

MONTREAL-MEDICAL

VOL V.

15 AOUT 1905

No 6

LES BRUITS CARDIAQUES ET L'APPAREIL GENITO- URINAIRE

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LE CAVELIER

Le 11. novembre 1903, un confrère appelé pour administrer le chloroforme à une jeune fille désirant se faire extraire plusieurs dents, refusa à cause de la condition anormale de son cœur qui donnait un dédoublement du second bruit. On demanda une consultation. Un confrère fut appelé et après un examen général complet de tous les organes nous parvenons à exclure toutes affections organiques tant cardiaques, rénales que pulmonaires et donnons sans crainte et avec heureux résultat le chloroforme à cette malade qui, traitée plus tard pour anémie, avoua à son médecin souffrir de nymphomanie qu'elle voudrait guérir.

A la même époque nous voyions un jeune homme chez lequel on avait fait le diagnostic de cardiaque qui désirait se faire opérer d'un phimosis et ne voulait pas prendre le chloroforme parce que, disait-il, son cœur était malade; il existait, en effet, un dédoublement du second bruit. Cette coïncidence attira notre attention et nous amena à étudier particulièrement les relations qui existent entre les modifications du rythme cardiaque et les troubles de l'appareil génito-urinaire. En collaboration avec quelques confrères nous avons réussi à recueillir 66 observations de dédoublement du second bruit du cœur où l'étiologie remonte à un trouble génito-urinaire. Lorsqu'un

malade se présente à la consultation pour des troubles d'estomac, de poumon, de nutrition ou autres et que l'on constate un dédoublement du second bruit, il est toujours assez facile de voir s'il existe une balanite, une orchite, un phimosis ou un paraphimosis qui en serait la cause; mais il est beaucoup plus difficile de connaître toute la vérité concernant les habitudes du malade qui hésite à répondre aux questions d'une nature très intime. Un supérieur de collège a même fait remarquer à un confrère traitant les jeunes élèves, qu'il ne devait pas enseigner le mal en faisant à ses patients des questions indiscrettes pour chercher la cause des affections constatées et que l'examen des organes génitaux ne devait se faire qu'après la permission des parents. Rassembler des matériaux pour la construction d'un édifice scientifique n'est donc pas une tâche facile. Parmi les 66 cas observés nous avons pu établir que chez 35 l'origine du trouble cardiaque était dû à la masturbation quotidienne ou bi-hebdomadaire. Chez 15 garçons nous avons constaté un état de phimosis accompagné d'irritation douloureuse et deux cas de paraphimosis avec balanite. Les 14 jeunes filles qui présentaient un dédoublement du second bruit du cœur étaient des nymphomanes qui désiraient un traitement contre les palpitations du cœur et la dyspepsie.

Les malades souffrant de phimosis furent opérés avec succès sous l'influence du chloroforme. Les deux opérés à la cocaïne pour paraphimosis, l'un âgé de 20 ans et l'autre de 38 ans, refusèrent l'anesthésie générale parce que leur médecin leur avait dit que le cœur n'était pas dans la condition normale. Dix malades guéris de leur phimosis et revus 3 à 4 mois après l'intervention ne laissaient plus entendre un dédoublement du second bruit. Les deux patients opérés pour paraphimosis ne présentaient plus de dédoublement deux mois après la guérison.

L'observation de personnes qui se font traiter pour des troubles subjectifs n'est pas facile à recueillir d'une manière complète, car elles ne se présentent à la consultation qu'à de longs intervalles. Huit cas d'onanisme qui avaient cessé leurs habitudes à l'aide du traitement moral et du bromure de potassium, administré matin et soir, 3 fois par semaine, durant un mois, furent examinés six mois après et ne présentaient plus rien d'anormal au cœur. Quelques-uns avaient augmenté en stature et en poids de 7 à 15 livres. Chez deux jeunes malades le dé-

doublement du second bruit était disparu bien qu'ils eussent encore des retours à la masturbation à tous les deux mois. Voyons maintenant quel est le mécanisme physiologique qui entraîne ainsi des modifications tant du côté du cœur que de celui des vaisseaux. Nous connaissons tous les troubles cutanés qui se produisent à l'âge de la puberté, l'état du cœur et les rapports entre l'appareil génito-urinaire ont été moins étudiés. La douleur d'un traumatisme sur les testicules produit une vaso-constriction qui donne immédiatement à la physionomie une apparence d'une pâleur cadavérique. Selon la violence du choc et la faiblesse du sujet le traumatisme peut être suivi de syncope, le cœur arrête en diastole et l'on rapporte plusieurs cas de mort. Si l'on étudie la distribution anatomique des plexus nerveux génito-urinaires l'on comprendra facilement le réflexe sympathique qui se produit lorsqu'il existe une irritation génitale de longue durée.

Nos deux malades souffrant de paraphimosis étaient affectés de balanite deux mois avant d'être auscultés et d'avoir à se faire opérer pour paraphimosis. Pour les autres cas le début des troubles remontait à une plus longue durée. Les complications sur le système nerveux de toutes lésions sont plus faciles à constater et se produisent plus rapidement. Le système circulatoire indolore réagit lentement à un trouble pathologique quelconque. M. le professeur Réverdin a publié un cas très curieux où des symptômes de coxalgie au début chez un enfant âgé de neuf ans, et datant de plusieurs mois, disparurent comme par enchantement après la circoncision pour phimosis.

