

# MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 JUIN 1904

No 4

## QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU.

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

*Professeur d'anatomie à l'Université Laval à Montréal.*

Selon Déjerine c'est la face interne du lobe occipital et plus particulièrement le domaine de la scissure calcarine qui est le siège du centre visuel cortical.

Or, nous entendons par centre cortical l'endroit où l'esprit reçoit au moyen des cellules cérébrales les impressions qui proviennent de l'appareil visuel, et qui sont portées plus ou moins directement au cortex par les nerfs optiques.

Nous disons plus ou moins directement, car sous ce rapport les nerfs optiques ressemblent aux autres nerfs sensitifs dont les fibres ne se rendent pas sans renouvellement de la périphérie aux centres. C'est ainsi que les fibres sensitives des nerfs rachidiens passent par les ganglions spinaux avant de pénétrer dans la moëlle, et les nerfs craniens présentent pour leurs fibres sensitives un ou deux ganglions.

Pour bien comprendre le renouvellement du nerf optique il faut se rappeler qu'en partant du *chiasma* les bandelettes optiques contournent d'abord le pédoncule cérébral et puis se divisent en deux branches ou racines.

La *racine externe* se jette dans le corps genouillé externe où plusieurs de ses fibres se terminent, tandis que les autres se rendent aux cellules du *pulvinar* ou l'extrémité postérieure de la couche optique.

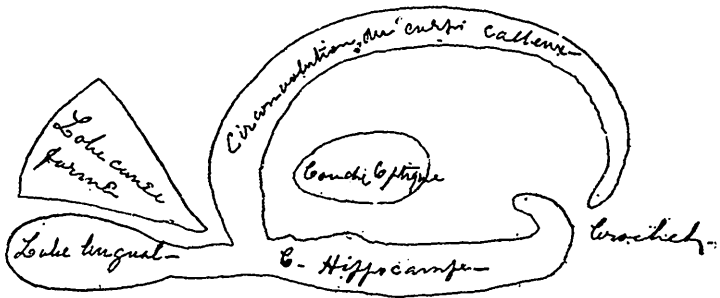
La *racine interne* traverse le corps genouillé interne et ses fibres vont former des arborisations autour des cellules du corps quadri-jumeau antérieur.

Dans tous les cas, de ces ganglions partent de nouvelles

fibres qui forment dans leur ensemble les radiations optiques de Gratiolet; ces fibres passent par la partie supérieure du segment rétro-lenticulaire de la capsule interne, et par le segment postérieur de la couronne rayonnante pour se terminer dans la zone visuelle corticale.

Je me suis souvent demandé pourquoi les fibres sensibles se renouvellent-elles au moins une fois avant d'arriver à destination, et il m'a semblé que c'est afin de diminuer un peu l'intensité des impressions qui viennent du dehors.

Bien que le centre cortical de la vision est localisé plus particulièrement autour de la scissure calcarine, il y a d'autres régions du cortex qui concourent à former la zone visuelle; ce sont: le lobe cunéiforme, le lobe lingual et la pointe occipitale.



*Grande circonvolution temporo-occipitale.*

Le lobe cunéiforme est assez connu, mais le lobe lingual faisant partie d'une des circonvolutions temporo-occipitales mérite une description spéciale.

Pour le trouver il faut commencer par chercher la deuxième circonvolution temporo-occipitale ou la *circonvolution de l'hippocampe*. Cette dernière est bornée en dehors par le lobule fusiforme, et du côté interne constitue la lèvre inférieure de la fente de Bichot. Elle se termine en avant par une espèce de crochet, appelé par les Allemands le *gyrus unciatus*. En arrière elle paraît prendre naissance par deux racines, dont l'inférieure s'élargit de manière à former une masse de forme ovale qui porte le nom de *lobe lingual*. Il n'est pas toujours très facile d'isoler ce lobe, surtout lorsque la surface corticale est

revêtue de pie-mère, cependant, sur certains cerveaux il est très bien marqué, comme nous avons pu le voir pendant la session qui vient de se terminer.

La deuxième racine s'unit à la partie antérieure du lobe lingual et se continue avec la circonvolution du corps calleux, et c'est ainsi que la circonvolution de l'hippocampe et la circonvolution du corps calleux constituent la *grande circonvolution limbique*. Le schéma rendra peut-être ma description plus claire.

La zone visuelle est comme nous venons de le voir, double, et ce serait peut-être intéressant d'étudier ses rapports avec la rétine. L'on sait que chez l'homme le chiasma ne comporte pas un croisement complet des fibres du nerf optique, mais que celles-ci se divisent en trois groupes :

1° *Le groupe direct* dont les fibres proviennent du tiers externe de la rétine.

2° *Le groupe des fibres croisées* qui émanent des deux tiers internes de la rétine ;

3° *Le faisceau maculaire* qui renferme des fibres qui prennent naissance dans le *macula lutea* où la vision possède une acuité spéciale. Quelques-unes de ces fibres se croisent d'autres se rendent directement aux ganglions.

En même temps nous trouvons en arrière du chiasma un faisceau de fibres qui partent du corps genouillé interne d'un côté pour se rendre au corps genouillé de l'autre.

D'après ces données nous pouvons donc dire que l'œil droit envoie les deux tiers de ses fibres rétiniennes à l'hémisphère gauche et un tiers seulement à l'hémisphère droit et vice versa.—Il en résulte qu'une lésion qui entraîne la perte totale de l'œil est suivie de dégénérescence qui intéressera plus le cortex du côté opposé, que du côté de la lésion. En même temps il n'est pas rare de voir l'hémiplégie accompagnée d'hémianopsie, c'est-à-dire d'une cécité affectant les deux tiers internes d'un œil et le tiers externe de l'autre. Sous ces circonstances les malades se plaignent de ne voir que la moitié des objets, leur champ visuel ayant perdu subitement la moitié de son étendue. Ce symptôme se passe quelquefois au bout de quelques heures et semble provenir de la pression exercée sur la capsule un peu en avant des fibres qui se rendent au cortex occipital. L'hémianopsie s'accompagne aussi assez souvent de hémianœsthésie, qui disparaît généralement très rapidement.

Dans le cas où l'hémianopsie est permanente il faut croire que la capsule interne est intéressée dans toute la longueur de son segment postérieur.

Bien entendu tous ces désordres de vision ne proviennent pas toujours d'une lésion cérébrale, le contraire plutôt serait vrai, car ils se produisent très souvent par une compression du chiasma, ou par quelque lésion affectant les bandellettes optiques le long de leur trajet extra-cérébral.

En parlant de l'hémiplégie compliquée de hémianopsie je me rappelle d'un malade qui avait perdu dans sa jeunesse son œil gauche. Plus tard il eut une hémorragie cérébrale avec hémiplégie du côté droit. La paralysie disparut plus ou moins et il put pendant quelque temps marcher en traînant la jambe droite. Cependant l'hémianopsie persista, et il me disait: "Autrefois, de mon banc, à la "Paroisse," je voyais trois chandelles allumées sur le maître-autel, pour voir les trois autres il me fallait tourner les yeux et je ne voyais plus les trois premières. Maintenant je ne puis voir qu'une seule à la fois." C'était une manière très expressive de me faire comprendre le rétrécissement du champ visuel.

---

### REIN FLOTTANT. — HYDRONEPHROSE INTERMITTENTE ET CRISES D'ENTERITE MUCO-MEMBRANEUSE

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Il y a bien longtemps que les autopsies ont prouvé l'existence des reins flottants, et l'on en trouve une description anatomique dans les écrits de Tulpus, que Rembrandt a rendu immortel en le représentant dans son célèbre tableau de la "Leçon anatomique". En revanche, la connaissance des troubles que peut déterminer la néphroptose est de date récente: Trousseau, qui lui consacre une clinique, déclare qu'il s'agit là d'une infirmité sans gravité; et cependant nous savons aujourd'hui que le rein flottant peut causer des douleurs extrêmement violentes, et même, dans des cas rares, devenir le point de départ d'accidents graves qui ont pu entraîner la mort.

En même temps que l'examen le plus approfondi des malades montrait les accidents multiples qui peuvent être causés par la néphroptose, on apprenait à mieux la reconnaître et à

mieux apprécier les rapports intimes qu'elle affecte avec d'autres maladies, notamment l'entérite muco-membraneuse, comme vous allez vous en rendre compte par l'observation de la malade que je vais vous présenter.

\* \* \*

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, domestique de son état, qui a une néphroptose du côté droit; nous sommes ici dans la règle, la maladie étant incomparablement plus fréquente chez la femme et intéressant presque toujours le rein droit.

Il y a trois ans environ, la malade commença à ressentir des douleurs violentes dans les reins, à la suite d'une grossesse terminée par un accouchement normal; je note cette circonstance parce qu'on a voulu établir un lien entre la grossesse et le rein flottant. Je ne crois pas pour ma part, que ce soit là un facteur étiologique obligatoire, car j'ai constaté plusieurs fois des néphroptoses chez des jeunes filles vierges. C'est depuis le mois de septembre 1902 que les douleurs sont devenues intolérables et ont forcé la malade à entrer plusieurs fois à l'hôpital. Dès cette époque, elle aurait remarqué que les urines sont abondantes à certaines époques et relativement rares à d'autres. A l'hôpital Laënnec où elle fut soignée, on lui conseilla de porter une ceinture; grâce à cet appareil les douleurs devinrent moins fréquentes, mais elles reparaissaient cependant sous forme de crises, et, dans les derniers jours du mois de janvier de cette année, ces crises survinrent si souvent et avec une intensité si grande, que la malade se décida à entrer dans notre service, le 27 janvier.

Le lendemain de son entrée, nous la trouvons en proie à de violentes douleurs lombaires et abdominales, accompagnées de nausées très pénibles.

L'examen du rein droit nous montre que cet organe est très volumineux; il donne la sensation d'une tumeur arrondie volumineuse à convexité inférieure descendant plus bas que la ligne transversale qui passe par l'ombilic, et disparaissant en haut sous les fausses côtes, de telle façon qu'il est impossible de limiter son extrémité supérieure. Grâce au palper bimanuel, on constate que cette tumeur est rénitente, légèrement mobile latéralement et surtout susceptible d'être refoulée en haut dans la région sous-hépatique.

Le lendemain, ceux d'entre vous qui assistaient à notre vi-

site et qui ne connaissent pas la pathologie du rein flottant ont dû être bien étonnés: la tumeur avait disparu et c'est à peine si par la palpation bimanuelle on percevait encore au-dessous des fausses côtes la partie inférieure du rein mobile.

Depuis ce jour, nous avons assisté de nouveau à la formation et à la disparition de la tumeur et vous avez pu constater que chaque fois que la tumeur est volumineuse, elle est douloureuse au toucher et provoque des douleurs spontanées et des nausées; quand elle disparaît, avec elle s'évanouissent les douleurs et les vomissements.

On constate, de la même façon, des variations dans la quantité des urines: lorsque la tumeur est volumineuse, la malade n'en émet guère plus d'un demi-litre, tandis que la disparition de la tumeur est annoncée par une débâcle considérable d'urine.

L'ensemble de ces symptômes est tout à fait caractéristique, et vous permet d'affirmer à coup sûr le diagnostic de rein flottant avec hydronéphrose intermittente. Mais ne croyez pas que toujours le diagnostic soit aussi facile à porter et il m'a été donné personnellement de voir toute une série de malades atteintes de néphroptose et pour lesquelles les diagnostics portés avaient été des plus variables; cela tient à ce que les symptômes du rein flottant peuvent être des plus protéiques, donnant lieu à toute une série de formes cliniques que je puis vous schématiser de la façon suivante.

