

LE PIED HUMAIN

LES MUSCLES DU PIED (1)

(Suite et fin)

Comme la main, le pied est le point d'insertion mobile d'un grand nombre de muscles. Ceux qui viennent de la jambe peuvent se diviser en quatre groupes.

Il y a d'abord les péroniers, le groupe externe, qui nous rappellent par leur position les radiaux externes de l'avant-bras, mais qui ont une insertion et une disposition toute autre. Disons d'abord que ces deux muscles semblent être la cause de la torsion apparente du péroné, car la face externe, devient une face postérieure dans l'extrémité de cet os, simplement pour diriger ces deux tendons en arrière de la malléole externe. De là les deux tendons glissent par une gaine spéciale qui les tient sur la face externe du calcaneum, et vont à leur insertion. Cette gaine d'abord unique se dédouble ensuite de sorte que chaque tendon prend la direction qu'il doit suivre, le court péronier allant se terminer sur l'extrémité du cinquième métatarsien, l'autre formant un deuxième coude se jette dans la gouttière du cuboïde pour se fixer sur le tubercule externe de l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

Les péroniers ne sont pas des muscles ordinaires, c'est-à-dire ils offrent plusieurs points d'intérêt que nous allons tâcher de faire ressortir.

Il y a d'abord leur action; tous les deux sont rotateurs "externes" de la face plantaire du pied, et tous les deux concourent à maintenir le tibia dans la position verticale sur l'astragale. Le long péronier est en même temps un extenseur du pied comme le jambier postérieur dont il est congénère sous ce rapport, mais il est aussi antagoniste de ce dernier muscle qui est un rotateur "interne". Les deux péroniers sont abduc-

(1) Suite de la page 256.

teurs du pied, et dans le cas d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, (fracture de Pot^t) amènent une telle rotation du pied que l'on dirait qu'il a une luxation.

Les deux muscles étant innervés par une branche du sciatique externe peuvent être paralysés par un coup appliqué sur ce nerf au moment où il contourne la tête du péroné. Une chute sur le côté ou le péroné vient en contact avec une guerre, ou quelque corps dur, a souvent produit le même résultat, avec "talipes varus".

Je me rappelle d'un cas où j'ai vu un spasme très douloureux de ces muscles chez un homme qui avait été frappé par une voiture, le coup ayant porté sur l'extrémité supérieure du péroné.

Nous trouvons sur la face postérieure de la jambe un groupe de muscles qui se terminent par le tendon d'Achille. Ils ont pour fonction d'élever le calcaneum, et jouent ainsi un rôle très important dans la marche. Il n'est pas rare de voir un faux pas, ou une contraction trop énergique de ces muscles amener une rupture ou une déchirure partielle du tendon classique. Une contraction du soléaire est aussi la cause du "talipes equinus". Bien développés chez le bon marcheur, ces muscles sont très atrophiés chez ceux qui souffrent du pied plat.

Il y a encore un groupe de muscles que j'appelle les muscles du groupe interne, à cause de leurs tendons qui contournent la malléole interne. Parmi ceux-ci il y a le fléchisseur des doigts, dont le tendon sert de point d'insertion d'un muscle unique, c'est-à-dire du fléchisseur accessoire dont la fonction est de corriger l'obliquité des tendons, et de les forcer à fléchir les doigts dans le sens du grand axe du pied. Nous ne rencontrons pas ailleurs dans l'économie un muscle comme le fléchisseur accessoire; c'est pour cela que je l'ai appelé un muscle unique. Le jambier postérieur appartient encore à ce groupe et, comme antagoniste du long péronier, est un abducteur et un rotateur interne de la plante du pied. Nous avons déjà parlé de ce muscle et du noyau fibro-cartilagineux qui se trouve sous la tête de l'astragale. Avec le jambier antérieur il concourt à produire le "talipes varus".

Il y a enfin le groupe antérieur, dont le muscle jambier antérieur est le plus important. L'extenseur des doigts donne parfois lieu au «talipes calcaneus,» et son action est semblable à celui de l'extenseur commun des doigts de la main, c'est-à-dire

malgré son insertion sur les deuxième et troisième phalanges, il n'agit que sur les premières. Le péronier antérieur aide au muscle précité à fléchir le pied sur la jambe, et les deux muscles sont antagonistes du jambier antérieur en étant abducteurs.

Nous pouvons dire enfin que ces quatre groupes musculaires concourent puissamment à maintenir le tibia sur l'astragale lorsque le pied est appuyé solidement à terre, car alors ils prennent leur insertion fixe en bas. Nous avons pu voir aussi que la plupart des tendons glissent dans des gaines osseuses au moins d'un côté, comme ceux qui passent en arrière des malléoles ou sur la face postérieure de l'astragale, ce qui concourt à leur donner encore plus de force pour leur action sur le tibia.

Je termine ici ces quelques considérations sur le pied. Comme je l'ai dit au commencement, je n'ai pas eu la prétention d'ajouter quoi que ce soit à la somme des connaissances de ceux qui m'ont fait l'honneur de me lire. J'ai voulu seulement attirer leur attention sur des points qui m'ont paru devoir les intéresser. Je serais heureux de croire que comme moi ils voient dans le pied humain, un membre d'une construction admirablement adoptée aux besoins de l'économie, l'œuvre d'une cause intelligente, et non l'effet du hasard.

L. D. MIGNAULT,
Professeur d'anatomie.

Qu'est-ce que le mal de mer ?

Le mal de mer est une névrose aiguë du pneumogastrique, dû à un ébranlement cérébral par défaut d'irrigation artérielle régulière et de coordination des objets usuels. En un mot, c'est un véritable vertige.

Dans la névralgie persistante de la face, 10 grains de muriate d'amanoniaque et 1-100 de grain d'atropine donnés toutes les trois heures, concourront souvent à faire disparaître la douleur.

Le sanatorium pour les tuberculeux indigents est une nécessité sociale qui doit préoccuper tous sages législateurs.

L'OVARIOTOMIE GUERIT-ELLE LES HYSTERIQUES ?

L'observation que rapporte M. Debove a paru intéressante à signaler à cause des discussions récentes soulevées à la Société de chirurgie. Elle montre que l'ovariotomie non seulement ne guérit pas l'hystérie et les douleurs du petit bassin dites ovariennes et dépendant de cette névrose, mais qu'elle n'a même aucune action préventive.

Il s'agit d'une femme de 38 ans. En décembre 1900, on lui a enlevé les deux trompes et les deux ovaires qui furent trouvés altérés. Elle guérit parfaitement et ses règles ne revinrent plus. Le 28 juin 1901, elle eut sa première attaque de nerfs, qui depuis cette époque a été suivie d'un certain nombre d'autres. Or, jamais on n'avait constaté aucune attaque, ni aucun signe d'hystérie avant l'opération, excepté une légère émotivité; aussi est-on autorisé à conclure que l'ovariotomie, non seulement ne guérit pas l'hystérie, mais n'a même aucune action préventive. Au moment où M. Debove a examiné la malade, elle présentait une hémianesthésie droite avec la douleur de la fosse iliaque dite douleur ovarienne. Ce fait montre que cette douleur n'est pas toujours ovarienne, ce que l'on pouvait supposer étant donné les observations (dont l'auteur en a publié plusieurs) de douleurs analogues chez l'homme.

Et cependant il s'agit bien d'une douleur présentant les caractères dits de la douleur ovarienne, la compression fait naître une attaque et l'application d'aimants amène un transfert de la douleur en question.

On peut donc conclure qu'une intervention ne met à l'abri ni de l'hystérie, ni de ses manifestations dites ovariennes; je n'oserais pas affirmer qu'elle ne les a pas provoquées.

UN BON SIGNE DE RETRODEVATION de l'utérus est la reconnaissance, avec le doigt et à travers le cul-de-sac vaginal, d'une crête médiane qui parcourt longitudinalement la face postérieure de l'utérus. (Le Dentu).

L'analyse du liquide d'un kyste de rein a donné une composition absolument différente de celle de l'urine, ce qui démontre très bien que le rein malade ne fonctionne pas et que l'on est justifiable de son ablation.

LA SYPHILIS A MONTREAL (1)

Quelques moyens prophylactiques

Après avoir étudié les dangers de la syphilis et sa propagation rapide parmi nous, nous avons demandé que les pouvoirs publics interviennent non pour "licencier" la plus grande pourvoyeuse de la syphilis: la prostitution, mais bien pour surveiller l'application rigoureuse de règlements sanitaires qui devraient être faits immédiatement et communs de tous les intéressés. La surveillance administrative n'est pas la seule prophylaxie à établir; aujourd'hui je veux attirer votre attention sur les moyens d'ordre moral et religieux, et les moyens d'ordre hygiénique et médical. Les moyens d'ordre moral et religieux sont les plus naturels et les plus simples; ils sont primordiaux et pourraient peut-être, nous dispenser de tous les autres. Assurément, pour combattre efficacement la syphilis, il n'y a pas que le mercure, l'iodure et l'internement des prostituées malades. La morale et la religion ont aussi à jouer un grand rôle préventif et protecteur. Evidemment rien de plus noble et de plus élevé que de viser à l'extinction de la syphilis par le relèvement moral, l'épuration des mœurs, la conscience du devoir, le respect de la jeune fille, les unions précoces par le "mariage à 25 ans", disait une doctoresse de Bruxelles, "entre deux conjoints également chastes, également purs, également dignes l'un et l'autre de la fleur d'oranger." N'est-ce pas, comme prophylaxie, l'on ne peut proposer rien de plus radical, au moins théoriquement, car il est bien certain que s'il s'opérait un retour de l'humanité vers l'innocence et l'âge d'or, les jours de la syphilis seraient comptés. Mais!— il y a un gros mais,— il ne faut pas se nourrir d'illusions, nous sommes à l'âge de fer et d'électricité, et dans la lutte pour les intérêts matériels, on ne se préoccupe guère de la morale. Aujourd'hui on ne captive pas l'esprit par des sujets héroïques et sérieux, on viole l'attention publique par des représentations bruyantes et piquantes ou par des tableaux obscènes et des affiches immorales. Dans nos théâtres, qui se sont multipliés d'une manière étonnante depuis quelques années, dans la littérature des romans

(1) Communication faite par le docteur D. E. LeCavelier à la Société Médicale de Montréal le 12 novembre 1901.

