

MONTRÉAL-MÉDICAL

REVUE MENSUELLE D'HYGIÈNE, DE
THÉRAPEUTIQUE, DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE PRATIQUE

TOME CINQUIÈME



MONTRÉAL :
M. LE DOCTEUR D. E. LECAVELIER;
RÉDACTEUR ET DIRECTEUR

1905

L'ÂGE DE LA CELLULE ET L'ÂGE DE LA PENSÉE (1)

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

Professeur de clinique chirurgicale.

L'attention répétée que la presse politique a donnée aux paroles de M. le docteur Osler, ancien professeur de l'Université McGill, touchant l'impuissance cérébrale des *jeunes vieillards de quarante ans*, remet à l'ordre du jour l'étude sur l'âge de la cellule et la vitalité de la pensée.

Mon ami, le distingué professeur d'Oxford, (Angleterre), partageait l'opinion de l'auteur dont il parlait et convenait qu'une personne âgée de soixante ans avait suffisamment vécu, et que le chloroforme devait lui enlever la peine de vivre plus longtemps. Quelques sexagénaires ont déjà suivi ce conseil. Autant il est bon de donner libre essor aux vérités absolues, autant il est dangereux et immoral de publier des faussetés ou des erreurs relatives.

Il existe assurément une différence entre la cellule et la vie, comme il existe une différence entre un pouvoir moteur et l'électricité qu'il produit.

La cellule, soumise aux lois physico-chimiques, ne possède pas par elle-même le principe de vie. La théorie chimique vitale ne peut satisfaire la raison. La solidarité est très étroite entre la *vie* et les actes psycho-chimiques multiples, dont l'organisme est le théâtre; mais il n'en résulte pas que ces phénomènes sont les causes premières, ils en sont plutôt les effets. Ainsi, on est rationnellement amené à penser que la *vie cellulaire* dans ce qu'elle a d'intime et de fondamental est une *force* spéciale, indépendante, en quelque sorte, de la matière pondérable qui lui sert de substratum. Comme la chaleur, comme la lumière, comme l'électricité, la vie est une force à part, un mode particulier de mouvement de la matière impondérable, de l'éther des physiciens.

Puisque l'essence de l'une et de l'autre est d'identité différente, l'on ne peut établir que l'âge de la cellule sera aussi celui de la vie intellectuelle.

(1) Résumé d'une interview avec Sir William Hingston concernant les théories de M. le professeur Osler.

L'on a dit, avec raison, qu'on a l'âge de son cœur, de ses artères, de sa cellule nerveuse; c'est pourquoi l'on rencontre souvent à la clinique des personnes que les travaux, les préoccupations, la misère physiologique ou la maladie ont vieillis prématurément.

Si l'on rencontre des jeunes vieillards, il existe aussi des vieillards qui se conservent jeunes longtemps.

La science médicale ne saurait élever des limites d'âge, au-delà desquelles toute production est impossible. Dans une tête blanche de quatre vingts ans se trouve parfois un cerveau de quarante printemps. Dans une seule hémisphère cérébrale, comme chez l'illustre professeur Bichat, il y avait bien le contenu de plusieurs têtes. Supposons que nous sommes en présence d'un cerveau marquant l'âge apparent et réel de 60 ans, est-ce à dire qu'il doit nécessairement être ramolli, inutile, impuissant ou mûr pour le chloroforme; l'âge de la pensée bien organisée ne suit pas l'âge de la cellule, et l'intelligence, aidée de la raison, de la mémoire, de l'expérience et du jugement peut très bien donner naissance à des chefs-d'œuvre de l'esprit humain que des jeunes têtes de 40 ans ne produiront jamais.

Si l'on avait chloroformé Archimède à 60 ans, l'on aurait perdu les plus belles découvertes en physique, qu'il fit à 91 ans.

Le philosophe Théophraste, que La Bruyère a traduit, enseigna la morale et composa des maximes jusqu'à 90 ans; Démocrite raillait ses contemporains à 95 ans; Pythagore, Diogène, Solon jouèrent leur rôle d'éducateurs publics en Grèce et même après avoir atteint 90 ans. Caton apprit le grec à 80 ans.

En France, Crébillon composa sa dernière tragédie à 84 ans. Voltaire, quoique octogénaire, avait conservé toute sa lucidité, toute son activité intellectuelle. Victor Hugo étonna ses amis non seulement par le nombre de ses années, mais par la puissance de son génie sans cesse productif.

En Italie, Michel-Ange, à 88 ans, travaillait encore; le Titien, à 90 ans, peignit un tableau pour les Franciscains; le doge de Venise, Dandolo, prit Constantinople à 83 ans; Verdi, le grand compositeur de musique, dirigeait des opéras à 85 ans.

En Angleterre, Newton étudiait des planètes à 85 ans comme dans sa maturité; lord Brougham et lord Palmerston, tous

deux octogénaires, prirent part aux débats parlementaires. Enfin, en Amérique, Franklin étonnait ses contemporains par la résistance qu'il montrait au travail.

Il importe de respecter les vieillards, car la vieillesse a droit à tous nos égards; mais il faut aussi se défier du travers que peuvent avoir certains d'entre eux à se targuer d'être centenaires. Il y en a qui mettent autant de coquetterie à se vieillir, que les dames d'un certain âge en mettent à déguiser leur âge.

L'histoire abonde en preuves, établissant que l'activité cérébrale se conserve beaucoup plus longtemps que l'activité musculaire.

La science médicale n'a aucun point d'appui pour calculer le nombre d'années que doit vivre et produire un cerveau bien équilibré.

INHALATIONS DANS LA COQUELUCHE

(TOURNIER, de Blida).

L'auteur se sert d'un masque analogue à ceux employés pour la chloroformisation, formé d'une carcasse en fil de fer, recouverte de flanelles légères et englobant le nez et la bouche, susceptible d'être fixé derrière la tête par un caoutchouc ou un cordon.

On verse au centre du masque quelques gouttes (une dizaine) du mélange suivant:

Glycérine	10 grammes
Créosote	5 —
Essence de térébenthine	4 —
Essence d'eucalyptus	3 —
Essence de girofle	1 —

On approche avec précaution le masque près du visage du petit malade; le premier résultat est une violente quinte de toux qui fait retirer l'appareil; quand elle est terminée, on le rapproche à nouveau, quitte à provoquer une nouvelle quinte de moins en moins forte, et on finit par maintenir et fixer le masque, en faisant plusieurs séances.

On constate que les quintes s'espacent rapidement: il semble que la sensibilité à la toux se trouve tout à coup épuisée par ces inhalations.

MALADIES DE LA PEAU PAR TROUBLES DE LA NUTRI-
TION

PAR M. LE PROFESSEUR CROCKER.

Le métabolisme physiologique est mal connu; le métabolisme anormal est ignoré. Les glandes à sécrétion interne nous montrent l'aspect le plus simple du problème. L'absence de sécrétion thyroïdienne entraîne les modifications cutanées qui caractérisent le myxœdème. La glande thyroïde enlève-t-elle au sang des produits toxiques ou sécrète-t-elle une substance dont l'action s'exerce sur la peau par l'intermédiaire du système nerveux, c'est un point encore discuté; la seconde théorie paraît plus plausible, car l'administration de substance thyroïdienne a une action évidente sur la peau quand il n'y a aucune insuffisance thyroïdienne apparente, comme dans la pityriasis rubra, l'ichtyose, et même certaines maladies où le derme est intéressé, comme le lypus.

Des troubles pigmentaires sont aussi associés aux altérations de la glande thyroïde; la leucodermie, la mélanodermie, des troubles pigmentaires variés existent dans la maladie de Basedow, où l'on remarque d'autres troubles, fréquents mais non constants, tels que coloration grise de la peau, sueurs froides des paumes et des plantes, etc.

On ne peut pas expliquer dans l'état actuel de nos connaissances la coloration bronzée de la peau et des muqueuses qui survient dans la maladie d'Addison, où la partie médullaire des glandes surrénales est détruite.

Parmi les troubles que l'on peut sûrement attribuer à des maladies ou à des troubles hépatiques, ceux qui accompagnent ou suivent l'ictère viennent au premier plan. Le prurit général est un des plus fréquents, mais on ne peut le rapporter constamment à la circulation de la bile dans le sang, puisque la jaunisse peut exister sans prurit; l'on ne sait s'il faut le rapporter à la bile ou à quelque toxine produite ou non détruite par le foie malade. On peut en dire autant du xanthélasma généralisé, qui est souvent associé à la jaunisse, mais peut aussi exister sans elle, ainsi que du xanthélasma des paupières et du xanthome des diabétiques.

La glycosurie, le plus souvent, doit être considérée comme

un métabolisme hépatique pervers; de nombreuses maladies sont favorisées par le diabète sucré. Celles dues aux cocci pyogènes ou autres microorganismes, comme le furoncle et la gangrène, sont favorisées, dans le diabète, par une modification du terrain vulnérable aux microbes.

Dans le diabète bronzi, où une pigmentation générale est associée à une cirrhose pigmentaire hypertrophique, la glycosurie est un épiphénomène tardif et dû à des lésions pancréatiques.

Le prurit anal est très intimement associé à des lésions du foie. C'est aussi au métabolisme défectueux qu'il faut attribuer l'acanthosis nigricans, que j'ai vue dans deux cas associés à une obstruction pylorique et à une cirrhose biliaire hypertrophique; le sympathique semble jouer un rôle dans ce processus.

Bien qu'il ne s'agisse pas de métabolisme, nous ne pouvons passer sous silence les lésions cutanées qui résultent des troubles gastro-intestinaux. On ne peut, le plus souvent, préciser le rôle de l'estomac et celui de l'intestin.

L'acné rosacée paraît liée à des troubles de ces deux organes.

La chromhydrose, surtout dans sa forme sébacée, est fréquemment associée à la constipation; celle-ci guérissant, la peau perd sa coloration morbide.

J'ai depuis longtemps cru que la forme aiguë du lupus érythémateux était une toxémie; l'association du lupus érythémateux généralisé à l'albuminurie est si fréquente, qu'il y a bien là plus qu'une coïncidence.

Une éruption faciale, due à la salicine chez une femme de trente ans, a rapidement disparu par l'administration d'eau d'Apenta et de benzo-naphтол.