La même opération a guéri des hypocondriaques, des hystériques et même des épileptiques. Selon la constitution et le tempérament du malade, les complications génito-urinaires se portent tantôt sur les systèmes nerveux, rénal, hépatique, tantôt sur la circulation lymphatique veineuse ou artérielle. Chez tous nos malades il existait une hypertension de la circulation veineuse qui donnait à l'oreille un retentissement diastolique exagéré de la valvule sigmoïde gauche dont la fermeture retardait sur le bruit aortique. Chez quelques personnes l'on a constaté une dilatation du ventricule droit. Lorsqu'il existe depuis longtemps un trouble génito-urinaire la circulation portale est ralentie et donne au foie une légère augmentation de volume tandis que l'on observe un moindre développement de l'appareil pulmonaire.

La circulation pulmonaire ainsi gênée cause une stase ventriculaire qui accentue d'abord le claquement de la valvule tricuspide et donne ensuite le dédoublement du second bruit du cœur.

Ce dédoublement d'origine génito-urinaire a donc deux causes bien évidentes; s'il est le résultat d'altération pathologique il est de nature réflexe et amène une diminution de l'amplitude de la respiration, un ralentissement dans le cours de la petite circulation suivi d'une dilatation du ventricule droit et d'un retard dans la fermeture de la sigmoïde pulmonaire; s'il est le résultat d'onanisme les mêmes phénomènes se produisent, non pas en permanence comme dans le premier cas, mais plus accentués; la circulation veineuse capillaire est beaucoup plus tendue et donne au teint une apparence caractéristique d'un trouble cardiaque.

(à suivre.)

PATHOGENIE DE L'APPENDICITE

PAR LE PROFESSEUR PAUL REOLUS.

Les théories classiques sur la pathogénie de l'appendicite sont loin de nous satisfaire; elles nous paraissent pour le moins un peu vagues et nous croyons qu'on pourrait creuser un peu plus profondément le problème.

* * *

Les premiers observateurs faisaient jouer un rôle prépondérant aux corps étrangers trouvés dans le "vermium": grains de plomb, débris d'os, arête de poisson, noyau de cerise, pépins de fruits, poils de brosse à dents, épingles, et surtout les concrétions fécales qu'on rencontre si fréquemment dans l'appendice. Ils seraient la cause de tout le mal, soit par les irritations qu'ils provoquent, soit par la compression qu'ils exercent sur les tissus voisins, et, pour Porter, les corps étrangers, par leur volume, oblitèrent l'artère, interrompent la circulation et produisent la gangrène. Roux (de Lausanne) pensait que ces corps étrangers forment un obstacle en arrière duquel s'accumulent les sécrétions de la muqueuse qui finissent par rompre l'appendice.

D'après ces théories, l'appendicite était d'ordre mécanique.

Talamon y introduisit un élément nouveau et les sécrétions muqueuses accumulées derrière le corps étranger sont un bouillon de culture où vont pulluler les microbes; ceux-ci attaqueront les parois de l'appendice dont les éléments anatomiques résisteront peu, mal nourris qu'ils sont par des artères comprimées. Et déjà notre auteur prononce le mot de "vase clos" auquel l'éloquence de Dieulafoy réservait une si brillante fortune. Mais, si un point de cette théorie devait surnager, la plus grande partie coulait à fond devant cette constatation que les corps étrangers oblitérants sont exceptionnels, qu'on les rencontre à peine dans un cinquième des cas, et que, lorsqu'ils existent, ils n'exercent aucune compression sur le trajet des vaisseaux; donc de ce fait, pas d'oblitération, pas de vitalité compromise, et la gangrène, si elle survient, est provoquée par une autre cause.

Talamon mettait les concrétions stercorales et les troubles circulatoires à la base de sa théorie: la pullulation des microbes dans le "vase clos" formé par l'appendice oblitéré n'était qu'un épiphénomène. Pour Dieulafoy, le "vase clos" devient la condition essentielle de la toxi-infection: les corps étrangers ne sont plus indispensables, et, si les calculs peuvent, par leur accroissement successif, fermer la lumière de l'appendice, la tuméfaction des parois au cours de l'appendicite aiguë, leur dégénérescence scléreuse dans l'appendicite chronique et même leur flexion, leur coudure brusque, leur torsion réalisent aussi le vase clos où les germes pathogènes vont exalter leur virulence. Ainsi en témoignent les expériences de Klecki, qui opérait sur une anse intestinale, et surtout celles de Roger et Josué, de Gervais de Rouville, d'Hartmann et Mignot, qui ont lié l'appendice à sa base et montré que les colibacilles, ainsi incarcérés, prennent une activité particulière.

Mais l'observation clinique prouvait bientôt que la base même de cette théorie, l'oblitération préalable de l'appendice, fait défaut dans la plupart des cas, et les observations de Roux, de Walther, de Jalaguier, de Brun, de Broca, établissent que, dans les deux tiers, peut-être dans les trois quarts des cas, l'inflammation éclate dans un vermium ouvert largement dans le cæcum. Jalaguier, d'ailleurs, remarque justement que les épaississements chroniques des parois, ou leur tuméfaction aiguë, sont la cause et non l'effet de l'appendicite; ils succèdent à l'appendicite au lieu de la précéder.

La faillite du "vase clos" a laissé la voie libre et la théorie de l'infection s'est substituée à elle. Nos auteurs les plus compétents l'ont créée et adoptée, et nos livres classiques l'exposent avec faveur. L'appendicite, nous disent-ils, est le résultat de l'infection qui, d'ordinaire, est d'origine intestinale, mais qui peut aussi se faire par voie sanguine. Ces affirmations sont d'une telle évidence qu'elles me paraissent vraiment enfantines. Le mot d'appendicite suffit pour la sous-entendre: ne savons-nous pas que la seule terminaison "ite" suffit à classer l'affection qui la possède dans le cadre des inflammations? Or, comme pratiquement toutes les inflammations sont d'origine microbienne, il en découle que, par définition même, l'appendicite est le fait d'une infection par les germes pathogènes.