à 10c que l'on tire à 24,000 exemplaires par an pour ne citer qu'un libraire, on entend peu prêcher la continence, la chasteté, la vertu ou le respect de la femme. Quant à la grande presse quotidienne qui publie à force réclames tous les crimes du monde entier, qui n'omet aucun rapport, aucun détail palpitant des séances de la cour criminelle. Eh bien! cette grande voix du journaliste est assez puissante pour détruire dans l'intelligence du jeune lecteur tous les vrais principes d'éducation morale que lui a donnés l'enseignement primaire. Pour arriver au résultat des mariages précoces, il faut entrer bien jeune dans la lutte pour la vie afin qu'à 25 ans les revenus puissent subvenir aux dépenses qu'exigent un foyer. " Il faudra, disait M. l'abbé Mathieu, recteur de l'Université Laval, au mois de juin dernier, il faudra abréger la durée des études, et c'est là qu'est la grande réforme à opérer; il faudra alléger les programmes, décharger l'enseignement classique des excroissances qui l'étouffent, faire en sorte que le jeune homme, à 17 ou 18 ans, ait terminé son cours et puisse entrer dans l'industrie, dans le commerce ou dans toute autre carrière, s'il reconnaît qu'il n'a pas les loisirs, les ressources, les aptitudes nécessaires pour aborder l'enseignement supérieur. Comme on le voit, les moyens que nous propose la morale sont très élevés, mais d'une exécution très difficile; de sorte qu'il est bien permis, à nous, qui, du fait de notre profession, recevons les confidences des faiblesses humaines, de croire, que si la syphilis n'est destinée à disparaître que par l'ordre des moyens en question, elle a encore devant elle une longue ère de prospérité. Cependant, il ne faut pas méconnaître les nombreux services que rendent à la société les sœurs de la Miséricorde, du Bon-Pasteur, le Patronage d'Youville, et différentes congrégations religieuses. En Hollande, on dit qu'un seul pasteur a sous sa tutelle six établissements de sauvetage pour les prostituées, les filles-mères et leurs enfants, les jeunes filles, les filles moralement abandonnées, etc. Il est certain que toutes ces œuvres charitables sont d'un grand secours pour la préservation ou le relèvement moral. Mais cela ne suffit pas; il y aura toujours des anges déchus qui réclameront les soins des médecins et qui devront être éclairés des lumières de l'hygiène. Les maisons d'éducation devraient d'abord semer dans l'esprit de leurs élèves les notions élémentaires des lois de l'hygiène, afin que

plus tard, ils s'intéressent à tous mouvements de progrès en ce sens. L'hygiène publique s'améliore progressivement, mais elle reçoit bien peu d'aide de sa compagne indispensable à sa marche dans la voie du succès, l'hygiène privée, qui, elle, a besoin d'être fréquemment et patiemment éclairée. Il faudrait, soit par des conférences ou par des écrits, distribués gratuitement, présenter au public diverses notions hygiéniques succinctes, bien étudiées, approfondies, mûries et surtout d'application pratique.

Notre population a besoin d'être renseignée sur les dangers des maladies infectieuses et aussi relativement aux modes multiples, divers, et la plupart ignorés, de dissémination de la syphilis.

Quel rôle reste-t-il à la prophylaxie médicale? Parmi les moyens les plus importants, on a proposé la création de chaires nouvelles dans toutes les Facultés et l'ouverture de nouveaux services dans les hôpitaux. Il serait certainement avantageux pour la société, et favorable aux étudiants, si chaque hôpital ouvrait un dispensaire spécial pour les maladies vénériennes, durant la soirée, afin d'éviter à ces malades la perte d'une demi-journée de travail. Dans ces dispensaires, au verso de chaque ordonnance, on devrait donner une "instruction" élémentaire propre à éclairer ces patients sur les dangers de la syphilis, son mode de contagion et les soins hygiéniques à prendre non seulement pour eux, mais aussi pour autrui. Afin de protéger la jeunesse universitaire de ce fléau, il serait utile que tous les étudiants des différentes facultés réunis reçussent quelques leçons médico-morales sur la fréquence, sur les dangers et les conséquences des maladies vénériennes. Ces cours, très intéressants, seraient curieusement écoutés et ne manqueraient pas de profiter pour le moins à quelques-uns; car d'après le proverbe: "un bon averti en vaut deux"; ou bien: "la crainte de la vérole est le commencement de la sagesse"; ou encore: "si tu ne crains pas Dieu, crains au moins la vérole". Je ne veux pas abuser plus longtemps de votre bienveillante attention; les moyens de la prophylaxie médicale étant de la plus haute importance, ils devraient faire le sujet de très sérieuses et de très longues études.

Mais, si grandes que soient les difficultés à résoudre, il incombe à la profession médicale le devoir d'organiser une lutte

continue contre la triade des pestes modernes: la "tuberculose", l'"alcoolisme" et la "syphilis".

"En fait de bien à répandre, disait l'illustre Pasteur, le *devoir* ne cesse que là où manque le *pouvoir* de faire plus et mieux."

ENTRETIEN SUR LES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

PAR M. LE PROFESSEUR POTAIN

Messieurs,

Nous entrons maintenant dans la période hivernale pendant laquelle nous rencontrons si fréquemment des malades atteints d'affections des voies respiratoires. Elles sont intéressantes, non seulement parce qu'elles se présentent à nous à chaque instant, mais encore parce qu'elles sont graves, la plus grave de toutes étant la tuberculose, terrifiante par sa mortalité. Et voilà pourquoi j'ai pensé à m'entretenir avec vous, tout d'abord, de considérations générales qui leur sont applicables.

Pourquoi les maladies des voies respiratoires ont-elles au point de vue de la fréquence, une prédominance marquée sur les autres maladies ?

La réponse, facile et simple, est que ces voies nous mettent immédiatement et directement en rapport avec le monde extérieur et de la façon qui est la plus dangereuse pour nous.

Par la peau, nous sommes bien en contact avec le milieu ambiant, mais ce contact ne nous met pas en grand péril et, pour vous rassurer, vous n'avez qu'à songer à l'imperméabilité de la peau, à l'épaisseur de son épiderme. Les vêtements nous protègent et tous nos sens sont là pour nous avertir de la présence de l'ennemi assez à temps pour que nous l'évitons.

Du côté des voies digestives, le danger n'est pas extrême non plus et il nous est encore relativement facile de nous en garantir. Les propriétés organoleptiques des substances étrangères nous renseignent sur leur nocivité ou sur leur innocuité, leur odeur, leur saveur, leur aspect, même nous les fait rechercher ou nous en éloigne. Il est vrai que l'erreur est possible, et que nous pouvons absorber en toute confiance comme bons, des produits en réalité désastreux pour notre organisme. La "fièvre ty-

phoïde " nous vient par cette voie et jadis cependant, on prenait dans tout Paris, comme tout ce qu'il y avait de meilleur, cette eau de Seine si redoutée aujourd'hui.

Néanmoins, il est bien certain que nous sommes beaucoup moins menacés par les substances qui peuvent pénétrer dans nos voies digestives que par les matières si diverses qui s'introduisent dans nos voies respiratoires.

Rappelez-vous l'expérience de Tyndall et faites pénétrer un rayon de soleil dans une chambre noire. Aussitôt vous voyez que dans l'air voltigent des myriades de corpuscules qui, recevant la lumière solaire, la réfléchissent, vous la renvoient et vous révèlent leur existence. Et il y a de tout dans ces corpuscules: des poussières minérales, de charbon, de silice, de pierre calcaire, de métaux; des poussières végétales, provenant des plantes vivantes ou des produits de l'industrie humaine, fils microscopiques de lin, de coton, de laine; des débris de matière animale, des épithéliums, des infiniments petits vivants, des microbes. Toutes ces poussières, que nous pouvons recueillir aisément sur une lamelle enduite de glycérine et étudier dans toute leur diversité, nous les respirons; elles pénètrent forcément dans notre poitrine depuis l'heure de notre premier cri au sortir du sein maternel jusqu'à celle de notre dernier soupir, sans interruption, puisque c'est à peine si, pendant quelques secondes, nous pouvons suspendre notre respiration.

Elles y pénètrent et elles y restent, comme l'a montré encore Tyndall, puisque si l'on souffle au moyen d'un soufflet dans le rayon lumineux de la chambre obscure, on y produit une raie blanche et que, si on y souffle avec la bouche, on y produit, au contraire, une raie noire. A chaque inspiration, il entre en nous un demi-litre d'air impur qui est expiré à l'état de pureté. Songez dès lors quelle énorme quantité de matières pulvérolentes envahissent nos voies aériennes et y séjournent.

Heureusement, grâce à des moyens naturels de défense directs ou indirects, l'invasion ne peut être complète, également répartie sur tous les points du territoire respiratoire; les substances envahissantes sont arrêtées au passage tout au long de leur chemin, puis expulsées. Ce n'est donc point par leur quantité qu'elles seront ordinairement dangereuses, mais par leur qualité.

Il en est parmi elles d'absolument inertes, comme l'amidon

qui se trouve, paraît-il, en abondance dans l'air parisien. Ces parcelles de matière inerte quand elles auront été inspirées provoqueront dans la région laryngée une irritation qui amènera une toux salutaire; si elles arrivent profondément et parviennent à se fixer sur la muqueuse de la trachée et des grandes bronches, elles seront encore de peu d'inconvénient et finiront par être rejetées au dehors; le danger commence quand elles parviennent aux petites bronches parce qu'elles en peuvent déterminer la dilatation. Une petite bronche où séjourne un corps étranger peut prendre un diamètre double de son diamètre primitif, un diamètre, en tous cas, bien supérieur à celui de ce corps étranger. Pourquoi et comment se produit cette dilatation? Le poumon est une masse élastique qui est constamment distendue, violente, éloignée de sa forme naturelle, mais qui tend sans cesse à la reprendre. En cherchant ainsi à revenir sur elle-même, elle exerce évidemment des tractions sur toutes les parties du thorax auxquelles elle adhère et en particulier sur les bronches. D'autre part, les bronches sont elles-mêmes rétractiles, de telle sorte toutefois qu'à l'état de santé un équilibre parfait existe entre leur rétractilité et celle du poumon. Mais que cette propriété soit détruite dans une bronche, la bronche cédera forcément à la traction du poumon et se dilatera. C'est ainsi qu'une paralysie bronchique est le phénomène initial de la dilatation et pareil accident sera tout naturellement amené par la présence irritante, dans une bronchie, d'une poussière inerte, charbon ou autre.

Dilatation et emphysème sont des phénomènes morbides fréquents, importants mais non pas tels cependant que le danger de respirer des poussières minérales ou végétales soit le plus grand que nous ayons à courir. Non, le vrai péril pour nous c'est que l'air renferme des microbes nombreux et variés, c'est qu'on trouve dans nos voies respiratoires des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, le bacille de la tuberculose, le bacille de Pfeiffer plus fréquent qu'on ne l'avait cru, même le bacille typhique, accidentellement le *bactérium coli* commun; il n'y a pas jusqu'à des actinomycètes et des tétragnines qui n'aient été rencontrés dans les bronches et le parenchyme pulmonaire.

On a discuté longtemps pour savoir si ces infiniment petits étaient vraiment des corps étrangers et si au lieu de donner la

maladie, ils n'étaient pas, au contraire, un résultat, un accident secondaire de cette maladie. La question a été résolue par les expérimentateurs qui ont, avec ces corps suspects, reproduit les maladies où on les rencontrait. L'observation clinique a fourni également la preuve que la présence des bacilles ne tenait pas à la maladie. En effet, chez treize enfants morts de diverses causes n'ayant rien de commun avec les affections pulmonaires et dont les voies respiratoires vues à l'autopsie étaient absolument saines, on a pu trouver des bacilles divers, de tous points semblables à ceux qu'on recueillait chez des enfants ayant succombé à des bronchites, à des broncho-pneumonies.

