalation d'oxygène. Leyden a eu recours avec succès à la transfusion du sang, qui donne quelquefois, dans des cas désespérés, des résultats fort encourageants. On peut se servir, pour la transfusion, de sérum artificiel, qui a parfaitement réussi dans trois cas relatés par Schreiber.

Les troubles moteurs, les troubles de la sensibilité et les phénomènes trophiques et vaso-moteurs comporteront l'administration de toniques (des arsénates ou du cellulogène).

Le malade vivra au grand air et se livrera sans excès aux exercices du corps. L'hydrothérapie, les bains de mer, les bains sulfureux hâteront la guérison des accidents. Les préparations opiacées, belladonnées, s'adresseront aux phénomènes douloureux, aux névralgies consécutives à l'intoxication. Les analgésiques, l'antipyrine associée à de faibles doses de quinine, l'acétaniline par cachets de 7 grains, deux ou trois fois par jour, amèneront les douleurs irradiées. Remark a proposé, contre les accidents produits par l'oxyde de carbone, un courant galvanique constant, destiné à rétablir les fonctions hématosiques des globules sanguins. M. le professeur Gréhant attache beaucoup d'importance aux préparations ferrugineuses parce qu'il est d'opinion que les hématies ne sont pas détruits par l'oxyde de carbone et qu'ils peuvent encore acquérir le pouvoir de fixer l'oxygène.

La médication ferrugineuse peut être combinée avec les inhalations d'oxygène, qui contribueront à reconstituer le globule sanguin, en s'adressant à l'élément plus spécialement frappé par le poison, à l'hémoglobine. Les paralysies seront soignées au moyen de l'électrisation faradique et galvanique, du massage général. Les anesthésies appelleront une médication excitante, telle que frictions, balai électrique, fumigations, etc... Les troubles trophiques de la peau guériront par les pansements antiseptiques.

Dr ELLE.

CEDEMES SANS ALBUMINURIE

Par GRAVIROSKI

L'auteur a observé un cas d'œdème localisé à la jambe gauche, accompagné d'hypertrophie bilatérale des ganglions inguinaux, des ganglions de la nuque, du cou et du coude. Malgré le repos l'œdème augmenta pendant cinq jours, tandis qu'il disparut rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium. Graviroski tend donc à admettre la nature syphilitique de certains œdèmes localisés, apparaissant en dehors de toute cause banale, telle que l'albuminurie, les cardiopathies, la phlébite et les modifications de la crase sanguine.

Une solution de 10 à 15 pour cent de menthol dans l'éther avorte les furoncles et fait disparaître tout prurit rebelle.

LES INJECTIONS PREVENTIVES DE SERUM ANTI-DIPHTÉRIQUE

Leur efficacité — Leurs diverses indications

Par M. NETTER

J'ai fait un grand nombre d'inoculations préventives dans des conditions diverses, soit aux enfants d'une salle d'hôpital où avait été introduit un diphtérique, soit aux frères et sœurs du malade, soit encore à une agglomération exposée à des contaminations répétées.

Avant d'envisager les diverses conditions dans lesquelles l'indication des injections préventives pourrait se présenter, il convient d'examiner la façon dont se fait la contagion de la diphtérie, la fréquence de cette contagion, l'efficacité des injections préventives, la durée de l'immunisation, les doses à injecter, les inconvénients que peuvent présenter les injections.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur la contagion de la diphtérie ni sur la façon dont se fait la contagion. Je n'ai pas besoin de rappeler la part des convalescents ou des sujets ayant approché les malades et qui demeurent sains. Je ne ferai que signaler les travaux les plus récents de Prip, qui a trouvé que sur 309 sujets hospitalisés, 47 conservaient des bacilles virulents plus d'un mois après la guérison, 6 plus de 2, 2 plus de 3 mois, que chez des convalescents ayant quitté l'hôpital 5 avaient encore des bacilles après 4 mois, 2 après 5 mois, 1 après 8 mois, 1 après 11 mois, 1 après 22 mois.

Max Kober a rassemblé les documents publiés au sujet de la proportion des sujets présentant des bacilles de Loeffler parmi ceux qui ont entouré des malades, et est arrivé à une moyenne de 18,8 pour 100. Ses recherches personnelles, plus rigoureuses, portant sur 128 sujets, donnent encore une proportion de 3 pour 100.