Il y a, tout d'abord, des malades qui ne présentent aucun symptôme morbide, et cependant l'examen méthodique montre aisément qu'elles sont atteintes de rein flottant; c'est la forme silencieuse de la maladie et vous comprenez combien facilement elle peut passer inaperçue.

\* \* \*

A l'inverse de ces faits, je vous en signalerai d'autres où les douleurs sont nettement rénales et tellement violentes, qu'elles simulent à s'y méprendre la colique néphrétique.

D'autres fois, la douleur est abdominale, siégeant dans le flanc droit: elle sera prise alors pour une colique appendiculaire, ou même pour un étranglement interne.

Plus souvent encore, le siège des douleurs est sous-hépatique, dans la région de la vésicule et l'on porte le diagnostic de colique hépatique; je connais, pour ma part, plusieurs malades qui ont été soignées pendant des années pour des accidents de

lithiase biliaire et qui ont dû leur guérison complète à une néphrorraphie que je leur ai fait faire.

Si je vous rappelle enfin que fréquemment le siège des douleurs est épigastrique et que les douleurs s'accompagnent de vomissements, vous comprendrez que l'on ait cru souvent à une dyspepsie acide, alors qu'il s'agissait d'une néphroptose.

Mais toutes ces causes d'erreur étaient faciles à éviter chez notre malade; en revanche, il existe, chez elle, une manifestation morbide qui doit retenir notre attention, car elle aurait pu donner le change; je veux parler de l'entérite muco-membraneuse. La malade nous dit, en effet, que depuis plusieurs années elle est sujette à des crises douloureuses de diarrhée, constituée par des selles muqueuses mélangées de glaires et de fausses membranes.

Si l'on n'y avait pris garde, on aurait pu mettre tous les phénomènes douloureux sur le compte de l'état intestinal et porter le diagnostic d'entérite muco-membraneuse. Nous croyons plus juste de dire, au contraire, que, dans le cas particulier, il s'agit d'un rein flottant compliqué de crises de diarrhée muco-membraneuse: nous croyons, en effet, qu'il peut y avoir un rapport de cause à effet entre les deux affections. La meilleure preuve que je puisse vous en donner est contenue dans l'observation suivante, communiquée en 1894 à la Société de thérapeutique par notre confrère M. Georges Weber.

Il s'agit d'une malade qui, à dix-huit ans, fit une chute de voiture et présenta aussitôt une violente douleur du côté droit des reins. Depuis lors, pendant cinq années consécutives, cette jeune fille fut sujette à des crises très pénibles dont l'apparition coïncidait avec une diminution de la quantité des urines et dont la disparition était annoncée par une débâcle urinaire.

À ces symptômes douloureux s'ajouta bientôt une diminution de l'appétit, des troubles gastriques, et la malade s'aperçut que ses selles contenaient des fausses membranes, dont l'origine muqueuse ne laisse place à aucun doute. Chaque garde-robe était précédée de douleurs dont le point de départ était au creux épigastrique et qui se propageaient ensuite aux autres parties du tube digestif, pour aboutir enfin au sphincter anal.

Je pourrais vous rapporter un certain nombre de faits semblables dans lesquels il y a association de rein flottant et d'entérite muco-membraneuse. Mais ce qui fait le grand intérêt

de l'observation de M. Weber, ce sont les résultats thérapeutiques obtenus, pour la première fois, dans le traitement d'une affection réputée incurable.

Le 30 janvier 1894, en effet, la malade fut adressée à notre collègue Tuffier qui lui fixa son rein droit par l'opération connue sous le nom de néphropexie. Dix jours après l'intervention, l'appétit redevint normal, les troubles gastriques cessèrent en même temps que tous les autres phénomènes douloureux, *et, depuis lors, jamais la malade n'a présenté de crises de colite muco-membraneuse.*

Ainsi donc, apparition des crises de diarrhée glaireuse et membraneuse à la suite de la néphropexie, disparition des phénomènes intestinaux peu de temps après la néphropexie, tels sont les éléments qui nous permettent d'affirmer, d'une façon scientifique, que le rein flottant peut être la cause déterminante de l'entérite pseudo-membraneuse.

Sans doute la sécrétion muco-membraneuse peut être le résultat de diverses lésions abdominales, pouvant porter sur l'appendice, le foie, le rein, l'utérus, etc., mais pour mon compte personnel, tout en reconnaissant que l'entérite à fausses membranes peut exister sans qu'il y ait néphropexie, je crois que la cause la plus fréquente, tout au moins chez la femme adulte, est le rein flottant, et pour en revenir à la malade que je vous ai présentée au début de cette leçon, je suis persuadé qu'elle guérira de sa colite muco-membraneuse si on lui fait une néphropexie.

J'estime, en effet, que dans ce cas le traitement chirurgical s'impose et cela pour plusieurs raisons que je vais vous énumérer.

Je vous dirai tout d'abord que l'on a épuisé les moyens médicaux qui doivent être mis avant tout en œuvre en pareil cas : le port de la ceinture notamment, qui avait réussi dans les débuts, à enrayer les accidents, est devenu insuffisant et n'empêche plus les crises atrocement douloureuses de se produire. Je vois là une première indication très précise.

Mais il y a une série d'autres raisons très impérieuses pour intervenir chirurgicalement; elles sont tirées de l'existence de l'hydronéphrose intermittente et aussi de l'entérite muco-membraneuse.

Il est avéré, en effet, que l'entérite membraneuse qui survient



au cours de la néphroptose est rebelle à tout traitement médical, et j'ai montré qu'au contraire elle est guérie habituellement par la néphropexie.

D'autre part, si l'on n'intervient pas assez vite, l'hydronéphrose qui n'est qu'intermittente jusqu'à présent deviendra permanente, et en attendant, la malade sera toujours en proie à des crises semblables à celles que vous avez pu constater et que je vous ai décrites. L'hydronéphrose une fois devenue permanente, vous ne devez pas trop compter sur l'autre rein, car, des travaux entrepris dans notre laboratoire par MM. Castaigne et Rathery, il ressort que quand il y a des lésions d'hydronéphrose chronique dans un rein, l'autre rein s'altère et présente des lésions de néphrite interstitielle qui vont en s'accroissant, de telle sorte que l'urémie guette le malade.

Pour toutes ces raisons, nous nous sommes décidé à faire fixer le rein flottant: d'ici peu de jours la néphropexie sera faite et j'espère pouvoir, dans une de mes leçons ultérieures, vous montrer cette malade complètement débarrassée de ses crises douloureuses et de ses accidents d'entérite muco-membraneuse.

---

### ARTHRITE COXOFEMORALE STAPHYLOCOCCIQUE, LUXATION SPONTANEE DE LA HANCHE.

PAR M. LE PROFESSEUR CHRÉTIEN.

Messieurs,

Le malade que je vous présente, et que je viens d'examiner à nouveau devant vous, nous offre l'occasion d'étudier ensemble un accident assez rare et dont la pathogénie est intéressante, précisément parce que l'on y rencontre quelques difficultés.

N..., domestique à la campagne, âgé de 17 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 21 février 1904. D'aspect assez délicat, et paraissant plus jeune que son âge, ce garçon n'a pas d'antécédents pathologiques personnels. Ses parents sont bien portants, et nous ne pouvons noter que quelques cas de tuberculose chez des cousins-germains.

Il était dans un excellent état de santé lorsque vers le 5 février dernier il a été pris tout d'un coup à la hanche gauche de douleurs vives que son médecin attribua tout d'abord à du rhumatisme. En même temps survinrent une fièvre intense, et du

gonflement de la racine de la cuisse. Il dut bientôt rentrer dans sa famille qui, finalement, le fit transporter à l'hôpital.

Lorsqu'il arriva, nous pûmes constater une tuméfaction considérable de l'extrémité supérieure de la cuisse s'étendant vers la hanche; on percevait facilement de la fluctuation profonde à la face antéro-externe du membre; impotence fonctionnelle complète; douleurs spontanées vives, augmentées par le moindre mouvement; attitude normale; langue sale, pouls fréquent, pas de diarrhée; température oscillant entre 39°6 et 40°6. Le 23 février, je fis, sous chloroforme, une longue incision, qui, traversant les masses musculaires au devant du tenseur du fascia lata, ouvrit une énorme collection purulente. Au fond, on sentait le fémur recouvert de son périoste et dont le volume ne semblait pas augmenté. Un gros drain fut placé, après lavage, debout dans la cavité de l'abcès. Le pus, homogène, et bien lié, examiné par M. Léger, chef du laboratoire de bactériologie, contenait uniquement des staphylocoques blancs.

L'intervention eut pour effet de calmer les douleurs, et d'abaisser la température qui tomba en peu de jours au chiffre normal. L'appétit reparut; l'état général redevint satisfaisant; la suppuration diminue, et, sauf une poussée fébrile survenue sans cause connue du 10 au 15 mars, tout semblait marcher à souhait.

Le 25 mars, à la visite, je m'aperçus non sans surprise, en découvrant le malade, que la jambe gauche présentait un raccourcissement considérable, douze centimètres environ, et que la tête fémorale sortie du cotyle, reposait dans la fosse iliaque externe, ce que la radiographie nous confirma très nettement. Il s'était donc produit, en dehors de tout effort et de tout traumatisme, une luxation dite consécutive ou pathologique.

L'apparition de cette grave complication nous montra la filiation des accidents: pyoarthrite, abcès fusant vers la cuisse, luxation consécutive. Mais nous ne devons pas nous en tenir là. Quelle a été la cause de l'arthrite? Quel doit être le traitement de la luxation spontanée? Quel résultat peut-on en attendre dans l'avenir, au point de vue fonctionnel? Telles sont les questions que nous devons examiner.

L'étiologie des luxations pathologiques est en réalité fort complexe, et leur mécanisme est loin d'être uniforme. Au fond, il s'agit toujours d'une destruction plus ou moins com-

plète des moyens d'union et des surfaces articulaires, destruction assez étendue pour que le déplacement des extrémités osseuses se produise sans choc traumatique, sans contraction musculaire violente, ou tout au moins sous l'action d'un effort insuffisant pour ébranler une articulation normale.

Dans un travail publié en 1898, le Dr Kummer, de Genève, a tenté de démontrer que le nom de luxations pathologiques devait être réservé aux cas où les surfaces articulaires n'ont pas été détruites par une maladie antérieure; et, logique avec lui-même, il élimine complètement les luxations si fréquentes et si classiques dans la coxotuberculose. Mais il montre lui-même que sa classification est vicieuse, puisqu'il décrit les lésions osseuses et ligamenteuses qui préparent le déplacement. En fait, les lésions articulaires sont nécessaires pour qu'il y ait luxation spontanée, leur gravité pouvant d'ailleurs varier à l'infini.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des luxations survenues à froid, c'est-à-dire dans le cours d'une affection de longue durée et apyrétique; cela me permet d'éliminer de suite les luxations que l'on observe chez les adultes talétiques ou syringomyéliques, luxations dues à une usure et à une destruction parcellaire d'origine trophique de tous les éléments anatomiques de l'article. J'écarte également l'arthrite déformante, et la coxalgie sans m'arrêter même à ces coxotuberculoses fébriles, suraiguës, qui évoluent avec des symptômes typhoïdes et aboutissent d'ordinaire à la mort avant que la jointure soit désorganisée.