Si les bacilles morbigènes sont si nombreux, d'où vient qu'ils ne causent pas plus de maux? D'où vient leur innocuité relative, parfois telle qu'ils habitent nos organes sans troubler notre santé? C'est que les bacilles ne donnent la maladie que s'ils ont une virulence suffisante, s'ils sont eux-mêmes assez vigoureux; il faut, en outre, que notre organisme veuille bien ne pas se défendre. La défense de l'organisme? Elle se fait de diverses façons et nombreuses heureusement.

Les corps étrangers aspirés avec l'air ont bien de la peine à pénétrer jusqu'au fond de nos poumons. Beaucoup sont arrêtés dans les premières voies. Beaucoup ne peuvent franchir les fosses nasales anfractueuses, étroites, présentant une surface étendue, lubrifiée et constamment. Fixés là par le mucus nasal, ils sont ensuite éternués ou mouchés; ils sont déglutis, ils arrivent inertes dans l'estomac.

La bouche, ouverture plus large, leur laisse un passage plus facile; et tout le monde sait qu'il n'est pas bon de respirer la bouche ouverte.

La partie supérieure des voies respiratoires proprement dites est douée d'une sensibilité spéciale et très développée; ainsi le contact des corps étrangers qui parviennent en ce point provoque-t-il des actions réflexes énergiques et la toux est un précieux moyen de défense par lequel sont projetées au dehors les substances aspirées.

L'air avec ses poussières arrive dans la trachée. Dans ce long tube et dans les bronches, les poussières se déposent sur la muqueuse, nombreuses en haut, moins nombreuses en bas, de moins en moins à mesure qu'elles se rapprochent de l'extrémité

inférieure. Pour que cette décroissance ne soit pas sensible, il faut que l'absorption des poussières ait été abondante et continue. Mais, même en dehors de ce cas, la voie finirait évidemment par s'encombrer à cause de l'accumulation de toutes ces particules. Il n'en est rien, parce qu'elles sont entraînées avec les produits de sécrétion que fournissent les nombreuses glandes du tube respiratoire. En effet, un épithélium cylindrique à cils vibratiles tapisse la plus grande partie du larynx, la trachée, les bronches et les vibrations de ces cils sont telles qu'elles établissent un courant ascendant qui, de bas en haut, remonte petit à petit les mucosités plus ou moins chargées de poussières.

Malgré cette accumulation de moyens de défense, des corps étrangers finissent toujours par arriver jusque dans les alvéoles. L'épithélium alvéolaire constitué par des cellules larges, très aplaties, chacune se réduisant à une lame de protoplasma d'épaisseur insignifiante, forme un revêtement facile à traverser. Aussi les poussières atmosphériques le franchissent-elles aisément pour être, aussitôt après, saisies par les phagocytes ou absorbées par les lymphatiques.

Il en est ainsi quand il s'agit de poussières minérales, de particules de charbon, de silice, de fers qui amènent ces maladies du poumon désignées sous le nom de "pneumokonioses". Elles détruisent l'élasticité du poumon, provoquent sa sclérose mais ne l'enflamment pas. Elles préparent cependant le terrain pour les invasions microbiennes, surtout chez les jeunes gens atteints de pneumokoniose siliceuse, chez les tailleurs de pierres et de grès, chez les aiguiseurs, chez les porcelainiers. Dans les pays où on taille les meules, on regarde comme ayant une heureuse chance, tout homme qui vit au delà de 50 ans.

On dit, il est vrai, que ces ouvriers se tonifient souvent, dans l'intention de supporter mieux leur dur labeur, avec des toniques quelquefois dangereux, au premier rang desquels se place l'alcool. Néanmoins, cette nouvelle notion étiologique ne doit pas faire oublier la première, celle des molécules siliceuses.

(A suivre).

Une vessie trop sensible devient plus tolérante sous l'influence de l'atropine ou de l'hyoscine.

PAROTIDITE A PNEUMOCOQUES

PAR LE PROFESSEUR DUPLAY

Un homme de 49 ans, qui s'enrhumait facilement, fut pris, au déclin d'une affection pulmonaire aiguë, d'un gonflement de la région parotidienne gauche. Il y avait un œdème considérable et, de plus, on sentait, dans la profondeur, un empatement très dur, résistant; les douleurs, spontanées, étaient vives, la mâchoire difficile à ouvrir, la température élevée.

Le diagnostic n'offrait pas de difficulté; il s'agissait d'une parotidite qui présentait son symptôme pathognomonique: l'écoulement du pus par l'orifice du canal de Sténon.

Les inflammations secondaires de la parotide sont fréquentes et surviennent presque toujours après les maladies infectieuses.

Dans la fièvre typhoïde, la complication est commune; dans le typhus, on l'a comparée au bubon de la peste. Viennent ensuite le choléra, les fièvres éruptives, la fièvre paludéenne, la diphtérie, la dysenterie, la pyémie, la fièvre puerpérale et certaines maladies dont le caractère infectieux a été démontré par les dernières recherches bactériologiques: la pneumonie, la pleurésie et la péricardite.

Ce malade avait eu une pneumonie, et c'est au moment de la convalescence qu'était apparu le gonflement parotidien.

La parotidite est cependant rare dans la pneumonie, car Jungensen ne la signale que 6 fois sur 5,738 cas. On peut expliquer facilement son développement, en admettant surtout que le pneumocoque pénètre dans le canal de Sténon et s'y multiplie.

On recueillit le pus à la sortie du canal et dans une incision, on y trouva le pneumocoque de Fränkel.

L'évolution clinique du cas a été conforme à ce que l'on observe habituellement; différents lobes ont suppuré séparément, formant des poches séparées, dont les unes ont été incisées, tandis que les autres s'ouvraient spontanément.

Il est possible qu'une grande partie des parotidites dites critiques soient des parotidites à pneumocoque, et, dorénavant, il ne faut pas laisser passer ces cas, même en dehors de tout état inflammatoire des voies respiratoires, sans faire l'examen bactériologique du pus.

Dans deux autres cas, on a fait l'examen microbiologique d'une parotidite à pneumocoque.

D'une façon générale, le pronostic des parotidites infectieuses est grave; on les avait appelées *critiques* dans la mauvaise acception du mot. La suppuration qui survient fatalement, s'accompagne parfois d'accidents sérieux. Il peut survenir des fusées purulentes, pénétrant sous les aponévroses du cou jusque dans le médiastin. J'ai signalé une variété d'abcès rétro-pharyngien dû au pus qui s'accumule en arrière de la loge amygdalienne. Les suppurations profondes et profuses peuvent entraîner la destruction du nerf facial quand la gangrène se met de la partie. Il en résulte une hémiplégie faciale incurable. On peut aussi voir survenir des thromboses des veines jugulaires, surtout de l'interne, des hémorragies graves par ulcération des gros vaisseaux, des otites moyennes purulentes suivies de surdité. Enfin, dans certains cas, les méninges et le cerveau sont envahis. La pyémie était fréquente autrefois; actuellement, l'antiseptique l'a fait disparaître.

On ne doit pas compter sur la résolution.

Les parotidites se présentent sous deux formes distinctes :

Dans la première, l'inflammation reste cantonnée dans l'élément glandulaire, c'est un catarrhe purulent de la glande ; le tissu conjonctif est pris secondairement. La suppuration se fait par foyers multiples; on pourrait dire que chaque lobule suppure isolément. Il est inutile, dans ce cas, de faire une incision longue et précoce, et il faut inciser successivement chaque foyer.

Dans la seconde forme, l'élément glandulaire est bien aussi le point de départ de l'inflammation, mais le tissu périglandulaire en devient bientôt le siège principal. C'est une espèce de phlegmon diffus de la région. La grande dureté de la région glandulaire, la menace de gangrène due à la compression, la possibilité de la destruction du facial avec hémorragie, thrombose et fusées purulentes, feront comprendre qu'en faisant une longue et profonde incision du tissu cellulaire en avant de l'oreille, on rend un réel service au malade. On surveillera en même temps, avec attention, la marche de la suppuration, et on évitera, par une incision rapide, les fusées purulentes.

Il faut faire une antiseptie rigoureuse non seulement de la plaie, mais aussi de la bouche autant que possible.

LA RACHIALGIE DANS LA VARIOLE

Ses rapports avec la vie sexuelle

PAR M. LE PROF. COMBEMALE

La rachialgie, on le sait, fait partie des prodromes de la variole à titre d'un de ces signes pathognomoniques sur lesquels le praticien fonde souvent son diagnostic en attendant l'éruption ou l'apparition d'un cortège symptomatique complémentaire ou attardé. La rachialgie a du reste des degrés: nulle ou extrêmement intense, dans une épidémie, cette douleur se présente à l'observation depuis le léger tour des reins jusqu'à la conquassante douleur lombaire.

Comme il convient dans l'étude de la rachialgie de faire la part de la réaction propre à chaque individu, tel malade ne ressentant pas de façon aussi intense que tel autre, comme il faut tenir compte aussi de l'éparpillement de la douleur, en un mot de la courbature qui, par sa généralisation, enlève à la rachialgie de son intensité propre et de son individualité, ce serait surtout (et ceci n'est pas aussi paradoxal qu'il le semblera tout d'abord), les cas où elle se sera montrée absente qui nous éclaireront sur la raison d'être de la rachialgie dans la variole.

Or, sur trois cents cas environ, nous avons formellement relevé dix-sept fois que le malade n'avait pas éprouvé de douleurs lombaires; c'est donc une fois sur vingt que ce signe manque.

On a remarqué que, à l'âge où l'homme et la femme sont en pleine activité sexuelle, de 22 à 42 ans pour l'homme, de 23 à 55 pour la femme, on ne trouve pas de cas dans lequel la rachialgie ait manqué parmi les prodromes de la variole.

Cette simple constatation indique formellement un rapport entre la rachialgie et la vie génitale; cela n'a pas besoin de démonstration. Mais s'il n'y a qu'à lire l'âge des varioleux qui ont manqué de rachialgie pour constater ce rapport, est-ce à dire que ce rapport est constant?

S'il en était ainsi, toute femme ayant cessé d'être menstruée ou ne l'étant pas encore, tout enfant au-dessus de 14 ans environ devrait faire sa variole sans rachialgie. Et il n'en va pas ainsi cependant: en effet, sur 18 femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause, il n'en est que deux qui n'ont pas souffert de leur région lombaire, et sur la centaine d'enfants ou jeunes filles

supposés non pubères, il n'y en a guère qu'une dizaine, d'après nos appréciations, chez lesquels la rachialgie a fait défaut. La constance de ce rapport n'est donc rien moins que certaine. Néanmoins j'estime qu'il ne faut pas en conclure que ce que nous cherchons à établir n'est pas fondé.