On comprend combien en conséquence la prophylaxie de la diphtérie est délicate. Il ne suffit pas d'isoler le malade, de désinfecter les objets qui l'ont approché. Il faut se garder du convalescent qui, après l'isolement, conserve des bacilles virulents, et des sujets demeurés sains qui ont approché des malades.

Sur les 80 premiers enfants admis dans mon service depuis le commencement de l'ouverture du nouveau Trousseau, 6

avaient contracté la diphtérie au retour de convalescents isolés pendant le cours de leur maladie. Trois de ces convalescents (source de contagion) avaient quitté l'hôpital depuis 8 jours, 1 depuis 15 jours, 1 depuis 4 semaines, 1 depuis 2 mois.

Il est bien difficile, on le conçoit, de fixer la proportion des cas dans lesquels la diphtérie se transmet à l'entourage. Elle dépend évidemment beaucoup des précautions prises, de l'encombrement, de la réceptivité individuelle, etc., etc., etc.

Voici quelques chiffres qui montrent cette différence. Denig a vu en 1890-91, au cours d'une épidémie à Lustnau, 12 familles sur 29, soit 41,4 pour cent, présenter des cas multiples, tandis qu'à Tubingen, en 1893-94, la proportion n'a été que de 11 pour cent. Schober et Hilbert ont trouvé que sur 237 diphtéries traitées à la polyclinique de Kiel, 48, soit 20,25 pour cent, étaient dues à la contagion dans une famille, que pour les cas déclarés à la police la proportion est de 23,8 pour cent. A Brême, Kurth a vu des cas secondaires dans 10 familles sur 22, soit 45,45 pour cent. A Berlin, Baginsky estime la proportion à 9 pour cent.

A New-York, en 1899, sur 8,240 cas déclarés il y a 682 cas secondaires dans 522 familles, soit au moins 8,83.

On peut estimer à plus de 10 pour cent la proportion des cas secondaires dans une famille.

L'analyse des observations dans lesquelles l'immunisation a été faite à doses suffisantes nous donne une proportion inférieure à un demi pour 100. L'opposition de ces deux chiffres suffit à démontrer l'utilité des injections préventives.

On a discuté la quantité de sérum qu'il convient d'injecter à titre préventif. On a cru, au début, qu'il suffisait de doses assez faibles, 60, 100 unités antitoxiques et moins. Aujourd'hui la dose employée est plus élevée. Heubner injecte 250 unités, les médecins italiens et américains 300 à 500. Demisch, en Suisse, injecte 500 unités.

Nous injectons habituellement cinq centimètres cubes de sérum de l'institut Pasteur qui, d'après MM. Roux et Martin, correspondent à 1,000 unités antitoxiques.

Le sérum injecté à titre prophylactique n'a pas une efficacité indéfinie. Comme pour les autres sérums et vaccins et pour le vaccin jennérien, il faut qu'un certain temps s'écoule avant que l'immunisation s'établisse. Ce temps est plus court que

pour le vaccin jennérien, car il ne dépasse pas 24 heures. La durée d'immunisation est assez courte: 21 à 28 jours.

Il existe encore un nouveau trait d'analogie avec le vaccin jennérien et les autres sérums et vaccins. C'est la "bénignité" de la diphtérie chez des sujets atteints en dépit de l'injection "préventive", 4 cas seulement sur 56 à New-York se sont terminés par la mort, et encore dans l'un de ces quatre cas il y avait coïncidence de diphtérie et de scarlatine. Il est du reste très probable qu'un certain nombre de cas cités comme diphtéries bénignes chez des sujets immunisés ne sont pas des diphtéries au sens clinique, mais seulement des angines banales chez des sujets dont la bouche renfermait auparavant le bacille de Loeffler. A l'appui de cette opinion, nous citerons l'observation de deux enfants appartenant à des familles de 9 à 5 sujets chez lesquels nous avons fait des injections prophylactiques. Ces enfants ont eu des angines herpétiques très nettes dans lesquelles l'examen bactériologique montrait le bacille de Loeffler. Mais chez ces deux sujets l'examen de la gorge saine pratiqué le jour de l'inoculation avait déjà établi le bacille de Loeffler. Ces cas me paraissent devoir être enregistrés sous la rubrique Angine herpétique chez des sujets dont la gorge renfermait antérieurement le bacille de Loeffler. Des faits analogues ont été relevés à l'orphelinat de Saint-Etienne par le docteur Fleury.

