

# MONTREAL-MEDICAL

---

VOL. I

OCTOBRE 15

No 8

---

## A NOS LECTEURS

Grâce aux sympathies agissantes d'un bon nombre de nos lecteurs, qui ont eu l'aimable obligeance de verser à l'avance le prix de l'abonnement, le MONTREAL-MÉDICAL, dépourvu de toute ambition d'intérêt matériel, a l'honneur de vous offrir une revue de 52 pages.

Poursuivani toujours notre but, nous continuons à faciliter la tâche du praticien en lui présentant la science sous la forme la plus claire et la plus "condensée" possible, afin de pouvoir connaître beaucoup en peu de temps.

Nos plus sincères remerciements à ceux dont la générosité a fait grandir notre journal au profit de tous.

LA RÉDACTION.

*N. B.—Dès qu'un plus grand nombre de versements aura augmenté nos ressources pécuniaires, nous nous ferons un agréable d'avoir de vous présenter une revue plus considérable encore.*

## LE PIED HUMAIN

Quelques considérations anatomiques et chirurgicales

Par M. le DR MIGNAULT, Professeur d'Anatomie descriptive.

(Suite de la page 221)

L'articulation que nous venons d'étudier est appelée, par les chirurgiens, la médio-tarsienne ou "l'articulation de Chopart". Si dans le pied normal tout est disposé de manière à ce qu'elle puisse résister au poids qu'elle est appelée à porter, elle peut encore, dans certaines circonstances, acquérir une mobilité qui peut de beaucoup compenser à une ankylose de l'articulation tibio-tarsienne.

C'est ainsi que je voyais, dernièrement, une jeune garçon qui avait été opéré par mon ami le docteur Amédée Marien. Cet enfant avait eu par suite d'une paralysie des muscles péroniers un "talipes valgus" très prononcé, et pour y porter remède, le docteur Marien avait dû enlever la portion externe de la poulie astragalienne et fixer ensuite l'astragale entre la mortaise des maléoles par une cheville d'ivoire. Pour compenser à cette ankylose artificielle, il s'est produit graduellement un retranchement des ligaments de l'articulation de Chopart, de sorte que ce nouveau mouvement remplace la flexion et l'extension du pied qui étaient perdues. La boiterie, qui était d'abord très marquée, est presque entièrement disparue.

Comme nous le voyons par le schéma, l'arche du pied est continuée par le cunéiforme interne et par le premier métatarsien dont l'extrémité antérieure repose sur le sol.

Si nous examinons maintenant le jeu de cette arche, nous voyons qu'en marchant, nous nous appuyons d'abord sur le talon, et puis pour faire un pas, nous levons le calcaneum au moyen des muscles puissants des mollets, tout le poids du corps étant porté d'abord sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien. Cette extrémité antérieure n'est pas cependant seule à porter le fardeau, car vu la position oblique du pied, nous nous appuyons ensuite sur les extrémités antérieures des autres métatarsiens qui s'étalent de manière à fournir un appui large et solide, et pendant ce temps le corps s'incline un peu de ce côté et l'autre pied va se porter un peu plus en avant. Je crois

que cette oscillation du corps est produite par la contraction du grand psoas, et elle est très perceptible lorsque nous regardons marcher devant nous un certain nombre d'hommes dont le pas s'accorde. C'est ce que les militaires appellent le "ballant" du régiment.

Tant que l'arche du pied est à l'état normal, ce mouvement s'accomplit avec grâce et facilité, mais lorsque cette voûte osseuse s'est effondrée, et le sujet ayant le "pied plat", au lieu de lever le talon et de décrire avec son pied un arc de cercle en marchant, il "fauche", comme on dit communément.

L'articulation entre le premier métatarsien et la première phalange du gros orteil est un lieu de prédilection pour l'arthrite goutteuse. Pendant la période aiguë de cette affection, tout mouvement devient impossible, et après plusieurs "poussées" de cette diathèse il survient une difformité de l'articulation qui donne au porteur une démarche difficile et peu gracieuse.

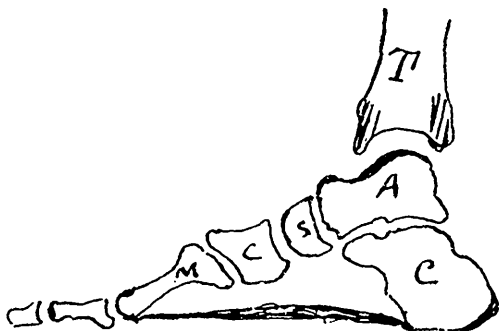


Schéma du pied avec l'aponévrose plantaire.

On a coutume de parler souvent des pieds mignons des chinoises, chez qui le goût national prescrit dès le bas âge des appareils qui détruisent complètement l'arche du pied. Ces dames sont bien charmantes, dit-on, mais elles ont une manière de marcher qui n'est pas tout-à-fait idéale, du moins pour nous, les "chiens de l'Occident", selon l'aimable expression des hommes de l'Empire du Milieu.

D'un autre côté, nous pourrions dire que les talons démesurément élevés, et les chaussures trop étroites des mondaines de notre côté du globe, peuvent à la longue produire un pied beaucoup moins parfait, beaucoup moins "mignon" anatomiquement parlant, que l'on pourrait le supposer.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des ligaments qui tiennent en position l'ossature du tarse, mais nous avons en outre la portion médiane de l'aponévrose plantaire, qui mérite une description spéciale. Cette membrane est insérée en arrière sur les tubérosités du calcaneum et en avant se termine par des languettes qui vont se fixer sur la face dorsale des articulations métatarso-phalangiennes.

Cette aponévrose joue un double rôle: elle protège d'abord les muscles et les vaisseaux qui se trouvent sur la face plantaire du pied, et puis, étant beaucoup plus courte que les os qui composent l'arche du pied, elle les force à rester en position comme la corde qui fléchit un arc.

Pour accomplir cette dernière fonction, il faut qu'elle soit extrêmement forte et résistante, mais d'un autre côté elle peut souffrir à la longue lorsque l'effort est trop prolongé, ou lorsqu'elle est soumise à une tension trop forte.

C'est ainsi que l'on voit des hommes, dont le travail les oblige à rester longtemps sur les pieds, se plaindre de douleurs aiguës autour des insertions calcanéennes du fascia plantaire. Les douleurs qui cessent après quelques heures de repos reprennent aussitôt que le sujet a marché pendant quelques minutes, et j'ai vu plusieurs cas où les souffrances étaient presque intolérables.

Ce sont les gros hommes qui semblent en être le plus souvent affectés, ce qui du reste est bien naturel vu le poids que l'arche du pied est appelée à supporter.

J'ai vu opérer ces cas par une section du fascia, mais avec peu de succès. Le seul remède que je connaisse est un repos prolongé et des bains de pieds chauds, qui semblent peu à peu diminuer l'inflammation qui entoure les insertions de l'aponévrose. Je crois aussi que certains sujets rhumatisants peuvent souffrir de la même manière, même sans une station trop prolongée sur les pieds.

Nous allons maintenant parler des muscles du pied.

Dr MIGNAULT.

*Professeur d'anatomie descriptive.*

(A suivre)

**CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES**

PAR M. LE PROFESSEUR RAYMOND

**Exemples de sclérose latérale amyotrophique**

Certaines affections chroniques du système nerveux, à évolution plus ou moins lente, se présentent sous des aspects variés, de telle sorte que le médecin est exposé à faire des erreurs de diagnostic et, ce qui est plus grave pour lui, des erreurs de pronostic. Ce n'est pas impunément qu'il aura annoncé une maladie de longue durée, alors qu'en six mois elle se sera terminée par la mort du patient. La famille ne saurait le juger d'après son diagnostic, ni d'après le traitement, puisque, dans les maladies chroniques, il n'y a pas grand'chose à faire ; elle le jugera d'après le pronostic qu'il aura porté.

Il faut donc que vous connaissiez les aspects multiples d'une même maladie. Dans vos auteurs classiques, vous ne trouvez que des schémas—et il n'en saurait être autrement ; donc, pour que vous sachiez que tel cas où les phénomènes morbides ont débuté dans une extrémité du corps ne diffère pas d'un autre cas où ils ont débuté dans l'extrémité opposée, et qu'un symptôme placé au premier rang chez un individu, et au dernier rang chez un autre, est dû à une même cause, il faut que vous ayez une certaine expérience clinique ; pour vous reconnaître au milieu de toutes ces apparences, vous devez avoir vu beaucoup de malades.

Le premier de ceux que je vous montrerai aujourd'hui est un maçon, qui, à l'âge de sept ans, a souffert d'une pneumonie dont il a bien guéri, et un détail intéressant : c'est qu'il a été réformé au service militaire pour hyperhidrose des pieds, qui était très prononcée.

Un jour, il y a un an de cela, il tombe dans l'eau froide d'un puits ; après ce bain forcé, son hyperhidrose se supprima. Et je dois vous dire que j'ai vu plusieurs myélites aiguës se développer à la suite de la suppression brusque des sueurs des extrémités. Pour notre malade aussi, la disparition de son infirmité ne fut qu'un avantage apparent.

Au bout de trois mois, en effet, en avril 1900, il éprouva un engourdissement dans le poignet et dans la main du côté droit.

C'était un engourdissement simple, non douloureux, qui ne l'empêchait pas de faire son métier. Mais bientôt l'engourdissement s'accroît; au lieu d'être une sensation passagère, ressentie huit ou dix fois par jour, il devient permanent — puis, il gagne l'avant-bras, puis le bras entier. Au mois de juillet, malgré ces troubles de la sensibilité subjective, l'homme travaille encore, mais, en août, la faiblesse de son bras est telle qu'il ne peut plus fournir que quelques heures de travail et, en septembre, cinq mois après le début des accidents, il est obligé de cesser son métier. Dans ce même mois de septembre, la main s'amaigrit: plus tard l'amaigrissement progresse, envahit l'avant-bras, et le malade se décide à venir à Paris, pour demander conseil. Il est dans notre service depuis un mois.

Vous voyez qu'il se sert bien de son bras gauche, dont l'aspect est normal. Le bras droit est immobile et appliqué contre le tronc. Comparez les deux membres. La main gauche a le volume et les dimensions d'une main ordinaire; au contraire, la droite est petite, amaigrie, creusée: elle a une coloration rouge très marquée, et le malade a plus froid aux doigts de la main droite qu'à ceux de la main gauche.