En effet, l'intensité de la douleur lombaire n'est pas seulement fonction de la gravité de l'infection, mais est aussi l'expression de la sensibilité propre au malade; l'absence de cette douleur signifie toujours cessation ou non augmentation de la puissance à procréer, mais par contre ce manque d'activité sexuelle, à le prendre tant à l'état passager qu'à l'état durable, ne se traduira pas fatalement toujours à l'occasion de la variole par ce manque de rachialgie. Le vieillard trouve, en effet, assez fréquemment dans les organes qui reçoivent leur innervation des centres médullaires voisins de celui où l'on admet que se réfugie le virus varioleux pour provoquer cette rachialgie, des causes ou des lésions susceptibles d'appeler la douleur en ce dernier point, et pour tout dire, les organes urinaires (reins, prostate, vessie) aussi bien que le bout inférieur de l'intestin sont chez lui assez souvent atteints pour expliquer cette localisation. D'autre part, chez les enfants, la rachialgie que nous avons notée n'est pas, à proprement parler, de la rachialgie, puisque les lombes, comme les muscles dorsaux, sont uniformément douloureux et que tout le long des gouttières costo-vertébrales les masses musculaires sont spontanément dolentes comme dans la courbature, mais sa localisation à la région lombaire n'existe pas: l'absence de la rachialgie lombaire est donc, à notre avis, la règle chez l'enfant.

Il suit de ce que nous venons d'exposer que le rapport énoncé n'est pas renversé, qu'il est au contraire consolidé.

La rachialgie dans les prodromes de la variole est donc fonction de l'activité sexuelle, et lorsque celle-ci a cessé, signe d'une lésion des organes à centres nerveux voisins du centre spino-génital.

Dans l'exposé de cette loi, nous avons laissé de côté les exemples; en voici un certain nombre succinctement rapportés qui ont leur intérêt pour la démonstration de la vérité de notre proposition; tels les deux suivants.

Une jeune fille de 18 ans présente au moment précis de ses règles tous les prodromes de la variole, y compris une rachial-

gie extrêmement intense; une autre jeune fille de 23 ans, au même moment précis de ses règles, présente tous les signes précurseurs de la variole, excepté la rachialgie, mais elle a une métrorrhagie tellement abondante qu'elle en meurt au troisième jour de l'invasion. La suppléance de la rachialgie, symptôme douleur, par la métrorrhagie, symptôme vaso-moteur, n'est-elle pas ici manifeste et l'enseignement qui ressort de ce fait n'est-il pas que c'est le même centre, le spino-génital, qui réagissant par la douleur chez l'une et par l'hémorragie chez l'autre, qui a présidé à cette suppléance; l'idée que l'activité sexuelle a un rapport étroit avec la rachialgie n'en sort-elle pas renforcée ?

Dans le cas suivant, on peut surprendre le secret de la rachialgie chez certains vieillards. Une femme de 52 ans inaugure la variole par des douleurs lombaires extrêmement violentes; étonné de cette rachialgie chez une femme ayant dépassé la ménopause, nous l'interrogeons et elle nous dit venir d'un service de chirurgie où elle était soignée pour une métrite. Une quatrième varioleuse, au contraire, à variole bénigne du reste, ne se plaint guère que de ses reins, mais elle est enceinte de 4 mois. L'activité sexuelle, l'aptitude à la conception était bien suspendue définitivement chez l'une, transitoirement chez l'autre, mais l'utérus de chacune d'elle entretenait les centres médullaires, spino-génital et voisins, en état d'excitation et provoquait ce réflexe rachialgie à l'occasion d'une variole.

Le cinquième exemple que voici est à notre avis le plus probant de tous. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, bien découlé, amené de la Maison d'arrêt; ce criminel précoce, à stigmates physico-psychiques, qui ne permettent pas d'en faire autre chose qu'un dégénéré, avait une atrophie bitesticulaire très nette; il n'eut pas de rachialgie.

Ces quelques exemples renforcent, ce me semble, la proposition que, dans la variole, la rachialgie dépendant de l'excitabilité physiologique ou anormale du centre spino-génital, il y a un rapport étroit entre elle et l'activité sexuelle.

Il convient d'ajouter que l'absence de douleurs lombaires se constate à tous les degrés de généralisation de l'éruption, et par là j'entends dire à tous les degrés de l'infection variolique, la généralisation de l'éruption cutanée étant encore le meilleur criterium de l'intensité de l'état infectieux; mais c'est surtout

dans les cas de variole simplement cohérente que j'ai relevé le manque de rachialgie. Aussi, faisons-nous de ce défaut de douleurs aux lombes parmi les prodromes de la variole, un signe pronostique heureux pour l'évolution de la maladie, et, lorsqu'il se présente chez un varioleux d'un âge voisin du moment du silence génital, un signe pronostique fâcheux pour le sort physiologique définitif des fonctions sexuelles ou pour l'état d'intégrité de ses organes urinaires.

LA MORT SUBITE OU RAPIDE PAR LE SYSTEME NERVEUX

Indications thérapeutiques tirées de la connaissance de son
mécanisme

PAR M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

(Suite de la page 311)

L'état anatomique du cœur dans ces cas de mort rapide ou subite produite par excitation du centre nerveux bulbaire de la circulation, est tout à fait caractéristique. Le cœur est ferme, retractoré, et dans ses cavités, à droite comme à gauche, on trouve une très petite quantité de sang liquide et pas de caillots. Cet état du cœur indique bien que l'arrêt de ses battements est le résultat d'une contracture spasmodique qui s'est produite au moment de la systole de l'organe. Quant aux autres organes, ils sont dans un état d'intégrité parfaite, à moins toutefois qu'ils ne présentent des lésions antérieures à l'accident qui a causé la mort.

On comprend que, dans ces cas, l'arrêt du cœur soit rapidement suivi de la suspension définitive de la respiration. Il en résulte que ces deux fonctions essentielles à la vie s'arrêtent simultanément, pour ainsi dire, bien qu'elles soient indépendantes l'une de l'autre; c'est précisément pourquoi, dans un certain nombre de cas, il est si difficile de dire à laquelle de ces deux fonctions il faut rapporter définitivement la mort.

La mort par suspension de la respiration est certainement plus fréquente que la mort par arrêt du cœur. Tantôt elle est subite et, tout à coup, on voit le sujet pâlir, cesser de respirer, prendre l'aspect d'un cadavre et mourir. Tantôt cette mort est rapide et l'on assiste, dans ce cas, à la suspension graduelle

de la respiration. L'arrêt définitif de cette fonction peut souvent demander environ une heure pour s'établir.

Permettez-moi de vous citer ici une observation des plus intéressantes. Il s'agit d'un malade atteint d'un épithélioma du larynx et qui, depuis quelques jours, présentait des accès de suffocation très marqués. Tout à coup, un matin, on vit s'arrêter sa respiration. Comme l'on supposait que cet arrêt de la respiration était dû à l'existence d'un obstacle dans les voies aériennes, on pratiqua sans aucun succès, et la trachéotomie et la respiration artificielle; puis on eut alors l'idée de faire une injection de morphine, en se rappelant un cas semblable dans lequel cette injection avait parfaitement réussi. L'injection en question rétablit la respiration; le malade fut ainsi sauvé, et il ne succomba que deux mois plus tard aux progrès de son épithélioma.

Dans un cas analogue, j'ai pu étudier de près les phénomènes qui accompagnent ce genre de mort par arrêt de la respiration. Un homme de cinquante-trois ans était atteint d'une anévrisme de l'orte et présentait des signes non douteux de compression et d'altération des pneumogastriques. La percussion dénotait chez lui l'existence d'une tumeur dans le médiastin supérieur et l'auscultation conduisait au même résultat. A chacune de ses inspirations, l'on constatait une sorte de cornage de tirage sus et sous-sternal et l'expiration était tout à fait silencieuse. Il était donc de toute évidence qu'il y avait là une compression de la trachée. Cet état persista pendant deux mois, sans autres phénomènes importants; l'état général était bon et le malade ne souffrait que quand il voulait marcher ou se livrer à un effort quelconque.

A cette époque appaurent des accès de dyspnée nocturne très intenses, qui obligeaient le malade à s'asseoir sur son lit. Ces accès débutaient par une sorte de resserrement au niveau de la trachée, puis se continuaient par une gêne respiratoire excessive avec anxiété et cyanose des extrémités, rougeurs et sueurs sur la face, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Les accès duraient environ un quart d'heure et ils étaient calmés par une injection de morphine. Or, un matin, après une nuit relativement tranquille, le malade fut pris d'une oppression extrême; il perdit connaissance, s'affaissa sur son oreiller, ses extrémités se refroidirent, sa respiration se ralentit d'une

façon progressive et devint tellement rare que l'on put compter un intervalle de deux à trois minutes entre chacun des mouvements respiratoires ; enfin elle s'arrêta définitivement. Pendant ce temps, le pouls ne dépassa pas quatre-vingts pulsations à la minute. A l'autopsie on trouva une poche anévrismale comprimant le nerf pneumogastrique, en même temps que la trachée.

Ce mécanisme de la mort rapide par la cessation de la respiration peut, du reste, être reproduit expérimentalement. On sait, en effet, que, chez un animal, l'excitation du nerf laryngé supérieur peut amener la suspension de la respiration par paralysie des muscles inspireurs et du diaphragme tout d'abord. On sait aussi que l'excitation forte du nerf pneumogastrique entraîne à sa suite la cessation de la respiration par la contraction des muscles inspireurs. Dans ce cas la cessation de l'acte respiratoire se fait manifestement par action réflexe qui retentit sur le centre bulbaire respiratoire.

Certains autres nerfs, chez les sujets qui ont un système nerveux très impressionnable, peuvent encore produire, par leur excitation, l'arrêt de la respiration. Il en serait ainsi du nerf nasal, d'après les expériences de Paul Bert. Voici, de plus, un fait dans lequel une excitation partie de l'intestin a pu produire les mêmes résultats sur l'acte respiratoire. Un jeune garçon de 7 ans, à la suite de son repas, tomba tout à coup dans une crise convulsive épileptiforme suivie bientôt d'une suspension de la respiration. Ce malade présentait véritablement l'aspect d'un cadavre. La respiration artificielle qui fut immédiatement pratiquée rappela le sujet à la vie; mais presque immédiatement survint une nouvelle crise semblable à la première. On continua la respiration artificielle, mais elle ne paraissait pas avoir grand succès. Ce fut alors que, considérant cette suspension de la respiration comme étant le résultat d'une action réflexe partie de l'intestin, je pratiquai une injection de morphine, puis une seconde. Le résultat fut satisfaisant; les accidents disparurent et, le lendemain, le malade rendit des vers intestinaux dont l'irritation sur la muqueuse intestinale avait sans aucun doute été le point de départ de cet arrêt respiratoire.