Les médecins qui ont employé le sérum à titre préventif ont observé naturellement chez plusieurs enfants les éruptions dues au sérum et, parfois, les poussées fébriles, les arthralgies, etc., qui peuvent survenir à la suite des injections à titre curatif. Cette possibilité devra donc toujours être présente à l'esprit dans les injections préventives comme dans les injections curatives. Mais, de même que nous ne nous laissons pas arrêter par cette éventualité quand il s'agit de traiter un malade, elle ne nous arrêtera pas quand nous croirons devoir recourir au pouvoir immunisant.

Nous avons montré d'une façon générale l'utilité des injections de sérum à titre prophylactique.

Convient-il de les employer en toutes circonstances? Nous pensons que si elles sont toujours appelées à rendre de grands services, elles s'imposent d'une façon assez différente suivant les cas, et, à ce point de vue, nous allons envisager successive-

ment les trois catégories principales auxquelles nous avons fait allusion au début :

1. Epidémie diphtérique dans une agglomération ;
2. Cas de diphtérie dans une famille ;
3. Mesures destinées à prévenir toute apparition de cas intérieurs dans une agglomération.

(A suivre)

LA TOURNIOLE DES NOUVEAU-NÉS

M. Brindeau a consacré un travail basé sur onze observations, à la description de la tourniole des nouveau-nés, affection bénigne, mais très fréquente, puisqu'on l'observerait dans 18 pour cent des cas environ.

L'affection consiste en un décollement épidermique formant phlyctène au niveau des replis unguéaux des mains. Elle débute, d'ordinaire, du sixième au dixième jour de la naissance, sous forme d'un décollement de l'épiderme accompagnée de rougeur, ne dépassant pas, d'habitude, la troisième phalange. Ultérieurement, il se forme là une petite phlyctène en croissant, qui se remplit d'une gouttelette de liquide séropurulent. En quelques jours, la phlyctène s'affaisse et se flétrit sans s'ouvrir au dehors. L'affection attaque généralement plusieurs doigts à la fois, mais surtout l'index. La marche de cette légère affection est très rapide et n'influe en rien sur l'état général de l'enfant. Très rarement on observe des complications (érysipèle).

La tourniole est due à l'infection par le staphylocoque de ces petits soulèvements épidermiques produits par la desquamation qu'on observe dans les premiers jours de la naissance. Pour prévenir la tourniole, il suffira de mettre au nouveau-né des brassières à manches longues pour éviter le grattage. Quand la tourniole est constituée, on recouvrira les doigts de vaseline phéniquée et d'ouate hydrophyle.

Dans les fièvres puerpérales, dans la pneumonie, à la dernière période, et les fièvres typhoïdes à forme adynamiques, le "Champagne Mumm", administré en potion de "todd" avec un blanc d'œuf battu, a donné d'excellents résultats.

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE INFANTILE

I. — " Période fébrile "

1. Combattre la fièvre du début en donnant à toutes les deux ou trois heures une cuillerée à dessert de :

Chlorydrosulfate de quinine.....	8 grains
Sirop de framboises.....	1 once
Eau de menthe.....	3 onces

2. Tenir les membres de l'enfant enveloppés dans des boîtes de ouate saupoudrée avec de la farine de moutarde.

II. — " Période paralytique "

1. Tous les jours faire une application de courants continus faibles (4 à 5 milliampères) le long de la colonne vertébrale ; placer le pôle positif en haut ; bien mouiller les rhéophores ; laisser passer le courant pendant une durée de 10 à 20 minutes.

Faire chaque jour, le long de la colonne vertébrale, de chaque côté, un badigeonnage léger de la mixture suivante, sur une étendue d'une pièce d'un franc :

Teinture d'iode.....	7 drachmes
Iode métallique.....	70 grains
Iodure de potassium.....	35 "

2. Frictionner matin et soir les muscles paralysés avec du " Baume de Fioraventi " et alternativement avec de l'eau fortement salée et chaude.

Pratiquer la gymnastique passive, de façon à mettre en jeu et en mouvement le groupe musculaire inactif.

Il importe surtout, et dès le début, de lutter contre la déviation et les difformités résultant de la prédominance des muscles antagonistes, à l'aide d'appareils orthopédiques spéciaux et appropriés qui ne devront pas cependant gêner le développement.

3. Chaque jour, faire prendre à l'enfant une cuillerée de :

Sirop de lactophosphate de chaux.