Notre malade a été atteint, sans conteste, d'une pyoarthrite survenue sans cause appréciable, et qui a frappé l'articulation cox-fémorale d'emblée, envoyant très promptement une fusée de pus vers la cuisse et disloquant l'article.

Cette notion capitale nous permet d'écarter, dès maintenant, toutes les infections sanguines capables de se compliquer à un moment donné d'une localisation articulaire, par exemple, la blennorrhagie, la variole, les angines septiques, la fièvre typhoïde, la pyhémie, et tant d'autres dont la nomenclature ne présenterait pas d'intérêt.

Nous avons débarrassé le terrain de telle sorte que nous voici amenés aux seules affections capables d'envahir primitivement la hanche, sans aucun symptôme prémonitoire, sans trouble

appréciable dans le reste de l'organisme. C'est dire qu'il ne s'agit pas ici d'une de ces septicémies staphylococciques, dans lesquelles les déterminations locales n'apparaissent, comme l'ont montré récemment Renault et Barthélémy, qu'après une série d'accidents généraux graves simulant une infection typhique.

Et nous en arrivons au rhumatisme et à l'ostéomyélite. Le rhumatisme franc ne suppure pas, sauf le cas où une infection secondaire est venue le compliquer. Les synovites articulaires suppurées infantiles de Krause et Volkmann, d'une bénignité relative malgré la présence du streptocoque, ont été classées parmi les manifestations rhumatoïdes, classification rien moins que solide. Le pseudo rhumatisme infectieux a subi depuis quelques années une telle dissociation que son domaine est devenu fort étroit. Les localisations articulaires qui lui appartiennent aujourd'hui reçoivent cette étiquette faute de mieux; elle désigne un groupe morbide et non une entité nettement définie.

Je suis convaincu qu'à la hanche, plus que partout ailleurs, grâce à l'épaisseur des parties molles et aux difficultés de l'exploration, le rhumatisme incriminé cache en réalité une ostéomyélite méconnue. Plus rare dans cette région qu'aux autres épiphyses du membre inférieur, l'ostéomyélite frappé néanmoins assez souvent l'extrémité supérieure du fémur et même la cavité cotyloïde. Il y a là plusieurs cartilages de conjugaison qui appellent la localisation inflammatoire. L'âge de notre patient, la brusque violence du début, la présence constatée du staphylocoque, si fréquente dans l'ostéomyélite qu'on avait voulu faire de ce bacille l'agent spécifique de la maladie, tout me semble militer en faveur de ce diagnostic. Le doigt, introduit dans la plaie, n'a pas pénétré dans l'articulation: cela est vrai; mais j'avoie qu'au moment où l'opération a été pratiquée, je croyais à une ostéomyélite fémorale extra-articulaire, et mon exploration s'est ressentie de l'influence de cette idée préconçue.

Le diagnostic d'ostéomyélite intra-articulaire auquel nous sommes arrivés en procédant par exclusion, et au point de vue purement clinique, nous est confirmé de la façon la plus nette par la radiographie, très bonne cette fois, qui a été faite il y a un instant, et dont je mets le cliché sous vos yeux. Il est facile de voir que la région trochantérienne est augmentée de

volume; le contour de l'os a perdu sa netteté et sa régularité; la région intermédiaire aux deux trochanters est semée de taches claires qui révèlent des altérations de tissu osseux, et en particulier la décalcification. Le col fémoral participe à ces troubles morbides, qui sont très visibles au voisinage du cartilage de conjugaison, à l'union du col et de la tête fémorale. J'estime donc qu'il n'y a plus de doute sur la pathogénie de l'arthrite suppurée et de la luxation consécutive.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic fonctionnel. Si la vie du malade ne paraît pas être en danger, en revanche la *restitutio ad integrum* de l'articulation coxofémorale est fort douteuse, et sous ce rapport l'avenir du malade m'apparaît assez sombre.

Les indications du traitement sont évidemment d'abord la réduction de la luxation, le drainage de l'abcès intra et périarticulaire, et enfin la surveillance des lésions osseuses. Vous avez vu que sous l'influence d'un appareil à extension continue, la tête fémorale est notablement descendue; le raccourcissement n'est plus guère que de dix centimètres environ. Notre cliché nous montre que l'extrémité articulaire repose maintenant sur le bord supérieur du cotyle. Nous devons compléter cette réduction, et surtout la maintenir en luttant contre la tonicité musculaire que les ligaments détruits ne peuvent plus contrebalancer.

Le drainage assure l'écoulement du pus fort diminué d'ailleurs. Nous aurons à envisager plus tard l'éventualité d'une arthérotomie, destinée à nous permettre d'examiner l'os directement et d'y appliquer les méthodes usitées en pareil cas, séquestrotomie, grattage, trépanation. La résection présente de si graves inconvénients qu'elle doit être considérée comme *ultima ratio*, lorsque toutes les autres ressources ont abouti à une faillite complète.

---

Les sophistes sont des avocats du pour et du contre; aujourd'hui, ils célèbrent les délices intimes de la force d'âme et de la vertu, demain ils chanteront les charmes du vice et les attraites de la volupté.

---

La vérité ne se donne qu'à ceux qui savent la chercher avec persévérance dans les routes où elle se trouve.

## LES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA GRIPPE

PAR M. LE PROFESSEUR HALLÉ.

La grippe est, de toutes les maladies infectieuses, celle qui peut-être frappe le plus volontiers le système nerveux; elle l'attaque de façons très différentes, avec des intensités si variables, et suivant des modalités si nombreuses, que l'on peut dire qu'il n'existe pas une seule forme de maladie nerveuse qui ne puisse trouver dans la grippe son étiologie.

La question est toute d'actualité, étant donné les nombreuses manifestations grippales observées actuellement.

M. A. Pissavy vient de publier un excellent volume qui résume dans un parfait langage et avec une clarté d'exposition remarquable le bilan de nos connaissances actuelles sur les complications nerveuses de la grippe, et cette monographie est le plus important travail sur cette maladie qui ait paru en France depuis longtemps.

L'auteur nous montre que la forme nerveuse de la grippe est très commune, qu'elle le fut particulièrement au début de l'épidémie de 1889, et qu'elle se caractérise par une céphalée, une rachialgie, une prostration, une asthénie et une somnolence parfois invincible. Ces symptômes, surtout si on y joint des névralgies, des vertiges et du délire, pourront, par leur intensité, devenir de véritables complications.

Les complications nerveuses de la grippe sont d'ailleurs signalées de longue date.

Les anciens auteurs insistaient sur le délire et sur la phrénésie, terme qui désignait une série d'accidents nerveux, délirants et convulsifs. Hoffmann, en 1729, parlait déjà d'une somnolence morbide, et de la fréquence de l'aliénation mentale. Dans l'épidémie de 1762, Gilchrist décrit la manie aiguë. Plus tard, Petrequin, en 1833, montrait qu'on pouvait voir des contractions simulant le tétanos. Puis, quelques années plus tard, Peacock décrivait les névralgies grippales, et insistait sur la coïncidence des épidémies de grippe et de méningite cérébro-spinale.

La grande épidémie de 1889 permit, dans le monde entier, d'étudier les complications de la grippe, et l'on décrivit, à sa suite, les paralysies, les accidents bulbaires, la mort par syncope, et enfin les psychoses d'origine grippale.

Les *méningites grippales* peuvent être cérébrales ou spinales, mais peuvent présenter tous les degrés d'altération des membranes, sans qu'il soit nécessaire d'employer, pour désigner certains syndromes, le nom de pseudo-méningite.

Les cas légers, passagers, qui guérissent rapidement sont liés seulement à des lésions congestives, de sorte que l'on peut séparer les méningites grippales en *congestive*, *séreuses* ou *suppurées*. Il ne paraît pas douteux que ces trois formes de la méningite grippale existent, et même, pour les formes suppurées, il n'est pas nécessaire d'invoquer la présence de germes d'infection secondaire. Cependant, on retrouve dans ces supurations des germes assez variés : Slavyk a rencontré le bacille de Pfeiffer à l'état de pureté; Trouillet et Esprit, en 1895, ont trouvé le diplocoque décrit par Teissier et Roux : mais souvent on retrouve soit seuls, soit associés à d'autres germes, le pneumocoque et le streptocoque.

La méningite grippale, plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, peut être précoce ou tardive. Précoce, elle est généralement bénigne et ne dépasse pas les stades de congestion, ou d'inflammation séreuse. Pissavy signale dans deux cas personnels une constipation invincible. Il s'agissait de deux frères qui présentèrent des accidents méningés à quelques jours d'intervalle; ce fut seulement après avoir usé de bien des moyens thérapeutiques pour lever la constipation que l'on vit les accidents méningitiques disparaître. Dans ces formes légères, la durée des accidents peut osciller de un jour à une semaine, sans pour cela que le pronostic soit trop défavorable; mais les formes suppurées sont presque toujours mortelles; il semble, cependant, que certaines puissent guérir.

La *méningite cérébro-spinale* peut relever du seul bacille de Pfeiffer (Pfuhl); mais, au cours de la grippe, elle peut reconnaître d'autres agents. Berlioz signale, dans un cas, la présence du diplocoque de Teissier, Roux et Pittion; le plus souvent, il s'agit du pneumocoque et du streptocoque. La grippe agit surtout, dans la genèse de ces méningites cérébro-spinales, en permettant l'infection méningée par les lésions qu'elle détermine du côté de la gorge et surtout du nez.

\* \* \*

A côté des lésions des enveloppes du système nerveux liées à l'infection, il faut placer les lésions des centres nerveux eux-

mêmes. Ces lésions peuvent revêtir des allures cliniques très différentes.

Signalons d'abord les *lésions de l'encéphale*, telles que les *hémorragies* et les *ramollissements* cérébraux. Leyden et Guttmann, dans leur rapport sur l'épidémie de 1889, remarquent que les hémorragies cérébrales sont particulièrement communes au cours des épidémies de grippe. Ces lésions, hémorragies et ramollissement, sont évidemment facilitées par les altérations vasculaires déterminées par la grippe; du reste, Rendu et Frankel rapportent des faits non douteux d'artérite cérébrale grippale.

Si les abcès cérébraux et cérébelleux de la grippe sont très rares, par contre, les lésions dues à la grippe peuvent cependant se localiser quelquefois au point de donner le tableau de l'*épilepsie symptomatique*. Erlanger rapporte ainsi un cas d'épilepsie jacksonnienne survenant au déclin de la grippe et finissant par guérir d'une façon définitive.

Les *myélites grippales* sont fort importantes à connaître; elles revêtent des types anatomiques et cliniques assez variés, et leur évolution, n'étant pas toujours fatale, on comprend qu'il n'existe encore que peu d'autopsies. Cependant, outre deux faits de Grasset, on peut citer ceux de Récamier, Laveran, Deroze, Gallois et Esprit.

La *myélite transverse dorso-lombaire* est le type le plus commun. Mais cette forme a tous les degrés d'intensité; car ces myélites grippales sont loin d'avoir la gravité des myélites syphilitiques, par exemple. Il existe une forme légère avec tout un cortège de symptômes atténués, et qui guérit complètement. Son début peut être brusque, mais, le plus souvent, c'est progressivement que l'engourdissement et la paralysie s'installent. Les sphincters sont souvent atteints, mais les escarres sont rares et la paraplégie est du type flasque. La guérison se voit même dans les formes qui paraissent d'abord les plus intenses et les plus graves.