On le voit, ces faits ont la plus grande importance au point de vue pratique; ils mettent bien en évidence la possibilité de

l'arrêt de la respiration et, par suite, de la mort par le fait d'une action réflexe retentissant sur le centre respiratoire bulbaire, que les expériences de Flourens ont si bien démontré. Ils montrent aussi que le médecin connaissant ces particularités physiologiques et pathologiques peut rendre les plus grands services dans ces cas, et même rappeler à la vie des sujets qui, sans son intervention bien comprise, auraient certainement succombé.

La mort par suspension de la respiration peut survenir dans deux circonstances bien distinctes. Tantôt il s'agit de lésions matérielles pouvant affecter le centre de la respiration ou les branches nerveuses qui en partent. Tantôt il s'agit, au contraire, de simples excitations sur les troncs nerveux ou sur leurs terminaisons et capables de mettre en activité le centre en question.

Dans la première série, viennent se placer les néoplasmes du bulbe et la plupart des lésions pathologiques de cet organe y compris bien entendu l'oblitération vasculaire, quelle que soit sa cause. Dans la seconde il faut ranger les tumeurs de la muqueuse laryngée; les simples inflammations de cette muqueuse peuvent agir de la même façon dans des conditions de susceptibilité réflexe exagérée. Il en est également de même des lésions néoplasiques ou inflammatoires développées sur le trajet des nerfs pneumogastriques ou dans leur voisinage. Les ganglions lymphatiques comprimant ces nerfs, une simple pleurésie agissant sur quelques-unes de leurs terminaisons pourront encore avoir les mêmes effets. Il faut en dire autant de l'action irritante d'un corps étranger sur les voies aériennes, telle que l'ammoniaque par exemple: de même l'action des inflammations de l'estomac ou de l'intestin, ou bien encore l'irritation déterminée du côté de ces organes par des parasites pourra aboutir à cette suspension de la respiration.

L'anatomie pathologique de cette sorte de mort subite par arrêt de la respiration nous est encore fournie par l'état du cœur. Contrairement à ce que nous avons indiqué tout à l'heure pour la mort subite par arrêt du cœur, cet organe est rempli par des caillots cruoriques très abondants; c'est là la caractéristique de cette mort par suspension de la respiration.

La connaissance nettement établie, tant par l'observation clinique que par l'expérimentation du mécanisme de la mort

subite ou rapide par le système nerveux, ne doit pas rester stérile. Au point de vue pratique elle conduit à une indication thérapeutique des plus rationnelles, qui est de s'opposer à l'excitation directe ou réflexe des centres circulatoire et respiratoire. Le chloral, le bromure de potassium et la morphine sont autant d'agents qui possèdent la propriété d'agir sur les centres bulbaires et d'arrêter les impressions qui viennent s'y réfléchir. Le sulfate de quinine, dont l'action sur le nerf laryngé supérieur est évidente, parvient également à arrêter les réflexes qui en partent. Ces agents sont donc indiqués toutes les fois que l'existence se trouve suspendue par un acte réflexe. Les mettre en œuvre, c'est faire de la thérapeutique scientifique: celle-ci, en effet, n'est que l'application des connaissances physiologiques exactes à un but déterminé, qui est de remédier à des désordres matériels ou fonctionnels dangereux pour l'existence. Tous ces moyens peuvent être efficaces sans aucun doute; mais, au point de vue de l'application, il en est un qui est certainement préférable, c'est la morphine, tant à cause de la facilité de son emploi en injections hypodermiques, que sa rapidité d'action. Dans les circonstances graves que nous visons, il est facile de reconnaître que l'administration du chloral et du bromure est à peu près impossible, tandis que celle de la morphine est simple, facile, et son action presque instantanée. En conséquence, ce médicament doit avoir la préférence sur tous les autres, et son importance est telle que tout médecin doit en être pourvu. La morphine, dans ces cas pressés, sera administrée à fortes doses, de façon à produire un effet prompt et rapide, sans quoi son action est inefficace, car, à faible dose, ce médicament détermine plutôt de l'excitation et aggrave les accidents.

“ Done, si un malade atteint d'une affection du système nerveux, ou de tout autre désordre, perd tout à coup connaissance, tombe, cesse de respirer ou fait encore deux ou trois respirations et semble mort, il faut immédiatement lui pratiquer une piqûre de morphine, appliquer un corps étranger à la base de la langue, de façon à éveiller chez lui la sensation de nausée, qui a la propriété de combattre les spasmes, enfin procéder à la respiration artificielle pour lui donner quelques chances de revenir à la vie ”.

Chez les sujets qui ont des maladies du système nerveux ou

des maladies du cœur qui sont capables de déterminer les réflexes sus-indiqués pouvant amener l'arrêt du cœur ou celui de la respiration, dans les cas de compression des nerfs pneumo-gastriques ou dans ceux où l'on a des lésions de l'appareil digestif, il est de la plus grande utilité de chercher à empêcher ces actions réflexes de se produire en diminuant l'impressionnabilité du système nerveux central et en particulier des centres bulbaires des mouvements du cœur et de la respiration. Or, le vieil adage "sanguis moderator nervorum" semble toujours vrai, et il est certain que le système nerveux est d'autant plus impressionnable que le sang lui-même est plus débilité. Par conséquent, chez tous ces sujets, il faut rechercher avec le plus grand soin l'existence d'une anémie qui ne fera pas défaut dans le plus grand nombre des cas, et, par suite, de traiter cette anémie par les moyens qui sont les plus efficaces.

VARIOLE ET GROSSESSE

M. Richardière nous fait connaître le traitement antiseptique qu'il a employé, à l'hôpital d'Aubervilliers, contre la variole chez les femmes en état de gestation.

"Toutes les malades prenaient chaque jour un bain de sublimé d'un quart d'heure; les malades, dont l'éruption était abondante, en prenaient deux. De plus, les organes génitaux externes étaient constamment recouverts de compresses de tarlatane fréquemment imbibées de liqueur de Van Swieten étendue, pulvérisée sur la tarlatane. Enfin, des injections vaginales de sublimé au 2000ème étaient faites deux fois par jour.

Ce traitement, suivi par les malades en état de grossesse, a été continué, sans modification, après l'accouchement ou après l'avortement. Il n'a été fait d'injection intra-utérine au sublimé que dans les cas où il y avait ascension thermique. Les injections intra-utérines ont eu un résultat excellent; elles ont toujours amené rapidement la disparition des accidents.

L'œuf de poule contient des *lécithines* qui, donnés aux animaux, augmentent prodigieusement leur appétit et amènent un accroissement rapide du poids du corps.

PERIODE CRITIQUE DE LA PNEUMONIE

Le docteur Castelain termine une étude clinique et expérimentale sur ce sujet par ces conclusions :

1. Les signes de résolution pulmonaire précèdent fréquemment la défervescence critique dans la pneumonie. Il importe, pour les percevoir dès leur début, d'examiner les malades matin et soir, sans négliger d'ausculter après la toux.

2. Indépendamment du délire par alcoolisme ou par stase veineuse, on observe parfois dans la pneumonie un délire qui débute peu de temps avant la défervescence, augmente avec la chute de la fièvre, pour cesser après un temps variable (un, deux ou trois jours après la crise).

3. Dans ces conditions le délire apparaît peu de temps avant la constatation des râles humides de retour. Son évolution est parallèle à l'état de fluidité et à l'abondance de l'exsudat alvéolaire.

4. Les urines de la matinée, recueillies chez un pneumonique avant l'époque de la résolution et injectées dans les veines d'un lapin, déterminent chez cet animal de la torpeur et le tuent sans autres convulsions que celles de l'agonie.

5. Le même essai de toxicité urinaire exécuté pendant la période de résorption de l'exsudat tue le lapin après un long stade de convulsions dont l'intensité est parallèle aux transformations pulmonaires.

6. Le délire mentionné serait donc un délire de résorption et d'intoxication.

APHORISMES THERAPEUTIQUES

Si l'organisme est exempt de toute infection, l'eczéma chronique ou les petites ulcérations superficielles guériront rapidement par l'application suivante :

Glaise stérilisée	1 partie
Glycérine	} àà 2 parties
Vaseline	

Eucalyptol	} 2½ drachmes
Esprit d'éther nitreux..... àà	
Chloroforme	
Huile phosphorée	

15 gouttes toutes les deux heures, avec un peu d'eau, vous donneront un résultat remarquable dans toute congestion des bronches, à la suite de refroidissement.

UREMIE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

PAR M. LE PROFESSEUR BUDIN

Le 9 avril, à minuit, on apportait à la Maternité une femme plongée dans le coma. Agée de 38 ans, ménagère, toujours bien portante, elle avait déjà eu 4 enfants aujourd'hui vivants.

Elle a eu ses dernières règles le 19 août de l'année précédente, et elle se considérait comme enceinte de 7 mois environ. Son mari, qui l'amène, déclare qu'elle a toujours été bien portante, mais que depuis un mois, elle avait les jambes un peu enflées. Depuis cette époque, elle se plaignait de temps en temps d'avoir des maux de tête et des brouillards devant les yeux. Il y a trois jours, le 6 avril, à 11 heures du soir, elle perdit du sang et eut une dyspnée intense qui disparut pendant la nuit. Les jours suivants, elle eut des crises d'étouffement plus accentuées encore que la première et un médecin, qui était venu la voir dans la soirée, conseilla son transport à la Maternité.

Quand elle y arrive, elle a totalement perdu connaissance, sa respiration bruyante et stertoreuse affecte par moments le rythme de Cheyne-Stokes. Sa face est pâle et un peu bouffie; la langue est sèche; les dents sont couvertes de fuliginosités. Il y a un œdème considérable des membres inférieurs qui remonte jusqu'à la racine des cuisses. A l'auscultation, on entend des râles fins et disséminés dans toute la poitrine, les bruits du cœur sont sourds; le pouls est rapide (112), dépressible; la température vaginale est de 96 degrés 4. Avec la sonde, on retire de la vessie une très petite quantité d'urine qui contient beaucoup d'albumine (12 grammes environ par litre).

A 3 heures du matin, craignant des attaques d'éclampsie, on me demande s'il ne fallait pas administrer du chloroforme. Je prescrivis l'application de 60 ventouses sèches et l'administration d'un grand lavement purgatif. A 5 heures et demie, je vis cette malade. Sa dyspnée était extrêmement intense, et elle se trouvait toujours dans le coma. On lui fit respirer de l'oxygène et on lui appliqua sur les membres supérieurs et inférieurs de nombreux sinapismes pendant qu'on préparait un grand bain. On la plongea dans l'eau à 102 degrés pendant trois quarts d'heure. Peu à peu une transpiration abondante s'établit, la malade sortit de sa torpeur, reprit connaissance et

regarda avec surprise les personnes qui l'entouraient. Avant le bain, la température vaginale était de 96 degrés 2, en sortant de l'eau elle était montée à 98 degrés et 6.

La dyspnée ayant reparu, on appliqua, à 9 heures, 12 ventouses sèches et on fit à 11 heures une saignée qui ne donna que 2 onces de sang environ.