4. Chaque année conduire l'enfant aux bains de mer.

Date à laquelle apparaît la démangeaison dans différentes maladies :

Dans la fièvre typhoïde,	le prurit survient le	9 ^e jour.
Dans la variole,	" " "	le 4 ^e jour.
Dans la rougeole,	" " "	le 3 ^e jour.
Dans la scarlatine,	" " "	le 2 ^e jour.
Dans le typhus,	" " "	le 5 ^e jour.

QU'EST-CE QU'UNE INFECTION, UNE TOXINE ET UN ÉTAT BACTERICIDE ?

PAR EDMOND VIDAL

Membre de la Société de Médecine de Paris

L'infection peut être définie "l'envahissement de l'organisme par un microbe plus ou moins caractérisé dont les sécrétions ou toxines vont intoxiquer les éléments nobles". Ces toxines, ainsi que l'a établi Armand Gautier, sont « généralement complexes ; elles se composent d'une faible proportion de matières alcaloïdiques accompagnées de produits azotés très actifs, intermédiaires entre les alcaloïdiques véritables et les matières albuminoïdes, et jouissant souvent du pouvoir diastasique ».

TOXINES. — On peut diviser les "toxines" en deux grandes classes, les unes se retrouvent dans les cultures filtrées à la bougie d'alumine sous pression, les autres faisant partie intégrante de la cellule microbienne et ne passant pas à la ultrafiltration. D'où deux modes d'action de cette même toxine, l'un "local", ne se produisant que dans la région en contact avec le microbe, l'autre "général" et agissant sur tout l'organisme. Le chauffage entre 60 et 100 degrés détruit cette toxine générale, fonction du microbe, alors qu'une ébullition même prolongée n'altère pas la toxine locale, inhérente au microbe lui-même. De cette division, l'on peut tirer de suite une conséquence pratique : si un microbe donné sécrète une toxine soluble, son action même va se faire sentir loin du point d'entrée, et l'infection sera soumise à la "virulence" du microbe. Au contraire, si la toxine est insoluble, de la pullulation plus ou moins rapide du microbe inoculé dépend la maladie infectieuse, dont la gravité sera en raison directe du "nombre" de microbes produits au lieu d'inoculation.

L'ATTAQUE. — Etant donné un microbe pathogène pénétrant dans l'organisme, que va-t-il devenir ? S'il rencontre un "terrain propice", si les conditions requises pour son développement sont favorables, il va se multiplier rapidement et, par la voie sanguine et lymphatique, envahir l'organisme. Le sang étant un mauvais milieu pour lui, il ne fait qu'y passer et va se localiser dans des tissus plus aptes à son développement, dans le cœur, le rein, la paroi des vaisseaux, etc. . .

S'il a pris la voie des lymphatiques, il parvient aussi, malgré

l'action vigilante des ganglions qui cherchent à lui opposer une barrière, aux organes qui lui conviennent et y prolifère, traduisant bientôt sa présence par des troubles fonctionnels de diverse nature causés par les toxines, et dont le plus constant est la "fièvre".

LA DEFENSE. — Mais tout ne se passe pas toujours ainsi, car si le microbe cherche à envahir l'organisme, l'organisme, lui, se défend brillamment, et la victoire lui reste souvent. Dès la pénétration du microbe, dès la sécrétion des premières traces de toxines, en vertu d'un pouvoir biologique encore discuté, mais logiquement admissible, et que l'on pourrait désigner sous le nom "d'instinct cellulaire" au lieu de l'appeler "pouvoir chimicotoxique", les leucocytes, nageant librement dans le sang, se précipitent à la rencontre de l'envahisseur, traversent par diapédèse les parois des vaisseaux, et, arrivant sur le microbe, cherchent à l'englober dans leurs multiples pseudopodes. S'ils sont en nombre suffisant, si leur vitalité est normale, ils restent maîtres du terrain, et, grâce à cette "phagocytose" qui l'a sauvé de l'envahisseur, l'organisme reprend sa vie normale qu'à troublée un instant cette tentative d'effraction.