Une autre théorie, que l'on a voulu lier à celle de l'infection, prétend que la structure lymphoïde de l'appendice a une importance pathogénique de premier ordre. Roux (de Lausanne) s'exalte même à ce propos: "La comparaison de l'appendice avec l'amygdale reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique; elle explique la pénétration des microbes et leur propagation. Il n'y a pas lieu de chercher plus loin; en tout cas on n'a pas trouvé mieux." J'avoue ne pas comprendre, et je ne vois là qu'une comparaison banale et sans portée. Au contraire, je croirai volontiers que si, dans les conditions défavorables où il se trouve, l'appendice n'est pas, tôt ou tard, atteint d'inflammation, il le doit à l'abondance de son tissu lymphoïde dont la richesse en phagocytes peut lutter efficacement contre l'invasion microbienne.

* * *

La théorie de la *stagnation* que je propose depuis plusieurs années, me paraît, malgré le peu de faveur, je devrais dire le dédain avec laquelle on l'accueille, serrer d'autrement près la question. Elle aussi invoque évidemment l'infection, mais elle montre pourquoi cette infection, fruste, larvée, innocente dans les organes voisins, prend ici une allure redoutable. Et, de même que les géographes expliquent par la nature et la configuration du sol les traits principaux de la race qui l'habite, de même nous montrons que de la topographie et de la structure de l'appendice découlent toute l'histoire de l'appendicite.

L'appendice en effet nous présente un trajet canaliculé d'une étroitesse extrême et dont la longueur peut être considérable,—

j'en ai extirpé un de 22 centimètres.—Il est aveugle à son extrémité terminale et forme donc un cæcum qui, circonstance aggravante, s'insère lui-même sur un cæcum, de telle sorte que les substances liquides ou solides qui pénètrent dans sa cavité, ou qui s'y forment, auront la plus grande difficulté d'en sortir. Elles ne sont pas sur le trajet des matières, elles sont hors du courant intestinal; aussi stagneront-elles, et l'on sait que la stagnation de substances organiques est des plus propices à la pullulation des germes. Les colibacilles, les streptocoques, les staphylocoques, qui abondent au milieu des matières fécales, infectent les sécrétions muqueuses accumulées dans l'appendice et la moindre cause, locale ou générale, qui suspendra ou amoindrira la défense phagocytaire des parois permettra leur envahissement.

Et, une fois la muqueuse atteinte, on comprend comment ses ulcérations auront peu de tendance à la guérison toujours baignée qu'elle est par le bouillon de culture des matières organiques sécrétées. La cicatrisation ne se fera pas, les lésions persisteront comme elles persistent dans un clapier purulent sans drainage. Aussi ai-je pu comparer l'appendice enflammé à une fistule *borgne interne*, qu'une opération seule a quelque chance de guérir. D'autant que la stagnation des liquides, et par conséquent l'exaltation de virulence des germes qu'il contient, est rendue plus facile non seulement par les torsions et les coutures accidentelles qui peuvent atteindre ce long organe creux, mais il existe en plus des plicatures normales sur lesquelles Quénu et Heitz-Boyer ont appelé l'attention des anatomistes. Le cæcum, par sa position déclive, par le cul-de-sac qu'il forme est déjà un lieu d'infection plus fréquent, et l'observation montre qu'il est un des points le plus souvent atteints dans les maladies intestinales. Que doit-il en être alors pour l'appendice, ce cæcum de cæcum, ce cul-de-sac de cul-de-sac et nous comprenons maintenant avec quelle facilité s'y propagera l'infection!

* * *

Elle peut avoir plusieurs origines: les corps étrangers, uniquement invoqués par les premiers observateurs, jouent parfois, mais rarement, un rôle de quelque importance; les matières fécales durcies, point d'appel des couches concentriques des concrétions pierreuses, commencent par irriter la muqueuse, les

sécrétions glandulaires deviennent plus abondantes; les germes pathogènes à virulence exaltée y pullulent; ils pénètrent dans les parois qu'ils infectent. Les amas de tissu lymphoïde doivent rendre la résistance fort grande, mais les phagocytes sont enfin vaincus par les assauts incessants de microbes toujours renouvelés, et la folliculite purulente, l'appendicite aiguë ou chronique, est constituée. Des corps étrangers offensants, irréguliers et pointus, des débris d'os, des arêtes de poisson, des poils de brosses à dents ou des trichocéphales, par les tunnels qu'ils creusent dans les parois de l'appendice, doivent, plus facilement encore que les scybales, favoriser l'inoculation des tissus.

Mais combien plus fréquente doit être l'infection consécutive aux inflammations intestinales, à toutes les entérites et les entéocolites! Qu'on ait pu nier cette origine de l'appendicite, nous ne pouvons le comprendre tant les observations recueillies sont nombreuses et précises, et certains nosographes ont vraiment le droit de se demander si l'inflammation chronique de l'intestin ne se complique pas toujours d'une inflammation chronique de l'appendice.

Parfois les lésions du gros et du petit intestin sont insignifiantes et passent inaperçues; en tout cas elles peuvent vite guérir, car les sécrétions virulentes qui entretiendraient le mal sont incessamment emportées par le passage des matières fécales. Mais ces lésions persistent dans l'appendice, où stagent les cultures microbiennes. C'est cette propagation des inflammations intestinales à l'appendice et leur persistance dans ce diverticulé qui nous expliquent l'extrême fréquence des appendicites, et, depuis que les cliniciens cherchent systématiquement les tares de l'intestin antécédentes aux crises appendiculaires, ils les trouvent dans la majorité des cas.