Le deltoïde est le siège de contractions fibrillaires incessantes et, le bras du malade étant étendu, je les sens passer sous ma main posée sur ce muscle; elles existent, de même, dans le biceps et le coraco-huméral amaigris comme le deltoïde. Pour soulever le bras, pour l'écarter ou pour le rapprocher du tronc, je n'éprouve aucune résistance. Tous les muscles du membre sont parésés et atrophiés, ceux des segments inférieurs plus que les autres. L'éminence thénar a disparu, les mouvements d'abduction et d'opposition du pouce sont impossibles; l'éminence hypothénar est aussi très fortement touchée; la flexion des doigts est presque impossible: il n'y a plus d'inter-osseux et entre les métacarpiens existent de profonds sillons; les doigts ne peuvent plus être écartés les uns des autres. Les extenseurs et les fléchisseurs sont atrophiés, parésés; le malade ne saurait relever sa main. Le long supinateur garde encore quelque force; le grand pectoral est en train de se prendre.

Je ne trouve aucune espèce de contracture: je plie, j'allonge son bras sans être gêné par la moindre raideur. C'est un détail important à noter, car il pourrait nous conduire à un diagnostic inexact.

La face a conservé son aspect normal et je ne remarque aucun phénomène dans le domaine des nerfs crâniens. L'intelligence, d'ailleurs, est demeurée nette et la mémoire intacte.

Le réflexe massétéрин que l'on obtient en percutant le doigt posé sur le menton est très fort. Les réflexes osseux et tendineux du bras droit sont manifestement exagérés au poignet, au coude, à l'épaule; l'épaule se relève violemment quand on percuté l'épine de l'omoplate à la partie supéro-externe. Les réflexes cutanés sont normaux. Il existe des réactions de dégénérescences énormes dans les muscles en voie d'atrophie. Par contre, l'étude de la sensibilité objective ne révèle aucun trouble. Le bras gauche n'a rien perdu de son volume; sa force musculaire paraît conservée quand on la mesure par la résistance aux mouvements imposés à ses différents segments; mais au dynamomètre, il n'amène que 26. Toutefois, le malade dit qu'il n'a pas conscience d'avoir perdu sa force dans le bras gauche. Il le meut bien, sans raideur. Ce bras n'est le siège d'aucun trouble de la sensibilité objective; mais ses muscles sont agités de contractions fibrillaires.

Le tronc est absolument normal.

Du côté des membres inférieurs, nous retrouvons les contractions fibrillaires, surtout dans le quadriceps fémoral du membre gauche. Les réflexes sont exagérés; nous pouvons provoquer de la trépidation spinale à droite et à gauche. Le réflexe des orteils se fait en extension. Donc, malgré l'apparence normale de leur volume, bien que leur force aussi paraisse conservée, les membres inférieurs n'en présentent pas moins des signes inquiétants: contractions fibrillaires, exagération des réflexes, réflexe des orteils en extension.

Les sphincters fonctionnent régulièrement.

Tel est l'état du premier malade.

Un deuxième malade, atteint de la même affection, en offre un exemple plus complet:

C'est un homme de 29 ans, exerçant la profession de peintre en bâtiment, depuis douze ans, — il est bon de retenir la nature de la profession du malade. Si nous cherchons dans ses antécédents héréditaires, nous trouvons que le grand-père s'est pendu et qu'une sœur a été choréique; ses antécédents personnels sont absolument bons, jusqu'en 1898. Cette année-là, il

est tombé d'un échafaudage et s'est fait au genou une contusion dont il a bien guéri.

C'est en février 1900 qu'a débuté l'affection actuelle, et les premiers accidents se sont manifestés dans la main gauche.

Comme notre premier malade, il a éprouvé d'abord une sensation d'engourdissement, d'onglée qui n'était pas permanente, qui durait quelques minutes, et, d'autres fois, une ou plusieurs heures, et qui revenait plusieurs fois par jour. Puis, la sensation d'engourdissement demeura continue; ensuite, elle se compliqua de la parésie de la main; en juillet, le malade pouvait à peine tenir son pinceau. En août, les muscles du pouce commencèrent à maigrir et l'atrophie ne tarda pas à gagner les autres muscles de la main, puis ceux du bras. En septembre, la maladie envahit le côté droit dont la main se prend la première. Deux mois après, à la fin de novembre, les membres inférieurs sont touchés à leur tour, et la marche est gênée. La maladie n'a subi qu'une légère progression.

L'intelligence est demeurée intacte: chez aucun de ces malades, on ne trouve de troubles mentaux et pas un auteur n'en signale. Le nôtre ne fait pas exception à la règle. Il est triste, mais sa tristesse n'est point exagérée, elle est en rapport avec la juste appréciation de sa situation.

Le début des accidents s'est fait aux membres supérieurs, d'abord à gauche, et aujourd'hui les deux bras sont collés au tronc, le gauche plus que le droit; vous remarquez l'amaigrissement considérable des mains, des avant-bras, des bras: vous voyez des secousses fibrillaires, agiter les masses musculaires à droite et à gauche; la main gauche est pendante, creusée sur sa face postérieure dans les espaces intermétacarpiens et sur sa face antérieure; les interosseux ont disparu, l'adducteur du pouce est atrophié, les éminences thénar et hypothénar sont fondues: c'est une main de singe.

Les lésions de la main droite sont très avancées: l'atrophie des interosseux, celle des éminences thénar et hypothénar est presque complète. Les mouvements des pouces, des doigts même sont supprimés; c'est à peine si le malade relève son poignet droit.

Le biceps, le coraco-brocchial, le triceps sont assez bien conservés; le deltoïde peut difficilement relever le bras. Le trapèze est resté intact et résiste bien quand on veut abaisser, avec



la main, l'épaule que le malade a, au préalable, levée. Le grand pectoral a peu de chose, car il s'oppose assez vigoureusement à ce qu'on écarte le bras du thorax.

Les muscles du tronc sont d'une faiblesse qui est mise en évidence par la facilité avec laquelle on le fait fléchir.

Tous les muscles atteints présentent des troubles profonds dans les diverses réactions électriques; par contre, on ne saurait déceler la moindre altération de la sensibilité. Les réflexes sont exagérés: il existe même une sorte de trépidation épileptoïde de la main.

Pour se lever, alors qu'il est assis, le malade est obligé de prendre un point d'appui et de faire un effort, à cause de la faiblesse des muscles du tronc. Pour se tenir debout, il écarte les jambes; quand il s'avance, il a une allure saccadée, son pied frotte par la pointe; jusqu'à un certain degré, sa démarche est spasmodique.

Aux membres inférieurs, la force segmentaire est diminuée, moins cependant qu'aux membres thoraciques; elle l'est surtout aux extrémités. Une certaine atrophie a déjà frappé les muscles du groupe antéro-externe de la jambe droite; celle des mêmes muscles de la jambe gauche est plus légère. Nous n'apercevons aucun trouble trophique; nous ne constatons pas de désordre de la sensibilité. Des contractions fibrillaires agitent les muscles de la cuisse. Les réflexes sont exagérés; nous pouvons provoquer la trépidation spinale. Les réactions électriques sont, comme vous le pensez bien, des réactions de dégénérescence.

La vessie et le rectum fonctionnent régulièrement.

Depuis un mois, de nouveaux phénomènes sont apparus, du côté des lèvres et de la langue. La langue présente des contractions fibrillaires et elle est moins mobile; l'occlusion des lèvres est gênée; le malade peut siffler, peut envoyer un baiser, mais avec quelque légère difficulté. Je vous signale la grande exagération du réflexe massétérin: il existe, en quelque sorte, une trépidation spinale du masséter; rien qu'en percutant l'extrémité de son tendon, on provoque une série de secousses dans la mâchoire inférieure.

En résumé, la maladie a débuté par la main gauche, a suivi une marche ascendante; puis, elle a passé dans l'autre mem-

bre supérieur, puis dans les membres inférieurs et, enfin, dans la langue et les lèvres.

Quelle est cette affection ? Pour être capable d'en juger, j'ai fait toutes les constatations cliniques que j'ai pu trouver, les constatations positives et les constatations négatives.

J'ai noté qu'il y avait atrophie musculaire, que cette atrophie avait envahi les muscles de la main, qu'elle ne s'accompagnait pas de troubles de la sensibilité. Aurions-nous donc affaire à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne ? Dans la maladie d'Aran-Duchenne, les troubles de la sensibilité font défaut et les contractions fibrillaires existent, absolument comme chez nos deux malades ; mais l'atrophie est le phénomène capital : c'est elle qui entraîne comme conséquence une diminution de la force motrice proportionnelle au degré de l'atrophie ; la paralysie est une conséquence de l'atrophie musculaire et se montre après elle ; elle lui est adéquate. Dans nos deux cas, au contraire, l'engourdissement, la parésie de la main ont précédé l'amaigrissement ; l'atrophie n'a pas attaqué les muscles un à un, elle les a atteints en masse. Ceci nous éloigne déjà du diagnostic atrophie Aran-Duchenne. D'autre part, si, pour le rejeter définitivement, nous ne pouvons invoquer l'existence de phénomènes bien accusés de contractures, puisque nous n'en constatons pas, nous pouvons cependant faire grand cas de l'exagération des réflexes tendineux et de la trépidation épileptique qui sont des phénomènes spasmodiques indéniables. De plus, la marche des accidents a été beaucoup plus rapide qu'elle l'aurait été dans l'atrophie musculaire progressive : songez que notre deuxième malade a déjà des phénomènes bulbaires au bout d'une année ; ils apparaissent beaucoup plus tardivement quand ils terminent une atrophie musculaire primitive.

Il ne s'agit donc pas, pour nos cas actuels, d'atrophie musculaire, forme spinale ; et encore moins d'atrophie progressive, forme myopathique, familiale ; l'âge de nos sujets en est, à lui seul, une preuve décisive.

Nous ne songerons pas davantage à la syringomyélie parce que nous n'avons pas de troubles de la sensibilité ni de déformation dorso-lombaire de la colonne vertébrale ni de troubles trophiques ; nous n'y songerons pas, parce que l'évolution de la

syringomyélie est lente, sauf dans les formes pachyméningéti-ques et que chez nous les accidents se sont précipités.

Les phénomènes bulbaires qu'offre le deuxième malade rendent inutile toute discussion au sujet d'une paralysie saturnine qu'au début on aurait pu soupçonner, puisqu'il était peintre depuis de longues années.

Le premier malade n'a jamais ressenti de douleurs spontanées et violentes dans ses membres; la compression de ses muscles ne réveille chez lui aucune souffrance; ses réflexes sont exagérés; pour tous ces motifs, nous pouvons dire que son état ne résulte pas d'une polynévrite généralisée, forme amyotrophique, d'une névrite disséminée s'accompagnant d'une amyotrophie diffuse.

Pour lui, comme pour son camarade, je m'arrête au diagnostic de maladie de Charcot, de sclérose latérale amyotrophique.

---

## LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

### A l'étranger et au Canada

Tout progrès en hygiène est un gain sur la mort.

Toute dépense servant à l'amélioration de l'hygiène publique est une économie.