ETAT BACTERICIDE. — Pour certains biologistes, le phagocyte ne serait pas seul à défendre l'organisme; il serait aidé par "l'état bactéricide des humeurs", qui, dans certaines conditions, arrêteraient et tueraient même les microbes. Metchnikoff, le promoteur de la théorie phagocytaire, nie cet état bactéricide des humeurs et fait du phagocyte le seul agent destructeur des microbes dans nos tissus. Cet absolutisme nous paraît exagéré; il est difficilement admissible qu'en une seule classe de cellules soit monopolisée la défense de l'organisme et nous pensons que si les phagocytes jouent le principal rôle de défense contre les microbes, l'état non pas "bactéricide", mais "antitoxique" des humeurs tend à neutraliser les toxines élaborées, neutralisation que continue le foie, en attendant que le rein les élimine.

Si nous posons en principe que la destruction microbienne et l'arrêt de l'infection sont dus à la phagocytose, le but que devra poursuivre notre thérapeutique sera « d'exalter, dans les maladies infectieuses, l'activité des phagocytes » pour leur

permettre d'englober aisément les microbes. Or, nulle substance chimique n'étant capable d'augmenter la vitalité des phagocytes, il fallait se tourner vers les substances organiques. On objecta dans ce but du "sérum sanguin physiologique"; puis on étudia l'action sur l'organisme du "sérum d'animaux vaccinés" contre une maladie infectieuse. L'obtention "in vitro" des produits de sécrétion microbienne, des toxines, permit à Pasteur de découvrir qu'en laissant vieillir certaines toxines et en les inoculant aux animaux, on provoquait seulement une forme atténuée de la maladie à laquelle ces animaux résistaient et qui leur permettait de subir désormais l'inoculation d'une dose plusieurs fois mortelle de culture virulente. C'était le premier pas vers "l'atténuation des virus", vers "l'immunisation". La voie était ouverte à la "sérothérapie".

ANESTHESIE OBSTETRICALE

Le docteur Amann propose de substituer l'éther au chloroforme chez les femmes en travail. A l'exception des cas où il existe une contre-indication générale (bronchite, infiltration des poumons, exsudats pleuraux), la narcose par l'éther présente en gynécologie des avantages sur la narcose chloroformique. Moins dangereuse, elle peut être prolongée, même dans les cas où il existe des maladies de cœur avancées. Le sommeil est plus rapide, il est plus facile à prolonger et demande moins de contrôle; on peut même la confier à une personne peu expérimentée; on obtient vite par ce moyen le relâchement recherché des muscles. La position même de la parturiente est utile dans cette narcose, car elle facilite l'évacuation des mucosités bronchiques. Le stade d'excitation et les vomissements sont moindres dans ce procédé qu'avec l'emploi du chloroforme.

En lavant les taches de rousseur matin et soir avec une solution de nitrate de potassium elles disparaîtront bientôt.

Dans la chlorose idiopathique, lorsque la médication ferrugineuse ne donne aucun bon résultat, employez d'abord les préparations sulfureuses, puis vous reviendrez au cellulogène ensuite et vous obtiendrez les plus heureux effets.

LES CHATS ET LA DIPHTÉRIE

Les chats contractent très aisément la diphtérie et par conséquent doivent être regardés comme pouvant disséminer cette maladie. Voici quelques exemples que l'Office d'hygiène de Londres a fait connaître.

Un chat, qui avait été en contact avec un petit garçon mort de la diphtérie, tomba malade à son tour. Il fut soigné par quatre petites filles; l'une d'elles contracta la diphtérie, et une sérieuse enquête démontra qu'on ne pouvait incriminer aucune source d'infection autre que ce chat.

Dans un autre cas, cinq enfants étaient atteints de diphtérie. Ils jouaient avec trois petits chats qui périrent l'un après l'autre, et l'autopsie montra que les trois animaux avaient succombé à la diphtérie.

Un petit garçon et une fillette de 5 et de 8 ans, qui habitaient à la campagne dans une propriété isolée, furent atteints tous deux de diphtérie. Aucun cas analogue ne s'était montré dans les environs. La mère se souvint que peu de temps avant le début de la maladie, leur chat favori avait perdu la voix et avait été pris d'une toux rauque accompagnée de suffocations; de plus l'animal ne cessait de porter les pattes à son cou, comme pour se débarrasser d'une gêne. L'animal mourut et son autopsie fit constater la diphtérie.

Douze cas semblables ont encore été observés.