L'appendice peut-il s'infecter aussi par voie sanguine? Des observations de Bland Sutton, de Sutherland, de Jalaguiet, de Merklen, semblent le prouver. Mais nous croyons le fait assez rare et nous nous demandons même, tant les appendicites larvées sont fréquentes, si l'infection générale incriminée—grippe, rhumatisme, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie,—au lieu de créer l'appendicite, n'a pas simplement provoqué la crise aiguë qui vient nous révéler une appendicite chronique, latente depuis longtemps.

Vous voyez, Messieurs, notre doctrine: toutes ces infections légères, ces entérites et ces colites qui guérissent vite, ou qui, si elles sont rebelles, évoluent sans compromettre l'existence, puisent tout leur danger dans la structure de l'appendice, et deviennent inquiétantes dans ce cæcum du cæcum, ce cul-de-sac d'un autre cul-de-sac, cette fistule borgne naturelle, lieu de stagnation où s'exalte la virulence des microbes. Les ulcérations n'y peuvent guérir, et les perforations ou la gangrène n'y sont pas rares. Ce n'est pas tout: ces accidents eux-mêmes puisent une nouvelle gravité dans ce fait que l'appendice est plongé dans le péritoine auquel il transmet son inflammation, et en définitive, c'est encore un détail de structure de l'appendice, son enveloppement par la grande séreuse abdominale, qui fait de l'appendicite la maladie redoutable que l'on sait.

LA FIEVRE JAUNE

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LE CAVELIER.

SYNONYMES:—*Tritophœia americana*.—*Pestilencia hemogastriacausus tropicus endemicus*.—*Febri fluva americanorum*.—*Epanctus malignus flavus*.—*Fièvre pestilentielle, matelotte jaune, ictérique maligne*.—*Gastrite ataxo-adinamique*.—*Fièvre de Bulam, de la Barbade*.—*Yellow fever, black vomit*.—*Typhus bilieux d'Amérique*.—*Vomito negro*.—*Coup de barre*.—*Mâl de Siam*.

La fièvre jaune actuellement confinée à certaines régions du globe est, dit-on, *l'épidémie de l'avenir*. C'est à l'hygiène prophylactique qu'il appartient d'empêcher l'accomplissement de cette funeste prophétie.

Faut-il bien compter sur la rigueur de notre climat pour arrêter la marche de cette maladie?

En 1703, à Philadelphie, malgré une température inférieure à 0°, la fièvre jaune tuait 178 personnes en neuf jours; le froid n'arrêta pas la maladie à Baltimore ni à Gibraltar en 1813.

Endémique au Mexique, au Brésil, aux Antilles, sur le littoral et non à l'intérieur des terres ou sur les hauts plateaux. — Devient parfois épidémique, en respectant les personnes acclimatées ou qui ont eu une première atteinte. — Ne se développe dans les autres pays qu'à la suite d'importation par un navire infecté, par les vêtements et objets de literie des malades, d'où

épidémie à Lisbonne, à Saint-Nazaire, à Marseille, en 1890; à Madrid, en 1898, (80,000 décès sur une population de 280,000 habitants); à Saint-Domingue, les contrebandiers apportent la fièvre jaune qui tua 10,000 soldats français sur 16,000 hommes.

Les vêtements, les marchandises suffisent amplement pour répandre la maladie; c'est quand les soldats espagnols, venant de Cuba, ouvrent leurs malles qu'on voit l'épidémie éclater à Madrid en 1878; ce sont les bagages du docteur Masola, mort de fièvre jaune, qui transporte le fléau de Gorée à Bakel en 1878. A St-Nazaire, à Marseille, les débardeurs furent les premiers atteints de vomito après avoir déchargé les vaisseaux *Anne-Marie* et *Nicolino*.

Une fois introduite dans un pays *c'est la contagion* qui est le puissant concours de la propagation de la fièvre jaune.

SYMPTOMES ET MARCHÉ.—*Incubation* pendant 3 à 6 jours.—*Début* brusque, par *frisson* violent, *fièvre* vive (104° à 105° et plus).—*Céphalalgie* et *rachialgie* intenses (*coup de barre*), *anxiété épigastrique*; *face* vultueuse, *yeux* injectés, *peau* brûlante; *soif*, *constipation*, *vomissements* alimentaires, puis muqueux et bilieux; *urines* rares, foncées, souvent albumineuses; *agitation*, parfois *délire*; *éruption* d'urticaire ou d'herpès. — Au bout de trois jours, *rémission* de la fièvre, définitive dans les cas légers, passagère dans les autres; apparition d'un *ictère* d'intensité variable, sans décoloration des selles; *vomissements de sang noir*, et parfois purpura, melœna, hématurie.—*Guérison* rapide dans les formes légères; dans les formes graves, *mort* en 6 à 10 jours, souvent avec état typhoïde, adynamique ou ataxique.

DIAGNOSTIC.—Dans l'*ictère grave*, conditions étiologiques différentes, début fébrile moins brusque, pas de rachialgie ni d'injection de la face et des yeux. — De même pour les *fièvres bilieuses palustres*. — Dans la *fièvre typhoïde bilieuse*, pas de rémission au 3e jour, ascension plus lente de la température, tuméfaction de la rate.

PRONOSTIC.—Grave, surtout en cas de phénomènes nerveux et typhoïdes marqués.

TRAITEMENT.—Les nombreux traitements proposés prouvent qu'il n'en existe aucun d'une efficacité incontestable. La saignée, trop délaissée aujourd'hui, a souvent d'urgentes indications. M. le docteur Catel a fait à St-Pierre et à Fort-de-France 5,400 phébotomies avec une mortalité de 12 à 17 pour 100.

De 2,589 malades non saignés et traités par M. le docteur Amic, il eut 22 décès pour 100.