Sachant que la valeur d'une personne adulte, calculée d'après ce qu'elle peut produire, est en moyenne de 600 piastres par an, il est prouvé d'une manière évidente par des chiffres d'une exactitude reconnue, que l'Angleterre, par ses mesures sanitaires a fait de 1880 à 1889, une économie de 600 millions de piastres. Partout où les lois sanitaires furent appliquées, on en retira un grand bénéfice moral, matériel et social.

Aujourd'hui, dans tous les pays, on a organisé de multiples sociétés pour enrayer la marche croissante du plus grand fléau moderne: "la tuberculose".

Aux Etats-Unis, 200 sanatoriums reçoivent 60,000 tuberculeux.

En Allemagne, 85 sanatoriums abritent 14,208 malades.

En Angleterre, on compte 25 sanatoriums, et, au congrès de la tuberculose tenu dernièrement à Londres, le comité général a reçu la somme de \$500,000.

En France, il existe 30 sanatoriums pour les tuberculeux, et la ville de Paris a souscrit un million et demi de francs pour l'isolement de ses malades.

La Suisse possède 12 sanatoriums.

La Norvège possède 5 sanatoriums.

Le Danemark possède 6 sanatoriums.

La Belgique possède 3 sanatoriums.

L'Écosse possède 3 sanatoriums.

L'Irlande possède 3 sanatoriums.

Montréal possède 0 sanatorium.

En Australie, le gouverneur a donné 123,000 livres pour hospitaliser les tuberculeux.

En Danemark, l'état vient de voter 130,000 francs pour construire un sanatorium.

Oscar II, roi de Suède, a donné 6 millions de francs pour les sanatoriums, en faveur des tuberculeux indigents.

En Russie, le Tsar vient de faire don à une société anti-tuberculeuse, d'une vaste propriété et d'une somme de 250,000 piastres.

Au Japon, le gouvernement effrayé des ravages causés par la tuberculose, vient de prendre l'initiative de créer différents sanatoriums pour ses malades.

Au Canada, les gouvernements de la province d'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont voté un crédit en faveur des sanatoriums pour les tuberculeux et paient une somme hebdomadaire pour chaque malade.

Dans la province de Québec, la métropole du Canada, au lieu d'être à la tête des grands progrès sanitaires, n'a pas même encore suivi l'exemple donné par les centres moins importants.

Montréal est la seule ville du monde civilisé ayant une population de 300,000 âmes qui n'ait pas de sanatorium pour ses tuberculeux indigents refusés de tous les autres hôpitaux.

Ici, environ 5,000 de ces malades sèment partout la terrible maladie dont ils sont infectés.

Dans notre ville 927 personnes tombent chaque année victimes de la tuberculose; ils périssent tous parce qu'on ne nous donne pas de quoi les soigner.

## Résultats obtenus dans les sanatoriums étrangers :

	Mortalité P. %	Guérison P. %	Amélioration P. %
Falkenstein . . . . .	4	14	77
Goerberslorff . . . . .	7	25	72
Reiboldsgrüm . . . . .	2	27	73
Darvos . . . . .	4	40	40
Hohenhornef . . . . .	4	58	40
Nordrac . . . . .	4	30	65
Halila Findabde . . . . .	13	37	33
Canigou . . . . .	73	44	33
Adirondack . . . . .	13	25	35
Winyab . . . . .	4	23	43
Leysin . . . . .	16	12	59
Rehburg . . . . .	28	40	32
Ventuor . . . . .	4	18	60
Arcschon . . . . .	29	70	46
Ormesson Villiers . . . . .	8	34	35
(Enfants tuberculeux)			

En présence de faits aussi éloquents, nous arrivant de toute part, il n'est pas permis de s'immobiliser plus longtemps dans le "statu quo" déplorable qui est une honte pour notre province de Québec et pour notre ville de Montréal, dans laquelle on voit le nombre de décès causés par la tuberculose augmenter chaque jour. La profession médicale a sonné l'alarme depuis longtemps !

Il appartient au pouvoir public et aux différents bureaux d'hygiène d'organiser une lutte énergique pour conjurer le danger qui nous menace.

Si demain, l'on construisait sur une jolie colline, près de Montréal, un sanatorium de 200 lits, aussitôt, 200 tuberculeux laissant leurs 5,000 compagnons de malheur, accourraient pour recevoir la guérison du début de leur germination tuberculeuse.

Dr ELLE.

---

L'ACONITINE a causé depuis quelque temps un certain nombre d'empoisonnements. Le Dr Garand (Saint-Etienne) a fait l'autopsie d'une femme morte après l'ingestion de un milligramme et demi de cet alcaloïde, administré en trois doses à une demi-heure d'intervalle. Il est donc prudent de ne l'employer qu'à petites doses et de commencer par des quantités très faibles, un dixième de milligramme, par exemple.

## LES GASTRALGIQUES ET LA GASTRALGIE

PAR M. LE PROFESSEUR PETER

Je veux aujourd'hui vous parler des gastralgiques et faire l'étude de la gastralgie; j'ai quelques faits typiques à vous citer.

C'est d'abord l'histoire d'un jeune homme que j'ai suivi depuis plus de quinze ans. Il éprouvait alors, à certains moments, de vives douleurs au niveau de l'estomac. Avec cela, il avait un appétit vorace, une sorte de boulimie par suite, à la fois de la surexcitabilité de son pneumogastrique et du "vide à combler" que lui faisait sa dilatation stomacale. A son déjeuner, il dévorait un perdreau froid tout entier, des tranches de jambon, de la purée de pommes de terre, le tout arrosé d'une bouteille de vin de Champagne. Puis, au bout d'une demi-heure, de trois quarts d'heure environ, il s'introduisait le doigt dans la bouche, et, ainsi, se faisait vomir. Mais pourquoi ce manège bizarre? C'est que d'abord il éprouvait une sensation de faim très vive, presque violente; il mangeait alors et calmait ainsi son estomac. A ce calme succédait la douleur dont il se délivrait en se faisant vomir.

Il y avait là un véritable cercle vicieux: le malade mangeant pour apaiser l'excitabilité douloureuse de son estomac, puis provoquant le vomissement pour se débarrasser d'une nouvelle douleur. Rapidement ce jeune homme s'était amaigri, affaibli et ressemblait à un phthisique.

Tout d'abord je fus frappé de l'acidité des matières vomies par lui, et j'instituai un traitement par le régime azoté (viandes diverses), la presque abstinence des féculents et par le bicarbonate de soude à hautes doses, que le malade prenait par cuillères à café, en même temps que l'eau de Vichy. En outre, je fis appliquer des pointes de feu sur l'estomac; plus tard j'ordonnai l'hydrothérapie. Il guérit en quelques semaines, mais pour échouer dans l'aliénation mentale complète, avec agitation, délire érotique, etc. Dans la rue, il poursuivait les petites filles, et il fallait qu'un domestique tutélaire le suivît pour prévenir tout scandale. La folie du cerveau avait remplacé celle du pneumo-gastrique stomacal. Il est guéri maintenant de son aliénation mentale; mais il est resté "toqué"; c'est un hypochondriaque: il se fait cautériser les mains, les bras, sous pré-

texte que cela le soulage. Sur ces brûlures se sont développées de petites kélôïdes qu'il veut faire enlever au bistouri; c'est un véritable désir d'hystérique. De temps à autre sa dyspepsie acide reparait; les douleurs reviennent, et il guérit de nouveau par le bicarbonate de soude. Voilà donc un fait typique de gastralgie, avec douleurs calmées d'abord par les aliments, puis revenant ensuite; et où l'on voit bien, par l'alternance des accidents nerveux stomacaux et psychiques, que la gastralgie dépend d'un vice général de l'innervation.

Ce n'est pas tout; ce qui vient confirmer la névrose, c'est que ce malade présente des antécédents nerveux héréditaires. Son père est un fou hypochondriaque; il a une sœur complètement folle, internée depuis deux ans; elle est incurable, et ne présente aucun trouble de l'estomac; elle est polymaniaque. Le frère a eu de la folie stomacale suivie de folie cérébrale et il est resté déraisonnable.

Chez une jeune fille, atteinte également de gastralgie, on observait une répulsion très vive pour les aliments, bien que l'appétit fût conservé. C'est ce que Lasègue a appelé "l'anorexie hystérique", mais à tort, car il n'y a pas anorexie; le refus de manger est dû à la douleur éprouvée lors des repas et dont les malades se méfient. Cette jeune fille s'est émaciée et est morte deux ans plus tard de tuberculose. Elle aussi avait des antécédents héréditaires: une sœur aussi toquée qu'elle, un père aliéné, enfermé dans une maison de santé. Dans ce cas encore, la gastralgie est bien une névrose du pneumogastrique stomacal. Je puis vous citer enfin la malade du No 13 de la salle Trouseau. C'est une jeune fille nerveuse, débile. Elle était entrée dans une maison comme bonne à tout faire; mais elle dut quitter cette place en raison de sa faiblesse. Elle entra dans une nouvelle famille où elle se trouvait très bien; elle reprit de l'embonpoint et de la vigueur. Mais, le 29 avril dernier, on lui signifia qu'on n'avait plus besoin de ses services et on lui retira l'enfant qui lui était confié et à qui elle s'était attachée. C'était une double commotion. Presque aussitôt elle ressentit de vives douleurs à l'estomac et se mit à vomir tout ce qu'elle prenait; cela ressemblait aux vomissements incoercibles de la grossesse. Le 1er mai elle trouva une nouvelle place, mais elle ne put travailler. Enfin elle entra ici, affaiblie, souffrant beaucoup au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. La

pression sur l'épigastre était douloureuse; elle l'était moins sur l'hypochondre gauche. Alors aussitôt je pressai sur son pneumogastrique gauche et je provoquai un cri de souffrance. A droite, le pneumogastrique était douloureux, mais beaucoup moins. En pressant sur les parties latérales du cou, sur les insertions du nerf phrénique, il n'y avait pas de douleur, le pneumogastrique était donc seul douloureux.

(A suivre)

---

### LE PASSE ET LE PRESENT DE LA METHODE ANTISEPTIQUE

PAR M. LE PROFESSEUR LUCAS CHAMPIONNIÈRE

*(Suite de la page 226)*

La chirurgie pouvait se faire avec de l'eau, avec des cataplasmes, avec de la charpie, le topique était indifférent. La seule substance à laquelle on fit l'honneur de l'éloigner du contact des plaies, c'était le coton. Vous trouverez encore, courant le monde, cette notion qu'on ne peut appliquer de coton sur les plaies. Vous pouvez ajouter que le cataplasme de farine de lin, la source de tant de maux et de tant de morts, est une invention du dix-neuvième siècle.

Cependant, quel que fut le topique adopté, la chirurgie était si meurtrière qu'en la comparant à celle d'aujourd'hui on peut dire qu'elle n'existait pas.