TUMEUR HYSTÉRIQUE DU SEIN

Femme atteinte de sein hystérique. Tandis que le sein gauche est petit et flasque, en rapport avec l'âge et l'habitus extérieur de la malade, le droit est volumineux, piriforme, tendu, avec aréole très développée. La pression en masse et le pincement de l'aréole sont hystérogènes. La malade éprouva dans l'organe des sensations de pesanteur, des élancements parfois si violents qu'elle entra dans un service de chirurgie où la question de l'intervention pour tumeur fut discutée et d'ailleurs résolue par la négative.

Une zone hystérogène banale avait donc pris ici une importance capitale et constitué une hystérie presque mono-symptomatique. Les faits de ce genre sont connus, mais, portés à un degré aussi marqué, ils sont fort rares et méritent de retenir l'attention des neurologistes et des chirurgiens.

CAS DE MORT DUE A LA PRESENCE DE NOMBREUX LOMBRICS DANS LE TUBE DIGESTIF

On rapporte un cas de mort très rare. Il s'agit d'une femme de 36 ans, très amaigrie et dans un état de malpropreté que l'on rencontre peu souvent. Le facies était grippé, les conjonctives étaient injectées, les sclérotiques avaient une teinte subictérique. La peau dans toute son étendue présentait une coloration jaune rougeâtre. Le ventre était sensible à la palpation, sans résistance, la malade avait des vomissements continus, poracés; les urines épaisses, peu abondantes (8 onces), étaient nettement icteriques. Température: le matin, 99; le soir, 96. La malade prit 8 grains de calomel, du lait et du vin mousseux glacé.

Le lendemain, vomissements de même nature mais moins fréquents, pas de garde-robes. Les extrémités sont froides, la malade est agitée, très indocile, et dès ce moment il est impossible de prendre la température. Le ventre n'est pas tympanisé, il est sensible surtout dans la région supérieure.

Le surlendemain la malade vomit un ascaride; elle a eu plusieurs garde-robes diarrhéiques qui ne contenaient pas de vers. Elle prend dans la journée 4 grains de santonine et 8 grains de calomel sans aucun résultat. L'affaiblissement et le refroidissement augmentent. Le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie l'intestin grêle, ouvert dans toute sa longueur, présente une notable hypertrophie de ses valvules conniventes, la muqueuse est rouge. Des ascarides isolés ou en paquet s'y échelonnent de la façon suivante :

1	ascaride	à	8	pouces	au-dessus	de	la	valvule	iléo-cæcale.
2	"	à	16	pouces	"	"	"	"	"
2	"	à	3	pieds	"	"	"	"	"
4	"	à	9	pieds	"	"	"	"	"
4	"	à	12	pieds	"	"	"	"	"

A 12 pieds au-dessus de la valvule iléo-cæcale se trouve un amas de 50 ascarides distendant modérément les parois intestinales. Le canal pancréatique est obstrué par un ascaride, le canal cholédoque renferme également un ascaride qui bouche la partie inférieure des voies biliaires. Au-dessus de cet obstacle, le canal cholédoque est très dilaté, ainsi que le canal cystique et la vésicule biliaire qui atteint le volume du poing et

renferme 10 onces d'un liquide séro-purulent. La face interne de la vésicule est criblée de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle; sur sa face externe se trouvent deux ulcérations d'un centimètre de diamètre. Le péritoine contient un peu de liquide.

INTERETS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

L'objet fondamental de cette association internationale est de réunir dans une confraternité plus intime et comme dans un centre d'action plus favorable aux études et à l'avancement professionnel tous les médecins de même origine et de langue française, sur ce continent.

Pour arriver à la réalisation de ce but, qui intéresse notre avenir à plus d'un point de vue, cette association aura pour mission :

1. D'organiser des congrès périodiques de médecine, dans les différentes villes de notre province et dans les principaux centres de l'émigration française aux Etats-Unis.

2. D'encourager et de promouvoir la fondation de sociétés médicales dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes assez nombreux de médecins zélés pour les études et ayant à cœur leur avancement et le prestige de notre profession.

Il n'est pas besoin d'appuyer pour démontrer l'utilité de ces congrès pour la masse des médecins, et les avantages que tous peuvent retirer de l'existence des sociétés médicales: il est bien reconnu, en effet, que ce sont là les deux plus puissants leviers pour favoriser l'émulation et l'essor dans les études et maintenir le niveau de l'éducation à la hauteur de tous les progrès.

L'association générale sera comme un centre de fédération pour toutes les sociétés médicales de district auxquelles elle donnera une vive impulsion et d'où elle tirera en retour une partie de sa force et de sa vitalité.