La *saignée blanche*, les purgatifs répétés sont plus en faveur actuellement. La médication diaphorétique *sous toutes ses formes* est généralement indiquée; on cite le cas d'un indigène déjà en danger par l'invasion de la fièvre jaune qui se vit tout à coup saisi avec violence par trois de ses amis et parents; ils le prirent sous les bras: deux l'entraînèrent tandis qu'un troisième le fouetta avec des verges, malgré ses cris aigus, jusqu'à ce que le sang ruisselât sur ses reins. Ensuite on le ramena sur son grabat où il fut frotté avec une huile; on lui donna pour breuvages des infusions brûlantes de plantes aromatiques, il fut guéri le quatrième jour du traitement pendant que 60 hommes de l'équipage qui n'avaient pas été ainsi traités succombaient à la maladie.

A la deuxième période et quelquefois à la première, il faut prescrire des stimulants, des toniques et faire de l'hydrothérapie comme méthode générale de thérapeutique.

La prétendue médication spécifique par la quinine ou l'aconit, ainsi que les vaccinations ou les inoculations, n'ont donné que des promesses illusoirs. L'arme la plus puissante que nous possédons pour lutter efficacement contre la fièvre jaune c'est la prophylaxie hygiénique par l'application rigoureuse des lois sanitaires.

Lorsqu'une personne manifeste son bon goût dans le vêtement, la démarche, le maintien, le geste, l'expression distinguée de sa physionomie, ses relations courtoises avec les autres, l'on dit spontanément: voici une personne d'une *bonne éducation*; pourquoi sont-elles si rares en notre pays?

L'homme à l'esprit scientifique, à l'intelligence ouverte à toutes idées nouvelles, n'a pas de préjugés; il abandonne, sans peine, ses propres inventions s'il en voit de meilleures, accepte et adopte avec plaisir les plus modernes méthodes. L'homme d'instruction moindre est attaché au passé, s'acclimate avec une nouvelle condition de la vie; esclave de la routine, il vieillit double et vivant il est mort pour le bien à faire à la société.

L'ALBUMINURIE DANS SES RAPPORTS AVEC LE DIABÈTE, SES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET SES FORMES DIVERSES

PAR M. LE PROFESSEUR LANCEREAUX.

Les auteurs qui ont attribué au passage du sucre à travers les reins l'albuminurie qui se rencontre dans le cours du diabète ont commis une erreur puisque ce syndrome est exceptionnel dans le diabète pancréatique où la glycosurie oscille entre 300 et 1,100 grammes par vingt-quatre heures, tandis qu'il est relativement fréquent dans le diabète gras (diabète arthritique) où elle ne dépasse pas habituellement 100 grammes.

Les conditions pathogéniques de l'albuminurie dans le diabète sont d'ailleurs au nombre de trois: 1° *une maladie intercurrente*, la tuberculose en particulier. Dans ce cas les urines, denses, épaisses, colorées, peu abondantes, renferment une forte proportion d'albumine floconneuse et des cylindres hyalins. Il s'agit d'une néphrite épithéliale absolument indépendante du diabète et liée à la maladie générale;

2° *L'artério-sclérose avec atrophie consécutive des reins*. Les urines sont alors peu denses, limpides, décolorées et abondantes; le précipité albumineux est peu abondant. Ce sont là les signes d'une néphrite artérielle qui peut être constatée par l'examen anatomique et qui, de même que le diabète se rattache à l'arthritisme; l'urémie y est fréquente;

3° *L'absence de maladie intercurrente et d'artério-sclérose*; les urines de quantité et de densité à peu près normales sont colorées et ne renferment ni cylindres, ni leucocytes; l'albuminurie généralement abondante (2 à 4 grammes) augmente à la suite d'émotions, de surmenage, mais la santé générale est conservée et l'anémie est rare.

Cette troisième forme mérite le nom de *diabète albumineux* en raison de sa coexistence habituelle avec le diabète glycosurique, et doit être rattachée d'après la célèbre expérience de Cl. Bernard, à un désordre de l'innervation bulbaire.

Une éducation libérale donne au cerveau qui se l'assimile des goûts, des idées et des prévisions qui procurent à l'esprit un état de bien-être que la possession des écus d'or ne pourra jamais donner aux matérialistes millionnaires.

INCISION D'UN PANARIS

PAR M. LE DOCTEUR J. L. FAURE

OBJETS ET INSTRUMENTS NECESSAIRES	TECHNIQUE DE L'INCISION	ACCIDENTS
<p>Un bistouri. Une paire de ciseaux. Une pince à dents de souris (7 dents). Une petite curette. Quatre pinces de Kocher. Une seringue de Pravaz stérilisée. Une solution de sublimé à 1/1000^e. Une solution de cocaïne à 1/1000^e. Ouate hydrophile. Gaze stérilisée. Catgut n^o 1. Un drain de petit calibre.</p>	<p>Dans le panaris sous-épidermique (tourmole), excision de l'épiderme avec des ciseaux. Dans le panaris anthracoidé, il suffit en général d'une trainée de cocaïne au niveau du foyer malade et d'une simple incision. Dans le panaris profond (de la gaine et de l'os), l'incision sans anesthésie locale est une pratique cruelle et doit être proscrite. Le malade doit être étendu sur un lit, la main posée à plat sur une table. Il faut alors anesthésier le doigt. A la racine du doigt, faire une injection circonférentielle de cocaïne. Cette injection doit être intradermique pour atteindre les filets superficiels et sous-cutanés, surtout sur les parties latérales, pour anesthésier les filets profonds. Hémostase préventive par constriction de la racine du doigt avec un drain. Incision au point le plus douloureux. Cette incision doit être profonde et aller jusqu'à l'os. Les lèvres de l'incision sont alors saisies avec deux pinces de Kocher. Elles sont écartées et le foyer est nettoyé au besoin avec la curette. S'assurer qu'il ne reste ni lambeaux fibreux sphacelés, ni parcelles osseuses nécrosées (Reclus). Le drain circulaire hémostatique est enlevé. Faire prendre au malade dans du sublimé à 1/1000^e un bain de la main et de l'avant-bras pendant une demi-heure.</p>	<p>Il n'y a pour ainsi dire jamais d'accidents. La syncope provoquée par la douleur n'existe pas avec la cocaïne. L'hémorragie s'arrêtera toujours spontanément si l'incision est médiane, comme c'est la règle. Si l'incision est latérale et qu'il y ait une hémorragie sérieuse, saisir le vaisseau avec une pince de Kocher, et le lier. Laisser au besoin la pince à demeure si l'on n'a pas de catgut sous la main. Si, malgré l'incision, l'infection gagne la racine du doigt et menace la main, intervenir de nouveau en endormant au besoin le malade.</p>
<p>PANSEMENT.—Pendant les premiers jours, tant que l'infection n'est pas manifestement arrêtée, pansements humides avec de la gaze imbibée de sublimé à 1/1000^e. Dès que l'infection est arrêtée en général vers le troisième ou le quatrième jour, pansements à la gaze stérilisée.</p>		