Pour les opérations les plus simples, la mortalité due aux complications des plaies : infection purulente, érysipèle, lymphangites septiques, etc., était telle que la chirurgie n'avait aucune sécurité. Loin des grandes villes, la chirurgie, avec moins de complications était moins meurtrière, mais toujours misérable.

Mais même à la campagne, l'inflammation, la suppuration proprement dite imprimait une gravité sans recours à toutes les opérations faites sur les séreuses en général et sur le péritoine en particulier.

Cependant le temps venait où la résignation aux hécatombes de la chirurgie devait céder la place à une sorte de révolte con-



tre les doctrines régnantes. Cette révolte fut caractérisée par un retour à la doctrine de " ces topiques qui modifient la réparation des plaies " .

Pour certains, ce fut un retour pur et simple à des pratiques anciennes.

Il faut citer au premier rang les pansements à l'alcool. On ne doit pas oublier que dans les siècles passés le pansement à l'esprit de vin avait joui d'une vogue parfaitement justifiée.

On se servit d'alcool pur. Mais on se servit aussi, comme Le Cœur, de Caen, d'alcools composés; et ces alcools composés n'étaient que les vieilles formules de baumes d'autrefois.

On se servit de perchlorure de fer, de baumes, de résines, de glycérine. Le camphre jouit d'une faveur qui n'est pas oubliée. Mais une substance devait avant tout attirer l'attention : le goudron.

Notez encore que le goudron avait été de tout temps une substance chirurgicale. Ce fut un des meilleurs éléments de la chirurgie des Arabes.

Le goudron nous revint comme goudron de houille, et le " coaltar ", qui sous son nom anglais n'est que le goudron de houille, fit surtout parler de lui vers 1800.

L'action modificatrice qu'il exerçait sur la surface des plaies était évidente, ce qui n'empêcha pas l'immense majorité des chirurgiens d'en repousser l'emploi.

L'acide phénique, l'un des sous-produits du goudron, devait rapidement lui succéder. Une fois que l'expérimentation se fut adressée à cette précieuse substance, il était impossible qu'elle ne fût pas retenue au moins par des esprits observateurs et curieux.

Deux hommes surtout ont laissé leur nom dans l'histoire chirurgicale de la thérapeutique par l'acide phénique. L'un de ces deux hommes est aujourd'hui l'objet d'une exaltation rétrospective, c'est Déclat. L'autre, qui semble avoir eu une intuition beaucoup plus scientifique de l'action de l'acide phénique. Lemaire, est assez parfaitement oublié.

Les gens de leur temps peuvent constater cette ironie du sort. Tous deux s'accusent hautement et réciproquement de s'être volés en matière scientifique et expérimentale.

Il nous est bien difficile, aujourd'hui, de décider entre eux. Mais un lecteur impartial s'apercevra facilement que toutes les

publications de Lemaire ont une tournure infiniment plus scientifique que celles de Déclat. Pour ma part, j'incline à penser que ce fut bien Lemaire qui avait entrevu les conditions scientifiques de la réparation et le rôle des parasites ou même de leurs germes.

En pointant les phrases de ses ouvrages, on y trouve rétrospectivement de ces phrases prophétiques qui suffisent aujourd'hui à faire attribuer à un homme les plus grandes découvertes.

Si un homme plus instruit que Déclat ou que Lemaire avait repris leurs expériences, peut-être en serait-il sorti quelque chose. Mais cet homme ne vint pas. La chirurgie de Lemaire, comme celle de Déclat, se borna à constater que sous les topiques phéniqués, la suppuration s'atténuait, les plaies se réparaient plus vite, et les accidents des plaies se produisaient moins. C'était, avec quelque amélioration, le fait signalé pour le goudron, pour l'esprit de vin et pour tant d'autres topiques.

L'emploi de l'acide phénique, pour poursuivre toutes les formes de la putréfaction et de la fermentation, aurait dû intéresser au plus haut degré, et les livres de Lemaire sont sur ces sujets pleins de précieux renseignements. Là encore, j'estime qu'on a été injuste pour Lemaire. Si ces faits avaient été étudiés en leur temps, ils auraient eu des conséquences incalculables pour l'hygiène et l'économie sociale.

Quant à Déclat, en ce qui concerne l'acide phénique administré à l'intérieur, il suffit d'étudier cette application à la pathologie interne pour bien voir combien il était loin de la question qui allait surgir, corabien il était éloigné de la conception scientifique que ses amis ou ses héritiers veulent lui attribuer après coup, pour en dépouiller ceux qui l'avaient nettement formulée dès le début. Confondre la question de l'antisepsie chirurgicale et la question de l'acide phénique, c'est montrer une ignorance chirurgicale volontaire ou involontaire.

Messieurs, l'œuvre de Lister comme celle de Pasteur ont été précédées de bien des tentatives, d'efforts plus ou moins parfaits. Ces tentatives, d'Aristote à Raspail, ne diminuent en rien l'œuvre de Pasteur. Elles ne diminuent pas davantage celle de Lister. C'est à Lister que commence la chirurgie moderne. Elle ne commence pas à lui parce qu'il a employé l'acide phénique d'une façon plus heureuse que ses contempo-

rains ; elle commence à lui parce qu'il a trouvé la " formule nouvelle de la réparation des plaies ".

En 1865, Lister, qui avait reproduit les principales expériences de Pasteur, eut la pensée que les accidents des plaies pouvaient être attribués aux germes ambiants que Pasteur venait de démontrer dans l'air et sur tous les objets qui nous environnent.

Il eut la pensée que si on purifiait les plaies, les instruments, les objets de pansements, et si on empêchait, par un pansement, les germes de l'air de parvenir sur les plaies, elles se répareraient comme les plaies sous-cutanées sans complications. Ayant fait ses premières expériences sur des fractures compliquées, il les vit guérir comme des fractures simples.

Il appliqua le système aux opérations, et reconnut que non seulement il prévenait les accidents des plaies, mais qu'il prévenait la suppuration. Il affirma alors que la suppuration n'était pas un phénomène fatal de la réparation des grandes plaies, et établit toutes les conditions de la réunion par première intention qui, jusque-là, n'avait jamais été due qu'au hasard et qui, de ce jour, devint la règle normale de la réparation des plaies.

---

## TRAITEMENT DE L'EXCITATION CÉRÉBRALE CHEZ L'ENFANT

PAR M. LE PROFESSEUR COMBY

(Suite de la page 232)

Le tempérament nerveux, cause de tous les accidents, fait partie de la constitution de l'enfant, il durera autant que lui. Nous ne pouvons que le masquer, le réfréner, l'atténuer dans ses manifestations les plus violentes et les plus désobligeantes. L'enfant " agité " est un cérébral de naissance, un dégénéré supérieur si l'on veut ; il restera toute sa vie un cérébral, un dégénéré. La tare nerveuse sera plus ou moins manifeste suivant les circonstances de la vie, suivant les maladies, les excès, les chagrins, les événements heureux ou malheureux éprouvés par le sujet. Elle pourra donc s'atténuer ou s'exaspérer. Si la vie a été bonne, si l'hygiène a été convenable, si une direction in-

telligente n'a pas manqué au névropathe, il pourra vivre de la vie commune et remplir un rôle honorable dans la société.

Dans le cas contraire, sa diathèse nerveuse qui s'est manifestée dans l'enfance par l'excitation cérébrale, pourra se transmuter dans l'âge mûr en hystérie, en épilepsie, en vésanie, etc. De simples déséquilibrés ils peuvent devenir de grands malades, et le pronostic, bon en lui-même, comporte des réserves pour l'avenir.

#### IV

Le traitement est avant tout hygiénique. Il faut peu compter sur les médicaments antispasmodiques, narcotiques et paralytants dont une certaine école a abusé. Le bromure a détraqué bien des estomacs; on pourrait aisément compter les névrosés qu'il a guéris ou seulement soulagés. Certes, il faut apaiser, calmer l'hyperexcitabilité nerveuse. Mais les meilleurs sédatifs ne sont pas ceux des officines. Il faut s'adresser aux agents physiques.

Le traitement de l'excitabilité cérébrale chez les enfants exige de la part du médecin un grand tact et une grande légèreté de main.

Je ne prescris les médicaments, en pareils cas, qu'à mon corps défendant; pour donner des narcotiques, des antispasmodiques chimiques, j'attends d'y être forcé par un grand paroxysme (convulsions, etc.). En général, je me borne à calmer l'enfant par une hygiène physique et morale convenable.

1. Chez les nourrissons excités et bruyants, l'hygiène alimentaire étant d'ailleurs bien réglée, on se bornera à prescrire: la vie au grand air le plus possible, promenades au moins deux fois par jour; des bains tièdes (34° à 35°) de 5 à 10 minutes deux fois par jour.

Si l'enfant dort mal, on donnera le bain avant le coucher, le soir vers 8 ou 9 heures, pendant 15 à 20 minutes, pour détendre les nerfs et favoriser le sommeil.

Si l'agitation persiste ou augmente, on pourra avoir recours aux affusions froides, courtes et suivies de massage, et surtout au drap mouillé (drap trempé dans l'eau à 15°, tordu, enroulé autour de l'enfant pendant une heure, avec couverture par dessus); le drap mouillé peut être répété 2, 3, 4, 5 fois par jour. Quand l'enfant commence à reconnaître son entourage, à parler,

à s'intéresser à ce qu'il voit et à ce qu'il entend, je recommande de ne pas jouer avec lui, de ne pas le provoquer, de ne demander à son cerveau faible et irritable aucun effort, aucune fatigue. J'insiste pour que les visites soient supprimées et pour que l'enfant ne voie pas autour de lui trop de visages nouveaux.

2. Après le sevrage et dans la seconde enfance, la règle de conduite est la même. Les bains, le drap mouillé continueront à être employés. Déjà on pourra essayer les frictions sèches ou stimulantes (baume de Fioravanti) de la peau, les douches froides très courtes. Les repas seront bien réglés et rares (3 par jour); la plus grande sobriété est de rigueur; pas de vin, de café, de thé, de mets épicés, sucrés, vinaigrés, etc. La vie au grand air s'impose, la campagne a des effets sédatifs manifestes. Les bains de mer et même le séjour sur les plages seront interdits. On demandera peu de travail aux enfants excités, on se gardera de surmener leur cerveau. On veillera sur leurs jeux et sur toutes leurs occupations.

Ils ne veilleront jamais, se coucheront de bonne heure et n'iront pas au spectacle. On ne leur fera pas de contes effrayants.

Le fonctionnement du tube digestif sera surveillé de très près; la constipation sera prévenue ou combattue par un bon régime alimentaire, par quelques laxatifs, par des lavements glycélinés.

3. Les médicaments, le bromure de potassium en particulier, ne seront prescrits que très exceptionnellement. Si l'insomnie est invincible, on pourra donner un peu de bromure, ou mieux, du trional, du tétronal (7 grains le soir); quelquefois l'antipyrine (5 à 12 grains en une fois).