A midi, la malade eut des vomissements alimentaires très abondants après lesquels elle se trouva soulagée. Sa température vaginale était alors de 92 degrés. Entre une heure et trois heures, elle eut quatre garde-robes copieuses. A 7 heures du soir elle rendit spontanément 125 grammes d'urine; son état était tellement amélioré, qu'elle respirait facilement et répondait très nettement aux questions qui lui étaient faites.

Dans l'après-midi, quelques phénomènes de travail étaient apparus, ils continuèrent pendant la nuit. Le lendemain, 10 avril, à 2 heures 50 du soir, la dilatation étant complète, on rompit artificiellement les membranes et l'accouchement se termina en quelques instants. Un fœtus mort et macéré, âgé de 7 mois environ, fut expulsé. A 3 heures, la délivrance avait lieu spontanément. On trouvait dans le placenta des caillots multiples, la plupart récents, de la grosseur d'un gros pois en moyenne.

Dans la nuit du 10 au 11, il y eut une nouvelle attaque de dyspnée, qui céda à une application de ventouses sèches et scarifiées. La malade avait, dans les 24 heures, rendu 500 grammes d'urine. On continua le régime lacté. Dans la journée du 12, l'état général, devenant de nouveau assez grave, on plongea pour la seconde fois la malade dans un bain à 102 degrés. Elle transpira abondamment et eut, dans l'eau, une évacuation abondante de matières fécales: on lui fit une saignée de 6 onces; une nouvelle amélioration survint, qui persista.

L'examen de l'urine montra qu'elle contenait des cylindres hyalins et des cylindres épithéliaux. Le sang, examiné par M. Berlioz, contenait (au lieu de 0 gr. 16) 0 gr. 378 d'urée, par litre.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue. Quelle était la cause du coma? Il n'y avait pas eu d'attaque d'éclampsie, la malade n'avait pas été quittée par son mari, et à aucun moment, elle n'avait présenté de convulsions; il n'existait chez elle aucune morsure de la langue. Un exa-

men attentif permettait d'éliminer l'hémorragie cérébrale, la commotion ou la contusion cérébrales, l'ivresse, l'intoxication par l'opium ou le chloral, qui peuvent s'accompagner d'abaissement de température. L'ensemble des symptômes, au contraire, permettait de croire à l'existence d'une "urémie dyspnéique" et comateuse.

Mais comme ce fait est singulier! A notre époque où on croit avoir tout dit quand on affirme que l'éclampsie est le résultat de l'auto-intoxication, voici une femme enceinte de 7 mois, ayant une grande quantité d'albumine dans l'urine et n'étant pas soumise au régime lacté, présentant même quelques-uns des signes qui sont considérés comme des prodromes de l'éclampsie et elle n'a pas la moindre attaque convulsive.

Il y a même plus: alors que notre collègue, M. Guéniot, invoquait l'indigestion comme capable de faire éclater une éclampsie réflexe, chez cette malade l'estomac restait pendant de longues heures rempli de matières alimentaires et l'éclampsie réflexe ne survenait pas. En présence de ce fait, que deviennent les théories?

J'ai eu l'occasion de voir il y a quelque temps, en province, une dame chez laquelle, pendant la grossesse, il y avait de la néphrite (12 et 15 grammes d'albumine par litre) et des cylindres hyalins et granuleux en grande quantité dans l'urine. Elle fut soumise au régime lacté, et peu de temps après, elle accoucha spontanément et rapidement. Quelques jours plus tard, survint une nouvelle poussée de néphrite; il y eut de l'anurie presque complète et jusqu'à 42 grammes 40 d'albumine par litre. En quatre jours, elle était emportée par des accidents d'urémie dyspnéique. Nous avons été tenté d'attribuer chez elle l'absence d'attaques d'éclampsie à l'administration du régime lacté absolu. La femme qui fut apportée dans notre service n'avait pas pris une goutte de lait avant d'y entrer; on ne peut donc invoquer chez elle la même explication.

On m'avait demandé par le téléphone si l'on ne devait pas recourir au chloroforme comme moyen de traitement pour empêcher l'éclosion d'attaques d'éclampsie. Il est probable que le résultat eût été désastreux si, à l'intoxication qui existait déjà, on eût ajouté une intoxication nouvelle. Les reins ne fonctionnaient probablement plus que très mal; il fallait tâcher d'obtenir, par tous les moyens possibles, l'élimination des ma-

tériaux toxiques. De là les lavements purgatifs, les grands bains à 102 degrés, l'administration du lait, les ventouses scarifiées, la saignée, etc. Il est probable qu'ils ont contribué à assurer la guérison de la malade.

OPIUM PAR LE RECTUM CONTRE L'AVORTEMENT

Dans un cas de menace d'avortement chez une femme enceinte de quatre mois, Arnstein prescrivit d'injecter dans le rectum, à plusieurs reprises, 15 gouttes de teinture d'opium: le troisième jour après l'institution du traitement, occlusion du col utérin, situation élevée de l'œuf, cessation de l'hémorragie et des douleurs. Pour obtenir l'effet désiré, on répètera à plusieurs fois les injections rectales d'opium à dose élevée.

TRAITEMENT DE LA MYELITE CHRONIQUE

1. Appliquer tous les huit jours des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

2. Pendant vingt jours par mois, donner une cuillerée à soupe 3 fois par jour de la préparation suivante:

Iodure de strontium.....	} à	2 drachmes
Iodure de potassium.....		
Glycérine		1 once
Sirop d'écorce d'oranges.....		8 onces

3. Pendant les dix autres jours du mois, deux pilules de :

Nitrate d'argent.....	1/6 de grain
Poudre de réglisse.....	2 grains

F. s. a. une pilule No 20.

4. Deux fois par semaine pratiquer une injection hypodermique à 60 minimes de la préparation de substance nerveuse de Constantin Paul.

5. Tous les matins, faire des lotions froides sur le corps avec de l'eau légèrement alcoolisée, et faire ensuite de l'électrothérapie en faisant passer le long de la colonne vertébrale un courant continu.

Toutes les fois qu'un homme peut résoudre le conflit des forces égoïstes en faveur de la justice, il s'élève philosophiquement et politiquement au rang d'homme providentiel, car il fait surgir en lui et chez les autres la vraie providence du monde. "la liberté!"

EPIDEMIE DE DIPHTERIE DANS UNE AGGLOMERATION

(Suite de la page 323)

Que convient-il de faire dans un internat, une école, une crèche, une salle d'hôpital où s'est installée une épidémie de diphtérie ?

On ne saura, cela va sans dire, se contenter d'isoler les malades, de désinfecter les objets et les locaux.

"On a été naturellement amené à penser que la bactériologie fournissait le moyen de se tirer d'affaire". L'examen du mucus pharyngé de tous les enfants permet en effet de déceler ceux dont la gorge renferme le bacille de Loeffler. Il suffit donc d'"isoler ces enfants aussi longtemps que leur gorge héberge le bacille, de ne les remettre en contact qu'après sa disparition nettement établie".

Il ne manque pas d'observations dans lesquelles on a procédé ainsi. Nous citerons seulement les suivantes :

Hellstrom, à Stockholm, 1884, enraie une épidémie dans une caserne en isolant 151 soldats dont la gorge renfermait des bacilles de Loeffler virulents. Aaser, à Christiana, obtient le même résultat dans une caserne où, de juin à septembre, des cas de diphtérie se succédaient en dépit de toutes les mesures; 89 cavaliers sont examinés; 17 dont la gorge renferme le bacille sont isolés. L'épidémie s'arrête.

Fibiger, dans une école de Herlusholm, où les cas de diphtérie se succèdent, a examiné 134 enfants et trouvé des bacilles chez 22 qui sont isolés.

Gabritschewsky cite une série d'observations analogues dans des pensionnats et asiles russes. Enfin, Sinding Larsen a rapporté en détail l'histoire d'un sanatorium maritime danois où la diphtérie a été arrêtée de la même façon.

Ces heureux résultats sont obtenus, il est vrai, au prix de grandes difficultés. Je ne parle pas du temps nécessaire pour ces recherches toutes les fois qu'il s'agit de plusieurs centaines de sujets. Mais on ne trouve pas aisément des locaux aménagés de façon à réaliser ces isolements, surtout si l'on se préoccupe, comme cela est indiqué, de séparer parmi les isolés ceux dont la diphtérie est avérée, ceux qui ont une gorge saine et renfermant des bacilles typiques, ceux, enfin, dont la gorge renferme les bacilles courts, sujets encore à discussion.

L'isolement a dû pour certains maladies être prolongé 100 et même 185 jours.

Ajoutons que l'examen bactériologique dans les cas de ce genre nécessite un travail tout spécial. On ne saurait se prononcer au bout de 20 heures d'étuve. Il arrive souvent que les colonies ne paraissent qu'après 40 heures.

On a constaté d'autre part qu'un sujet dont la gorge ne renfermait pas de bacilles à un premier examen a pu en réceler à un examen ultérieur. Il faudra donc répéter les ensemencements.

Ainsi, sur un groupe de 17 enfants, Larsen pratique un premier ensemencement le 19 juin.

Au bout de 20 heures, on reconnaît que 10 enfants ont des bacilles de Loeffler.

L'examen des tubes, 20 heures plus tard, permet de retrouver 5 autres sujets dont la gorge héberge le bacille.

De nouveaux ensemencements permettent de trouver encore le bacille de Loeffler dans la gorge de 3 autres sujets.

Ainsi, en s'en tenant à un examen unique et à un seul ensemencement, on aurait conservé au milieu des autres 8 sujets qu'il a fallu isoler.

On comprend qu'en présence de ces difficultés nous ne partagions pas, au sujet de ce procédé de défense, l'enthousiasme de Fibiger, de Larsen et de Gabritschewsky et que nous n'hésitions pas à préférer les injections préventives. Ce procédé ne nécessitera ni ces ensemencements hâtifs et répétés, ni ces isollements nombreux, et permettra de se consacrer tranquillement à l'isolement, au traitement des malades, à la désinfection des objets et des locaux.

Parmi les nombreux exemples que je pourrais invoquer, dans lesquels l'inoculation préventive a arrêté net l'épidémie, je ne citerai que les suivants:

Thomas, en 1895, arrête ainsi une épidémie qui avait déjà frappé 45 enfants dans la Nursery and Child's Hospital de New-York en inoculant 136 enfants. Deux employés, qui n'avaient pas été soumis aux inoculations, sont seuls pris après le 18 avril, date de ces inoculations.

Conti, en 1897, pratique 207 inoculations sur les élèves et employés du Collège Gallio, de Côme, où la diphtérie avait frappé plusieurs enfants en décembre. Il n'y eut pas un cas ultérieur.

Demisch, à Kerzers, en 1898, inocule 197 enfants d'une école où il y a eu 26 diphtériques. Aucun ne contracte la diphtérie, non plus que les 51 enfants inoculés de l'école de Golatin qui comptait 14 malades et 10 sujets dont la gorge renfermait le bacille de Loeffler, les 41 de l'école de Gurtru, où il y avait eu 7 malades.