Les relations de l'urticaire et des troubles digestifs sont bien connues. La forme d'urticaire pigmentée est, dans bien des cas, justiciable de la diète et des désinfectants intestinaux, tels que le salol.

On ne peut faire la part ici des troubles du métabolisme et des troubles digestifs.

Notre journaliste routinier, ayant des clichés pour tout, prend une pensée nerve, originale et vivante, et la jette morte dans un tombeau de formules vieillies, banales et sèches.

CHLOROSE ET PHLEGMATIA

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Je dis souvent à mes élèves: Ne remettez jamais au lendemain ce que vous pouvez faire le jour même; mais, comme beaucoup de moralistes, j'enseigne une morale que je ne pratique pas. Il est une malade au lit de laquelle je me suis arrêté, me promettant de l'étudier plus à fond pour vous en entretenir, or elle est morte subitement avant que j'aie personnellement recueilli son observation. Toutefois, grâce aux notes très complètes qui m'ont été remises par M. A. Jousset, mon chef de laboratoire, je puis vous donner un tableau de sa maladie qui vous intéressera. Vous savez qu'il s'agit d'un fait exceptionnel, d'une chlorose compliquée de phlébite d'abord, puis d'embolie pulmonaire mortelle.

Il s'agit d'une jeune fille malade D..., couchée au lit No 34 de la salle Béhier, entrée le 6 février. Elle est âgée de dix-neuf ans.

Il n'y a rien de particulier à relever dans ses antécédents de famille. Etant enfant elle a eu la coqueluche et la rougeole. Ses accidents chlorotiques ont débuté avec la puberté, vers l'âge de quatorze ans. Ses époques se sont établies irrégulièrement et sont restées irrégulières, elle a pâli, a eu de l'essoufflement, et malgré sa pâleur elle a conservé son embonpoint.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de discuter quelques points concernant l'histoire de la chlorose.

Et d'abord, y a-t-il une chlorose? ou bien ce que nous décrivons comme chlorose n'est-il qu'une anémie? C'est, si vous le voulez, une anémie, mais particulière aux jeunes filles, débutant avec la menstruation et bien nommée *morbus virginicus*. Vous n'observez point cet état chez le jeune garçon, il est spécial à la femme, ne s'établit qu'au moment de la puberté et disparaît habituellement après les premiers rapports sexuels, si bien que l'expression *morbus virginicus* me paraît exacte et que la thérapeutique depuis longtemps conseillée, *subat illa et morbus effugiet*, me paraît une thérapeutique suivie habituellement de succès.

Je voyais dernièrement une exception apparente à la règle, qui me confirmerait dans cette opinion. Il s'agissait d'un des

plus beaux cas de chlorose que j'aie jamais observés, et cependant la malade était mariée depuis un an, mais des confidences faites ultérieurement m'apprirent que, si les formalités légales et religieuses avaient été accomplies, le mari se trouvait hors d'état d'accomplir les formalités physiologiques.

Je crois que le mariage agit en pareille circonstance comme une médication opothérapique, et notre jeune malade continue cette règle, car elle était vierge, comme nous pouvons l'affirmer, non par ses paroles qui dans le cas particulier n'auraient aucune valeur, mais par la constatation faite lors de l'autopsie de l'intégrité de sa membrane hymen.

Mais, me direz-vous, les vieilles filles restent-elles chlorotiques? Non, car il s'établit une accoutumance qui fait que peu à peu les choses rentrent dans l'ordre. Mais puisque je viens de parler de l'influence des rapprochements sexuels sur l'état de santé de la femme, remarquez en passant combien la conformation physique et morale des vieilles filles est particulière! On trouve souvent dans leur physionomie, dans leurs gestes, quelque chose d'anguleux qui reparait dans leur caractère. Ce n'est point parce qu'elles n'ont été soumises aux joies et aux peines du mariage, c'est parce qu'elles n'ont pas subi l'imprégnation spermatique. Je reconnais, si vous le voulez, que je suis en pleine théorie, mais elle se trouve d'accord, je ne dirai pas avec tous les faits, mais avec la majorité d'entre eux. Il ne me convient pas pour le moment de m'étendre davantage sur ce sujet, je me bornerai à résumer mon opinion sur la chlorose avec les deux phrases latines que j'ai citées plus haut: *morbus virgineus...nubat illa et morbus effugiet.*

Mais si notre malade est venue nous consulter, ce n'est point à cause de sa chlorose, c'est à cause d'accidents phlébitiques. Quinze jours avant son entrée, elle constatait un œdème malléolaire du côté droit, puis une douleur au mollet. La tuméfaction augmentant, D... entra à l'hôpital le 6 février.

Nous constatons alors tous les signes de l'anémie chlorotique. Le tégument est blanc cireux. L'aspect n'est nullement infantile, il s'agit d'une forte fille. Les seins sont volumineux, le système pileux des régions axillaires et pubienne est bien développé.

Avec cela il y a au complet la formule hématologique caractéristique de l'anémie chlorotique de moyenne intensité comme en témoigne l'examen pratiqué par M. Jousset avec sa compétence reconnue. Signalons en outre un souffle systolique de la base et là se bornera notre analyse, car les autres appareils ne présentent rien de particulier. J'aurai d'ailleurs assez souvent l'occasion de revenir sur la chlorose, car cette affection n'est point rare, mais il me paraît préférable, aujourd'hui d'insister sur les accidents observés au membre inférieur.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la malade présentait, au membre inférieur droit, un œdème très marqué comprenant le pied, les malléoles et le mollet. La pression déterminait un godet profond. Le tégument était blanc, souple et l'exploration en était à peine douloureuse. Les jours suivants, l'œdème envahit la cuisse droite, dont le périmètre à la partie moyenne devient de 6 centimètres supérieur à celui de sa congénère. Le réseau veineux superficiel se développe, traduisant par une circulation supplémentaire la gêne de la circulation profonde. La douleur s'accroît et suit un trajet correspondant à celui des gros vaisseaux. En même temps l'état général s'altère, il survient de la fièvre, 38° 5 le soir.

Le 20 février la situation était encore aggravée.

La palpation pratiquée sur le trajet des vaisseaux iliaques externes droits est douloureuse, la malade s'énervé, s'agite beaucoup et retire à tout propos sa jambe de la gouttière où nous avions cru devoir la placer.

Le 23 au matin, la malade se plaignant d'un point de côté on l'ausculte et on trouve à la base du thorax, en arrière, à droite, de la submatité et de la diminution des bruits respiratoires.

Dans la soirée, la malade qui s'est beaucoup agitée, se plaint à sa voisine "de ne plus sentir sa jambe gauche et cependant d'y ressentir de la douleur"; elle se retourne plusieurs fois dans son lit, puis subitement porte la main à sa poitrine, se plaint d'étouffer et meurt après une demi-heure d'une dyspnée effroyable.

Que notre malade fût chlorotique, il n'y avait de cela aucun doute, elle avait tous les signes caractéristiques de la maladie. Il était évident qu'elle avait une phlébite, elle avait tous les

signes indiquant une oblitération des grosses veines du membre inférieur droit, la tuméfaction, l'œdème, une circulation superficielle anormalement développée. Mais ce qui est singulièrement rare, c'est le développement d'une phlegmatia chez une chlorotique.

Cette variéée d'accidents a été jadis attribuée à une plasticité anormale du sang, et depuis le règne des idées microbiennes, à une infection secondaire, se développant plus facilement chez les chlorotiques. La phlébite une fois admise — et elle me paraît indiscutable — le mécanisme de la mort devient facile à comprendre: il s'est produit une embolie, suivant un processus trop fréquemment observé dans la phlegmatia des femmes en couches. Après une petite embolie d'avant-garde, cause de la douleur thoracique et des premiers phénomènes dyspnéiques, un gros caillot s'est détaché, traversant successivement la veine cave, l'oreillette droite, le ventricule droit pour s'arrêter définitivement dans une grosse branche de l'artère pulmonaire.

Dès lors, le sang arrivant en quantité insuffisante au poumon, l'effet produit est exactement le même que si l'air arrivait en quantité insuffisante, d'où la mort par asphyxie. Voyons, maintenant, si l'autopsie nous permettra de vérifier la plupart des hypothèses qui ont été faites lors de l'examen clinique.

Notre examen anatomique a commencé par l'appareil circulatoire. Le cœur était de volume normal; l'endocarde et le péricarde étaient sains. La seule constatation intéressante était que le pourtour de l'orifice aortique était de 50 millimètres, au lieu de 70, chiffre normal. C'est l'*œors chlorotica*. Je suis obligé de m'incliner devant le fait, mais je vous avouerai qu'il m'a toujours paru inexplicable. On a voulu faire de la chlorose une hypoplasie du système circulatoire, caractérisée surtout par la diminution du calibre de l'aorte. Ces données anatomiques qui, d'ailleurs, ne sont pas constantes, sont en contradiction avec la clinique, qui nous montre que la chlorose est spéciale à la femme, se développe vers la puberté, disparaît chez la femme adulte et s'améliore ou guérit chez la jeune fille, sous l'influence d'un traitement approprié. Or, tout ceci ne concorde guère avec l'idée d'une lésion anatomique.

Le contenu du cœur ne mérite pas de nous arrêter, il est constitué par des caillots noirs de date récente, formés *post mortem* ou pendant l'agonie.

Le contenu de l'artère pulmonaire est bien autrement intéressant. Le tronc principal est vide et affaissé, mais la branche gauche est oblitérée à un centimètre en aval de la bifurcation. D'abord, un caillot semblable à ceux du ventricule droit, qui ne remplit pas tout le calibre du vaisseau et qui est de formation récente, probablement formé *post mortem*, mais en aval on trouve un caillot dur, rosé, d'une longueur de 4 centimètres. Il s'agit manifestement d'un ancien, sa consistance suffit à le démontrer, et nous avons sous les yeux le corps du délit qui a occasionné la mort, elle est bien due à une embolie.

Il fallait maintenant constater l'état des veines que nous avions cliniquement déclarées atteintes de phlébite.