---

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

(Professeurs: Hayem, Huchard, Debove, Robin.)

---

On a trouvé dans certaines confitures aux fraises des traces d'acide salicylique, falsification antiseptique pour prolonger leur conservation.

## DE LA NEPHRITE LATENTE

Nouveau procédé pour en établir le diagnostic

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Les complications rénales qui surviennent chez les saturnins sont extrêmement fréquentes, et il n'est pas d'années où, dans notre service d'hôpital, nous n'ayons l'occasion de faire l'autopsie d'un saturnin mort d'urémie, et présentant de petits reins rouges contractés, caractéristiques de la néphrite interstitielle.

Je voudrais, à l'occasion d'un homme actuellement soigné dans le service, vous montrer que, même chez les saturnins qui, cliniquement, ne présentent pas les signes caractéristiques de la néphrite atrophique, le fonctionnement rénal peut être insuffisant.

Il s'agit d'un malade âgé de soixante-deux ans, ayant des accidents saturnins multiples, mais les plus notables affectent le système nerveux. Il a eu dix-sept crises de coliques de plomb dans les quinze dernières années, toutes d'une grande violence. De plus, il s'est développé chez cet homme, sous l'influence de son intoxication saturnine, des accidents hystériques multiples: attaques de nerfs, hémiplégie, paralysie radiale, hémi-anesthésie sensitive, sensorielle, etc. Mais lorsqu'un individu est soumis à un empoisonnement, qu'il s'agisse de substances minérales, végétales ou de toxines, si leur action porte principalement sur le système nerveux, les autres appareils ne sont pas pour cela indemnes: l'appareil circulatoire et les reins sont fréquemment intéressés.

Chez notre malade, les radiales sont dures, flexueuses et beaucoup plus altérées qu'elles ne le sont, en général, à soixante-deux ans. Le claquement des valvules aortiques est énergique et montre qu'elles ont perdu leur souplesse et qu'elles sont très certainement athéromateuses: cet athérome est le résultat de l'empoisonnement par le plomb, accessoirement de l'intoxication alcoolique.

Le rein était-il sain? Vous savez la fréquence de la néphrite saturnine; vous n'ignorez pas qu'elle est facile à reproduire chez les animaux en leur faisant ingérer des aliments additionnés de plomb ou d'un sel quelconque de plomb. Il était donc

nécessaire d'examiner très attentivement notre malade au point de vue spécial des lésions rénales.

L'examen de l'urine ne révèle pas la moindre trace d'albumine, mais vous savez que pendant une période plus ou moins longue de leur évolution, les néphrites peuvent exister, histologiquement tout au moins, sans s'accompagner d'albuminurie.

Mais la polyurie (2 litres environ), la pollakiurie, le phénomène du doigt mort et la céphalée que l'on relève chez ce malade, peuvent être rapportés à l'hystérie aussi bien qu'à une affection rénale.

Pour voir si les reins sont indemnes, nous avons eu recours au procédé de MM. Achard et Castaigne. On se sert d'une solution de bleu de méthylène à  $\frac{1}{20}$ , c'est-à-dire d'une solution qui contient 5 centigrammes par centimètre cube. Avant l'injection, il faut, bien entendu, stériliser le liquide à injecter et les instruments dont on se sert, mais ces précautions n'ont rien de spécial à la méthode qui nous occupe.

L'injection doit être faite profondément, en plein muscle fessier ou deltoïde, car si le liquide est instillé dans le tissu cellulaire sous-cutané, le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives; quant à l'ingestion par l'estomac, l'étude de son élimination urinaire donnerait lieu à des causes d'erreur provenant de l'état des voies digestives et l'on pourrait supposer un vice de l'élimination, alors qu'il s'agit d'un défaut dans l'absorption.

Immédiatement avant l'injection, on a eu soin de faire vider la vessie du malade: on le fait uriner une demi-heure, puis une heure après l'injection, enfin toutes les heures, jusqu'à la complète disparition du bleu des urines. Il est alors facile d'étudier sur la totalité des urines: le moment d'apparition du bleu, le moment où la coloration bleue est au maximum, la quantité du bleu éliminée dans les vingt-quatre heures. Si le bleu est apparu tardivement et s'il a disparu rapidement, il est encore un élément que l'on doit toujours chercher, c'est l'existence du chromogène: ce qui est facile en soumettant à l'ébullition, dans un tube à essai, un peu d'urine additionnée d'acide acétique. Si l'urine contient du chromogène, elle devient bleue ou verte et l'on peut ainsi noter l'existence, le moment d'apparition et de disparition du chromogène.

Ces divers examens ont été faits chez notre malade, et voici ce que nous avons pu constater:

L'élimination du bleu commença seulement deux heures après l'injection; dans les trois premiers échantillons d'urine (une demi-heure, une heure, une heure et demie), il n'y avait traces ni de bleu ni de chromogène.

Or, normalement, c'est au bout d'une demi-heure ou de trois-quarts d'heure qu'apparaît le bleu, sous forme de traces, dans l'urine : il y avait donc, dans ce cas, un retard notable dans le début de l'élimination.

Le maximum de l'élimination survient entre la douzième et la quinzième heure. A l'état normal, il est plus précoce et plus prolongé.

La durée de l'élimination, dans les cas normaux, ne dépasse pas cinquante heures. Chez notre malade, au contraire, l'élimination dura plus de cent heures, c'est-à-dire plus du double de la durée normale.

Le dosage de la quantité du bleu éliminé dans les vingt-quatre premières heures, après une injection de 5 centigrammes, est environ de 25 milligrammes chez les sujets sains. Notre malade n'élimina que 12 milligr. 8, c'est-à-dire moitié moins que le chiffre normal.

En résumé, nous avons constaté un retard et une prolongation notables de l'élimination du bleu de méthylène; la quantité éliminée dans les vingt-quatre premières heures est considérablement diminuée. Quelle conclusion pouvons-nous en tirer ?

Le mode d'élimination, constaté dans notre cas, est celui que l'on rencontre dans la néphrite interstitielle. Nous croyons donc pouvoir affirmer que, chez notre malade, sous l'influence de son intoxication saturnine, si longtemps prolongée, se sont développées des lésions rénales qui cliniquement restent latentes, mais qui peuvent être décelées par le procédé du bleu de méthylène.

---

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE. — "La première indication, dit Keen, c'est d'appeler le chirurgien". Nous voulons bien mais à deux conditions: la première, c'est que ce soit le médecin qui demande le chirurgien ; la seconde, c'est que le chirurgien soit bien convaincu d'avance que c'est moins à son bistouri qu'à son jugement qu'on fait appel.



## QUAND SONDER LES PROSTATIQUES ?

PAR M. LE PROFESSEUR POUSSON

Chez les prostatiques dont la vessie fortement distendue constitue avec les troubles de la miction la seule expression symptomatique de la maladie et dont la santé n'est pas altérée, le cathétérisme évacuateur peut être pratiqué immédiatement sans danger. Par contre chez ceux qui ont pâli, maigri et perdu leurs forces, qui n'ayant plus d'appétit sont tourmentés par des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, l'évacuation de la vessie doit être différée, et chez certains même à jamais interdite. Avant de s'occuper de leur rétention d'urine, il faut, par le régime lacté mitigé, par une médication tonique et réparatrice dissiper les atteintes initiales de l'empoisonnement urineux et restaurer les forces vitales. Que si sous cette influence la santé s'améliore et que les fonctions digestives en particulier se rétablissent, on pourra intervenir par les sondages avec grandes chances de succès. Dans le cas contraire, mieux vaudra s'abstenir que de s'exposer à rompre l'équilibre de la santé de malades qui, abandonnés à eux-mêmes, peuvent encore vivre un certain temps.

---

## LE CANCER EST-IL CONTAGIEUX ?

(Suite de la page 250)

M. Fabre, dans sa thèse sur la "contagion du cancer", passe en revue les conditions de développement des réactions cancéreuses, les théories microbiennes et psorospermiennes, les faits d'inoculation et de greffes, et consacre quarante pages à la contagion proprement dite.

On y trouve, sur l'influence de l'âge, du sexe, de l'hérédité, du traumatisme et des dispositions géographiques, de nombreux documents étayés de statistiques bien choisies. Le Dr Fabre repousse complètement la théorie microbienne : "On doit conclure, dit-il, que si dans les tumeurs, on peut trouver des microbes, il y a lieu de les regarder comme des organismes surajoutés à la lésion néoplasique, mais n'ayant avec elle aucun lien de cause à effet." Peut-être fait-il trop bon marché

de la théorie psorospenique, qu'il expose du reste avec beaucoup de détails : les coccidies paraissent, dit-il, avoir une influence sur la prolifération cellulaire, mais cette prolifération n'a rien de commun avec la formation d'un véritable néoplasme.

Si la transmission du cancer de l'homme aux animaux n'a pas encore été réalisée, du moins la propagation d'un individu à un autre individu de même espèce nous paraît absolument prouvé : les expériences de Hanau et de Moreau sont concluantes. Le Dr Fabre, très réservé dans toutes les conclusions de sa thèse, ne les admet que sous bénéfice d'inventaire ; elles prouvent seulement, d'après lui, que chez la souris il existe une tumeur dont la constitution histologique est analogue à celle de l'épithélioma cylindrique, et qui est inoculable en série : mais, ajoute-t-il, il ne faut pas conclure de là que tous les épithéliomas cylindriques sont inoculables. Nous ferons observer que les expériences ont réussi quand elles étaient bien conduites ; et que, en science, il est universellement admis que dix expériences négatives ne peuvent être opposées à une seule expérience positive.

Quant à la transmission de l'homme à l'homme, si elle n'est pas établie pour l'homme sain, elle l'est du moins pour l'individu déjà porteur de lésions cancéreuses : les expériences de Hahn, celles de l'"anonyme de Cornil" le prouveraient si la démonstration n'avait déjà été faite maintes fois par la clinique. M. Fabre conclut comme nous que le cancer est inoculable au porteur.

L'auteur, avec Bard et Brault, admet que la cellule cancéreuse est le véritable parasite du cancer : les tumeurs secondaires sont donc de véritables greffes ; les cellules du néoplasme primitif, véhiculées dans les lymphatiques ou charriées par le sang vont, en s'arrêtant dans un organe, y être le point de départ d'un noyau secondaire : rien ne s'oppose à admettre que ces mêmes cellules, sorties de l'organisme où elles ont pris naissance, puissent continuer à vivre et former un noyau de constitution analogue à la tumeur primitive. Après avoir rapporté les rares observations retrouvées chez les auteurs, M. Fabre reproduit toutes celles qui ont été publiées et en ajoute quelques autres que nous allons brièvement analyser.