Les résultats des injections préventives ont été des plus satisfaisants entre les mains de Peck, 124 inoculés, 7 cas de diphtérie dont 5 après 4 semaines; Wenner, 80 inoculés, 1 après plus d'un mois; Pasini, 260 enfants, 1 pris après six semaines, l'autre après 2 mois.

Adams, avec 422 inoculations à Children Hospital de Washington, a compté 17 cas, mais 10 après plus de 30 jours.

L'inoculation préventive a donc fait ses preuves dans les cas de ce genre et nous devons souhaiter que d'autres administrateurs n'hésitent pas à imiter l'initiative du préfet de Côme, qui, en présence d'une épidémie de diphtérie au lycée Gallio, décida que l'inoculation serait obligatoire pour les internes et que les externes ne seraient admis que s'ils se soumettaient aux injections.

Nous avons envisagé le cas des internes et des écoles. "En inoculant les enfants dans les écoles on peut enrayer l'épidémie dans une localité, l'école étant le principal foyer de contagion". C'est ainsi qu'on a procédé en Suisse, en Hongrie, en Italie et en Russie.

TRAITEMENT DU PIED BOT CONGÉNITAL CHEZ LES ENFANTS

Wilson conseille de tenter la réduction complète de la déformation durant le premier mois. Si la correction est possible sans le secours d'un appareil rigide, on évitera la ténotomie. Quand on ne peut obtenir une correction parfaite sans déployer une force énorme, il faut recourir dans le premier mois à la ténotomie, la syndesmotomie ou la section de l'aponévrose. Chez l'enfant, on ne doit jamais pratiquer la ténotomie sans la faire suivre d'un traitement destiné à développer le pied. On ne doit pas forcer un pied bot dans un soulier spécial de force. Tout appareil employé chez l'enfant doit permettre des mouvements du pied.

APPLICATIONS DU PERMANGANATE DE POTASSE CONTRE LE LUPUS

M. Hallopeau a présenté à la Société de Dermatologie quatre malades atteints de tuberculose cutanée et traités par le procédé de Butte qui consiste à recouvrir les parties malades, chaque jour pendant un quart d'heure, de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse à 2 p. c. ; on peut y ajouter des applications locales du même médicament en poudre. C'est surtout sur le lupus ulcéreux que l'action a été la plus favorable; dans le lupus érythémateux l'amélioration n'est pas constante; enfin ce traitement est resté inefficace en cas de lupus "non exédens". Quoi qu'il en soit, cette méthode a l'avantage de produire une amélioration très rapide lorsqu'elle se montre efficace; elle peut donc servir de préparation à la photothérapie qui, dans les lupus étendus, n'agit que très lentement.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES CHEZ LES ENFANTS PAR LE MASSAGE

La constipation, très fréquente chez les enfants en bas âge, détermine souvent des hémorroïdes qui rendent la défécation douloureuse.

Un médecin russe, M. Hippins, a proposé une méthode de traitement simple et efficace qui amène rapidement la guérison des hémorroïdes comme aussi de la constipation habituelle. C'est le massage de l'abdomen, associé au massage des varices rectales.

Avec le petit doigt enduit de vaseline et introduit dans le rectum de l'enfant, notre confrère pratique sur les tumeurs hémorroïdaires des frictions circulaires douces, ainsi que des effleurages dirigés de bas en haut. Les séances, répétées quotidiennement ou tous les deux jours, ne durent d'abord qu'une minute. Puis leur durée est progressivement augmentée jusqu'à trois minutes. Chaque massage des hémorroïdes est précédé d'un massage de l'abdomen.

Dès la troisième ou la quatrième séance, les douleurs à la défécation s'amendent et les phlébectosies diminuent de volume. La guérison complète des hémorroïdes et de la constipation habituelle s'obtiendrait au bout de 2 ou 3 semaines de traitement.

LA CIRCONCISION CHEZ LES NOUVEAU-NES

Le docteur Wetherill attache la plus grande importance au phimosis qui peut donner naissance à des troubles urinaux graves et prédisposer à la masturbation. Voici les conseils pratiques qu'il donne à ce sujet :

1. A la naissance, chaque enfant doit être examiné au point de vue du phimosis obstructif, au même titre que pour l'imperforation de l'anus.

2. Le prépuce doit être attiré en arrière, les adhérences coupées, le smegma enlevé. La toilette du gland et du prépuce sera faite régulièrement tous les jours, pendant deux ou trois semaines.

3. Comme le prépuce trop long est souvent la cause de troubles locaux et réflexes et prédispose ultérieurement à la masturbation et aux excès vénériens, il est indiqué de faire dans ces cas la circoncision. Cette opération est encore indiquée chaque fois que le prépuce ne peut librement être ramené en arrière du gland.

TRAITEMENT DES FURONCLES ET DE L'ACNE PAR L'ICHTHYOL

On obtient de très bons résultats dans la furonculose en recourant aux badigeonnages avec une solution éthéro-alcoolique d'ichthyol. Les badigeonnages sont pratiqués matin et soir ; après quatre ou cinq badigeonnages, on enlève la couche d'ichthyol avec de l'éther avant de pratiquer une nouvelle application du médicament. Les résultats sont très satisfaisants, même dans les cas de furoncles volumineux et suppurés. Appliqué, dès le début, l'ichthyol a une action abortive sur la marche du furoncle. La durée moyenne dans les cas anciens varie de cinq à douze jours ; dans les cas plus récents, trois ou quatre badigeonnages suffisent. Dans les furoncles ouverts et étendus, on obtient une très petite cicatrice, à peine appréciable. Dans l'acné de la face, les badigeonnages sont pratiqués seulement le soir ; le matin, on enlève l'ichthyol à l'aide de l'éther. Les résultats sont également très encourageants.

Le massage est né de l'*oophoromanie*, n'ayant plus rien à enlever, il faut masser.

INFLUENCE DE LA LUMIERE SUR LES BACTERIES

Par BUCHNER et MINCK

Les recherches de ces auteurs ont porté principalement sur les bacilles typhique et cholérique et sur diverses bactéries de putréfaction. Lorsqu'on expose à la lumière solaire de l'eau contenant environ 10,000 bactéries par centimètres cube, on n'en retrouve plus au bout d'une heure, tandis qu'elles se sont multipliées dans un tube-contrôle placé dans l'obscurité, les autres conditions de chaleur, etc., restant les mêmes. La lumière diffuse a une action moins rapide, mais finalement aussi complète. Parmi les facteurs multiples qui assurent l'autodésinfection des fleuves et des lacs, la lumière est donc un des plus importants, et lorsque le captage ne se fait pas dans une rivière, l'eau doit traverser, avant d'être livrée à la consommation, des bassins peu profonds, cimentés en blanc, et exposés à la lumière.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LES ENFANTS EN BAS AGE

Un médecin américain, le docteur Powers conseille le traitement suivant, qui n'est applicable qu'aux enfants du sexe masculin. Il consiste à obturer au moment du coucher, avec du collodion, l'orifice préputial du petit malade. S'il ne se passe rien d'anormal, on trouve le matin le prépuce légèrement distendu par une petite quantité d'urine. Si l'enfant se réveille dans la nuit avec le besoin d'uriner, il peut très facilement enlever lui-même, avec le doigt, la petite couche de collodion. Par ce procédé, M. Powers aurait obtenu rapidement, parfois en quinze jours, la suppression complète de l'incontinence nocturne d'urine.

Ce procédé aussi simple que pratique mérite d'être essayé.

Le mauvais tabac est un poison, et le bon est plus dangereux encore, car on en fume davantage.

Le docteur Brown, d'Alexandria, a traité 150 cas de variole avec la teinture de fer muriaté, comme seul remède à l'intérieur et n'a eu qu'une mortalité de 3 pour cent.

REPONSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES
RESUMÉES

Nous regrettons qu'un trop grand nombre de correspondances nous empêche de répondre à chacune d'elle en particulier.

Comme il arrive souvent qu'une seule réponse puisse satisfaire plusieurs lecteurs, chaque correspondant trouvera dans cette page les informations requises.

"Le succès de la chirurgie à la campagne dans l'usage des antiseptiques."
Dr B.

Où ce titre pourrait faire le sujet d'un travail très intéressant que nous recevrons et publierons avec plaisir.

Dans votre numéro du mois d'octobre vous dites que l'administration du Bureau des Gouverneurs marche en assez bonne voie; mais où est notre bureau permanent notre bibliothèque, et l'officier devant recevoir les médecins et répondre aux informations requises??

Dr C.

Notre bibliothèque, que vous pouvez visiter à loisir, est à l'Université Laval; quant aux autres réformes que vous demandez les deux députés de votre division doivent s'en occuper activement à la prochaine réunion du collège au mois de juillet.

Seriez vous assez bon de me dire quel est la composition du sérum et des globules du pus.

Dr M.

Composition du sérum du pus.

Eau.....937 à 970 gram.
Chlorure sodium.....	4 "
Matières albuminoïdes.....	25 "
Amines acides.....	16 "
Corps gras.....	19 "
Leucomaines.....	7 "

Composition des globules du pus.

Sels..... 1 gram.
Matières albuminoïdes.....	13 "
Corps gras.....	14 "
Leucomaines.....	7 "
Membranes.....	20 "

Ces chiffres sont très variable.

La coloration du pus est dû à des microbes pyogènes qui leur donnent

des teintes spéciales: ainsi le bacille pyocyanique est la cause de la coloration bleue.

Pouvez-vous me dire quel a été le résultat de la pluie de sang tombée à Palerme durant la nuit du 9 au 10 mars?

Dr S.

L'examen au microscope de la poudre humectée d'iode iodurée a montré: 10 de grandes quantités de fragments de silice très petits; 20 des fragments amorphes ocreux minéraux, effervescents sous l'action des acides dilués; 30 des diatomées de formes diverses; 40 des débris végétaux: fibres ligneuses, cellules végétales, myceliums, spores de champignons ronds et ovales; 50 quelques petits corps irrégulièrement polyédriques colorables en bleu par l'iode. En résumé cette pluie de sang résulterait de la chute des matériaux arrachés par les remous atmosphériques au sol du Sahara.

Que faut-il penser d'un malade qui souffre de phosphaturie en permanence?

Dr L.

Si le patient perd de son poids et devient plus faible c'est probablement un candidat à la tuberculose: sinon, c'est un député au Brightisme.

J'ai obtenu d'excellents résultats du *Cellulogène* comme tonique générale, connaissez-vous une préparation similaire qui maintiendrait et continuerait les bons effets obtenus.

Dr V.

La zomothérapie nous offre une tablette "*Vila*" qui paraît répondre aux effets thérapeutiques dont vous parlez.

Quel régime alimentaire doit-on conseiller à un malade souffrant de gravelle hépatique?

Dr F.

Hygiène thérapeutique de la gravelle hépatique.—Toutes les viandes sont permises, sauf les matières grasses ; tous les légumes verts sont autorisés, sauf la carotte ; pas de féculents admettre les pommes de terre ; très peu de pain ; fruits autorisés, sauf les fruits trop sucrés ; défense absolue des pâtisseries et des mets sucrés ; peu de vin et toujours avec des eaux alcalines ; repas rapprochés mais modérés ; purgatifs légers ; exercices réguliers.