La *forme spasmodique* de la myélite grippale, telle que la décrit Ulliel dans sa thèse, est caractérisée par la raideur des membres, l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde: on y rencontre peu de phénomènes sensitifs et les sphincters sont généralement intacts. Il ressort des observations de de Brun, Lichtenstern, Michaélis, Herzog, Determann que cette



variété de myélite est curable; il semble qu'elle relève de lésions de la périphérie de la moelle, de myélite annulaire, irritant surtout les cordons antéro-latéraux. Cependant si le malade de Michaélis ne gardait plus après quatre mois qu'un peu de raideur des jambes, celui d'Herzog resta infirme.

Dans quelques cas, la maladie débute par une *paraplégie spasmodique*, qui se transforme en une *paraplégie flasque* qui guérit à son tour.

La *myélite ascendante* a été notée plusieurs fois; c'est la forme la plus grave des myélites grippales; cependant elle peut guérir, même après avoir touché le bulbe. Le cas le plus remarquable est celui de Brun: chez ce malade, la paralysie débuta par les extenseurs des doigts, puis gagna les interosseux, les éminences thénar, puis le bras, l'épaule, puis les membres inférieurs; le diaphragme se prit, la déglutition devint difficile et c'est au milieu d'un cortège symptomatique de paralysie labio-glosso-laryngée que la mort survint.

Les *phénomènes bulbaires* peuvent donc exister comme complications nerveuses de la grippe. Ces accidents se montrent souvent dès le début de la maladie; ils sont de plusieurs ordres. Il s'agit parfois d'une dyspnée *sine materia*, simulant parfois le rythme de Cheyne-Stokes; ou bien le bulbe intervient dans la genèse de certaines syncopes, mortelles souvent, toujours très graves, qui se montrent dès le début, souvent dès les premières heures. Ces syncopes, qu'il ne faut pas confondre avec les syncopes tardives de la grippe liées à la myocardite, ne tuent pas toujours d'emblée; parfois, le malade revient à lui, mais ces accidents syncopaux se répètent, ce qui constitue une *forme syncopale* de la grippe.

Nous avons déjà noté la paralysie labio-glosso-laryngée; ajoutons qu'on a signalé (Uthoff) un cas de *paralysie bulbaire* avec ophthalmoplégie nucléaire.

\* \* \*

Les *névroses de la grippe* sont de plusieurs sortes.

Signalons d'abord l'*asthénie* qui est si commune qu'elle constitue presque un symptôme; elle fait partie du début de la grippe, mais peut être le dernier accident de la maladie. En 1889, à Munich, l'asthénie était telle dans le milieu militaire que les hommes se couchaient exténués et restaient indifférents à tout; les troupes qui prenaient le service bien portantes

n'avaient plus d'hommes valides quelques heures après. On signale des malades pris dans la rue en pleine santé et n'ayant pas la force de rentrer chez eux. Cette asthénie du début peut se prolonger; mais l'asthénie tardive est surtout pénible, car le plus souvent elle s'accompagne de grande dépression morale et d'apathie intellectuelle, souvent d'une préoccupation excessive et de crainte de la mort.

Le *coma* peut survenir comme un accident propre à la grippe, apparaissant comme un coup de foudre au cours d'une grippe d'intensité moyenne; c'est un coma généralement calme, sans souffrance apparente, le malade gardant un pouls ample et régulier. Son pronostic n'est pas fatal, car il n'est souvent que l'exagération d'un autre accident nerveux, beaucoup moins grave, c'est-à-dire d'une *somnolence morbide* et *invincible* signalée chez certains grippés. Ce curieux phénomène peut durer de longues heures et même plusieurs jours, et est un peu comparable à la narcolepsie des diabétiques.

Notons l'*hystérie* comme pouvant être provoquée par la grippe et revêtant des allures variées suivant son habitude (paralysies, perversion du goût, fausses méningites).

L'*épilepsie* peut survenir dans la grippe, chez des sujets prédisposés le plus souvent, mais non jusqu'alors épileptiques; mais cette épilepsie peut guérir et ne pas reparaitre après la grippe; d'autres fois, elle est (Limakaris, Bilhaut) l'occasion de la première crise d'un mal comitial définitif. Généralement la grippe agit chez les épileptiques en aggravant leur maladie.

On n'est pas d'accord sur la fréquence de la *chorée* d'origine grippale. Blocq la dit fréquente; Leyden et Gutimann, Ulliel en citent seuls des cas; souvent par contre la grippe est l'occasion d'une récidive de chorée.

On a vu un *goître exophthalmique* succéder à une grippe (Chabenat).

La *tétanie* signalée par Gomez en 1900, peut revêtir soit la forme de crises de contractures, soit la forme de crises permanentes avec trismus et opisthotonos. Cependant, même dans un cas de ce genre, on a vu le malade guérir.

\* \* \*

Les *troubles mentaux* sont communs après la grippe. Darolles signale que les cas d'aliénation mentale ont triplé après

l'influenza. Les suicides augmentent de nombre après les épidémies de grippe.

La *confusion mentale* est la forme la plus fréquente des psychoses grippales (Delasiauve, Leledy). Mais la confusion mentale d'origine grippale a tous les degrés, depuis les troubles qui durent seulement quelques jours, jusqu'à ceux qui ne guérissent jamais et aboutissent à la démence.

A côté de la confusion mentale, signalons la *manie* dont Leledy rapporte un fait bien typique qui a guéri au bout d'un mois.

La *mélancolie* est un accident qui appartient plutôt à la convalescence de la grippe, alors que la manie se montre en pleine infection grippale. L'idée d'impuissance, d'incapacité est le phénomène habituel de cette forme de mélancolie; rarement elle est bruyante, et le malade se concentre dans son chagrin.

Quant au rôle de la grippe sur les *psychoses anciennes*, il est différemment interprété par les auteurs. Les uns disent que la grippe amène un mieux passager; assurément certains malades présentent pendant la grippe un calme inaccoutumé; mais, à côté de ces faits, il en est d'autres où l'aggravation est manifeste. Un fait curieux à signaler, c'est l'immunité remarquable des aliénés par rapport à la grippe. 80 pour 100 des aliénés échapperaient à l'infection.

\* \* \*

Il nous reste à étudier maintenant les *troubles nerveux périphériques*; ils sont très communs si on y range les *névralgies* qui dans certaines épidémies se sont montrées sur 45 pour 100 des malades. Ces névralgies, qui atteignent cependant de préférence les prédisposés, ont une prédilection marquée pour la zone du trijumeau. Parmi les névralgies grippales, notons l'angine de poitrine nerveuse (Leyden et Guttmann, Sanson).

Les *paralysies* des nerfs périphériques sont assez rares; on en a signalé quelques cas. On a noté des paralysies faciales et même des paralysies des nerfs moteurs oculaires.

Les *névrites périphériques* méritent une mention spéciale. Chauffard rapporte un cas de polynévrite débutant dix jours après la grippe, prenant le cou, le bras, puis atteignant les membres inférieurs et finissant par guérir après un mois. Quelquefois ces paralysies s'accompagnent de troubles trophi-

ques de la peau; l'atrophie du nerf optique a été constatée par Snell (de Sheffield), Gum et MacHardy.

\* \* \*

Si maintenant nous résumons toutes ces complications nerveuses de la grippe, nous pouvons dire qu'elles ne respectent aucun point du système nerveux et qu'elles revêtent les allures les plus dissemblables et les plus variées. Cependant elles ont certains caractères communs : la rapidité avec laquelle elles s'installent, l'intensité qu'elles affectent d'abord, contrastant, dans la suite, avec une évolution souvent assez bénigne.

En effet, quelques craintes que l'on doive avoir sur l'issue de la plupart des complications nerveuses de la grippe, il résulte de la lecture des faits publiés que les guérisons sont fréquentes, de sorte que la grippe paraît agir sur le système nerveux beaucoup plus par un poison extrêmement diffusible modifiant le fonctionnement des cellules que par un poison altérant d'une façon définitive les éléments anatomiques.

---

### UN NOUVEL ANESTHESIQUE LOCAL : LA STOVAINE.

PAR M. LE PROFESSEUR F. DE LAPERSONNE.

On désigne sous le nom de Stovaine le chlorhydrate de l'amyléine *a. b.* : ce nouveau composé jouirait de propriétés anesthésiques locales très développées. Les recherches expérimentales du professeur de Lapersonne ont montré que les solutions aqueuses ou les solutions physiologiques au centième ont une toxicité beaucoup moindre que les solutions de cocaïne au même titre.

L'auteur a constaté également que des instillations de trois gouttes d'un collyre au vingt-cinquième dans la solution physiologique, déterminent chez le lapin une anesthésie très complète de la conjonctive et de la membrane clignotante, mais incomplète au centre de la cornée.

En instillant trois fois trois gouttes à une minute d'intervalle, il a obtenu une anesthésie profonde, même au centre de la cornée, durant 20 à 25 minutes, mais à plusieurs reprises il y a eu une légère desquamation de l'épithélium cornéen par îlots.

Ces expériences physiologiques ayant montré l'activité de ce

nouveau produit, M. le professeur de Lapersonne l'a utilisé en instillations et en injections chez un certain nombre de malades.

Le nouvel anesthésique local, la Stovaïne, est appelé à rendre des services très réels en chirurgie oculaire.

Sa faible toxicité permet de l'employer plus largement que la cocaïne. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer entre son action superficielle en instillations et ses effets en injections sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

En *instillations*, la Stovaïne permet de faire presque toutes les opérations portant sur la cornée ou la conjonctive, même l'opération de la cataracte. Sauf une légère desquamation épithéliale sans conséquence et d'ailleurs inconstante, elle n'a aucun inconvénient sur la marche de la cicatrisation. Mais elle est inférieure à la cocaïne en ce que son application est toujours plus douloureuse et que, à doses égales, l'anesthésie cornéenne est moins complète et moins durable.

En *injections sous-cutanées* ou *sous-conjonctivales*, la Stovaïne lui a paru au contraire supérieure à la cocaïne. L'insensibilité est complète en moins d'une minute et dure très largement le temps nécessaire pour une opération. Ses propriétés vaso-dilatatrices favorisent sans doute la diffusion rapide, ce qui n'a pas d'inconvénients en raison de sa faible toxicité.

L'auteur se propose de continuer ces essais qui sont très encourageants.

En instillations on pourrait, soit associer les deux anesthésiques, dans la proportion de deux parties de Stovaïne pour une partie de cocaïne, soit employer successivement les deux collyres. Ce moyen aurait l'avantage de donner une anesthésie complète, sans modifier ni le tonus, si souvent diminué par la cocaïne, ni la vascularisation de la conjonctive.

---

On donne généreusement aux morts toutes les vertus parce qu'ils ont cessé de porter ombrage et d'être une gêne aux vivants.

---

Sur le champ de bataille de la diplomatie, les luttes de la pensée des hommes d'Etat devraient faire taire les canons russes et japonais.

## DES INDICATIONS DE LA TRÉPANATION MASTOÏDIENNE.

PAR M. CUBERT-BARON.

On sait qu'il n'y a pas d'otite moyenne véritablement aiguë sans antrite. La constance presque absolue de ce fait anatomopathologique mènerait à concevoir un traitement idéal et théorique des suppurations de l'oreille qui aurait pour base l'antrotomie systématique. Nul doute qu'en agissant ainsi, on établirait un drainage large et direct de la mastoïde, on prévendrait les complications, et on préserverait mieux l'audition. C'est d'ailleurs de la sorte qu'agissent, sans y prendre garde, beaucoup de chirurgiens qui, faute de savoir lire un tympan, trépanent parce qu'ils seraient incapables de paracentéser. Mais ce serait là, une exagération inconsiderée. La clinique nous apprend, en effet, qu'un traitement rationnel réussit le plus souvent à guérir l'antrite.