1. Un malade meurt d'un cancer du larynx inopérable, pour lequel il avait subi la trachéotomie. Le sujet était prédisposé (une sœur at-

teinte plus tard de cancer de l'estomac) : employé dans la même étude que son beau-père, "il avait la mauvaise habitude de fumer dans les mêmes pipes que ce dernier atteint d'un carcinome de la langue (Communiquée par M. Humbert Mollière).

Cette observation est presque identique à celle que nous a communiquée M. Dève. Un homme, jeune encore, est opéré d'un cancer de la langue ; "il avait l'habitude de fumer les pipes dont son beau-père avait fait usage : or, celui-ci était mort d'un épithélioma de la face et du maxillaire supérieur.

2. Le Dr Roy, de St-Martin-de-Ré, a envoyé à M. Fabre la relation de trois cas de cancer (sein, lèvres, et rectum), observés chez les habitants de trois maisons voisines.

Le fait suivant, dû à M. H. Mollière, est encore plus frappant :

3. Il s'agit d'une maison située à Lyon, sur le bord de la Saône, bien bâtie, bien tenue, habitée depuis longtemps par les mêmes locataires, peu nombreux, tous riches ou tout au moins à leur aise.

En dix ans, il ne meurt dans cette maison que quatre personnes :

En 1873, le propriétaire, 80 ans : cancer de l'estomac ;

En 1877, un tailleur, 45 ans : cancer de l'estomac ;

En 1880, le concierge, 55 ans : cancer de l'estomac ;

En 1882, un homme de 35 ans : carcinome primitif des ganglions du cou.

M. Humbert Mollière ajoute :

"Sommes-nous en présence d'une simple coïncidence ? La chose serait surprenante, et, pour ma part, je ne l'admets pas. A mon avis, les observations de ce genre méritent d'être comprises dans le dossier des faits qui semblent assigner au cancer une origine extérieure".

Voici les conclusions de cette thèse :

1. Le cancer, par ses caractères anatomo-pathologiques, ne paraît pas devoir être considéré comme une lésion d'origine parasitaire.

2. La localisation du cancer paraît être soumise à l'influence des causes extérieures, et, parmi ces causes, on peut admettre que le traumatisme sous toutes ses formes jouit d'une influence considérable.

3. Les théories microbiennes et coccidiennes n'ont pas pu être prouvées par l'expérimentation jusqu'à ce jour.

4. La généralisation des tumeurs n'est qu'une greffe, le

noyau secondaire est formé par la pullulation d'une cellule émanée de la tumeur primitive.

5. La contagion du cancer est possible, et peut s'expliquer par la greffe d'une cellule cancéreuse sur un organisme sain.

6. Les faits cliniques de contagion ou d'épidémie cancéreuses ne sont pas assez probants pour faire considérer cette propriété des lésions néoplasiques comme prouvée.

Ces dernières conclusions peuvent paraître contradictoires : l'auteur veut dire, sans doute, que l'hypothèse de la contagion, tout en étant vraisemblable et scientifiquement possible, n'est pas encore suffisamment prouvée par l'observation clinique.

La thèse de M. Fabre montre tout au moins qu'à défaut de preuves irrécusables, il y a de fortes présomptions établissant la transmissibilité des affections cancéreuses.

---

#### LES MERES ALBUMINURIQUES DOIVENT-ELLES ALLAITER LEURS ENFANTS ?

Chez une albuminurique, lorsque après l'accouchement, l'albuminurie persiste, il est habituel de conseiller de cesser l'allaitement. Cependant Budin et Chavanne ont relaté des cas où la conduite contraire a pu être suivie sans inconvénients pour la mère et l'enfant.

Commandeur ayant eu, il y a deux ans, l'occasion d'observer la femme d'un médecin, albuminurique au cours de sa grossesse avec persistance de l'albuminurie après l'accouchement, essaya, mais en vain, de faire cesser l'allaitement maternel, et pourtant l'enfant se développa bien.

A la suite de cette constatation, il laissa allaiter leur enfant à des albuminuriques de la grossesse et à des albuminuriques antérieures à la grossesse.

Les résultats de ces expériences permettent de formuler les trois propositions suivantes :

1. L'allaitement n'est pas un obstacle à la disparition de l'albumine ;
2. L'albuminurie peut persister un certain temps sans dommage pour la mère et l'enfant ;
3. L'albumine peut persister longtemps et disparaître.

L'auteur formule les conclusions suivantes :

Le brightisme de la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement qui présente deux avantages: *a.* l'enfant se porte mieux qu'avec le lait stérilisé; *b.* souvent le lait stérilisé, non supporté au début, est digéré après quelque temps d'allaitement maternel. On gagne ainsi du temps, mais il faut une surveillance étroite pour la mère et l'enfant.

---

## CONGRES DE LA TUBERCULOSE TENU A LONDRES

De la non transmissibilité à l'homme du bacille de la tuberculose des animaux

PAR LE DOCTEUR KOCH

Après les déclarations d'un médecin anglais admettant en principe la transmission de la tuberculose des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux, le Dr Koch déclare que cette assertion est loin d'être prouvée. A la suite d'un très grand nombre d'expériences, le savant allemand se croit autorisé à soutenir que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmise au bétail. Mais l'homme peut-il gagner la tuberculose bovine? On ne peut pas répondre à cette question par des expériences directes. Toutefois, par déduction, on peut approcher d'une solution satisfaisante. Il est bien reconnu que le lait et le beurre consommés dans les grands centres de population contiennent de nombreux bacilles vivants de tuberculose bovine. De ce fait, beaucoup de personnes et surtout d'enfants devraient devenir tuberculeux.

En réalité, il n'en est pas ainsi. Si la tuberculose était d'origine alimentaire, cette tuberculose devrait être surtout intestinale primitivement.

Or, la tuberculose intestinale primitive est extraordinairement rare. Koch n'en a vu que 2 cas à l'autopsie; à l'hôpital de la Charité, à Berlin, on n'en a relevé que 10 cas en 5 ans: enfin, à l'hôpital des enfants de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric, Baginsky n'a jamais observé, sur 933 sections, de tuberculose intestinale sans tuberculose concomitante dans les poumons et les ganglions bronchiques. En dernier lieu, sur 3104 nécropsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'a trouvé que 16 cas de tuberculose intestinale primitive. Il est bon de re-

marquer que ces cas exceptionnellement rares ne prouvent pas encore que cette tuberculose intestinale primitive était d'origine bovine, la contagion pouvant s'expliquer par le simple fait d'avaler la salive. D'ailleurs, il y a un moyen de s'assurer si la tuberculose intestinale primitive est d'origine bovine ou non : c'est d'inoculer à des bovidés des cultures de bacilles provenant de ces intestins tuberculeux.

Depuis six mois, Koch a exécuté ses expériences dans cette direction et les résultats qu'il a obtenus jusqu'à présent le portent à croire que la tuberculose bovine ne se transmet pas à l'homme. A son avis, la tuberculose par le lait, le beurre et la viande est à peine aussi fréquente que celle transmise par l'hérédité. Il en résulterait qu'il est inutile de prendre des mesures trop rigoureuses contre ce genre de propagation.

---

## LES TÊTES MOLLES

### Cause non décrite de dystocie

M. Ed. Blanc insiste sur une cause de dystocie qui n'est décrite dans aucun des traités d'accouchements et qui est due au défaut d'ossification, à la mollesse de la tête.

Les anomalies du travail se produisent de la manière suivante: il s'agit bien entendu d'accouchements à terme dans des bassins normaux, le fœtus présentant lui-même un développement ordinaire; tout semble donc annoncer que l'accouchement va s'effectuer le plus régulièrement du monde, et cependant le travail traîne, les contractions utérines régulières et d'un type excellent restent sans effet; la tête s'enclave dans cette excavation où l'effort utérin devrait la faire évoluer à l'aise; tantôt la flexion est très incomplète; d'autres fois elle est exagérée, ou bien une inclinaison vicieuse, une rotation anormale, entrave la progression régulière de l'ovoïde crânien. Après de longs et inutiles efforts, l'utérus tombe en inertie et l'on est obligé de terminer par une application de forceps.

On se demande longtemps le pourquoi de cette lenteur insupportable du travail, puis le doigt explorateur éprouve la sensation très nette d'une dépressibilité particulière des os du crâne; ils cèdent sous le doigt qui les presse, donnant le signe connu de

la crépitation parcheminée; les fontanelles sont très larges ainsi que les sutures; il s'agit, en un mot, d'une tête très incomplètement ossifiée, d'une tête molle, et dans ce développement imparfait réside toute l'explication de la lenteur du travail.

La lenteur du travail serait due, en pareil cas, d'après M. Blanc, d'abord à ce que la tête se déformant dans l'excavation pelvienne au moindre obstacle ne descend pas avec toute la régularité nécessaire; en second lieu à la résistance du périnée qui n'est pas facilement vaincue comme par une tête solide.

En pareille circonstance, et dès que la mollesse de la tête est reconnue, il faut avoir recours à une application de forceps.

---

### LES POMMES DE TERRE ET LES FARINES

Où elles se digèrent et ce qu'elles fournissent

Les fécules ou amidons constituent des individualités chimiques, des principes immédiats végétaux. Ce sont des corps ternaires, ne se digérant que dans l'intestin, et susceptibles de ne fournir guère autre chose d'assimilable que du sucre. Cependant, notre économie a le pouvoir de les transformer en produits de réserve graisseux. Mais elle ne saurait en faire ni des muscles ni des os, parce que l'azote et les sels calcaires leur manquent. Nulle espèce animale ne pourrait vivre longtemps avec elles, et si elles permettent de tenir les enfants et les malades à une longue diète, c'est en économisant une part de leurs réserves.

Quoique le type de ces fécules soit celle de la pomme de terre, les espèces qu'on retire du blé, du maïs, du riz ou autres céréales n'en diffèrent que par la forme microscopique. Chimiquement, il y a identité; et si l'intestin les différencie, cela tient surtout à leur état d'agrégation. Cet état-là est surtout détruit par l'eau bouillante, qui a la propriété de distendre les grains de fécule de façon considérable. Cette distension la rend vite et entièrement accessible aux transformations diastasiques.

Les farines sont bien autre chose. Ce sont des poudres de graines avec l'intégralité de leurs principes immédiats constitutifs. Quand on les soumet au blutage, on en retire bien le son ou épisperme, mais ce n'est guère là que de la cellulose inassi-

milable par l'estomac humain et qui ne ferait le plus souvent que surcharger inutilement l'intestin (1). Les autres principes immédiats principaux sont: les fécules ou amidons relatés plus haut, les albuminoïdes qui sont ici des caséines, les corps gras, et enfin des sels minéraux. Parmi ces derniers dominent les phosphates calcaires, combinés plutôt que mélangés aux albuminoïdes eux-mêmes.