La thrombose périphérique commençait graduellement dans la veine cave inférieure à 7 centimètres du promontoire sacré, la coagulation se poursuivait dans l'iliaque primitive, dans la fémorale, la poplitée, la saphène interne... la dissection n'a pas été poussée plus loin.

A la partie inférieure de la veine fémorale il y avait de l'endophlébite suppurée.

Vous lirez dans les livres que le caillot détaché a souvent une forme particulière qui a permis de le superposer au caillot de la thrombose. Cela a pu être constaté dans un certain nombre de cas, très importants au point de vue de la théorie, mais il faut bien savoir que ces faits sont exceptionnels et que dans la grande majorité des cas, on ne peut rien constater de semblable.

A la base inférieure du poumon droit, nous avons découvert un gros infractus conique haut de 2 centimètres, à base corticale. La plèvre droite mouchetée de taches hémorragiques, relevant probablement de l'asphyxie aiguë, contenait en outre 300 grammes de sérosité.

Vous savez que l'infractus est le résultat de l'embolie pulmonaire quand celle-ci siège sur une artère terminale et qu'elle n'intéresse pas une grosse branche.

Si l'oblitération siège sur le tronc de l'artère pulmonaire ou

une de ses grosses branches, la mort rapide ne lui donne pas le temps de se produire. Or, ici l'infractus de même que l'épanchement pleural peuvent être rattachés à ces petites embolies d'avant-garde survenues peu avant la grosse embolie mortelle et qui se sont manifestées douze heures avant l'asphyxie par une légère dyspnée accompagnée de douleur dans le flanc droit. La mobilisation des caillots se serait donc faite en deux actes distincts.

Nous avons encore dans cette recherche anatomique à signaler la persistance du thymus, organe infantin qui disparaît généralement chez l'adulte.

Il pesait ici 13 grammes, poids normal chez l'enfant, et avait conservé sa structure. Il semblerait que la persistance de cet organe doit indiquer un certain arrêt de développement, de l'infantilisme; il n'en était rien comme nous l'avons démontré en décrivant l'aspect extérieur de notre malade, et en rappelant qu'elle avait été réglée à un âge normal. Cependant l'utérus était petit.

En dehors de celles que nous venons de décrire, la seule lésion qui nous ait paru intéressante est la tuméfaction de la rate; elle pesait 570 grammes, soit 400 grammes de plus qu'à l'état normal. C'est là une tuméfaction comparable à celle observée dans la plupart des maladies infectieuses. La fièvre avait démontré la probabilité de l'infection, l'examen bactériologique nous en donna la certitude.

Si maintenant nous voulons résumer l'histoire pathologique de notre malade, nous trouverons qu'il s'agit d'une malade atteinte de chlorose, qui a eu une phlegmatia alba dolens, ayant amené une embolie mortelle.

Le lien qui unit la phlegmatia à l'embolie est évident, celui qui unit la chlorose à la phlegmatia l'est moins. Celle-ci n'est pas plus le résultat de celle-là que la phlegmatia des femmes en couches n'est un résultat de l'altération du sang produit par la grossesse, elle est le résultat d'une infection puerpérale.

De même la chlorose est simplement la cause prédisposante d'une infection.

Dans le cas particulier, M. Jousset a cherché quel microbe pouvait être incriminé. L'examen direct de la rate a fait constater l'existence de staphylocoques, disséminés dans la

pulpe et les follicules. L'inoculation de la pulpe splénique dans le péritoine d'un lapin a amené la mort en 24 heures, avec les lésions classiques de la staphylococcie.

Enfin l'examen histologique comme l'ensemencement ont montré l'envahissement du foyer phlébitique par le même agent virulent.

Dans ces conditions la responsabilité du staphylocoque ne fait plus de doute et l'épithète d'infectieuse peut-être attribuée sans crainte à cette phlébite.

Cette notion, Messieurs, est de la plus haute importance et je ne sais pas s'il existe aujourd'hui dans la littérature médicale de fait aussi démonstratif de la nature infectieuse de ces complications vasculaires de la chlorose. Bien des détails de cette observation mériteraient encore une étude approfondie, telle la voie de pénétration suivie par le microbe, telle la marche torpide de la phlébite, ce sont là des points fort intéressants, mais que je laisse à dessein de côté, n'ayant à ma disposition pour les expliquer que des hypothèses. C'est déjà beaucoup d'avoir pu, grâce aux circonstances, grâce aux notions techniques et au zèle de nos collaborateurs, élucider ce point de pathologie, hier encore si obscur.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANEURISMES DE L'AORTE PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

PAR M. LE PROFESSEUR L. GOLOUBININE,

Agrégé à la Faculté de médecine de Moscou.

L'anévrisme de l'aorte est une des maladies qu'un clinicien observe assez fréquemment. Elle se manifeste dans la plupart des cas par des crises plus ou moins violentes contre lesquelles le médecin lutte parfois avec succès pendant un temps plus ou moins long; mais de toutes façons la lésion, en progressant lentement, et parfois après une période stationnaire, se termine par la mort. En face de cette évolution, pour ainsi dire fatale, on comprend les efforts des médecins de toutes les époques pour rechercher des moyens de combattre cette grave affection.

La nature nous donne quelques indications sur le procédé qu'il faudrait employer dans la recherche de ces moyens thérapeutiques; il est vrai que cette indication est très restreinte, puisque nous ne connaissons que quelques cas de guérison totale spontanée. Cette guérison exceptionnelle se fait par l'oblitération du sac anévrismal grâce à la production des caillots fibrineux qui en s'organisant peuvent contribuer à la disparition plus ou moins complète de la poche. Il va de soi que ce procédé de guérison ne se rencontre que dans les anévrismes sacciformes, mais jamais les anévrismes dits fusiformes ou cupuliformes.

Depuis longtemps déjà on cherche à élaborer une méthode capable d'imiter la nature, de produire artificiellement ce qui, dans des cas exceptionnels, se forme d'une façon naturelle. Au dix-huitième siècle, le médecin italien Valsalva a recommandé d'amener ces malades à une sorte de "vita minima", par l'association d'un régime très sévère et par l'usage des saignées répétées, dans le but de créer, grâce à la diminution de la masse totale du sang et par ralentissement circulatoire des conditions favorables à la formation des caillots dans la poche anévrismale.

Nous trouvons dans la littérature du dix-huitième et du dix-neuvième siècle, quelques cas traités avec succès par cette méthode (Lancisi, Morgagni, Sabatier, Corvisart, Laënnec, Lisfranc, etc.).

Ce procédé trop violent est complètement délaissé de nos jours. Cependant, le principe sur lequel est basé ce procédé présente des avantages et il est très naturel qu'il vienne de renaître sous une forme adoucie, depuis une époque peu éloignée. En 1875, Tuffnell a proposé de réduire ce régime alimentaire et de restreindre au minimum la quantité des boissons.

Le professeur Laache a publié, en 1899, un cas dans lequel un malade atteint d'anévrisme s'est trouvé dans un état satisfaisant pendant plusieurs années, grâce à l'association d'une alimentation très modérée, de la boisson réduite (1244 calor. et 600 gr. de liquide en 24 h.), au décubitus dorsal intermittent et à l'application locale de la glace. A l'autopsie on a trouvé un anévrisme sacciforme de l'aorte ascendante mesu-

rant 7 sur 7,5 centimètres, et la poche était presque complètement remplie de vieux caillots.

Le principe du régime sévère avec réduction des liquides a trouvé des adeptes parmi les cliniciens allemands, comme Senator et Fränkel; au contraire, Huchard trouve que la qualité des aliments et de la boisson ingérés a plus d'importance que leur quantité: il est d'avis qu'il faut éviter tout ce qui est susceptible d'augmenter la pression sanguine dans les gros troncs vasculaires par la contraction des petits vaisseaux périphériques (bouillon fort, viande, jus de viande, gibier, fromage, conserves)

Je n'insisterai pas sur les moyens chirurgicaux susceptibles de provoquer la coagulation du sang dans la poche anévriale: acupuncture, filipuncture (introduction dans la tumeur anévriale des fils d'or, d'argent, des crins de Florence), électropuncture, etc. Cette méthode a peu d'adeptes à cause des dangers qu'elle fait courir aux malades à la suite de la formation rapide des caillots et de la possibilité des embolies consécutives.

Passons maintenant à la question qui nous intéresse: au traitement des anévrismes par les injections sous-cutanées des solutions de gélatine. Cette méthode est basée sur la découverte de MM. Dastre et Floresco (1896), qui nous ont montré que la gélatine introduite dans le sang des animaux (0,8 déc. par kil.), augmente considérablement la coagulabilité du sang.

Ces expériences furent bientôt reprises par d'autres personnes (Camus et Gley) et ont donné des résultats qui n'ont pas toujours été d'accord avec ceux des premiers expérimentateurs. Lancereaux et Paulesco les ont faites sur des lapins. La gélatine était introduite tantôt dans les veines, tantôt dans la cavité péritonéale. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux des premiers expérimentateurs.

Ensuite, M. Lancereaux a eu l'idée d'appliquer ces injections sous-cutanées au traitement des anévrismes. Si l'action coagulatrice sur le sérum sanguin est augmentée dans l'organisme, M. Lancereaux avait pleine raison de croire qu'elle doit se manifester sûrement dans une poche anévriale où elle trouve des conditions très favorables: lenteur de la circulation et altération des parois.

M. Lancereaux a commencé à appliquer ces injections au mois de janvier 1897.

La première application a très bien réussi. La tumeur pulsatile mesurant 14 sur 15 centimètres, après quelques injections s'est rétractée, la pulsation a disparu, ainsi que tous les phénomènes subjectifs. Ce malade a été présenté à l'Académie de médecine, le 22 juin 1897.

Au mois d'octobre 1898, M. Lancereaux a publié encore 4 cas, traités par la même méthode. Deux de ces malades vont mieux, et deux sont morts, l'un à la suite d'urémie, l'autre à la suite d'une perforation de la poche anévrismale dans le médiastin. A l'autopsie, on a trouvé que l'anévrisme du premier malade présentait le caractère diffus et non susceptible par conséquent du traitement par la gélatine.

Après Lancereaux, cette méthode était appliquée par les cliniciens de tous les pays avec des résultats variables.