La trépanation systématique inspirée par la constance de l'antrite anatomique doit faire place à la trépanation conditionnelle, réclamée par la mastoïdite clinique.

Ainsi, quand une ou deux larges paracentèses du tympan n'ont pas suffi à faire disparaître les symptômes inquiétants de l'otite; s'il persiste des douleurs fixes et spontanées dans la région mastoïdienne; si la base (région antrale), le bord supérieur ou la pointe de l'apophyse gardent malgré tout une sensibilité vive à la pression, à plus forte raison s'il y a empatement rétro-auriculaire ou rétro-mastoïdien; si le pus reparait dans le champ du spéculum en grande abondance, immédiatement après l'essuyage de la perforation, ou s'il sort par décharges successives abondantes et précédées de douleurs; si l'encéphale réagit, si le labyrinthe proteste... c'est qu'évidemment il y a lieu de pousser plus avant l'intervention, et de compléter la myringotomie par l'antrotomie.

On est en droit, si les choses ne pressent pas, de tenter la médication abortive de la mastoïdite. Mais un tel traitement ne doit pas être continué plus de deux à trois jours; si, au bout de ce délai, l'amélioration n'a pas été remarquable, il faut sans retard trépaner.

Et cette trépanation ne sera rien moins qu'économique. Il faut marcher sur l'autre et l'ouvrir toujours; et même ne pas se borner à cela, ôter tout le couvercle cortical de l'apophyse

pour pouvoir fouiller ses cellules jusqu'aux plus aberrantes. Plus l'opérateur sera radical, mieux s'en trouvera le patient.

Des faits que nous avons tous observés, des trépanations mastoïdiennes que nous avons pratiquées, se dégage en effet cet axiome: que toujours, en cas d'intervention, on *trouve des lésions plus étendues qu'on ne le supposait.*

Mais au fait, quel otologiste s'est jamais repenti d'avoir trop largement ouvert une mastoïde ?

Et qui de l'avoir fait trop tôt ?

---

### L'ACIDOSE DU SANG ET LA PATHOGENIE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. CANTER a cherché, et, comme tant d'autres, il croit avoir trouvé la cause première de la tuberculose pulmonaire. Et cette cause première résiderait tout simplement dans une diminution de l'acidité ou, si l'on préfère, dans une augmentation de l'alcalinité du sang.

L'acidité urinaire étant le miroir fidèle de celle du sang, on peut établir au moyen de la solution titrée de chéno-phtaléine que chez l'individu bien portant l'acidose du sang oscille entre 450 et 550 unités acides. Chez le tuberculeux et surtout chez le pré-tuberculeux cette acidose tombe toujours au-dessous de 400. C'est la règle, et de cette règle M. Canter tire la conclusion que c'est la diminution de l'acidose sanguine qui permet au bacille de s'implanter dans les poumons.

C'est elle qui règle la tension vasculaire; si celle-ci est élevée chez les diabétiques et les individus à suralimentation azotée, c'est que chez eux l'acidité du sang est augmentée. L'artériosclérose et son cortège de troubles: dyspnée, vertiges, bourdonnements d'oreilles, angine de poitrine, n'auraient d'autre origine que l'acidose persistante et excessive, et la tension accrue qu'elle entraîne à sa suite. C'est encore l'acidose qui serait la véritable raison de la haute pression que Bouchard a signalée chez les anarthritiques, et des bases pressions que Potain et Marfan ont trouvées dans la tuberculose. Les vertiges des dyspeptiques acides et, dans un autre ordre, les métrorragies des femmes hyperchlorydriques, ressortiraient à la même cause puisque tout rentre dans l'ordre lorsque par une médication appropriée on arrive à diminuer l'acidité du sang de ces malades.

Que l'acidité du sang joue un rôle dans la sécrétion du suc gastrique, le fait est connu. Mais M. Canter va plus loin et soutient que la faim et la puissance digestive sont en quelque sorte proportionnelles à l'acidose sanguine. La faim insatiable et la puissance digestive énorme de certains diabétiques ne s'explique que par l'acidose élevée de leur sang. Alcalinisez celui-ci par l'administration du bicarbonate, et la faim qui les tourmente disparaît presque complètement. De même chez les hyperchlorhydriques avec intégrité anatomique de l'estomac, avec ou sans sensations subjectives pénibles, la diminution artificielle, c'est-à-dire médicamenteuse, de l'acidose réduit la faim et le pouvoir digestif. De même encore, et en vertu de mêmes faits, chez l'hypoacide sans lésion gastrique ni aucune autre maladie constitutionnelle, il suffit d'augmenter l'acidose sanguine pour ramener la faim et rétablir le pouvoir digestif de l'estomac.

Voilà donc nombre de faits qui mettent en lumière l'importance de l'acidose. Celle-ci vient-elle à fléchir, à diminuer, l'organisme se trouve mis en état d'infériorité, à la merci du premier bacille qui voudra bien s'engager dans les poumons. Que va-t-il en advenir ? Cela dépend.

Un individu généralement bien portant, dont l'acidose a fléchi sous l'influence de circonstances accidentelles, laisse s'implanter dans ses poumons une colonie de bacilles. Comme il n'a aucune tare organique, l'acidose de son sang tend à redevenir normale et spontanément, ou aidée d'une médication et d'une hygiène appropriées, elle récupère son taux normal. La lutte avec les bacilles et la réparation des lésions prennent alors une allure plus énergique, d'autant que l'organisme à acidose normale ne tolère pas de bacilles dans son économie. Les foyers de tuberculose pulmonaire que l'on a pu constater par l'exploration clinique se congestionnent, tandis que dans d'autres points apparaissent des signes stéthoscopiques indiquant l'existence de foyers qu'on ne soupçonnait pas. En même temps ou peu de temps après se manifestent les signes d'une réaction générale due à l'absorption de la tuberculine des bacilles morts : fièvre, sueurs, amaigrissement, etc.

Il va de soi que cette réaction dépendra de l'étendue des foyers et de leur richesse en bacilles. Dans les cas moyens, le malade arrive à maintenir un état d'acidose normale, la fièvre diminue graduellement, les signes locaux suivent dans leur



évolution une marche parallèle et se dissipent; le malade gagne en poids, reprend son énergie et retrouve sa santé. Et la guérison est si bien établie qu'il ne reste rien de la maladie, ni signes locaux ni symptômes généraux.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il peut aussi arriver que l'individu atteint ne retrouve pas son acidose normale, et les bacilles ont alors beau jeu. Il peut encore arriver que l'acidose récupérée un moment fléchisse de nouveau, et une nouvelle poussée en est le résultat. Il peut enfin arriver que dès le début ou quelque temps après l'infection, la pullulation des bacilles soit telle que les poumons sont farcis de tubercules, si bien que lorsque le malade retrouve son acidose et détruit les bacilles, il meurt intoxiqué par la tuberculine.

Voici, en effet, comment, d'après M. Canter, les choses se passeraient en pareil cas.

Comme précédemment, l'acidose se relève et amène au bout d'un temps variable une congestion des foyers tuberculeux. Mais, à mesure que se fait la destruction de ceux-ci, la tuberculine qui les imbibe ou qui provient des cadavres de bacilles est résorbée et amène les symptômes classiques de l'intoxication spécifique. La fièvre s'allume, l'appétit cesse et le malade se met à maigrir d'autant que l'appareil digestif se trouvant pris, l'alimentation devient difficile et les réserves s'épuisent. Le malade se trouve donc condamné à l'autophagie qui augmente l'acidose laquelle, à son tour, amène une destruction plus énergique des foyers tuberculeux et une résorption de quantités plus grandes de tuberculine. La température atteint 40 degrés et les dépasse même; il se produit des transpirations profuses qui éliminent des quantités considérables d'acides et de toxines; l'autophagie continue et devient plus intense en augmentant l'acidose et en faisant passer dans la circulation de nouvelles quantités de tuberculine. Le malade finit par mourir, empoisonné par les cadavres de ses ennemis.

Evidemment, on pourrait songer à diminuer artificiellement l'acidose dont l'exagération est devenue un danger. Mais, dit M. Canter, "il y a une limite inférieure qu'on ne peut franchir; sinon la question gastro-intestinale devient insuffisante pour assurer la digestion. Donc, d'une façon comme de l'autre, le sujet est acculé à l'autophagie et à l'hecticité".

Cette théorie pathogénique ne manque pas de donner des

indications relatives au traitement de la tuberculine? Ainsi chez le pré-tuberculeux, il suffit d'élever l'acidose au-dessus de la normale pour le mettre à l'abri de la tuberculose, et qu'en cas de tuberculose déclarée le même procédé permet à l'organisme de se débarrasser des bacilles de Koch et de réparer les lésions créées par ceux-ci.

Les phosphates, l'acide phosphorique, l'acide chlorhydrique forment les frais de la médication. Il faut encore tenir compte de ce fait que la viande, les œufs, le fromage augmentent considérablement le taux de l'acidité. Tandis que les graisses, l'amidon, le sucre, l'alcool ne forment presque pas d'acides dans l'organisme. En tout cas on doit procéder avec méthode et prudence pour n'augmenter l'acidose que d'une manière lente et progressive, de façon à éviter une destruction brutale des foyers et des bacilles avec passage de grandes quantités de tuberculine dans le sang.

Telle est la théorie de M. Canter à laquelle on ne saurait refuser une certaine originalité.

---

### ACTION DE L'EAU SUR LA SECRETION URINAIRE,

PAR M. LE DOCTEUR BRETET.

Les recherches relatives à l'influence que peut avoir sur la sécrétion urinaire l'ingestion d'une plus ou moins grande quantité d'eau, ne sont point nouvelles, mais les résultats auxquels sont arrivés les différents auteurs, sont tellement contradictoires qu'ils appelaient de nouvelles recherches.

M. Bretet constate tout d'abord que, parmi les expériences antérieures, beaucoup ont été faites, non avec de l'eau, mais avec les boissons les plus variées, telles que le café, le thé, la bière, par exemple, liquides dont les éléments ne sauraient être considérés comme étant sans action sur le rein.

Au point de vue des éléments constitutifs de l'urine, les données bibliographiques, pour être moins nombreuses, ne sont pas moins contradictoires.

Convaincu, par ses observations, que l'élimination des composés urinaires ne suit pas toujours l'ingestion de leurs éléments générateurs d'aussi près qu'on le pense, M. Bretet a étudié l'action de l'eau sur cette élimination pendant des périodes consécutives prolongées autant que possible.

Pendant toute la durée des expériences, la nature et la quantité des aliments ont été régularisées dans la mesure compatible avec la durée des recherches. Pour les solides, les mêmes mets, très peu variés et se répétant périodiquement tous les quatre ou cinq jours étaient pris en quantités sensiblement égales, le tout oscillant dans des limites très étroites autour de 1000 grammes par 24 heures.

Les déterminations, faites jour par jour, ont porté sur le volume, l'acidité, le total des matières fixes, l'azote total, l'urée, l'acide urique, l'ensemble des composés uroxyanthiques, l'acide phosphorique, le chlore et l'acide sulfurique; de plus, le total des éléments minéraux, la chaux, la magnésie, la potasse et la soude ont été dosés pour chacune des trois périodes des deux séries, sur un échantillon moyen constitué en prélevant chaque jour le vingtième de l'émission des 24 heures.