Cette esquisse de composition montre que les farines de céréales ressemblent chimiquement à des œufs, et mieux à du lait desséché. Comme eux, ce sont des aliments complets. Comme l'œuf, ce sont des réserves de nourriture que la nature met à la disposition du petit végétal en attendant qu'il soit en état de la trouver ici dans la terre et l'air isolé. La différence entre ces réserves animales et végétales tient surtout à leur état d'agrégation ou de condensation, d'hydratation et de résistance aux dédoublements diastasiques. La nature a même voulu qu'il y eût une gamme de résistance dans ces réserves et qu'elle fût d'autant plus grande que la plantule devenait plus puissante. Lorsqu'il s'agit de faire entrer les graines dans la nourriture des jeunes animaux, hommes ou bêtes, il y a donc lieu d'imiter la nature et de rendre leurs principes immédiats facilement digestibles.

Le pigeon fait ce travail préalable dans son jabot, et ce n'est que lorsque les graines qu'il destine à ses petits sont imprégnées d'eau et surtout des diastases actives sur les amidons et les albuminoïdes, qu'il les vomit dans leur gosier.

Le malteur ou brasseur, en soumettant l'orge à un degré de germination précis, détermine dans ces graines la formation d'une dose de diastase suffisante pour saccharifier l'amidon et solubiliser aussi un dixième environ des albuminoïdes. Voilà pourquoi le malt a été souvent proposé en infusion pour l'alimentation des convalescents; pourquoi nous le croyons utile comme succédané du lait dans le régime lacté; pourquoi il paraît désigné dans l'allaitement mixte pour l'alimentation des jeunes enfants.

Le boulanger, pour rendre la graine de froment assimilable par les estomacs de l'adulte, divise cette graine, en sépare l'épis-

(1) Cette surcharge est utile chez les diabétiques soumis au régime carné exclusif. Elle l'este leurs intestins et dompte leur constipation en entraînant les rares déchets digestifs fournis par ce régime.



perme, et pour diviser le reste au maximum, en fait une pâte qu'il sature de gaz carbonique à froid par fermentation. Au four, ces millions de bulles de gaz, en se distendant, augmentent encore la division; puis amidon, gluten s'hydratent chimiquement, se dextrinisent et deviennent enfin facilement accessibles à l'action des diastases stomacales et intestinales.

Mais ce travail est encore insuffisant pour les enfants et les convalescents. Pour les uns, on fait de la panade ou bouillie de pain. Grâce à une longue ébullition, l'action de la chaleur du four est encore poussée plus loin et le pain devient plus digestible. D'autres fois, on se contente de garder dans la décoction du pain les seules parties solubilisées, et on ne donne ainsi aux estomacs les plus délicats qu'une solution complexe d'amidon, maltose, glucose, dextrine, gluten et phosphates combinés; car, il ne faut pas l'oublier, la part de phosphates terreux qu'entraînent les glutens et caséines est encore celle qui est la plus assimilable.

Enfin, les céréales entières ou modérément et fraîchement divisées sont encore employées comme analeptique léger, sous le nom de tisane de gruau, d'avoine surtout. A part une saveur un peu différente, la tisane du gruau a une composition analogue à celle de l'eau panée. Certaines nourrices la préfèrent à l'eau pure pour couper le lait de vache de leur nourrisson, d'autres la considèrent comme excellent galactogène. La composition que nous venons de lui attribuer justifie le premier emploi; mais nous croyons que, comme galactogène, cette tisane agit surtout sur le volume du lait en le mouillant.

Dr CARLES.

---

### LES HUITRES ET LA FIEVRE TYPHOÏDE

Une épidémie de fièvre typhoïde vient de se produire dans une des Universités des États-Unis, dans des conditions toutes particulières au point de vue étiologique: elle a été attribuée à des huitres crues dont avaient mangé tous les sujets atteints. Le microbe de la fièvre typhoïde n'ayant point encore été trouvé dans les eaux de la mer, cette origine du mal pourrait surprendre, si l'on n'expliquait au préalable que l'huitre, sortant de l'eau salée, fait un stage de durée variable à l'eau douce.

pour "boire un coup". Elle boit, elle se gonfle et elle pâlit, et c'est cette chair fade que l'on sert sur la table. Dès lors, rien de surprenant si ces huîtres peuvent être des véhicules de la fièvre typhoïde. Il est très vraisemblable que l'épidémie dont il s'agit reconnaît la cause indiquée, d'après ce fait que deux cas de fièvre typhoïde (dont un mortel) s'étaient produits chez le marchand d'huîtres ayant fourni les mollusques peu de temps avant l'épidémie, et que la rivière, où les huîtres étaient entreposées avant d'être livrées à la consommation, reçoit plusieurs égouts, et en particulier le contenu des fosses d'aisances de la maison du marchand. En un mot, l'étiologie est parfaitement claire et simple.

---

### LES MEILLEURS DESINFECTANTS DES DENTS CARIÉES

Les procédés actuels de désinfection des dents cariées ont tous l'inconvénient de ne désinfecter que la partie superficielle de la carie, alors que les dents cariées ont souvent des microbes jusque dans leurs couches profondes, loin du point carié. De là des échecs, des récidives de la carie, des accidents du côté de la pulpe.

Pour assurer la pénétration de l'antiseptique jusque dans la profondeur du tissu, nous avons eu l'idée de recourir à une méthode analogue à celles que l'on emploie en histologie pour la pénétration des tissus par les essences éclaircissantes. Ces essences (girofle, bergamote, etc.) sont, du reste, d'excellents antiseptiques. On applique d'abord sur la carie l'alcool faible, puis l'alcool à 90°, puis l'alcool absolu, enfin l'essence choisie. La désinfection de la dent est parfaite dans toute son étendue, comme des cultures nous l'ont démontré.

DR CHOQUET.

---

**CORPS ÉTRANGER DU LARYNX.** — Un homme a rendu, dans un accès de toux, une épingle fichée en travers du larynx depuis l'âge de 7 ans, c'est-à-dire depuis 38 ans (Ravenel.)

---

**L'EXALGINE**, à la dose de 4 à 7 grains, a été employé avec succès par Moncorvo, dans le traitement de la chorée.

## FAUT-IL SERRER LE VENTRE DES NOUVELLES ACCOUCHEES

PAR VIGOT

Il y a des ventres, il y a des parois qui reviennent franchement, normalement à leur intégrité. D'autres restent flasques, paresseux; la fibre musculaire ne réagit plus; le tissu fibreux distendu revient peu à peu sur lui-même.

Dans ces deux cas, le rôle de la serviette est illusoire; inutile dans le premier cas, insuffisant dans le second. La compression n'est donc d'aucune utilité. Mais, est-ce qu'elle n'est pas plutôt nuisible?

L'utérus comprimé se logera quelque part. Il ne peut remonter en haut. Il aura trois voies à suivre: il sera rejeté d'un côté ou de l'autre, dans le flanc et la fosse iliaque droite ou dans la fosse iliaque et le flanc gauches, ou bien il réintégrera son domicile dans l'excavation.

Dans le premier cas, vous empêchez l'utérus de descendre progressivement dans le bassin; les ligaments larges restent distendus, surtout celui du côté opposé au flanc où se loge l'utérus.

Si l'utérus descend par la compression dans l'excavation, il trouvera une cavité dont les diamètres viennent d'être augmentés par le séjour de la tête et la descente fœtale; il trouvera un plancher du périnée qui, par la destination fœtale, a perdu sa solidité et joue mal le rôle de plancher. L'utérus, s'il est volumineux, descendra jusqu'à la vulve.

Les ligaments larges resteront distendus et ne reviendront pas à leur état primitif.

Il est rationnel de penser que c'est là un facteur dans les chutes de l'utérus, dans les prolapsus utérins.

Dans tous les cas, la serviette qui comprime le ventre et l'utérus ne sert à rien; elle est nuisible.

Confrères, ne vous laissez pas attendrir par les demandes des nouvelles accouchées; pas de serviettes; de l'antisepsie, et voilà tout.

---

L'œdème pulmonaire aigu n'est pas toujours une conséquence du Brightisme, mais reconnaît aussi pour cause une altération des vaisseaux. (Huchard, Debove, Brouardel).

## ACTION DES ACIDES ET DES ALCALINS SUR LE SANG ET L'URINE

PAR FREUDBERG

D'après les recherches de cet auteur, l'alcalinité du sang est diminuée dans la chlorose, l'anémie pernicieuse et la néphrite associée à une anémie grave. Il a étudié l'action, sur le sang et l'urine, de l'acide chlorhydrique, administré par la voie stomacale à la dose quotidienne de 1 drachme à 2 drachmes d'acide lactique, de l'acide tartrique, 1 à 3 drachmes, du bicarbonate de soude, 1 à 4 drachmes. Contrairement à Cantani, il recommande l'acide chlorhydrique, plutôt que l'acide lactique, pour combattre l'alcalinité de l'urine.

L'action des alcalins et des acides, quoique inconstante, n'est pas négligeable en pratique, surtout si l'on tient compte de l'efficacité des injections intra-veineuses de solutions sodiques chez les grenouilles empoisonnées par la strychnine, démontrée par les expériences de Burkhardt, et de l'utilité des boissons alcalines, prônées par Meyer pour empêcher l'apparition du coma et le développement de la paralysie cardiaque dans les fièvres graves.

---

### UN TESTICULE ARTIFICIEL

Un chirurgien, ayant à traiter un malade atteint de tuberculose testiculaire, prévient son patient qu'il devra lui en enlever un, trop malade pour être conservé. Le malade le supplia de lui en laisser quelque peu, ce qui, au cours de l'opération, fut reconnu impossible.

Heureusement, le chirurgien est un homme de ressources. Il trouva sous sa main, comme par hasard, une bille de cellulose d'un pouce de diamètre et l'inséra délicatement dans le scrotum. Depuis le mois de mai, le malade exhibe fièrement sa... bille. On ne dit pas s'il a eu depuis des enfants; c'est vraisemblable.

L'auteur ajoute qu'il a déjà eu un imitateur; espérons, mon Dieu, que le porteur de ce testicule artificiel ne lit pas les journaux de médecine !

## TOXICITE DE L'APPENDICITE

PAR M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

1. La " toxicité " de l'appendicite est confirmée par la clinique et par les expériences de laboratoire ;
2. Cette toxicité est légère, intense et même mortelle ;
3. Dans sa forme la plus habituelle et la plus bénigne, la toxicité se traduit par la teinte subictérique avec urobilinurie et par l'albuminurie ;
4. La teinte ictérique, témoin de l'adulteration du foie, est parfois l'avertissement d'une intoxication extrêmement grave, portant sur le système nerveux et se traduisant par des symptômes à forme cérébrale, à forme bulbaire, à forme typhoïde ;
5. Le seul moyen de se mettre à l'abri des coups de l'appendicite, c'est de supprimer le foyer toxi-infectieux ;
6. Avec un diagnostic bien fait, avec une opération pratiquée en temps voulu, suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents ;
7. " On ne doit jamais mourir d'appendicite ".