SECTION CESARIENNE (opération césarienne classique ou conservatrice).

PAR M. LE PROFESSEUR BONNAIRE

INSTRUMENTS ET AIDES	INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS	MANUEL OPERATOIRE	DIFFICULTES ET ACCIDENTS
Un bistouri.	1. Relatives : A) Opération de choix ;	La malade est préparée, <i>intus et extra</i> , comme pour toute laparotomie; couchée à plat sur une table pouvant donner, au besoin, la position décubite.	1. <i>Issue de l'intestin et de l'épiploon.</i> —En l'absence d'un aide qui irradie la paroi abdominale au contact de l'utérus, mettre la femme en position déclive ;
Une paire de ciseaux droits.	(B) Opération de nécessité ;	1er TEMPS : <i>Ouverture de l'abdomen.</i> —Incision haute, mi-partie au-dessus mi-partie au-dessous de l'ombilic, longue de 15 à 18 centimètres. La paroi abdominale est d'ordinaire très amincie par distension. On ne rencontre pas les muscles. Inciser lentement la peau; faire à la pince un pli de la doubleure séro-aponévrotique; ouvrir au bistouri et agrandir ensuite aux ciseaux conduits sur l'index. Au cours de cette incision, un aide pratique une injection hypodermique d'ergotine ou ergotinine.	2. <i>L'insertion du placenta en avant</i> (un tiers des cas) détermine : a) une hémorragie violente dans le temps de l'incision (procéder avec rapidité à l'ouverture et à l'extraction de l'œuf); b) par le décollement et le coincement du placenta dans la plaie utérine, une gêne mécanique pour l'extraction du fœtus (refouler en dedans ou arracher le lambeau placentaire prolabé) ;
Ciseaux courbes sur le bord.	2. Absolues : C) Opération d'urgence.	2e TEMPS : <i>Incision de l'utérus.</i> —Un aide empaume le globe utérin à travers la paroi abdominale, le redresse et le détord, et en même temps s'oppose à l'issue de l'épiploon ou de l'intestin.	3. <i>Incision des ligaments de fœtus.</i> —Ne jamais inciser à fond, au bistouri, le muscle utérin ;
Grosse aiguille de Reverdin mousse, ou aiguille Tarnier.	A) <i>Opération de choix.</i> —Laisse la grossesse aller à terme : enfant vivant.	Le bistouri aborde l'uté- au-dessus de l'anneau de Bandl, bien sur la ligne médiane, sur une étendue de 2 centimètres. Il creuse à petits coups jusqu'au voisinage de l'endomètre. L'index seul achève, par effondrement, la perforation de l'utérus. Sans quitter la plaie, ce	4. <i>Hémorragie par inertie utérine.</i> —Extraire rapidement l'œuf et jeter en hâte les sutures utérines au milieu de l'hémorragie. Inutile d'énuccler le globe utérin hors de l'abdomen et de faire la constriction du col avec un tube de caoutchouc. Réitérer l'injection d'ergotine, et, après suture, placer une compresse très chaude (48°) sur le globe utérin ;
Aiguille de Reverdin ordinaire.	Viciations péruviennes : 1. Bassin plat rachitique de 4 à 7 cent. 1/2 (la section césarienne est plus facile, mieux réglée, plus rapide et moins dangereuse que les sections du bassin) ;	2e TEMPS : <i>Incision de l'utérus.</i> —Un aide empaume le globe utérin à travers la paroi abdominale, le redresse et le détord, et en même temps s'oppose à l'issue de l'épiploon ou de l'intestin.	5. <i>Pénétration du sang et du liquide amniotique dans le péritoine.</i> —Bien isoler l'utérus avec des compresses, fermeture hermétique de la cavité séreuse par les mains d'un aide ;
Douze pinces hémostatiques.	2. Bassin justo-minor. Bassin de 8 cent. 1/2 (et même de 9 centimètres s'il existe atrésie de parties molles et vaginisme). Cette condition est exécrable pour toute intervention autre que la césarienne.	Le bistouri aborde l'uté- au-dessus de l'anneau de Bandl, bien sur la ligne médiane, sur une étendue de 2 centimètres. Il creuse à petits coups jusqu'au voisinage de l'endomètre. L'index seul achève, par effondrement, la perforation de l'utérus. Sans quitter la plaie, ce	6. <i>Difficultés d'extraction du fœtus.</i> —1. Tête incarcerated dans le segment inférieur (lui faire franchir l'anneau de Bandl par la manœuvre de Mauriceau à l'envers, avec un forceps sous
Six pinces de Kocher.	B) <i>Opération de nécessité.</i> (enfant mort ou vivant) ;		
Pince à disséquer.			
Longue pince courbe porte-drain.			
Seringue de Pravaz avec solution d'ergotine ou d'ergotinine.			
Fils de soie très-gros ou catguts No 4 (utérus).			
Catguts No 2 (péritoine).			