Pour les opérations analytiques il a été tenu compte du volume plus ou moins grand de l'urine, dont les variations considérables auraient faussé les résultats. Les essais préliminaires ayant montré que, à l'état normal, ce volume oscille dans des limites assez étroites, autour de deux litres, l'émission de chaque jour a été ramenée à ce volume par dilution ou par concentration; les dosages étaient faits sur le liquide résultant de ces opérations, excepté le dosage de l'acidité et ceux des corps azotés, pour lesquels la concentration, même en milieu acide, cause une perte d'azote, très faible mais constante.

Les résultats des analyses sont exposés en détail dans six tableaux comprenant chacun une période; ils sont ensuite résumés dans un seul qui réunit les moyennes des trois périodes de chacune des deux séries. Deux autres tableaux font bien ressortir la nullité de l'influence de l'eau sur l'élimination des éléments urinaires (le volume excepté); le premier met en regard cette élimination dans les 5 journées où il a été absorbé le moins d'eau et dans les 5 où il en a été ingéré la plus grande quantité, le second permet de comparer entre eux les chiffres moyens de chacun des éléments de l'urine dans ces mêmes journées où l'eau a varié de 1,500 cm<sup>3</sup> à 4 litres.

Comme document comparatif, l'auteur a établi l'influence du régime par quelques analyses qu'il a résumées dans un tableau contenant, à côté des résultats fournis par un régime mixte, les chiffres donnés par un régime exclusivement végétal. Il

donne, enfin, deux autres tableaux contenant, l'un les principaux rapports urologiques *moyens* pour les trois périodes de chacune des deux séries, l'autre, les rapports azotuniques pour chaque journée.

Les résultats des analyses peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

1° L'action de l'eau, pour être appréciée exactement, doit être envisagée non pas d'un jour à l'autre, mais sur des périodes consécutives prolongées 8 ou 10 jours au moins ;

2° L'influence exercée sur la sécrétion urinaire, chez un sujet à l'état physiologique, par l'ingestion d'une plus ou moins grande quantité d'eau, peut être considérée comme nulle, la question du volume exceptée. En d'autres termes, le rein, filtre, élimine bien toute l'eau qui lui est apportée ; mais le rein, glande, n'en est point influencé et n'élabore que proportionnellement aux aliments ingérés.

Le volume de l'urine marche donc parallèlement à celui de l'eau ingérée ; il lui est régulièrement inférieur ;

3° Les proportions des bases xanthiques, assez constantes dans les périodes normales, varient d'une façon notable dans les périodes extrêmes, mais ces variations n'ont aucun rapport avec la quantité d'eau ingérée ;

4° L'acidité urinaire, qui n'est nullement influencée par le plus ou moins d'eau ingérée, est un caractère très variable, chez un même sujet, malgré une alimentation aussi régulière que possible ; les variations sont plus grandes pour les émissions du matin et du soir que pour l'émission totale des 24 heures. En moyenne, le titre acide, rapporté au litre, est plus fort dans l'émission du matin, mais la somme d'acidité contenue dans l'émission du soir est plus grande, le volume de celle-ci étant beaucoup plus considérable ;

5° Les variations des différents rapports urologiques se sont montrées très faibles et sans relation avec le plus ou moins d'eau ingérée.

---

Ceux que l'argent ou d'autres vils moyens n'ont point corrompus, croient encore à la vertu sur la terre, au courage, au dévouement, à l'abnégation.

**L'AEROPHAGIE CHEZ LES DYSPEPTIQUES,**

PAR M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU.

A propos d'un cas de tympanisme abdominal causé par l'aérophagie, M. Albert Mathieu, dans une des dernières séances de la Société de Thérapeutique, est revenu sur cette question.

"L'aérophagie, disait-il, est la déglutition de l'air atmosphérique. C'est un phénomène bien connu des vétérinaires et même des maquignons. Un cheval qui *lique à l'air*, s'arrête brusquement, se campe sur ses quatre pieds, fait des mouvements successifs de déglutition, son ventre se gonfle, la respiration devient gênée, il est impossible de le faire avancer. Des émissions nombreuses de gaz par le rectum indiquent que l'air avalé a parcouru toute la longueur du tube digestif.

Chez l'homme, l'aérophagie a été décrite par Bouveret (de Lyon). Il a démontré que le hoquet spasmodique des hystériques est bien souvent constitué par la déglutition de l'air et son expulsion sous forme de rot sonore, alternativement.

Sous sa forme la plus simple, l'aérophagie des dyspeptiques se présente de la façon suivante. Peu de temps après le repas, les malades éprouvent une sensation de gêne, de malaise, de pesanteur, de tension d'avoir la poche gastrique pleine de gaz, et ces gaz, ils s'efforcent de les expulser. Des rots se produisent et se succèdent par séries, quelquefois on peut en compter dix, quinze, vingt de suite. Quelquefois ils sont beaucoup plus nombreux; il y en a des centaines, il peut y en avoir des milliers.

Les malades aérophagiques peuvent souvent avoir des rots à volonté, et lorsqu'on constate cette particularité chez un dyspeptique rotateur, surtout s'il ne se connaît pas cette propriété, cela crée une grande présomption en faveur de la déglutition de l'air.

Chez quelques malades, les rots sont particulièrement bruyants, sonores; ils se rapprochent du hoquet hystérique. C'est du reste chez des hystériques que se rencontrent presque exclusivement ces formes excessives et évidemment spasmodiques.

Si l'on observe le malade pendant une crise, on constate facilement qu'il y a aérophagie. Les malades font tout d'abord un mouvement de déglutition caractérisé par les mouvements successifs d'élévation et d'abaissement du larynx, puis une gorgée

de gaz est expulsée plus ou moins bruyamment, et ainsi de suite quelquefois indéfiniment. Une variante, c'est que des mouvements de déglutition se succèdent plus ou moins nombreux sans qu'il y ait expulsion de gaz. Lorsque les rots se produisent, ils sont alors particulièrement nombreux et bruyants.

Si l'on examine la région stomacale pendant la crise, on peut voir souvent l'estomac se distendre comme si on l'insufflait. Par l'auscultation, on entend l'entrée de l'air dans l'estomac, ainsi que l'a bien vu M. Bouveret. On perçoit souvent par l'oreille l'entrée des gaz dans l'estomac; mais non toujours, cependant. Il est possible, en effet, que l'air dégluti reste dans l'œsophage et ne franchisse pas le cardia.

Si l'on approche une bougie de la bouche du malade pendant la crise, la flamme n'est pas mise en mouvement au moment où se produit le bruit de déglutition régulièrement regardé par le malade comme un bruit d'expulsion.

Le plus souvent encore, le phénomène s'arrête lorsqu'on conseille au malade de maintenir la bouche couverte, comme l'a vu M. J.-Ch. Roux.

Lorsque les crises d'aérophagie se rapprochent et sont accentuées, prolongées, l'état dyspeptique et névropathique du malade tend à empirer. Les digestions deviennent plus difficiles, les phénomènes de pesanteur s'aggravent; il peut survenir des vomissements (Bouveret). Les malades diminuent leur alimentation; ils s'amaigrissent, s'affaiblissent, se montrent irritables. La flatulence devient pour eux une cause d'obsession continue. Quelques-uns sont obligés de renoncer à leurs occupations et à leur situation. Les régimes sévères, la médication intensive ordonnée contre les prétendues fermentations gazeuses de l'estomac ne font qu'aggraver le mal. Et cependant, il eût suffi de reconnaître l'aérophagie, d'en expliquer le mécanisme au malade, de le rassurer, de l'encourager à s'alimenter pour obtenir la guérison immédiate de cette flatulence excessive et rebelle.

Ces particularités suffisent déjà amplement pour dépister l'aérophagie. L'analyse des gaz expulsés pourrait montrer qu'il ne s'agit que d'oxygène et d'azote, comme pour l'air atmosphérique !

Toute médication de la flatulence doit être abandonnée. Des calmants, la codéine en première ligne, pourront être utiles en

cas d'irritation douloureuse de l'estomac. L'eau chloroformée saturée au moment des malaises, causes de crises aérophagiques, est souvent très utile: on l'étendra de moitié ou deux tiers d'eau ordinaire."

Depuis cette publication, l'observation clinique a démontré au Dr Mathieu la fréquence inattendue de l'aérophagie chez les dyspeptiques nerveux. L'auteur est, du reste, arrivé à cette formule clinique que, lorsqu'il se produit une demi-douzaine au moins de renvois gazeux en série, à la suite les uns des autres sans intervalle, on peut affirmer l'aérophagie. Parfois les éructations sont extrêmement nombreuses: on peut en compter des centaines et des milliers par jour. Un notaire de province, homme exact et méticuleux par profession, avait compté ses rots; il en avait de 5 à 6,000 par jour.

Règle générale: le dyspeptique n'a pas conscience de son aérophagie. Il prend le bruit produit par la déglutition d'une gorgée d'air pour un bruit d'expulsion, pour un véritable rot. Il ne s'aperçoit pas, lorsque les rots véritables se produisent qu'ils sont consécutifs à ces ingestions d'air dans l'estomac. Lorsqu'on a réussi à lui démontrer son erreur, le plus souvent la guérison de l'aérophagie est facile, et sa suppression amène souvent un soulagement très marqué tout autant psychique parfois que physique.

M. Mathieu rapporte sommairement un fait qui démontre que l'aérophagie peut être la cause méconnue d'un tympanisme abdominal bien analogue au tympanisme abdominal des hystériques.

Tout incomplète qu'elle soit, cette observation est intéressante. Elle paraît démontrer que le tympanisme analogue au tympanisme hystérique, peut être dû à la déglutition de l'air atmosphérique.

Rien d'étonnant à ce que l'insufflation de l'intestin puisse se faire par ce mécanisme aussi bien que l'insufflation stomacale que certains sujets exécutent en quelques instants. En effet, l'air introduit s'échappe en partie par l'intestin et le nombre des émissions gazeuses par l'anus, auquel se trouvent amenés bon nombre d'aérophages, troublent souvent leur quiétude et celle de leurs voisins.

Ce qui doit surtout intéresser les thérapeutes dans l'histoire de l'aérophagie avec ou sans éructation, avec ou sans tympa-

nisme abdominal, c'est qu'il est souvent très facile d'en amener la guérison. Il suffit d'obtenir que le malade renonce à produire les mouvements de déglutition à vide par lesquels il charge son estomac à la façon d'un fusil à vent,

Avec les gens intelligents qui comprennent, le succès est immédiat. Avec les gens moins intelligents qui sont étonnés et blessés de ce soupçon d'aérophagie, on échoue parfois. Ils continuent à déglutir de l'air, ils restent aussi venteux que par le passé. Ils continuent à faire appel sans succès aux médicaments antifermentescibles ou absorbants qui doivent les débarrasser de leur flatulence. L'irritation médicamenteuse de l'estomac est une complication fréquente bien qu'indirecte de l'aérophagie.