Le médecin canadien-français, conscient de la force que donne l'union dans le travail, et profitant de ce champ nouveau ouvert à ses ambitions, ne sera plus destiné, désormais, à vivre

dans cet isolement dont il a longtemps souffert et qui lui était si nuisible, tant au point de vue de l'avancement scientifique que de l'influence sociale et du prestige professionnel.

Par cette nouvelle organisation, qui condensera nos forces vives, nous imposerons le respect à ceux-là même qui nous accusaient de rester inertes ou de ne les suivre que de loin dans la voie du progrès ; et nous prendrons notre rang à l'égal des autres nationalités, bien que, dans ce pays, nous n'ayons ni le nombre ni les avantages matériels en notre faveur. Nous aurons la conscience, également, que, tout en acquérant la compétence pour travailler plus efficacement au bien de l'humanité souffrante et à l'honneur de notre profession, nous apporterons notre part d'influence pour consolider l'unité de la race canadienne-française en Amérique: et cela sans qu'on ait besoin de mettre en doute notre loyauté envers les institutions britanniques, ni l'esprit de bonne confraternité que nous aimerons toujours à conserver envers nos confrères de langue anglaise.

Le comité, qui a accepté la tâche délicate de mûrir ce projet et de le mener à bonne fin, a la confiance qu'il recevra les plus ferventes adhésions de tous les médecins de langue française auxquels il fait le plus chaleureux appel. Il ne se borne pas, cependant, à solliciter leur appui moral, mais un concours encore plus efficace, en invitant chacun à s'enrôler d'avance comme membre de la nouvelle association et à fournir sa part de travaux scientifiques pour le premier congrès de cette association, qui sera tenu à Québec, en 1902, à la date des fêtes des noces d'or de l'Université Laval.

En unissant, ainsi, nos efforts pour travailler de concert à notre avancement scientifique et au succès d'une œuvre qui intéresse, en même temps, l'avenir de la nationalité, nous aurons bien mérité de notre "profession," de la science et de la patrie.

(Extrait d'une lettre du comité d'organisation).

Dans les cas de fièvre scarlatine, de rougeole et de variole, lorsque l'éruption est tardive, les sécrétions diminuées, la température très élevée accompagnée de délire, la "Serpentaire" en infusion chaude administrée toutes les heures produit une amélioration rapide, en déterminant l'éruption et activant les sécrétions.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR HERVIEUX

(Séance du 19 octobre)

A cette première réunion, depuis la vacance, on procéda à l'élection des officiers. Les membres suivants furent élus par acclamation :

- M. le docteur L. A. Demers, Président.
- M. le docteur J.-A. Leblanc, Vice-Président.
- M. le docteur F. Jeannotte, Trésorier.
- M. le docteur J. P. Décarie, Secrétaire.

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR DEMERS

(Séance du 29 octobre)

M. ALPHONSE MERCIER présente deux poumons et une rate affectés de tuberculose miliaire, deux reins polykystiques, un cœur hypertrophié, enveloppé d'une péricardite tuberculeuse. Ces organes malades furent trouvés sur un sujet qui mourut subitement quelques jours après son entrée à l'hôpital. M. A. Mercier attribue à l'urémie la mort subite. Il montre le cœur d'un rhumatisant chronique, et établit la différence qui existe entre les deux affections cardiaques, l'une rhumatismale, l'autre rénale, produisant des altérations pathologiques distinctes. M. DEMERS rapporte quelques symptômes observés chez ce malade et croit que la néphrite polykystique a eu pour cause la variole, dont le sujet a été atteint dans le bas âge.

M. DUBÉ fait remarquer que l'examen microscopique est seul capable de nous renseigner sur la cause de la péricardite, à savoir: si elle est d'origine tuberculeuse ou Brightique, car il a souvent vu des péricardites chez des vieux Brightiques.

M. NORMANDIN présente un vibrome utérin enlevé avec succès chez une femme âgée de 46 ans; cette malade offre une histoire particulièrement intéressante. Mariée depuis 17 mois, cette femme se présente à l'hôpital avec 9 diagnostics différents. Après une laparotomie exploratrice, suivie de ponction utérine, on retire un liquide ressemblant au liquide amniotique. on croit alors à une grossesse et l'on renvoi la malade qui revient deux mois après se faire enlever ce gros fibrome.