Sans insister sur les autres publications relatives à cette question, je passe à l'exposé de mes observations personnelles, recueillies dans la clinique thérapeutique de Moscou, dirigée par M. le professeur Chervinsky.

J'ai soigné 8 malades par des injections sous-cutanées de gélatine, et voici le résumé de ces observations.

(à suivre.)

TETANOS CONSECUTIF AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE QUININE

A l'égal de la gélatine, la quinine administrée en injection sous-cutanée, est capable de provoquer le tétanos. Les observations de Segard, de Burat, d'Emery-Desbrousses et d'autres, ne laissent aucun doute à ce sujet. A la suite des injections de quinine faites avec les soins habituels d'antisepsie, à des individus ne présentant aucune lésion traumatique ou offrant seulement quelques excoriations insignifiantes, ces médecins ont vu se développer un tétanos suraigu, parfois foudroyant, toujours mortel. Dans plusieurs cas la relation de cause à effet leur a paru tellement manifeste, qu'ayant observé plusieurs fois, dans les mêmes conditions, cette complication, ils ont renoncé aux injections sous-cutanées de quinine.

Comment interpréter ces faits? autrement dit, par quel mécanisme la quinine introduite sous la peau amène-t-elle l'écllosion d'un tétanos chez des individus où rien ne faisait présumer l'existence d'une infection latente?

* * *

Le tétanos comportant toujours la présence du bacille de Nicolaïer, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est de dire qu'en pareil cas le bacille a dû se trouver *accidentellement* sur l'aiguille de la seringue ou dans la solution même de quinine. A la rigueur la chose est possible, et dans la littérature concernant les injections hypodermiques on trouve effectivement un cas de tétanos qui a paru se développer à la suite d'une injection de morphine. Cependant, il est impossible d'expliquer de cette façon les *nombreux* cas de tétanos consécutifs aux injections de quinine, attendu que les conditions de manutention sont les mêmes pour celle-ci que pour la cocaïne, la caféine, l'ergotine, l'éther, etc., lesquels sont bien plus souvent employés en injections hypodermiques que la quinine. Or, pas un seul cas de tétanos n'a été signalé à la suite de l'injection sous-cutanée d'un de ces médicaments.

On pourrait encore soutenir que les individus chez lesquels une injection sous-cutanée de quinine avait provoqué le tétanos, se trouvaient déjà en puissance d'une infection tétanique latente qui aurait fini par éclater, même sans l'injection de quinine. Mais si cette infection latente existe, et même assez souvent, pourquoi n'a-t-elle été observée que chez des individus auxquels, pour une raison ou une autre, on avait été amené à faire une injection sous-cutanée de quinine? Dès lors n'est-il pas plus logique d'admettre que, contrairement aux autres médicaments hypodermiques, la quinine possède la propriété d'évoquer, de favoriser, de précipiter l'infection tétanique chez les individus porteurs des bacilles de Nicolaïer à l'état latent?

C'est justement cette hypothèse qu'adopte M. Vincent, en raison des expériences personnelles qu'il vient de faire connaître dans un travail tout récent et qui établissent d'une façon indiscutable cette action très spéciale de la quinine.

Pour imiter expérimentalement d'une façon aussi exacte que possible les conditions observées chez l'homme, M. Vincent a procédé de la façon suivante :

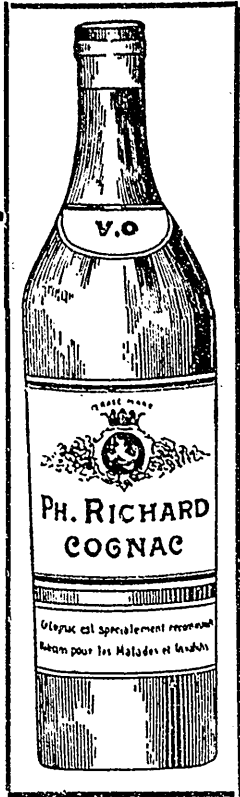
A des animaux, à des cobayes plus particulièrement, il injectait sous la peau une solution de 2 à 5 centigrammes de quinine additionnée de 1/5 de centimètre cube d'une culture sporulée de tétanos privée de sa toxine par un chauffage préalable à 80°. En même temps un animal témoin recevait sous la peau la même quantité de culture sporulée chauffée, mais non additionnée de quinine. Le résultat de toutes ces expériences a été toujours le même : les animaux témoins restaient indemnes, tandis que les animaux ayant reçu l'injection quinine et spores tétaniques présentaient au bout de trois jours les symptômes d'un tétanos aigu ou suraigu qui les emportait dans l'espace de dix-huit à vingt-quatre heures. Dans les cas suraigus il y avait même ceci de particulier, qu'on trouvait des bacilles tétaniques non seulement au point de l'injection, mais encore dans la plupart des organes, foie, rate, reins, ovaires, moelle osseuse. Cette généralisation de l'infection tétanique avec mort rapide était même la règle dans les cas où l'infection quinine et spores était faite non plus sous la peau, mais dans les viscères.

L'action favorisante de la quinine en ce qui concerne le développement du tétanos se manifeste encore quand, au lieu d'injecter simultanément quinine et spores, on injecte d'abord la quinine et ensuite, au même point, la culture sporulée, ou bien inversement, la culture sporulée d'abord, la quinine ensuite. Dans toutes les expériences, les animaux succombent avec des symptômes de tétanos aigu ou suraigu à la condition que l'intervalle entre les deux injections ne dépasse pas huit jours.

Il y a mieux. A un cobaye on injecte sous le flanc droit une petite quantité de culture sporulée, puis deux jours plus tard, on lui fait du côté opposé, sous le flanc gauche, une injection de quinine. Dans ces conditions, l'animal est régulièrement pris, au bout de quelques jours, de tétanos auquel il succombe invariablement dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures. Et à l'autopsie des animaux ayant succombé dans ces conditions, on constate même ceci de particulier, qu'au



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



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

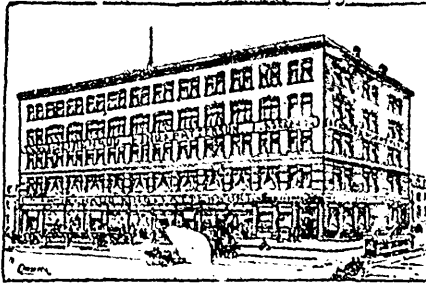
COGNAC

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

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.



Meubles, Literie, Tapis,
Draperies, Etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson
COIN STE-CATHERINE ET GUY

Exemple spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infallible contre l'impuissance et la stérilité.

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

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 718, Montréal.

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

LACASSE ROUSSEAU,

Tel. Up 971

Directeur-Gérant.

N.B. - Vous y trouverez tous les appareils dont vous aurez besoin.

LA DIGESTIVE

A base de Coptis Trifolia Co., capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

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

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

" Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberte "
136 RUE SAINT-DENIS, - - - MONTREAL., Qué.

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.

foyer d'inoculation des cultures sporulées il n'existe aucun bacille. Les spores ne se sont donc pas multipliées en ce point. En revanche, au point où a été injectée la quinine, on trouve un exsudat renfermant parfois de nombreux bacilles. Qu'est-ce à dire, sinon que la quinine a non seulement réveillé et favorisé l'infection tétanique latente, mais encore qu'elle l'a fixée localement? Il est dès lors évident que c'est de cette façon que s'explique le tétanos observé en clinique, à la suite d'une injection sous-cutanée de quinine. Ce qui est très curieux c'est que, d'après les expériences de M. Vincent, la quinine n'agit de cette façon qu'en injection sous-cutanée et que son action sur la pullulation du bacille tétanique fait défaut quand elle est administrée par la voie buccale ou même en injections rectale, vésicale, nasale ou trachéale.

Les expériences de M. Vincent expliquent donc nettement la genèse du tétanos consécutif aux injections de quinine. Mais pourquoi la quinine agit-elle de cette façon sur le bacille de Nicolaïer? M. Vincent n'hésite pas à incriminer la chimiotaxie négative que les sels de quinine exercent sur les leucocytes. De par ses propriétés antileucocytaires, la quinine paralyserait le rôle défensif des polynucléaires, particulièrement aptes à englober les spores tétaniques, et les bacilles ne trouvant aucun obstacle à leur pullulation feraient éclater une infection latente et qui aurait pu ne pas se manifester.

Cela étant, M. Vincent a parfaitement raison quand il conseille d'injecter préventivement du sérum antitétanique en même temps que la solution de quinine, lorsque celle-ci est administrée à des individus qui ont eu antérieurement des plaies ou des excoriations ayant pu servir de porte d'entrée au bacille du tétanos.

Dans l'enseignement, c'est trop dire que tout dire, il ne faut ni accabler l'esprit ni encombrer la science.

Une définition de six lignes, si elle est vive et vraie, en apprend plus qu'un volume de dissertation.

La civilisation comme la barbarie a son vandalisme. Pour s'emparer de quelques mines d'or ou de quelques arpents de terre, les nations civilisées se conduisent comme des barbares.

LA PROSTATITE CHRONIQUE

Le traitement sera avant tout causal: on combattra les rétrécissements de l'urèthre, la cystite ammoniacale ou les calculs vésicaux qui entretiennent parfois le mal.

L'application de sangsues sur le périnée convient à la prostatite aiguë; ici, elle n'est d'aucune utilité. Les irrigations chaudes à 50° et 55° (Reclus, Guyon, Desnos) donneront de bons résultats; on les renouvellera 2 fois par jour.

L'ichthyol est employé sous forme de suppositoires; on lui accorde une action antiseptique sur le gonocoque:

Ichthyol. 0 gr. 25

Beurre de cacao. 2 grammes

P. 1 suppositoire. (VON FRISCH).

On peut ajouter 1 centigramme d'extrait de belladone et d'extrait thébaïque s'il existe du ténésme anal.