### LE CITRON COMME ANTIHYDROPIQUE.

M. le docteur N. Th. Tehigaïev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Petersbourg, a récemment eu l'occasion d'observer une femme de 45 ans, atteinte d'anasarque avec hydropisie très marquée et albuminurie, d'origine cardiaque, chez laquelle le traitement par la digitale, les diurétiques et les purgatifs était resté presque sans aucun effet. Or, en revoyant cette malade un mois et demi plus tard, l'auteur ne fut pas peu surpris de constater que l'hydropisie avait complètement disparu. Il apprit que la patiente était redevable de cette cure à l'emploi de citron en nature: sur le conseil d'un guérisseur, elle avait commencé par manger la moitié d'un citron (avec l'écorce); puis, le lendemain, un citron tout entier; le jour suivant, un citron et demi, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à en absorber trois; alors elle avait diminué la dose, en suivant la même progression en sens inverse. Sous l'influence de ce traitement, elle avait trois ou quatre selles par jour et urinait très abondamment, en même temps qu'elle voyait disparaître les œdèmes.

Se basant sur ce fait, M. Tehigaïev estime que l'usage du citron mérite d'être essayé contre l'hydropisie. Ajoutons que le cas signalé par l'auteur cadre bien avec la constatation faite jadis par un autre médecin russe, le docteur Trinkovsky, d'après laquelle le suc de citron posséderait des propriétés diurétiques très prononcées.



**PRATIQUES DE GYMNASTIQUE SUEDOISE DANS LA  
CEPHALEE CONGESTIVE DE FATIGUE  
INTELLECTUELLE.**

PAR M. LE DOCTEUR TISSIÉ.

Pendant mon séjour en Suède et au cours de la mission qui m'avait été confiée par le Gouvernement français, à l'effet d'étudier l'éducation physique pédagogique et thérapeutique, j'ai suivi les cours et les cliniques de l'Institut central royal de gymnastique, et me soumettant moi-même, comme patient, à des exercices que je pratiquai également ensuite sur divers sujets, j'ai pu constater les bénéfices réels que donne la gymnastique médicale scientifiquement appliquée sous forme de mouvements actifs et passifs, de pratiques de massage des muscles et des terminaisons nerveuses périphériques, exécutés en vue d'une fin thérapeutique voulue.

Une des caractéristiques du massage suédois est, en effet, l'application du mouvement aux points d'émergence des nerfs, et cela par des manœuvres diverses dont une des plus employées sont les vibrations pratiquées soit à l'aide de la main, soit à l'aide de vibrateurs mécaniques. Ces vibrations ont une influence sédative; elles sont généralement accompagnées de diverses manœuvres de massage: tapotements, effleurage, pétrissage, etc., des muscles avoisinants des terminaisons nerveuses sur lesquelles on veut agir.

Très surmené par des fatigues physiques et intellectuelles qui avaient précédé mon voyage en Suède, surmenage auquel venait se surajouter celui du souci que j'avais d'accomplir sérieusement la mission que le Gouvernement français m'avait fait l'honneur de me confier, possédant cependant un pouvoir de réparation très précieux par un sommeil de la nuit qui a été toujours excellent, je n'en éprouvais pas moins, après plusieurs heures de contention d'esprit, une fatigue caractérisée par une forte congestion de tête, accompagnée de la sensation de pression en casque de la calotte crânienne et de douleurs assez vives aux globes oculaires, ainsi qu'aux points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires temporaux, occipitaux ou cervicaux; c'est alors que je trouvais un grand soulagement à me soumettre aux pratiques de l'Institut. Je dois dire que, depuis, ces mêmes pratiques m'ont donné de bons résultats dans mon état. Les pratiques de massage et de vibrations, posologiquement ap-

pliées aux émergences nerveuses, provoquent une sédation du système nerveux des fatigués. Et ici, il convient d'établir deux catégories de fatigués: les fatigués normaux et les fatigués anormaux. Dans les premiers, je place tous les surmenés physiques, intellectuels ou émotifs, à système nerveux bien équilibré ou non taré, et chez lesquels les réparations nerveuses sont rapides, grâce à une saine constitution générale dont le critérium est un excellent sommeil nocturne. Dans les seconds, je place les fatigués héréditaires, les neurasthéniques et tous ceux chez lesquels le potentiel nerveux s'abaisse rapidement pour ne se relever que très lentement. Chez les uns et chez les autres, le repos s'impose également, avec cette différence qu'il est rapidement réparateur pour les fatigués normaux tandis qu'il l'est bien moins chez les fatigués anormaux. C'est ici que les pratiques sédatives de la thérapeutique physique suédoise sont d'un grand secours, à condition toutefois d'être appliquées posologiquement.

La séance dure plus ou moins longtemps, selon qu'on a affaire à un normal ou à un anormal, selon qu'on suit le traitement complet ou que, pour se délasser au cours même du travail intellectuel, on l'arrête pendant quelques minutes pour exécuter soi-même une partie des manœuvres. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas du traitement lui-même, mais d'un relais où on reprend de nouvelles forces afin de pouvoir continuer sa route pendant quelques heures encore, jusqu'au moment du repos réparateur. Ces séances de détente ne durent que de cinq à dix minutes.

La séance se divise en trois parties: la première est consacrée aux mouvements qui visent la décongestion du cerveau par des exercices physiques généraux, spécialement exécutés en vue du but qu'on veut atteindre, ces mouvements sont surtout respiratoires; la seconde est consacrée aux pratiques du massage et des vibrations nerveuses; la troisième est la répétition de la première partie, d'une durée plus courte cependant.

1° Dans les exercices généraux de respiration sont compris les mouvements d'élévation et de rotation des bras; d'élévation du corps sur la pointe des pieds; de pédale en portant tout le poids du corps sur les talons; de marche sur la pointe des pieds, les jambes et le corps étant en extension, le bout des doigts des deux mains appliquées contre la nuque par leur face palmaire,

les bras étant ouverts aussi fortement que possible; de flexion du corps sur les jambes, les bras levés, puis les mains appliquées sur les hanches; de flexion et d'extension des bras dans la première position du mouvement de natation, en plaçant les deux bras sur un plan horizontal parallèle aux épaules.

2° Dans les pratiques de massage, sont compris: l'effleurage du cuir chevelu, du cou et du dos sur toute la région vertébrale; les vibrations plus ou moins fortes ou atténuées, rapides ou lentes, profondes ou superficielles, selon les sujets, du plexus cervical avec ses diverses branches, ainsi que des points d'émergence des nerfs rachidiens et intercostaux; la traction par soulèvement de la tête de bas en haut, le sujet étant assis sur une chaise, traction qui porte sur tous les muscles du cou et particulièrement de la nuque; faisceau supérieur du trapèze, splénius, etc.; le tapotement rapide et léger sur toute la région dorso-lombaire, au point d'émergence des nerfs, à leur sortie des trous de conjugaison, les mains frappant par l'arête digitale auriculo-hylothénar; enfin, un nouvel effleurage dorso-lombaire.

La troisième partie est la répétition de la première; elle se termine toujours par quelques mouvements d'inspiration et d'expiration.

A. Par les vibrations du plexus cervical, on agit sur ses branches superficielles et sur ses branches profondes.

#### BRANCHES SUPERFICIELLES

- Branche mastoïdienne (apophyse mastoïde).
- auriculaire (oreille).
- cervicale transverse (cou, partie antérieure).
- sus-claviculaire (thorax, partie supérieure).
- sus-acromiale (épaule, partie supérieure).

#### BRANCHES PROFONDES

- Branche du petit droit antérieur et long du cou.
- du sterno-mastoïdien.
- du trapèze.
- descendante interne.
- du nerf phrénique ou diaphragmatique.
- de l'angulaire et du rhomboïde.

B. Par les vibrations du plexus cervical, on atteint les nerfs suivants qui lui sont anastomosés:

- Le pneumogastrique.
- Le spinal par son filet qui se rend au trapèze et au sterno-mastoïdien.
- Le grand sympathique.
- Le grand hypoglosse.
- Le plexus brachial.

C. Par la traction de la tête de bas en haut, on agit sur les

nerfs rachidiens supérieurs et surtout sur les deux branches sous-occipitales:

La première, qui passe entre l'occipital et l'atlas, innervant les muscles droits et obliques postérieurs;

La seconde, la plus importante, formée d'un faisceau nerveux assez gros, qui constitue le grand nerf occipital, siège si fréquent de névralgies. Ce nerf se rend au cuir chevelu en passant entre l'axis et l'atlas.

D. Par le tapotement du cou, du dos et des lombes, on agit sur les terminaisons nerveuses cervicales thoraciques et abdomino-pelviennes.

Les branches thoraciques, qui se divisent en deux rameaux, un musculaire (long dorsal sacro-lombaire), un cutané (peau du dos), sont surtout excitées par les rameaux cutanés dans les passes d'effleurage qui sont très sédatives après avoir été actionnées plus ou moins fortement par les tapotements.

#### SEPTICEMIE ET ENDOCARDITE TUBERCULEUSES "PRIMITIVES" DIAGNOSTIQUEES PENDANT LA VIE.

MM. André Jousset et Braillon relatent un fait d'endocardite tuberculeuse qui grâce à l'inoscopie du sang put être diagnostiquée pendant la vie.

L'inoculation au cobaye, les résultats de l'autopsie démontrèrent le bien fondé de ce diagnostic. Ce cas où l'endocardite évolua seule, sans autre association tuberculeuse, est d'autant plus intéressant que malgré son isolement la lésion put être diagnostiquée en toute certitude environ deux mois avant la mort du sujet. Pendant cette longue durée le sang fut examiné à diverses reprises et chaque fois on y trouva des bacilles par l'inoscopie et l'inoculation. Mais l'infection finit par s'atténuer et le malade mourut dans l'asystolie du fait de ses lésions valvulaires.

A l'autopsie on trouva sur l'endocarde des lésions d'apparence banale, mais dont l'examen histologique et bactériologique démontrèrent la nature tuberculeuse.

Les auteurs croient qu'il n'existe dans la littérature médicale aucun fait de ce genre; aussi insistent-ils sur la nécessité qu'il y a de songer à la tuberculose en présence de toute endocardite qui n'a pas fait sa preuve et sur la possibilité d'arriver à un diagnostic étiologique précis par l'examen du sang lorsque la lésion est en pleine activité.

## INTERETS PROFESSIONNELS.

*“ Le Montréal-Médical ” est un organe libre où chacun peut exposer ses idées, sous sa seule responsabilité. ”*

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Contrairement au désir de la majorité des membres de la profession médicale, la législature de Québec vient d'amender notre code pour être agréable à quelques amis politiques.

La question soumise à la discussion concernait tous les étudiants en médecine inscrits dans une faculté avant 1903 n'ayant pas de diplôme de bachelier ou de brevet qui auraient reçu de par la volonté des législateurs la permission d'exercer librement leur profession dans notre province; cette première rédaction du fameux Bill Tachereau contenait des malformations congénitales qui le rendaient incapable de vivre plus de quinze jours; la seconde était un produit du bureau Parent, Tachereau & Cie, et du Bureau de nos Gouverneurs, on a fait une loi bureaucrate, nos gouverneurs n'ont pas été consultés et on a cru bon de compromettre notre collège, car on a fait un compromis.

Le 30 septembre 1903, à une réunion de notre Collège de médecins et chirurgiens, on a proposé qu'une licence soit octroyée à messieurs les étudiants en médecine Desmarais et Dufresne, bacheliers ès-lettres, s'ils subissaient avec succès leurs examens sur les sciences et qu'ils soient porteurs d'un diplôme de docteur en médecine. Cette motion fut rejetée, et hier à Québec par un compromis, dit-on, elle fut acceptée et elle a maintenant force de loi pour tous les étudiants inscrits avant le premier novembre 1903. Je crois, M. le Directeur, que ces compromis sont compromettants, qu'a-t-on reçu en retour des concessions faites ?