De quelle manière la profession médicale peut-elle lutter contre cette *réclame inouïe* de toutes espèces de pilules. Dr T.

En faisant l'éducation du peuple sur les dangers d'introduire dans l'estomac qu'il ne connaît pas des remèdes qu'il connaît encore moins ; en démontrant que seule la soif de l'or est le mobile de ces spéculateurs ; et en s'abstenant de donner ou de prescrire les pilules, préférer les poudres, les cachets les granulés, les comprimés, ou les tablettes.

Existe-t-il un conseil de discipline au sein du Collège des Médecins et des Chirurgiens de la Province de Québec ? Le médecin étant absent un étudiant en médecine a-t-il droit de vacciner ? Un médecin a-t-il droit de faire annoncer à la porte de l'église qu'il vaccinera tout le monde à raison de 10 cents par tête ? naturellement à ce prix ridicule au lieu du vaccin on fait usage de la gomme arabique ! Dr R.

Oui, il existe un conseil de discipline, mais à l'état embryonnaire ; il sera, dit-on, dans toute sa *vigueur organique* au mois de juillet prochain. Non un étudiant en médecine n'a pas le droit d'exercer les fonctions de médecin avant d'être admis à la pratique. L'annonce de soins professionnels donnés au *rabais* est indigne de tout médecin qui a le moindre sentiment du devoir et de l'honneur. Le banc de la Cour Criminelle attend le médecin qui expose à la contagion de la variole les personnes *immunisées* au moyen de la *gomme arabique*.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR DEMERS

(Séance du 12 nov. 1901)

M. LESAGE, dans une étude très pratique, sur le chloroforme préconisé par les Français, et l'éther préféré par les Anglais, démontre les indications et les contre-indications de l'un et de l'autre, puis insiste sur les règles à suivre pour éviter tous dangers. Après la phase d'excitation préparalytique, dit-il, lorsque le réflexe cornéen est aboli il ne faut pas trop augmenter la dose de l'anesthésique, de crainte de toucher le bulbe et de provoquer des syncopes laryngés, cardiaques ou bulbaires. M. le conférencier préfère le chloroforme à l'éther, mais pour éviter tout accident, le chloroforme doit être chimiquement pur, administré à petite dose progressive et ne pas être donné dans un appartement où brûle le gaz d'éclairage, car il se forme un chlorure de carbonine, gaz suffocant, qui a déjà causé de graves accidents. Il préconise l'usage de la morphine et de l'atropine, en injection hypodermique avant l'administration du chloro-

forme; cette méthode diminue la période d'excitation et nécessite une bien moindre dose de chloroforme pour produire l'anesthésie complète.

M. ASSELIN, ayant eu l'occasion d'administrer le chloroforme à plus de 1,000 malades, préfère ce dernier à l'éther. Il reconnaît comme dangereux le procédé par sidération à dose massive et recommande le procédé dosimétrique, qui lui a toujours donné d'excellents résultats. Le danger, dit-il, existe plus du côté du cœur que du côté de la respiration; cependant, l'analyse de l'urine est plus importante que l'examen du cœur.

M. LASNIER rapporte les différents modes d'administration de l'éther dans les hôpitaux de Londres, cite un plaidoyer en faveur du chloroforme et rappelle des accidents survenus à la suite de l'anesthésie par l'éther.

M. ST-JACQUES désire savoir si on rapporte des cas malheureux d'anesthésie, commencée par le chloroforme, et continuée par l'éther ?

M. LESAGE répond que l'administration du chloroforme est aussi dangereuse au commencement qu'à la fin et l'éther donné en dernier lieu ne saurait éviter les accidents du début de se produire.

M. DUBÉ parle de la nécessité de bien connaître l'administration des anesthésiques et des leçons pratiques que devraient recevoir les élèves dans les hôpitaux.

M. DEMERS se prononce en faveur de l'éther, tout en reconnaissant que les accidents causés par le chloroforme sont rares, non parce qu'il est moins dangereux qu'autrefois, mais bien parce que les doses sont mieux connues, ses effets mieux étudiés et des procédés spéciaux mieux appliqués. Cependant, il observe que chez les personnes faibles, l'éther, qui respecte plus toute syncope cardiaque ou bulbaire, doit être préféré.

M. GRAVEL présente un estomac affecté d'un cancer du pylore, où la dilatation est absente.

M. ST-JACQUES remarque que l'estomac est généralement diminué de calibre, si le cancer se développe en nappe, mais généralement dilaté si le cancer forme un anneau.

M. MARIEN établit que c'est bien la particularité intéressante de ce cas; le malade souffrait d'un cancer à forme cylindrique au pylore et l'estomac était rétréci.

M. LECAVILLIER propose quelques moyens prophylactiques

pour lutter contre la propagation de la syphilis à Montréal. (Voir page 339).

M. DUBÉ conseille de consulter les statistiques des hôpitaux, pour connaître la proportion de syphilitiques qui existent dans notre ville. Il est en faveur des dispensaires du soir et de l'éducation hygiénique des jeunes filles de 14 à 17 ans, qui, paraît-il, sont plus que les autres atteintes de la syphilis.

M. LESAGE est en faveur de la création de services spéciaux, et de cours plus nombreux donnés aux étudiants sur les maladies vénériennes.

M. DEMERS dit que des cliniques spéciales seront données aux élèves, afin de faire mieux connaître les accidents et les dangers de la syphilis.

M. ST-JACQUES donne lecture de deux observations de cancer intestino-péritonéal. Ces malades, opérés pour une péritonite tuberculeuse, étaient bien porteurs de cancers. Le diagnostic clinique et microscopique était très difficile.

M. MERCIER est d'opinion que pour établir plus facilement un diagnostic microscopique douteux, l'on devrait faire l'examen des ganglions mésentériques.

M. MARIEN fait une démonstration graphique de l'endroit où siégeait le cancer, et complète l'observation, en établissant que le cancer péritonéal avait bien son point de départ dans l'intestin, dont la muqueuse et la lumière étaient respectées.

M. DUBÉ se rappelle avoir vu un de ces malades et avoir conseillé l'intervention, croyant à une péritonite tuberculeuse.

M. le Président remercie les conférenciers, puis la séance est levée.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR DEMERS

(Séance du 29 nov. 1901)

M. GRAVEL présente un rein affecté de néphrite interstitielle, trouvé chez un homme de 40 ans, mort d'urémie, trois jours après son arrivée à l'hôpital. Faute de renseignements, la discussion aura lieu à la prochaine réunion.

M. MARIEN a vu mourir une femme de 50 ans, de septicémie foudroyante, conservant sa parfaite connaissance jusqu'au dernier moment; il nous montre de très intéressantes pièces pathologiques trouvées à l'autopsie: cancer du cœcum, cancer secondaire du foie d'origine intestinale, perforation de l'appendice.

M. LASNIER émet l'opinion que le développement du cancer doit avoir été la première phase de la maladie, et que l'appendicite et sa perforation fut probablement secondaire, étant causée par l'obstruction régnante.

M. MARIEN fait observer que, considérant les lésions pathologiques, nous devons plutôt croire que le cancer s'est greffé sur une vieille inflammation chronique.

M. MÉRCIER trace d'une manière très claire et très complète l'histoire d'un petit malade qu'il présente à la société. Après avoir éliminé le rachitisme, la syphilis, la tuberculose et l'acromégalie, il s'arrête au diagnostic d'ostéopathie hypertrophiante d'origine infectieuse, bien que le patient ne souffre ni de syphose ou de pleuro-pneumonie.

M. DUBÉ demande de soumettre le malade aux injections de tuberculine, afin d'éliminer plus sûrement l'origine tuberculeuse.

M. CORMIER croit que l'ostéopathie hypertrophiante n'est pas toujours d'origine pneumique et rapporte des cas où la maladie avait pour cause la néphrite suppurée. Il préconise l'usage d'extrait de poumon qui empêcherait la déminéralisation osseuse.

M. de COTRET est d'avis que ces lésions sont d'origine syphilitique héréditaire, que l'on n'a pas suffisamment éliminé cette cause et il cite plusieurs exemples à l'appui de ce diagnostic.

M. FOUCIER explique par quel défaut du mécanisme respiratoire se produit la déformation des os de la face et de la poitrine chez les enfants affectés de tumeurs adénoïdes. Vu le grand nombre d'adénoïdiens et la rareté de l'ostéopathie hypertrophiante, il n'est pas prêt à admettre que cette maladie aurait pour cause une infection naso-pharyngienne.

M. le Président résume le débat et parle en faveur de la tuberculine, mais ne croit pas que ce malade soit attaqué par le bacille de Koch, et que la déformation thoracique doit plutôt être mise sur le compte de l'ostéopathie.

NOUVELLES

“Dès qu'un plus grand nombre de lecteurs auront par leur versement augmenté nos ressources pécuniaires, nous nous ferons un agréable devoir de vous présenter une revue plus considérable encore.”

La " Société Médico-Chirurgicale " de Montréal vient de demander à la Chambre de Québec un acte d'incorporation dans le but d'acquérir : bibliothèque, laboratoire, etc., pour promouvoir les intérêts de la science médicale et chirurgicale de cette Société.

* * *

Monsieur le docteur Debove, professeur de clinique médicale, succède à M. le professeur Brouardel dans la chaire de doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

* * *

M. le docteur R. Boulet vient d'être nommé par la Faculté de Médecine, médecin spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge.

* * *

Au sein de l' " Association Médicale du Canada " vient de naître " La Société Canadienne Médicale et Protectrice ", qui fait appel à tous les médecins du Canada, *in good standing*, qui veulent s'unir pour se protéger mutuellement contre toutes persécutions ou tentatives de chantage. Contribution annuelle, \$2.50, adressée à M. le docteur T. W. McKinnon, 70, rue Elgin, Ottawa.

* * *

La Cour d'Appel vient de rendre un jugement très important contre le " Collège des Médecins et Chirurgiens " de la province de Québec, qui sera obligé de remettre une licence à six requérants, de payer les frais en ces causes et de plus devra faire à chacun un cadeau de \$100,00, comme " indemnité de guerre ".

* * *

Dans toute les infections varioliques, grippales, ou autres, ayant leurs portes d'entrée par la muqueuse du nez et du pharynx, la NASO-PHARINGINE, le spécifique du corvza est spécialement indiqué. — 25c la boîte, \$3.00 la douzaine.

* * *

MM. Laprès et Lavergne ont réuni, en un seul tableau, d'une grande valeur artistique, 600 photographies des médecins du district de Montréal. Ce brillant succès, résultant de pénibles et persévérants efforts, parle hautement en faveur de ces artistes de progrès. Les médecins qui désireraient ce magnifique souvenir, le recevront par l'express en faisant parvenir la somme de \$3,00 à MM. Laprès et Lavergne, 360, rue Saint-Denis.