Von Frisch conseille en outre de petits lavements d'antipyrine ou de salicylate de soude qui ont une action calmante. Les lavements laudanisés (15 gouttes de laudanum) calment en général. mieux. On pourrait par exemple ordonner une irrigation rectale chaude à 10 heures et 4 heures et, pour la nuit 1/4 de lavement laudanisé, lequel sera gardé. En cas d'infiltration étendue de la prostate, on emploiera l'onguent gris en suppositoires:

Onguent gris. 0 gr. 30 à 0 gr. 50

Beurre de cacao. 1 gr. 50

L'iode et l'iodure de potassium seront utiles: on en usera quand le ténésme et la strangurie auront diminué:

Iodure de potassium. 0 gr. 50

Extrait de belladone. 0 gr. 02

Beurre de cacao. 2 grammes

P. 1 suppositoire.

Ou bien:

Iodure de potassium. 0 gr. 50

Iode métallique. 0 gr. 05

Extrait de belladone. 0 gr. 07
 Beurre de cacao. q. s.

Pour 5 suppositoires.

L'Iodure de potassium peut être prescrit en lavements :

Iodure de potassium. 10 grammes
 Bromure de potassium. 8 à 10 —
 Extrait de belladone. 0 gr. 60
 Eau distillée. à . . . 300 grammes

Pour 20 lavements (2 par jour). (KUBNER)

On peut y ajouter chaque fois 3 à 10 gouttes de teinture d'iode en augmentant insensiblement la dose.

Du côté de l'urèthre, on pourra agir par des bougies qui combattent la dysurie et les douleurs de la miction. On les emploiera plutôt dans les derniers stades de l'affection. Une seule ou quelques introductions de bougie suffisent parfois pour ramener la miction à la normale. Les béniqués métalliques (22 à 27) Charrière), sont fort utiles dans l'espèce. Socin recommande de les enduire avec une pâte au tannin. On peut encore user de nitrate d'argent en pommade :

Nitrate d'argent. 0 gr. 50
 Lanoline. 5 grammes
 Vaseline. 25 —

Mais mieux vaut, si l'on veut porter un remède dans la région prostatique, user de médicaments sous forme liquide. Les instillations de nitrate d'argent (1 à 5 0/0) de M. le Professeur Guyon, sont plus actives et plus faciles à manier. La solution de sulfate de cuivre (3 à 5 0/0), d'ichtyol ou d'iodure de potassium ioduré, pourra être employé de la même façon :

Iode. 6 grammes
 Iodure de potassium. 4 —
 Eau. 100 —

Puis on n'oubliera pas de recommander le massage de la prostate.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNE PAR LE NITRATE DE PLOMB

M. le Dr Ch. Blanc a consacré sa thèse à l'étude de l'ongle incarné, et décrit les différents procédés chirurgicaux qui ont été appliqués au traitement de cette affection, mais il insiste surtout sur le procédé de traitement médical préconisé par MM. Chaillou, Tardif et Montprofit, et qui permet de traiter la plupart des cas sans opération. M. Blanc a publié vingt observations nouvelles montrant que la guérison peut être obtenue ainsi dans un espace de temps variant de cinq à quinze jours, beaucoup de ces malades ayant déjà été traités vainement par d'autres procédés, même chirurgicaux. Nous rappellerons, d'après M. Blanc, le manuel opératoire de ces procédés.

Pour entreprendre le traitement de l'incarnation unguéale par le nitrate de plomb, il faut :

10. Du nitrate de plomb très sec et finement pulvérisé;
20. Une spatule métallique plate;
30. De l'ouate non hydrophile;
40. De la tarlatane à pansement.

Le sujet aura soin, dans les jours qui précèdent la première application, de prendre des bains de pieds prolongés, qui réalisent un double but: nettoyage mécanique de l'extrémité de l'orteil, ramollissement des tissus bourgeonnants.

Voici comment le Prof. Montprofit (d'Angers) conseille de pratiquer l'application du nitrate de plomb:

Avec une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière péri-unguénale, une mince couche de ouate, suffisamment large pour recouvrir par sa partie libre toute la partie saine de l'ongle. On prépare, en le roulant entre les doigts, une petite mèche d'ouate que l'on glisse parallèlement à la rainure ainsi disposée; dans le fond formé par le bourrelet fongueux, on met le nitrate de plomb, régulièrement tassé, et on le recouvre de l'ouate qui recouvre l'ongle. On met à nouveau une couche d'ouate et on maintient le pansement avec une bande de gaze humide. Le pansement est renouvelé le lendemain et les jours suivants jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-

dire jusqu'à ce qu'on puisse voir nettement le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants; alors, laissant de côté le nitrate de plomb, patiemment, en une ou deux séances, on relève le bord avec un peu d'ouate glissée dessous.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME

PAR M. LE DOCTEUR BUMM.

L'auteur étudie en détail les deux causes ordinaires de la stérilité chez la femme, l'infantilisme des organes génitaux et la blennorrhagie chronique. Les malformations génitales doivent être mises au premier rang, la stérilité acquise de cause surtout blennorrhagique ne comprenant qu'un tiers des cas.

Dans la stérilité par malformation, c'est surtout l'infantilisme génital qui est à incriminer, infantilisme qui porte quelquefois sur tout l'appareil génital, mais le plus souvent se limite à une partie de cet appareil, constituant, selon les cas, l'infantilisme tubo-ovarien, le vagin en entonnoir, la forme conique, hypertrophique, atrophique du col, l'antéflexion ou la rétroflexion congénitales. Tandis que les causes de la stérilité par infantilisme tubo-ovarien ne sont pas définitivement précisées, la non-fécondation par malformation cervico-vaginale avec l'appareil tubo-ovarien intact, s'explique, au contraire, assez facilement. Ces conditions anatomiques empêcheraient, en effet, la rétention intravaginale du sperme, et l'auteur a pu montrer que les femmes à paroi vaginale antérieure courte, à culs-de-sac vaginaux non développés, ne présentent plus trace de spermatozoïde dans les sécrétions cervico-vaginales quelques heures à peine après le coït. La direction du col utérin, la constitution de la muqueuse cervicale et surtout la sténose de l'orifice cervical externe jouent un rôle très important dans certains cas de stérilité, sans qu'on puisse invoquer, d'ailleurs, vu la petitesse des spermatozoïdes, de raisons mécaniques.

Le traitement de la stérilité par malformation devra varier selon le cas particulier et la localisation de cette malformation, et, nulle part ailleurs, l'esprit routinier ne sera plus préjudiciable aux malades que dans cette branche de la gynécologie.

Si l'examen bimanuel révèle un corps utérin normal, et si la malade est régulièrement réglée, on exclura une malformation tubo-ovarienne. Il s'agira alors de malformations cervico-vaginales et le pronostic de la stérilité sera assez favorable, même après de longues années d'union stérile. Il y aura, au contraire, peu d'espoir de guérison chez les femmes ayant un utérus petit, des règles rares ou absentes.

Dans cinq ans, l'auteur a pu cependant améliorer l'infantilisme utéro-tubo-ovarien par l'application de courants galvaniques faibles, l'électrode positive étant appliquée sur le ventre, l'électrode négative introduite dans la cavité utérine pendant cinq minutes et le courant renversé à la fin de la séance. Jointe au massage des annexes, cette méthode amena une menstruation abondante et régulière, un accroissement de l'utérus et cinq fois sur douze la possibilité et la conception.

Quand les malformations sont cervico-vaginales, l'auteur conseille la discision du col contre la sténose de l'orifice externe, l'amputation des lèvres, la stomatoplastie contre l'allongement du museau de tanche.

La malformation des culs-de-sac vaginaux est malaisée à combattre et la non-rétention intra-vaginale du sperme presque fatale. Pourtant l'auteur s'est bien trouvé, dans quelques cas, des massages et du tamponnement et surtout de l'emploi de petits pessaires ronds qui favorisent la rétention du sperme.

La sténose calleuse de l'orifice cervical interne indiquera la dilatation par des laminaires jusqu'au No. 30 de Charrière et l'emploi consécutif d'un dilateur imaginé par l'auteur sur le modèle de l'appareil de Kollmann, pour la dilatation de l'urèthre.

Le pronostic de la stérilité par infection blennorrhagique est variable. On évitera toute thérapeutique utérine pendant le début d'une blennorrhagie, les laminaires et les sondes causant plus que le gonocoque lui-même la stérilité. Quant la métrite cervicale sera constituée, on la combattra au point de vue de la fécondation, par le seul moyen efficace, la discision du col. Bien traitée, même la salpingite peut guérir et la fécondation devenir possible. Celle-ci n'est définitivement exclue que si la suppuration a détruit la muqueuse tubaire et si les adhérences résistent au massage.

LES INJECTIONS SALINES DANS LA NEPHRITE

Quand on lit le travail de M. Ferrannini sur les injections salines dans la néphrite, on ne sait au juste s'il s'agit là d'un essai de thérapeutique comme le dit l'auteur, ou d'*expériences* quelque peu dangereuses sur des malades comme on est tenté de le croire.

M. Ferrannini a notamment pensé que l'on avait considérablement exagéré le rôle et les dangers des chlorures dans la néphrite. Pour le prouver, il a fait, dans le service du professeur Rummo (de Palerme), des injections sous-cutanées d'eau salée physiologique, à sept individus atteints de néphrite interstitielle. Pendant deux jours consécutifs, les malades recevaient, chaque jour, une injection sous-cutanée d'un demi-litre de solution physiologique de chlorure de sodium et, au bout de quelque temps, pendant deux autres jours, une injection sous-cutanée d'un demi-litre d'eau distillée et stérilisée.

Les effets de cette "thérapeutique" furent fort étranges.

Tout d'abord, ces injections, celles d'eau salée comme celles d'eau distillée, provoquaient d'une façon presque régulière un fort mouvement fébrile analogue à celui qui a été observé à la suite des injections salines chez les tuberculeux par le professeur Hutinel et par M. Sirat. A quoi ressortissait ce mouvement fébrile chez les néphritiques? M. Ferrannini nous déclare que le sel n'y est pour rien et qu'il faut probablement incriminer la dissolution et la mise en circulation de substances "pyrétogènes" retenues dans l'organisme du néphritique. Chez un de ces malades, un accès d'urémie survint quelques jours après l'injection d'eau salée. L'accès fut traité, avec succès, par des lavements et de nouvelles injections sous-cutanées d'eau salée: ce qui permet à M. Ferrannini de dire que le sel n'a joué aucun rôle dans la pathogénie de l'accès d'urémie.