M. LABERGE fait une étude très intéressante sur le bureau

de santé de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses. Il demande aux médecins de seconder les efforts des officiers de santé. Si un malade affecté de maladie contagieuse ne peut être "parfaitement" isolé, il est préférable, dit-il, de l'envoyer à l'hôpital civique; la quarantaine peut être évitée si l'isolement est parfait; la scarlatine, la variole, la diphtérie, sont les seules maladies que peut recevoir l'hôpital civique, les autres doivent être traitées à domicile. M. Laberge insiste sur la nécessité de déclarer au bureau de santé toute maladie contagieuse; il développe les différentes méthodes de désinfection, tant des objets de literie, que du local occupé par le malade. La désinfection à demi, dit-il, est plus dangereuse qu'utile, car on se repose sur une fausse sécurité. Il est en faveur de la distribution gratuite aux pauvres du sérum anti-diphtérique; il termine en disant qu'il se ferait toujours un devoir de répondre le plus tôt possible à toute demande de séro-diagnostic ou d'examen microscopique.

M. HERVIEUX fait quelques remarques sur la fièvre typhoïde qui règne à l'état endémique dans notre ville, et dit que la plus sage mesure que pourrait prendre le bureau de santé, pour enrayer la marche de cette maladie, ce serait de donner de l'eau pure.

M. FOUCHER propose d'ajouter sur la liste des maladies à déclaration obligatoire: l'ophtalmie purulente et le glaucôme.

M. DUBÉ suggère la formation d'un comité pour étudier quel-ic serait la meilleure méthode pour lutter efficacement contre les maladies contagieuses.

M. LESAGE seconde cette proposition et proteste contre la suppression de la distribution gratuite du vaccin.

M. DAIGLE parle des logements insalubres comme étant une des causes de la propagation des maladies infectieuses et de la longueur de la convalescence des malades.

M. DEMERS résume le débat puis le comité suivant est formé: MM. Demers, Foucher, Hervieux, Marien, Jeannotte, Daigle, LeSage, Décarie.

M. MARIEN présente un mémoire très élaboré sur les tumeurs du sein qu'il divise en tumeurs "bénignes" ou "inflammatoires" et en tumeurs "malignes" ou "cancéreuses".

La congestion de la glande, puis l'infection, tels sont les deux éléments fondamentaux de la pathogénie des mammites.

Sous le titre d' "inflammations chroniques", nous comprenons la tuberculose et la syphilis, car ces deux affections représentent le type de l'inflammation chronique, au point de vue anatomo-pathologique.

La mammité chronique est partielle ou totale.

Pour toutes ces infections, si l'agent pathogène est peu virulent, le processus inflammatoire édifiera une tumeur scléro-kystique ou scléro-actinomateuse, tandis que si l'infection est très virulente elle se terminera par une dégénérescence caséuse avec ulcérations ou par une fonte purulente avec abcès.

Le traitement prophylactique, c'est la propreté. Le traitement abortif c'est le repos absolu du sein et une douce compression. Le traitement curatif c'est l'ouverture et le drainage du foyer purulent.

M. Marien préconise l'extirpation large de toutes petites nodosités mammaires soit fibreuses ou tuberculeuses.

Quant aux traitements des tumeurs malignes: Epithéliômes ou sarcômes, toute application locale ou traitement médical est inutile; il faut opérer largement, sans oublier de faire dans tous les cas un nettoyage soigné de l'aisselle. Depuis que l'on fait des interventions radicales, dit le conférencier, les récidives locales ont diminué dans la proportion de 26 pour 100.

NOUVELLES

Lord Strathcona et Mount Royal a accepté d'être patron de la Société des Sanatoriums Populaires, pour les tuberculeux, et seconderait avec plaisir tous les efforts de ses membres pour ériger un sanatorium près de Montréal.

Encore une institution qui vient de fermer ses portes au moment où elle venait de les ouvrir. On compte 16 cas de variole au collège Sainte-Thérèse; la maladie a été transportée par un élève qui a quitté le collège Bourget avant la fin de la quarantaine, pour aller porter ce cadeau au collège Sainte-Thérèse.

Mercredi, le 6 novembre, la Société Médicale de Montréal réunissait une cinquantaine de ses membres à l'hôtel Stanley pour faire oublier, par un joli banquet et une charmante soirée, les fichus quarts d'heure des soucis professionnels.