<p>Crins de Florence (paroi abdominale). Gros drain de 12 à 15 millimètres de diamètre, long de 20 centimètres (drainage dans l'opération avant travail).</p>	<p><i>Bassin de moins de 4 centimètres.</i> <i>Obstruction pévienne</i> par tumeurs osseuses ou des parties molles, ne pouvant être extirpées avant ou pendant le travail. <i>Occlusion cicatricielle</i> ou <i>atrévise</i> du canal d'expulsion.</p>	<p>doigt va servir de guide aux forts ciseaux courbes, qui vont effectuer l'incision à grands coups, en remontant hautement jusque sur le fond de l'utérus. Si l'œuf n'a pas été perforé dans ce temps, il est ouvert aussitôt après. Les mains de l'aide, en coapant la paroi abdominale sur le globe utérin à mesure que celui-ci se rétracte, s'opposent à la pénétration du liquide amniotique dans le péritoine et à l'issue de l'intestin.</p>	<p>la main); 2. présentation du siège; une épaule s'engage dans la plate; (bien se garder de tirer sur le bras pour éviter l'enclavement de la tête sur l'épaule postérieure); 3. rétraction de la boutonnière utérine sur le cou du fœtus; (agrandir l'incision par en haut);</p>
<p>Gaze stérilisée et compresses ourlées pour champ opératoire.</p>	<p>C) Opération d'urgence (enfant vivant): <i>Mort subite de la femme enceinte</i>, le fœtus étant reconnu ou supposé viable et vivant (<i>Levirgia</i>); <i>Présentation de l'épaule d'abord irréductible</i> (la vie de l'enfant est exceptionnelle en ce cas).</p>	<p>3e TEMPS: <i>Extraction de l'œuf</i>.—Saisir l'enfant par un ou deux pieds et l'extraire. Section immédiate du cordon. Aussitôt après procéder à l'ablation du placenta et des membranes. Si l'on opère avant le travail, conduire à ce moment, avec la pince longue et courbe, un gros drain, à travers le col, jusque dans le vagin, où un aide le retient et le fixe par une compresse de gaze.</p>	<p>7. <i>Difficultés de la délivrance</i>.—Les membranes, adhérentes, friables, se déchirent et glissent entre les doigts. (Toujours procéder à leur excès avec la main coiffée d'une compresse de gaze ou mieux gantée de fil); 8. <i>Difficulté du drainage</i>.—Le col est fermé; (affronter l'orifice interne, par tâtonnements, du bout de la pince porte-drain; ne pas drainer à la gaze qui assure mal l'écoulement et peut être cousue par mégarde à la paroi utérine);</p>
<p><i>Au minimum</i>: deux aides. Un pour la narcose, autre pour l'opération. En outre: une sage-femme pour prendre soin de l'enfant et le ranimer au besoin.</p>	<p>D) Indications discutables: <i>Placenta previa hémorragique</i>. <i>Eclampsie puerpérale</i> (l'accouchement forcé est moins redoutable en ces deux cas). <i>Fibromes du corps de l'utérus</i>.</p>	<p>4e TEMPS: <i>Sutures</i>.—Suturer l'utérus de bas en haut, à la grosse soie ou au catgut No 4, par points isolés distants de 15 millimètres environ. Éviter, de préférence, de faire pénétrer les fils dans la cavité utérine. Suture de la paroi abdominale, très simple en raison de sa minceur.</p>	<p>9. <i>Défaut d'affroncement des lèvres de la plate utérine</i>.—On a incisé trop bas; (réparer l'erreur au moyen de quelques sutures superficielles surajoutées); 10. <i>Schock opératoire</i>.—Éviter le froid. Ne pas sortir l'utérus de l'abdomen et ne pas l'enfermer avec un drain dans le but de l'hémostasie;</p>
<p>Un troisième aide est très utile pour assurer le redressement et la contention du globe utérin au cours de l'opération.</p>	<p><i>Rupture incomplète de l'utérus</i> avec hémorragie grave (l'hystérectomie est préférable en ces deux cas). Contre-indication: Au choix, l'infarction avérée du contenu utérin doit faire rejeter la section césarienne, pour recourir soit à l'embryotomie, soit à l'hystérectomie.</p>	<p>Un surjet du péritoine au catgut. No 2. Points isolés aux crins de Florence, pour la paroi cutanéoponévrotique. SOINS CONSÉCRUTIFS.— Comme pour toute laparotomie, sauf complications, lever de la femme du seizième au vingtième jour.</p>	<p>11. <i>Inconvénients de l'opération avant travail</i>.—On peut s'être trompé sur le terme de la grossesse et extraire un enfant débile. L'utérus se rétracte moins bien que pendant le travail. Nécessité de drainer;</p>
<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p>12. <i>Inconvénients au cours du travail</i>.—Impossibilité de choisir jour et heure. Difficultés pour réunir les aides. La malade est fatiguée par les premières douleurs du travail. La paroi du corps utérin est plus épaisse et donne une section moins régulière. La rupture prématurée possible des membranes peut vicier les conditions d'asepsie de l'œuf.</p>

DE L'APPENDICOSTOMIE DANS LES COLITES

M. le docteur Tuttle décrit une opération qui a pour but de permettre l'irrigation du gros intestin au moyen d'un orifice pratiqué dans l'appendice, lequel organe est amené à la surface et fixé à la peau avant d'être ouvert. L'opération peut être pratiquée sous anesthésie locale; mieux vaut cependant endormir le malade, car l'ouverture du ventre peut réserver des surprises. Par l'incision de l'appendicite, on va à la recherche de l'organe dont la pointe est amenée à l'extérieur; elle est suturée à la peau et l'on referme tout autour la plaie opératoire. Ce n'est que quarante-huit heures plus tard qu'on incise l'appendice. On introduit alors une sonde qui pénètre jusque dans la cavité cœcale: il est facile désormais de pratiquer des irrigations du gros intestin, soit en laissant la sonde à demeure (dans les cas où le cathétérisme est difficile), soit en introduisant la sonde à chaque séance.