Chez quelques-uns de ces malades les injections ont provoqué des hématuries, chez tous une augmentation de l'albuminurie et de la cylindrurie, augmentation passagère suivie d'une diminution de l'albumine et des éléments morphologiques ainsi que d'une amélioration remarquable de l'état général.

Cela étant, on s'attend à voir M. Ferrannini préconiser les injections salines dans le traitement de la néphrite. Or, de

ses recherches il conclut qu'à cause de leurs dangers, — les quels dangers n'apparaissent nullement dans le travail même, — les injections salines ne doivent être employées que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Comme nous l'avons dit, seul le côté "expérimental" du travail de M. Ferrannini offre quelque intérêt en ce sens qu'il nous montre comme quoi dans la néphrite interstitielle les injections salines provoquent chez l'homme de la fièvre, de l'hématurie et une augmentation de l'albuminurie et de la cylindrurie.

L'EDUCATION DE LA VOLONTE INFANTILE

PAR M. LE DOCTEUR DESFOSSES.

La volonté, qu'on pourrait définir *l'énergie de l'âme*, est la qualité la plus importante pour le succès dans la vie.

Tout homme soucieux de faire de ses enfants des êtres utiles doit s'attacher à développer chez eux cette qualité indispensable.

Les premières bases de l'éducation de la volonté d'un enfant doivent être posées par un médecin.

L'éducation de l'enfant doit être tout d'abord médicale, elle doit commencer le jour même de la naissance. C'est en commençant l'éducation le jour de la naissance que, sans brusque effort, sans changement du jour au lendemain et par là même sans douleur pour les parents et pour l'enfant, on obtient une moralisation progressive. *Les enfants de mauvais caractère sont d'anciens nourrissons médicalement mal élevés.*

Tout acte de volonté, tout effort, nécessite le sacrifice du repos, du bien présent pour un avantage à venir, apprendre à faire volontairement des sacrifices utiles est le commencement de l'éducation de la volonté.

L'hygiène et la propreté sont l'origine de l'éducation de la volonté.

Au début de la vie, les différences individuelles sont peu marquées, elles existent plutôt à l'état virtuel. Les nouveau-

nés se distinguent quelque peu par le poids, la couleur et les traits; mais leurs besoins sont identiques; après le besoin *d'air* qui est primordial, vient celui de la *succion*, premier mécanisme de la *nutrition*.

C'est sous le *rapport de la nourriture* que l'éducation doit débiter. Dès qu'on ôte le sein ou le biberon à un bébé il crie comme à la perte d'un plaisir. L'abus de la nourriture lui causerait l'indigestion, la dilatation gastrique; laisser crier un enfant dans l'intérêt supérieur de sa santé, c'est l'habituer à se priver utilement, à dédaigner un petit chagrin pour éviter des douleurs futures, c'est faire de l'éducation proprement dite.

Naturellement l'enfant ne comprend pas l'utilité de cette privation, mais néanmoins il s'habitue.

Dans le fait de *ne donner à l'enfant qu'une certaine quantité* de lait et d'attendre avant la tétée suivante un intervalle de deux heures le jour, de cinq heures la nuit; dans le fait de le *laver* et de *ne jamais le bercer* malgré ses cris, nous l'habitons à la règle, à l'observation des lois de la nature.

Bientôt l'enfant, mieux portant que si l'on n'avait pas eu dès le début la fermeté de résister à ses plaintes, *ne crie plus, ne souffre plus*, il est *éduqué* sur ce point.

L'enfant grandit. Il a pris l'habitude de sentir au-dessus de lui une force supérieure et de lui obéir. Si on est obligé de lui commander un acte qui échappera à son intelligence mais qui déplaira à ses goûts, — par exemple, en temps de maladie, l'absorption d'une potion — il obéira, tandis que les anciens nourrissons mal élevés se refusent avec une obstination inlassable à prendre les médicaments ordonnés.

Plus tard viendra un moment où pour développer son énergie il sera possible de s'adresser à la raison de l'enfant, de faire appel à des sentiments tels que l'émulation, le plaisir du travail et du devoir accompli, l'appât d'une récompense.

A cette époque de sa vie, l'enfant ne sera plus sous l'autorité du médecin; ce sont ses maîtres, ses éducateurs, qui auront désormais la tâche de développer les premiers rudiments d'énergie que le médecin aura fait germer en lui, simplement par l'observation des règles de l'hygiène.

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DEBUT

PAR M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Voici deux hommes qui ne paraissent pas très malades et qui toutefois présentent des symptômes qui méritent d'attirer notre attention. Tous deux sont d'âge moyen; leurs antécédents héréditaires n'ont rien de suspect; depuis cinq ans, ils toussent, s'affaiblissent, s'amaigrissent, ont perdu l'appétit. Le premier tousse très peu, il se plaint surtout d'oppression la nuit, de dyspepsie et de palpitations quand il marche, ce sont ces symptômes qui l'ont amené à l'hôpital; le repos au lit a suffi pour le calmer, et il demande aujourd'hui à partir. Le second n'a pas de ces accidents; mais il a eu, il y a dix jours, une très légère hémoptysie. Voilà des signes bien peu caractéristiques, et cependant, l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces sont toujours suspects, car, chez beaucoup de malades, ils précèdent la tuberculose avant l'apparition des signes thoraciques.

Chez nos deux malades, nous avons trouvé dans la fosse sus-épineuse droite, une sonorité moindre avec résistance au doigt, une expiration prolongée et rude, et, dans les grandes inspirations seulement, ces râles secs, retentissants, auxquels on donne le nom de légers craquements. On note au même point une bronchophonie légère, et des vibrations thoraciques notablement plus fortes que dans la fosse sus-épineuse gauche. Sous la clavicule droit, nous trouvons également une sonorité diminuée, mais avec une tonalité plus élevée; et, chez un de ces malades, une respiration saccadée très manifeste. Tels sont les signes sur lesquels nous devons asseoir le diagnostic. Examinons d'abord quelle valeur il nous faut accorder à chacun d'eux.

Tout d'abord, la diminution de sonorité ou submatité: C'est là un signe d'une valeur toute relative, par comparaison avec la sonorité du côté opposé; car il y a des personnes chez qui les fosses sus-épineuses sont normalement peu sonores. En

dehors de tout état pathologique et de toute déformation thoracique, la sonorité est ordinairement un peu plus forte à droite qu'à gauche. C'est l'inverse que nous observons chez nos malades. La percussion des fosses sus-épineuses est toujours très délicate. Il faut que le malade ne soit incliné ni à droite ni à gauche, mais légèrement penché en avant, le dos un peu bombé. Les deux omoplates doivent être très exactement sur le thorax. Bien des malades, instinctivement, soulèvent leurs omoplates de telle sorte que l'ébranlement imprimé par la percussion atteint peu le poumon on n'arrive pas jusqu'à lui. Vous leur recommanderez donc de laisser retomber les bras inertes et flasques. La percussion doit enfin être faite avec beaucoup de soin. Le doigt sera placé transversalement sur la fosse sus-épineuse et appliqué très exactement sur elle; c'est là un point très important. Il faut l'appuyer assez fortement sur la région que l'on percute, de telle sorte qu'il fasse corps avec le tissu sur lequel il repose, et l'appuyer avec une force égale sur chaque région à explorer. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la percussion même doit être égale des deux côtés.

Des états pathologiques multiples peuvent produire une semblable diminution de sonorité: 1° la condensation du parenchyme pulmonaire, soit par suite de la congestion, soit par l'infiltration de ce parenchyme par des substances solides; 2° l'affaissement des vésicules; 3° l'épaississement de la plèvre et l'interposition de dépôts fibrineux entre le poumon et la paroi thoracique; ceux-ci agissent moins par leur présence que par l'affaissement du poumon (qu'ils déterminent), car vous savez combien l'interposition de vêtements épais entre le doigt et la paroi modifient peu les caractères du son. Telle sont les trois conditions anatomiques qu'on doit présumer en présence d'une diminution de la sonorité dans les sommets; celle-ci n'indique donc pas un état anatomique unique; et cependant, cette seule diminution de la sonorité suffit presque à affirmer la tuberculose; c'est que la congestion, la pleurésie, l'atélectasie sans pleurésie antérieure, quand elles sont localisées au sommet, ne peuvent être rattachées qu'à la tuberculose. La syphilis, il est vrai, quand elle atteint le poumon, peut donner lieu aux mêmes signes; mais ses lésions sont très

exceptionnellement prédominantes dans les fosses sus-épineuses et je vous ai souvent fait remarquer que la tuberculose était presque toujours associée à cette phthisie byphilitique. C'est donc là un signe presque pathognomonique et un signe presque toujours précoce; c'est parfois le seul que l'on observe. Il peut cependant faire défaut; parfois même la sonorité est augmentée. Andral avait déjà signalé ce tympanisme, lequel est dû à de l'emphysème; celui-ci est parfois un emphysème ancien, d'autres fois, il est dû à la bronchite concomitante. Mais cet emphysème limité, circonscrit au sommet, est singulièrement suspect; ajoutez qu'il s'accompagne ordinairement d'autres signes qui facilitent le diagnostic. On est parfois tenté de prendre pour un excès de sonorité ce qui n'est qu'une élévation de tonalité. C'est une loi générale, et sur laquelle j'ai bien souvent insisté devant vous, que le son paraît d'autant plus fort qu'il a une tonalité plus élevée; c'est ainsi qu'à égalité d'intensité, le son d'un basson semble moins fort que celui d'une flûte.

A cette période de la tuberculose, la tonalité de son est ordinairement plus élevée, aussi parfois celui-ci paraît-il plus fort du côté malade, encore qu'il soit moins intense que du côté sain.

La résistance au doigt a peut-être une valeur plus grande que la diminution du son; c'est qu'on en perçoit mieux les moindres variations, quand on a l'habitude de la percussion.

En nous révélant ces modifications de la sonorité, ces changements de la tonalité, la résistance au doigt, la percussion nous fournit ainsi des indices précieux de la tuberculose commençante.