Notre Collège a demandé à messieurs les députés de voter en faveur d'une cinquième année d'études médicales. Ces messieurs ont répondu qu'ils connaissaient mieux que lui les besoins de notre profession et ont voté contre ce projet de loi de M. le docteur Pelletier.

Si, au lendemain d'une résolution de notre Collège, la Chambre des députés déclare que ces décisions sont nulles et sans effet, quelle est l'utilité de notre Collège ?

En faisant par *compromis* l'abandon de nos pouvoirs l'on a

mis en péril le droit d'autonomie et la vie de notre Bureau de médecine qu'on aurait dû défendre jusqu'à la mort.

Si notre Collège existe et sert à rien, pourquoi existe-t-il ?

.....

DOCTEUR LEX.

### REPONSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES RESUMÉES.

Pouvez-vous me dire quel est le prix de Montréal à Vancouver à l'occasion de la réunion de la *Canadian Medical Association* ?

Dr B.

Le prix est de \$68.00 aller et retour et un supplément de \$10.00 pour privilège de revenir par St-Louis. Les billets sont bons pour 60 jours.

Comme des médecins ne peuvent recevoir des revues scientifiques et littéraires, votre excellent journal ne pourrait-il pas réserver quelques pages pour traiter les plus importantes et les plus intéressantes questions ?

Dr M.

La Rédaction est bien disposée à se rendre à vos désirs et plusieurs fois nous avons fait la proposition, mais l'administration s'est opposée à augmenter la revue d'un plus grand nombre de pages qui seraient la cause de nouvelles obligations. Dans un avenir prochain nous espérons pouvoir vous offrir des analyses sur des questions scientifiques qui sont le plus en rapport avec la médecine.

Ayant des *patients* qui n'ont pas encore renoncé à l'art de flatter l'œil agréablement, pouvez-vous me donner une formule qui atteindrait ce but ?

Dr V.

Formule d'une *Crème de la Beauté*:

Amandes douces.....	15 parties
Eau de fleurs d'oranger....	60 "
" " roses.....	60 "
Borax .....	1 "
Teinture de benjoin .....	2 "

Méler 2 cuillerées à thé avec un peu d'eau pour se laver.

Quelle est la formule de la solution de Péroni que l'on recommande pour obtenir la guérison de la syphilis par la seule application externe ?

Dr D.

Solution de Péroni :  
Traumatine au chloroforme..... 1 partie  
(Solution de gutta-percha au 10e)

Calomel..... 3 parties

En application avec un pinceau deux ou trois fois par semaine dans la région dorsale.

Savez-vous combien il y a de médecins qui exercent illégalement la médecine à Montréal et dans la province de Québec ?

Dr P.

Après nombreuses informations on nous dit qu'il y a dans notre ville 72 médecins qui exercent leur profession sans être porteurs d'une licence provinciale et 130 dans la province de Québec.

## SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL.

(Séance du 11 mai, 1904.)

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR OSCAR MERCIER.

M. F. DE MARTIGNY présente deux pièces anatomiques: Un utérus fibro-mateux avec un polype à très long pédicule et une grossesse ovarienne. Il lit l'observation de ces deux cas et celle d'un cas de hernie inguinale contenant l'appendice.

M. HARWOOD fait remarquer que c'est le deuxième cas de grossesse ovarienne que M. de Martigny communique à la société depuis six mois. Toutefois il ne peut accepter ces observations avant que le rapport microscopique ait démontré que l'on se trouve bien en présence de grossesses ovariennes.

Quant à la dégénérescence cancéreuse du fibrome il ne croit pas que les fibromes utérins dégèrent aussi souvent en cancer que M. de Martigny le laisse entendre. Il a examiné un grand nombre de cancers portant de très anciens fibromes de l'utérus sans la moindre dégénérescence.

Dans les cas de fibromes multiples il est en faveur de l'hystérectomie qui seule assure une guérison définitive à la femme.

M. OSCAR MERCIER rapporte le cas d'une femme à qui, il enleva d'urgence un gros polype utérin sphacélé qui permit de tenter une opération aussi sérieuse. Deux ans après cette femme mourait de cancer de l'utérus développé probablement aux dépens d'un fibrome utérin.

Il a aussi enlevé un second polype de l'utérus, expulsé dans le vagin et ayant produit, par compression, la nécrose des parois vaginales. Il a perdu cette malade de vue. Il cite un cas de polype enlevé par un confrère avec un petit forceps d'obstétrique.

Il fait l'hystérectomie dans les cas de fibromes de l'utérus, à cause de dégénérescence fréquente des fibromes.

M. HARWOOD demande à M. Mercier sur quoi il base son opinion, pour dire que le cancer de l'utérus, qui a emporté la malade de son observation, s'est développé aux dépens d'un fibrome, et que ce n'est pas un cancer du corps indépendant des fibromes.

M. MERCIER répond que c'est plutôt une impression qu'une certitude.

M. DE MARTIGNY admet que le cancer se développe aux dé-

pens d'un ou plusieurs fibromes. Il ajoute que cette question des dégénérescences des fibromes utérins occupait beaucoup Péan et Delaunay et que pendant qu'il était un de leurs internes ces chefs de services faisaient examiner microscopiquement par Pilliet et Cornil, simultanément, tous les fibromes qu'ils enlevaient et que presque toujours le microscope répondait qu'il y avait dégénérescence cancéreuse malgré qu'à l'œil nu il était impossible de trouver l'apparence de la dégénérescence.

M. DÉCARY dit que dans ces cas de tumeurs de l'utérus il est très difficile de poser un diagnostic précis même avec l'aide du microscope.

M. DUBÉ demande ce que le médecin doit faire quand il se trouve en présence d'une femme près de la ménopause ou l'ayant dépassé et portant un fibrome utérin. Doit-il, dans tous les cas insister pour l'opération ?

M. HARWOOD est d'opinion que si les fibromes ne causent aucun trouble, qu'il vaut mieux attendre, que dans le cas contraire l'intervention est nécessaire.

M. DE MARTIGNY pense que l'on doit rechercher soigneusement s'il n'y a pas de cancer dans les ascendants de la malade et dans l'affirmative opérer tous les cas, de crainte que le fibrome ne se transforme rapidement en cancer. L'opération est si bénigne que la malade court moins de risques en se faisant opérer qu'en conservant sa tumeur.

M. DUBÉ ne croit pas que l'hérédité cancéreuse fasse courir de si grands dangers à la malade atteinte de fibromes utérins. D'ailleurs la théorie microbienne du cancer est admise par beaucoup d'auteurs et gagne chaque jour du terrain.

M. DE MARTIGNY ajoute que même si le cancer était une infection comme la tuberculose, ce qui est loin d'être prouvé, il n'en reste pas moins admis que les sujets issus de souches cancéreuses ou tuberculeuses sont plus aptes que les autres à souffrir soit de cancer soit de tuberculose; il vaut beaucoup mieux, dans l'intérêt du malade, prévenir que tenter de guérir.

M. BOUCHER attire l'attention des membres de la Société sur le règlement Dagenais, qui rend obligatoire la déclaration des naissances à l'hôtel de ville, et qui force les médecins, sous peine d'une pénalité, à déclarer eux-mêmes les naissances. Il voit là une atteinte à la dignité professionnelle et dans certains cas une obligation de violer le secret professionnel.



Après une longue discussion à laquelle prennent part MM. de Cotret, Dubé, Décarv, Le Cavalier, de Martigny, Dagenais, Cormier, le principe même du nouveau règlement a été adopté à l'unanimité et la discussion des différentes clauses est remise à plus tard, après la vacance prochaine.

M. LE SAGE attire l'attention de la Société sur une grave question qui se discute en ce moment à l'hôtel de ville, celle de savoir si l'on permettra aux laitiers de donner de la drèche, du touraillon, aux vaches laitières comme aliment.

M. DAGENAIS ne voit pas l'inconvénient de donner de la drèche très fraîche aux vaches laitières.

M. CORRIER énumère les inconvénients graves qui résultent de l'emploi de la drèche dans l'alimentation des vaches laitières.

---

### NOUVELLES.

Programme du Congrès de Montréal:

Le Congrès s'ouvrira mardi le 28 juin, à 9.30 heures dans les salles de l'Université Laval, à Montréal.

Discours par le professeur Foucher, président; rapport du secrétaire général, et lecture par les différents rapporteurs des sujets à l'étude. Le soir, séance solennelle sous la présidence de son Honneur le Lieutenant-Gouverneur; discours du président, des représentants officiels des gouvernements d'Ottawa et de Québec, de la ville de Montréal et des délégués étrangers. Cette séance générale sera suivie d'une réception à laquelle seront invités les dames ainsi que les amis de l'Université Laval.

Mercredi le 29, à 9.30 heures a.m., séance des différents comités; visite aux hôpitaux pour ceux qui le désirent.—Après-midi à 2 heures: séance des différents comités.—Le soir: banquet à l'Hôtel Place Vigor, suivi d'un smoking concert.

Jeudi le 30, à 9.30 heures a.m., séance des comités; visite aux hôpitaux.—Après-midi à deux heures: Election des officiers de l'Association; date et lieu de réunion du prochain Congrès; cérémonie de clôture; excursion sur le Lac St-Louis, et retour par les rapides de Lachine, gracieusement offerte par la ville de Montréal aux membres du Congrès, aux délégués officiels et aux invités.

Le Congrès international de la tuberculose qui devait avoir lieu à Paris le 26 septembre, se réunira à St-Louis le 3 octobre, à l'occasion de l'exposition internationale.

Les officiers sont: M. Clark Bell, président, 39 Broadway, New-York; M. E. J. Barrick, secrétaire, Toronto; M. Samuel Bell Thomas, trésorier, 290 Broadway, New-York.

---

Une nouvelle institution de charité vient de s'ouvrir à Montréal, au No 590 rue Guy. *L'Hôpital des enfants* (Children's memorial hospital) est spécialement réservé au traitement des difformités, des maladies des jointures, des os et des hernies.

---

Bains publics et microbes.—D'après des observations de M. Glimon dans les bains publics de Liverpool, l'eau emporte de la surface cutanée de chaque baigneur de 4 à 6 milliards de bactéries, parmi lesquelles les diverses variétés du staphylocoque blanc prédominent. Le colibacille se trouve dans la proportion de 8 par litre d'eau pour chaque baigneur.

---

Un singulier testament.—Une dame Coulaers vient de léguer toute sa fortune aux hospices de Bruxelles par un testament à coup sûr original. "Je désire, a-t-elle dit, que mon corps reste trois jours sur la terre avant ma mise en bière, et que mon décès soit constaté par trois docteurs, qui me *transperceront le cœur*, et recevront de ce chef chacun 500 fr."

---

Un diagnostic retardé.—Un vétéran de la guerre de Sécession habitant la petite ville Olive Centre (Etat de Michigan) a ressenti il y a quelque temps des douleurs dans l'épaule pour lesquelles il s'adressa à son médecin. Après examen aux rayons X, il apprit que son épaule renfermait un éclat métallique. Alors seulement, il se rappela qu'il avait été blessé le 5 mars 1863 dans la bataille du fort Dolensou.

---

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine, aura lieu à Montréal, mercredi, le 6 juillet prochain. Le comité des créances et le comité d'examen professionnel se réuniront le 5 juillet à 9 heures a.m.