---

## ACTION APERITIVE DU PERSULFATE DE SOUDE

M. Alb. Robin a communiqué à la *Société thérapeutique* une étude d'où il résulte que le persulfate de soude, médicament nouveau dont on a beaucoup parlé depuis quelque temps, est un stimulant de l'appétit très efficace, qu'il s'agisse de dyspeptiques simples ou de tuberculeux dyspeptiques. Même dans le cancer de l'estomac on a quelquefois des effets encourageants.

M. Robin prescrit une demi-heure avant chacun des deux principaux repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Persulfate de soude. . . . .	30 grains.
Eau . . . . .	5 onces.

Si, au bout de six jours, on n'a rien obtenu, il est inutile d'insister ; on n'obtiendra rien en continuant davantage. Même dans les cas où l'appétit s'est réveillé, il est utile d'inter-

rompre la médication au bout de six jours, sans quoi l'action s'épuise ; mais on redonnera du persulfate au bout d'une période suffisante de repos.

Ce qui vient d'être dit pour le persulfate, on pourrait le répéter pour le métavanadate de soude.

Ici encore, il s'agit d'un bon apéritif ayant chez les tuberculeux une influence assez nette : il y a, du reste, des malades qui se trouvent mieux du persulfate ; d'autres qui se trouvent mieux de métavanadate, sans que, à l'avance, on puisse savoir quelle médication est préférable. Pourtant, l'action du métavanadate sur l'appétit est très peu marquée chez les carcinomateux.

On donne, une demi-heure avant les deux principaux repas, une cuillerée à café d'une solution ainsi composée :

Métavanadate . . . . .	1/2 grain.
Eau distillée . . . . .	4 onces.

Soit 1/4 de grain par jour, et on ne continue jamais le médicament plus de quatre jours consécutivement,

---

### PUBLICATIONS INTERESSANTES

LES GAJETTES DE LA MEDECINE, par M. le docteur G. Garullus. Un joli volume de 350 pages, contenant de charmantes anecdotes professionnelles, qui apportent un rayon de soleil au milieu des nuages de la pratique. — Prix, 4 frs, à la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

A la même société, pour le même prix, vous trouverez un joli volume de 260 pages, traitant d'une manière habile et complète les "questions professionnelles" ; par M. le Dr Grelledy.

---

AIDE-MEMOIRE des MALADIES de l'INTESTIN, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 285 pages, cart. (librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris), 3 francs.

M. Lefert s'est efforcé dans cet "Aide-mémoire des maladies de l'intestin" de renfermer, de la façon la plus concise et ce-

pendant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qu'il est indispensable de connaître.

Un chapitre est tout d'abord consacré à la "pathologie générale de l'intestin, sémiologie, accidents et complications". Vient ensuite l'étude des "affections inflammatoires" (entérites), puis des "affections organiques" (tuberculose, cancer, syphilis, ulcère), enfin des "occlusions intestinales" et de l'"appendicite". M. Lefert passe ensuite en revue les "maladies du rectum et de l'anus". Le volume se termine par les "maladies du péritoine" (péritonites aiguës et chroniques et ascite). Cet "Aide-mémoire", destiné aux étudiants et aux médecins, a été conçu dans un but essentiellement pratique: on a donné les plus grands développements à la partie clinique et aux questions de pratique journalière, laissant de côté tout ce qui est théorie ou anatomie pathologique et résumant seulement la description des affections rares.

---

COMMENT ON DEFEND SES INTESTINS. — La lutte contre les maux du ventre et l'appendicite. Par M. le docteur Henry Labonne. Brochure à 25 cents. Joli volume contenant des renseignements on ne peut plus utiles.

L'auteur, parcourant le champ de la Zoologie, tend à prouver que par la suite d'une évolution naturelle, le gros intestin pourra s'atrophier et disparaître. Après avoir constaté que les oiseaux, qui n'ont pas de gros intestin, vivent très vieux, et que le cheval, qui en a un très développé, ne vit que 20 ans environ, l'auteur passe à la description des principales maladies des intestins et nous apprend, soit à nous en défendre, soit à nous en guérir de ces différentes affections.

---

COMMENT ON DEFEND SES MAINS. Par M. le docteur A. Barathier. Ce volume renferme des conseils pratiques concernant certaines mesures d'hygiène pour conserver les mains et les préserver de toutes maladies, pour éviter un grand nombre d'accidents septiques dont elles sont la cause.

Envoi franco de ces volumes contre un bon de poste de 25c, adressé à M. le directeur de l'Édition mutuelle: 29, rue de Seine, Paris.

### INTERETS PROFESSIONNELS

Les délégués universitaires au collège des médecins et chirurgiens de notre province sont : MM. les professeurs E.-P. Lachapelle et A. Demers, pour l'université Laval ; MM. les professeurs R. Craik et Lafleur, pour l'université McGill ; MM. les professeurs L.-J. Simard et L. Catellier pour Québec ; MM. les professeurs F.-W. Campbell et J.-B. McConnell, pour l'université Bishop.

A la dernière réunion des gouverneurs de notre collège, les officiers suivants furent élus : E.-P. Lachapelle, président ; R. Craik, vice-président ; A. Vallée, vice-président ; J.-A. MacDonald, et C.-R. Paquin, secrétaires-conjoints ; A. Jobin, trésorier ; A.-R. Marsolais, registraire.

Comme on le voit, tous les anciens officiers ont été réélus à l'exception de MM. les docteurs Catellier, qui a résigné en faveur du docteur Vallée, et Boulet, qui n'est plus membre du collège.

La nouvelle députation a donc approuvé ce qui a été fait par ces administrateurs, et confiante dans le succès, satisfaite de l'état actuel, elle n'a proposé aucune modification importante. Si les mesures administratives sont en aussi bonne voie de perfection, la maladie a attaqué notre "constitution" qui réclame une opération urgente et salutaire à tout le corps médical.

Nous espérons qu'à la prochaine réunion, de sages solutions des difficultés à résoudre nous donneront une preuve du travail, de nos députés et de leur dévouement aux intérêts de la profession.

---

### NOUVELLES

M. le docteur Brunelle, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, nous arrive d'Europe, après avoir assisté aux congrès de Londres et de Leipzig.

Durant son séjour en France, il n'a pas oublié ses élèves de la faculté de médecine ; nos amis du gouvernement de la République lui ont remis deux médailles, l'une en bronze, l'autre en argent, pour être distribuées aux élèves les plus brillants, tant en médecine qu'en chirurgie.

M. le professeur Gréhanl lui a aussi renouvelé la gracieuse



invitation d'envoyer de jeunes médecins faire des études spéciales de physiologie expérimentale. Ces cours seront donnés gratuitement du 1er octobre au 1er août.

La somme de 100 francs par mois (\$20), dit le savant professeur, sera suffisante pour payer les produits chimiques et les animaux nécessaires aux expériences.

Nous espérons que M. le professeur Brunelle réussira à convaincre ses collègues de la nécessité d'accepter une offre aussi généreuse en faveur de notre jeune université qui est encore privée d'une chaire aussi importante.

“ Je suis certain, que les jeunes médecins canadiens-français qui suivront mon cours complet de physiologie expérimentale, pourront répéter avec succès les principales expériences physiologiques, et pourront ensuite faire des travaux originaux pour faire progresser la science.”

(Extrait d'une lettre du professeur Grahant).

---

Les travaux préparatoires du XIV<sup>e</sup> Congrès international ont commencé. Le Comité exécutif a été constitué ainsi qu'il suit: président, M. le prof. Julian Colleja y Sanchez; secrétaire général, M. le docteur Angel Fernandez Caro y Nouvilas; trésorier, M. le docteur José Gomez y Ocana; membres, MM. les présidents et secrétaires des sections.

Le XIV<sup>e</sup> Congrès international de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le roi D. Alphonse XIII et la reine régente, du 23 au 30 avril 1903. La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril. Le but du Congrès est exclusivement scientifique. Le montant de la cotisation est de 38 pesetas (7.60).

---

Des pèlerins venant d'Ottawa ont apporté la picote au collège Bourget en visitant cette institution. Il est bien regrettable de voir que de graves erreurs concernant l'observation des lois de l'hygiène aient propagé cette affection au milieu d'une foule et aient obligé le collège de fermer ses portes quelques jours après l'ouverture des classes.

---

Au No 2082, rue Sainte-Catherine, près de la rue Bleury, un médecin trouvera quelques appartements chez un confrère spécialiste.

### MATELAS HYGIENIQUE

Pour répondre aux nombreuses informations demandées concernant les propriétés hygiéniques que réclame la compagnie "Alaska Feather and Down Co.", en faveur de ses matelas, (The Ostermoor Patent Elastic Felt), nous avons pris un de ses matelas doubles, l'avons placé dans un lit pliant en noyer noir, fermé durant le jour, et nous l'avons soumis durant huit jours aux vapeurs de naphthol, d'acide phénique et d'essence de térébenthine ; après ce temps, nous l'avons transporté directement dans une chambre fermée et laissé ainsi isolé durant deux jours. Nous avons été surpris de constater que, pas plus le second jour que le premier, le matelas ne laissait dégager aucune odeur de substances volatiles, avec lesquelles il avait été en contact. Seuls, les boutons en cuir répandaient un soupçon d'odeur phéniquée, tandis que les couvertures du lit étaient fortement pénétrées.

Afin d'apprécier la différence avec un matelas en crin et en fibre, nous avons procédé de la même manière avec celui-ci : même liquide, même quantité de naphthol, d'acide phénique et d'essence de térébenthine, ce matelas, laissé durant un nombre égal de jours, fut aussitôt isolé dans une chambre fermée. Examiné tous les jours durant trois semaines, il a toujours répandu une forte odeur des vapeurs employées.

Quant à l'imperméabilité du matelas "Ostermoor Felt", nous avons constaté que les liquides s'absorbent avec une lenteur infinie ; ainsi, une solution de sublimé au 500<sup>e</sup>, laissée durant 30 minutes dans les dépressions des boutons, n'a jamais été absorbée, même après avoir répété l'expérience cinq fois au même endroit. Placé entièrement dans l'eau, il peut flotter à la surface durant plusieurs heures. Cette propriété le rendant d'une désinfection facile est on ne peut plus précieuse, considérant que ce matelas "Ostermoor Felt" est imperméable aux odeurs malsaines et qu'il peut être fréquemment lavé avec des antiseptiques puissants, sans subir aucune altération. Nous pouvons donc le recommander avec confiance, tant pour les hôpitaux que pour les familles.

L'ADMINISTRATION.

N. B. — La compagnie a maintenant remplacé le cuir par une laine élastique imperméable.