L'auscultation nous donne une respiration faible et rude. La faiblesse du murmure vésiculaire est encore un signe d'une valeur toute relative. Chez certaines personnes, le murmure vésiculaire s'entend normalement d'une façon très médiocre; mais ce caractère est alors symétrique et ne s'accompagne pas de modification de la sonorité. Le murmure vésiculaire est aussi très faible en cas d'emphysème; il peut même disparaître complètement; ce qui, joint à l'augmentation de la sonorité, pourrait faire croire, au premier abord, à un pneu-

mothorax, si d'autres signes ne venaient éclairer le diagnostic. C'est donc en comparant l'intensité du murmure vésiculaire de côté et d'autre, qu'on peut se rendre compte des lésions. Lorsque celles-ci sont peu accentuées, il faut ausculter successivement les deux sommets, surtout il est indispensable de les ausculter en des points absolument symétriques. Vous savez, en effet, que le murmure vésiculaire n'a pas les mêmes caractères à la partie externe et à la partie interne de la fosse sus-épéneuse; il a ici un timbre particulier, il est un peu plus fort, on y entend un peu le bruit bronchique.

On observe, en outre, la rudesse de la respiration. Il ne faut pas confondre la rudesse avec l'intensité des bruits. Un bruit peut être à la fois très faible et très rude, ou inversement très fort et très doux. Normalement, la pénétration de l'air dans une multitude de vésicules, produit un murmure très doux, qu'on pourrait comparer au bruit que font les feuilles dans une forêt. Le bruit bronchique est distinct du murmure vésiculaire, de même que le bruit produit par le vent dans les arbres d'une forêt, diffère de celui qu'il produit à travers un poteau télégraphique par exemple. Nous n'avons plus à réfuter, en effet, l'opinion de Beau, d'après qui, le murmure vésiculaire n'est que la transmission du bruit trachéal. Nous savons, à n'en plus douter, que le bruit vésiculaire est dû à la pénétration de l'air dans les vésicules, où il passe d'un endroit plus étroit à un endroit plus large. D'autres bruits se passent encore dans le poumon, ils sont produits par le choc de l'air contre les éperons des bronches et par la collision des différents courants aériens au niveau des divisions bronchiques.

Il se produit donc dans le poumon deux sortes de bruits: des bruits vésiculaires et des bruits bronchiques. Mais à l'état normal, le murmure vésiculaire prédomine, c'est même le seul qu'on perçoit distinctement; les vésicules constituent une sorte de matelas d'air qui éteint presque complètement le bruit bronchique. Quand ces vésicules se vident d'air, si elles s'affaissent, si elles se remplissent d'une substance solide, elles transmettent mieux les vibrations; le murmure vésiculaire diminue et le bruit bronchique prend sa place. Ce bruit bronchique doit donc

être distingué du bruit vésiculaire; il indique que le poumon condensé est devenu un meilleur conducteur du son. Lorsque dans un sommet le poumon a perdu sa souplesse, il transmet mieux les bruits produits au niveau des petites bronches, et l'auscultation révèle une variété de bruit qui est intermédiaire entre le murmure vésiculaire et le bruit bronchique, c'est ce que Laënnec a appelé le bruit respiratoire rude. C'est un signe de condensation du poumon.

Le plus souvent, en même temps que la respiration devient plus rude, son rythme se modifie. L'expiration paraît sous l'oreille plus longue que de coutume; en réalité, elle est un peu plus courte. Normalement, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 7 en moyenne, comme le montrent les tracés spirométriques; mais on entend mieux l'inspiration, le murmure vésiculaire y est perceptible du commencement jusqu'à la fin, tandis qu'on ne l'entend que pendant la première partie de l'expiration. La fin de l'expiration est absolument silencieuse. Quand la respiration s'accélère, c'est l'expiration qui s'abrège, de même que quand les mouvements du cœur s'accélèrent, c'est la diastole qui devient plus courte. Quand la respiration devient rude, cette fin du bruit d'expiration devient accessible à notre oreille; il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'expiration paraisse prolongée. Quoi qu'il en soit, l'expiration prolongée n'a que la valeur de la respiration rude.

La respiration prend parfois un caractère différent que Woillez a appelé respiration granuleuse. C'est là un terme peu précis et qui a souvent prêté à confusion. Ce mode respiratoire tient à ce que le murmure vésiculaire est interrompu par des petits bruits confus et nombreux; ce sont, en réalité, des râles indistincts.

Enfin, nous avons observé chez l'un de nos malades des saccades respiratoires dans des conditions que je considère comme exceptionnelles, car je ne les ai rencontrées que très rarement. Ce n'est pas que la respiration saccadée soit rare, et j'aurais plus d'une fois l'occasion de vous la faire observer. Cette modification du bruit respiratoire fut signalée en 1837 par Raciborsk, alors chef de clinique de Boulland; il l'avait rencontrée chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire disséminée et chez des hypochondriaques. Après lui, Audry,

un de ses successeurs à la Charité, en fit un signe de tuberculose au début. On s'aperçut bientôt que ce symptôme pouvait se rencontrer non seulement chez des tuberculeux à la première période, mais chez des asthmatiques, des pleurodyniques, des gens purement nerveux. Je crois que, sauf dans des cas très limités, et notre malade rentre précisément dans cette catégorie exceptionnelle, c'est un signe qui n'a aucune valeur. Nous n'avons pas à le regretter beaucoup, car nous sommes suffisamment riches. La respiration saccadée peut être due à différentes causes. Parfois, chez des sujets nerveux, elle est due à ce que les mouvements musculaires sont saccadés. Dans l'immense majorité des cas, les saccades respiratoires accompagnent les mouvements du cœur; pendant l'inspiration, il s'en produit une à chaque systole et à chaque diastole; pendant l'expiration, il s'en produit une à chaque systole seulement. Il n'y a là rien de spécial à la tuberculose. Cependant, il est vraisemblable que la tuberculose, en condensant le parenchyme pulmonaire, facilite leur production dans une certaine mesure. On les entend mieux au sommet du poumon gauche, parce que les mouvements du cœur s'y font sentir davantage. Elles apparaissent ou disparaissent suivant que l'excitation cardiaque est plus ou moins intense. Parfois, enfin, comme chez notre malade, elles sont dues à ce que des froissements pleuraux légers viennent interrompre le mouvement respiratoire; ces froissements pleuraux entraînent un déplissement saccadé du poumon. C'est donc, dans ces conditions, un signe de pleurésie sèche du sommet, et il devient alors un signe précieux de tuberculose.

Nous trouvons chez nos deux malades du retentissement de la voix et l'exagération des vibrations thoraciques. Le retentissement de la voix ou bronchophonie indique que le son se transmet mieux par le parenchyme plus dense. Il en est de même de l'exagération des vibrations thoraciques. Cependant, on est surpris parfois de trouver de la bronchophonie avec une diminution des vibrations thoraciques, ou inversement. Cela tient aux modes différents de sensibilité de l'oreille et de la main; l'oreille perçoit mieux les vibrations plus fréquentes, et quand le nombre de ces vibrations devient inférieur à 33 par minute, elle ne perçoit plus aucun bruit;

la main, au contraire, est plus sensible aux vibrations rares. Aussi l'exagération des vibrations thoraciques a-t-elle un peu plus de valeur que la bronchophonie. Quand on constate de la bronchophonie, il faut ici encore avoir soin de ne pas confondre les modifications de tonalité avec les modifications d'intensité. Chez nos deux malades, l'exagération des vibrations et le retentissement de la voix indiquent la condensation du parenchyme; celle-ci peut cependant coïncider avec une diminution des vibrations. En effet, tandis que la sclérose pulmonaire exagère ordinairement ces vibrations, la congestion pulmonaire les éteint en partie. Or, à certaines époques de la tuberculose, la congestion pulmonaire est le fait prédominant, et les vibrations thoraciques sont diminuées; à d'autres moments, elle s'associe à la sclérose dans des proportions diverses, d'où résultent de nombreuses variétés dans les modes de transmission des bruits à travers le poumon.

On aperçoit, au début, quelquefois des râles ronflants et sibilants, plus souvent des râles sous-crépitants, de volume variable, se produisant dans l'inspiration et dans l'expiration. Ces râles prennent au sommet un caractère particulier, ils sont plus durs, de timbre plus éclatant, ce qui leur a valu le nom de craquements. Ils sont plus ou moins gros suivant qu'ils se passent dans des bronches plus ou moins grosses. Ils indiquent que les bronches sont obstruées par des mucosités plus ou moins sèches et que le bruit en est transmis par un parenchyme plus condensé. Laënnec en faisait un signe de ramollissement des tubercules; ils s'entendent, en effet, le plus souvent à cette période, mais on peut les percevoir dès le début; c'est un signe de bronchite, mais leur localisation est très caractéristique; car une bronchite qui est limitée au sommet y est appelée et fixée par des tubercules.

Il me reste à vous dire deux mots de la transmission du second bruit du cœur à travers la couche de tissu pulmonaire qui recouvre la base de cet organe. Normalement, le second bruit ainsi transmis est doux; quand le parenchyme pulmonaire est modifié, il devient plus fort et plus dur. L'accentuation du second bruit pulmonaire ne tient pas seulement à l'induration pulmonaire; le second bruit du cœur peut être lui-même exagéré, soit par l'augmentation de tension dans l'ar-

tère pulmonaire comme dans la dilatation cardiaque droite d'origine gastro-hépatique, soit par une contraction plus énergique du cœur, comme dans le rétrécissement mitral, soit par dilatation de la crosse aortique avec altération des parois. Enfin, chez certains sujets jeunes, à thorax médiocrement développé, la lame du poumon qui couvre le cœur est beaucoup moins épaisse que normalement; de sorte que le second bruit se transmet mieux et acquiert une intensité insolite; j'ai eu l'occasion de constater ce fait chez une jeune fille où il était assez marqué pour avoir fait à tort soupçonner une lésion organique du cœur.

Nous venons de passer en revue les signes de la tuberculose au début; ce sont, d'une part, des signes de condensation du parenchyme pulmonaire; d'autre part, des signes de bronchite. Mais la localisation de ces signes au sommet est caractéristique de la tuberculose.

Aussi, quand la tuberculose, par exception, se localise ailleurs qu'au sommet, ils n'ont plus la même valeur et le diagnostic devient difficile. Nous avons alors une dernière ressource, c'est l'examen bactériologique des crachats. La présence du bacille de Koch a une valeur absolue et tranche alors le diagnostic; il n'en est pas de même de son absence, aussi faut-il répéter les examens et faire de nombreuses préparations. Malheureusement, au début, on n'observe qu'exceptionnellement le bacille tuberculeux dans les crachats; il paraît ordinairement à une période où les signes que nous venons d'étudier ont largement assuré le diagnostic.

Possibilité de l'existence de la syphilis en Amérique avant Christophe Colomb.—M. Neumann (de Vienne) remarque que les personnages qui orient les poteries de l'ancien Pérou, ont des déformations que l'on peut rapprocher de certains symptômes syphilitiques: effondrement de la cloison nasale, nez en lorgnette, ulcérations, altérations dentaires analogues à celles de l'hérédosyphilis. Si, d'après ces particularités, il n'est pas possible d'affirmer l'existence de la syphilis en Amérique avant l'arrivée des Européens, on peut du moins la supposer.

LE BANQUET DES MÉDECINS

QUÉBEC ET MONTRÉAL.

La Société Médicale de Montréal et la Medico-Chirurgical Society ont organisé un joli banquet qui a eu lieu à l'hôtel Windsor, mardi le 21 février 1905. La grande salle des dîners, pouvant contenir tous les médecins de Montréal, n'était pas remplie, mais 210 convives étaient présents. Ce fut un succès, car c'est la première fois que les membres de la profession médicale de Montréal, des deux langues se réunissent pour boire ensemble le vin de l'amitié, et pour échanger leurs idées, dans une parfaite confraternité, aux sons d'une douce harmonie. La majorité des médecins présents étaient Canadiens-français; cette réunion était due principalement à l'initiative de notre Société Médicale.

Généralement nos amis de langue anglaise adhèrent avec courtoisie à tous les projets intelligents et rationnels que nous avons l'honneur de leur soumettre, mais ils n'y participent jamais avec autant d'enthousiasme que s'ils en étaient les promoteurs. C'est un état d'âme héréditaire; ils ont été, pour bien des raisons les pionniers de nombreuses entreprises dans notre pays, et sont plus habitués à commander qu'à s'unir pour former une grande armée nationale.

C'est bien sur le terrain neutre de la science médicale que doit se faire l'union parfaite des nationalités qui veulent se développer harmonieusement et travailler de concert à la recherche de la vérité, en faisant le bien. L'enthousiasme modéré du 25 dernier ira croissant, et l'an prochain le succès sera plus grand encore.

Pour prendre notre place au rang élevé que la profession médicale mérite d'occuper dans la hiérarchie des professions libérales, elle doit donner des signes d'une vigoureuse santé. Pour atteindre ce but, des courants de chaudes sympathies doivent fondre la glace qui tient souvent éloignés des confrères qui seraient plus puissants et plus heureux s'ils étaient plus près.

On a écrit que nos confrères de Québec ont envoyé au banquet de Montréal un délégué, qui, pris dans les glaces, n'a pu se rendre à notre invitation. Il existe entre les mé-

médecins des deux villes des dissentiments qui n'ont aucunement leur raison d'être. De part et d'autre on affirme ce qui n'est pas toujours vrai, et on réclame ce qui n'est pas toujours juste. Ainsi, à ce banquet, comme dans d'autres circonstances, certains orateurs n'ont pas été généreux pour partager la part de gloire qui revient à nos amis de Québec. À les entendre, la Société Médicale de Montréal a accompli seule, des œuvres grandioses; elle a tout fait pour relever le niveau moral et scientifique des membres de la profession médicale dans la province de Québec. Quand on prend la peine d'écrire et de lire de longs discours, d'après le dîner, qui sont généralement des préparations à la moutarde offertes comme dessert, il n'est pas poli de ne parler que de soi. En démontrant les grands mérites de ses bonnes actions, on n'a pas le droit d'être myope au point de ne rien voir de ce qui se passe en dehors de notre district. La province de Québec n'est pas assez grande, nos associations de médecins canadiens-français ne sont pas assez nombreuses pour que l'on puisse ignorer la part active que chacune d'elle a prise, soit à la conception d'un congrès ou à l'exécution d'un projet. "C'est par les vues d'ensemble, par les idées générales, dit Taine, qu'on reconnaît les esprits supérieurs."

Les membres de la Société Médicale de Montréal ne peuvent s'attribuer le mérite d'avoir fait plus que toute autre société pour la gloire de la profession médicale. Les centres d'enseignement universitaire sont toujours des foyers d'où partent des rayons lumineux et bienfaisants pour les intelligences éloignées. Il serait injuste de ne pas apprécier l'initiative et la persévérance de nos confrères de la vieille cité de Champlain, pour encourager et stimuler l'ardeur des médecins des districts ruraux.

S'il fallait établir le bilan des énergies déployées entre les médecins de Québec et de Montréal, pour améliorer notre *Tout médical*, nous croyons que la colonne de Québec serait plus longue que celle de Montréal.

Il ne faut pas conclure que nos bons amis de Québec sont parfaits et qu'ils n'ont jamais tort. Lorsqu'ils nous disent, par exemple, que nous ne sommes que 100 médecins à Mont-

réal, et que nous n'avons pas droit à un plus grand nombre de gouverneurs qu'eux, il est évident qu'ils n'affirment pas une vérité et qu'assurément ils ne défendent pas une bonne et juste cause.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons rien à gagner en nous cherchant querelle. Les personnalités publiées dans le "Bulletin" de Québec et "l'Union" de Montréal sont regrettables.

Un principe peut être défendu, un fait historique prouvé sans être obligé d'avoir recours au *Pas de clerc*, (Union médicale), ou au chauvinisme de M. V. (Bulletin de Québec). La thérapeutique doit posséder un remède efficace contre les rivalités de clocher. Nos professions sœurs auront pour nous d'autant plus de considérations, que nous seront *un corps vivant en parfaite harmonie avec tous ses membres*, et capable de rendre à la société les plus éminents services.

NOUVELLES

Lors du Congrès national anglais de la Tuberculose, tenu à Londres en juillet 1901, pendant la séance solennelle de clôture, M. le professeur Brouardel, président de la délégation française, avait été chargé par le gouvernement de la République française d'inviter les nations à réunir à Paris un premier Congrès international de la Tuberculose; un vote unanime des membres du Congrès ratifia cette offre de la France. Ce congrès international aura lieu à Paris, le 2 octobre 1905. Les expériences faites, dans toutes les parties du monde, avec le sérum antituberculeux de Marmoreck, seront groupées en faisceau et nous renseigneront davantage, touchant ses effets thérapeutiques. Nous espérons que l'Université Laval et la ville de Montréal seront officiellement représentées à ce congrès.

Monsieur le pharmacien S. Lachance vient de céder sa pharmacie à MM. Lanctot et Casgrain. M. Lachance s'occupera

exclusivement de ses spécialités pharmaceutiques, dont les excellents effets thérapeutiques sont reconnus de tous les médecins.

Traitement de la tuberculose par le sulfure de carbone.—M. le Prof. COROMILAS, d'Athènes, publie un mémoire contenant vingt-trois observations qui démontrent l'influence, sur les échanges respiratoires des tuberculeux, des préparations sulfo-carbonées, administrées par les voies digestive, aérienne et hypodermique. Les résultats obtenus sont excellents et bien supérieurs au sérum qui compte déjà à son crédit autant de malheurs que la tuberculine de Koch.

Myélites par toxines tuberculeuses.—Un certain nombre de faits cliniques tendent à démontrer qu'il y a des myélites toxiques tuberculeuses, indépendantes de toute production néoplasique dans la moëlle et ses enveloppes.

Dans la plupart des cas, les troubles nerveux sont ceux du *tubercule incipiens*.

Effets du sérum anti-tuberculeux.—Une des théories adoptées pour expliquer la fièvre au cours de la tuberculose aiguë consiste à dire qu'elle provient de l'action toxique de la tubercule sur l'organisme. L'auteur dans ses recherches s'est proposé de rechercher dans quelles mesures est influencée, par un sérum antitoxique, la courbe thermique chez un animal infecté expérimentalement. Le sérum employé est doué *in vitro* d'un fort pouvoir antitoxique vis-à-vis la tuberculine. On l'a injecté à des chiens inoculés par injection intra-veineuse, il n'a eu aucun effet sur la marche de la température pas plus d'ailleurs que sur le développement des lésions tuberculeuses.

PROF. ARLOING.

Une vache âgée de six ans, ne donnant aucune réaction à la tuberculine, a été mise dans un local absolument isolé. Au bout d'une année, l'employé qui la soignait est mort d'une tuberculose subaiguë. Peu de temps après, la vache donnait une

réaction positive à la tuberculine. Abattue, elle présentait des lésions tuberculeuses, des ganglions bronchiques et pulmonaires et de la plèvre.

L'auteur pense que l'animal a été contaminé par l'employé qui avait la mauvaise habitude de cracher partout.

Savez-vous combien l'on compte de cheveux sur une tête humaine? Des statisticiens se sont livrés à ce petit jeu. Les uns ont compté la quantité de cheveux qui recouvrait un pouce carré sur plusieurs têtes différentes, et ont établi une moyenne qui a donné 1,076 cheveux. Or la superficie d'une tête humaine étant à peu près de 120 pouces carrés, le nombre total des cheveux serait de 127,920.

D'autres plus consciencieux dans leurs recherches, ont spécifié l'importance des cheveux suivant la couleur, et nous donnent les chiffres suivants: cheveux rouges, 9,200; cheveux bruns, 11,800; cheveux noirs, 105,050; cheveux blonds, 143,000. Les cheveux blonds étant les plus fins et les rouges les plus gros.

Une école de médecine à Pékin.—Trois missions protestantes, dont une anglaise et deux américaines, ont décidé de fonder en commun une Ecole de médecine accessible aux étudiants de n'importe quelle confession. L'impératrice-mère a souscrit pour une somme de 35,000 couronnes. La dépense totale nécessaire par la susdite fondation est estimée 250,000 couronnes.

La médecine est une science et un art; pour y bien réussir, il faut une intelligence servie par le droit jugement de la raison; son art est tout de nuances comme la vie, tout de diversité comme les tempéraments, tout d'opportunité comme les circonstances.