Les risques de l'opération sont minimes si l'on opère proprement. Le suintement de l'orifice est absolument insignifiant; il suffit de laisser en permanence un carré de gaze sur la plaie. L'appendicostomie offre donc de sérieux avantages sur la cœcostomie et sur l'anus artificiel, car elle n'empêche nullement le malade d'aller à ses affaires et l'orifice peut être très facilement refermé quand la colite est guérie.

L'auteur montre 22 malades opérés ainsi, dont 16 pour une dysenterie amibienne: ils sont tous guéris ou en bonne voie de guérison. Un seul des opérés a succombé, quelque temps après l'opération, à une granulie.

—M. Meyer pense qu'il vaut mieux opérer en un seul temps et ouvrir l'appendice séance tenante: de la sorte on peut, si l'on trouve une sténose de l'organe, enlever ce dernier complètement et pratiquer une cœcostomie.

—M. Dawbarn recommande de laisser intact le mésoappendice pour prévenir la gangrène de l'organe.

Les trois plus grands ennemis des membres de la profession médicale sont: la *jalousie*, l'*ignorance* et l'*apathie*. Les trois armes pour remporter la victoire contre ces ennemis sont: l'*altruisme*, le *travail* et le *patriotisme*.

TRAITEMENT LOCAL DES URETRITES CHRONIQUES

PAR PAUL LEBRETON.

Assistant du Service Civile à l'hôpital Lariboisière.

S'il est une affection tenace et souvent rebelle à une thérapeutique même bien conduite, c'est assurément l'urétrite chronique. Bénigne par elle-même, elle est cependant, de par sa longue durée, la source de désordres psychiques, lesquels, chez les prédisposés, peuvent mener à la neurasthénie, à l'hypocondrie, voire même au suicide. D'autre part, et il faut insister sur ce point, l'état général du sujet entre pour une large part dans la résistance de l'affection aux divers agents thérapeutiques; l'on a le plus souvent affaire, en pareil cas, à des tempéraments arthritiques ou nerveux, chez lesquels on tourne pour ainsi dire dans un cercle vicieux, la névrose recevant un coup de fouet de l'urétrite, qu'elle empêche elle-même de guérir.

Mais, en outre, il existe un certain nombre de *causes locales* qui peuvent entretenir l'urétrite et qu'il faut savoir reconnaître en temps voulu, pour diriger contre chacune d'elles un traitement approprié: c'est précisément à ce point de vue que nous nous proposons d'envisager la question.

Cette branche de thérapeutique spéciale a d'ailleurs fait de grands progrès, depuis que l'on s'est attaché à lutter de façon rationnelle et méthodique contre toutes ces causes locales, depuis surtout que l'urétroscopie est devenue, en France comme en Allemagne, d'un usage plus courant. Les travaux de Grünfeld, Oberländer, Kollmann, en Allemagne; ceux de Janet, de Guiard, de Luys, de Motz, etc., en France, ont peu à peu fixé les divers points qui doivent attirer l'attention du praticien. Nous avons nous-même observé, depuis notre entrée au Service Civile de l'hôpital Lariboisière, plus de 300 cas d'urétrites chroniques; nous avons fait une cinquantaine d'examen urétroscopiques, et de toutes les données ainsi fournies nous avons tiré de multiples indications pour le traitement méthodique des urétrites chroniques, que nous allons maintenant exposer.

Lorsqu'un malade vient consulter pour un écoulement matinal datant d'un temps variable, la première chose à faire est de recueillir cet écoulement, de façon aseptique bien entendu, et de l'examiner au microscope; cet examen, en effet, doit être la base du traitement, en indiquant ce qu'il faut faire, et surtout

ne pas faire. Il permet de ramener toutes les urétrites chroniques à trois types bien distincts :

1° Les *urétrites chroniques gonococciques vraies*, où se rencontrent encore par places des amas de gonococciques typiques ;

2° Les *urétrites chroniques banales*, caractérisées bactériologiquement par la présence de nombreux microbes banaux, cocci, bacilles, etc. ;

3° Les *urétrites chroniques stériles*, ou plutôt *amicrobiennes*, où l'on ne voit plus que des leucocytes et des cellules, seuls ou associés, sans traces de microbes.

Ces trois formes d'urétrites, qui représentent les trois stades successifs d'évolution de l'affection, lorsque le traitement a été prudemment et sagement conduit, sont justiciables chacune d'une méthode thérapeutique différente, sur laquelle nous allons maintenant un peu insister.

A. Les *urétrites chroniques gonococciques vraies*, dont nous avons eu personnellement très peu d'exemples, ont toujours cédé à de grands lavages uréthro-vésicaux de permanganate de potasse suivant la méthode de Janet. Nous insistons spécialement sur la faiblesse des doses employées par nous, 1/5000 ou 1/6000, qui nous ont paru donner les meilleurs résultats. En effet, au bout de 10 à 15 lavages, nous avons toujours vu disparaître les gonocoques, et, en conséquence, nous n'avons pas eu à expérimenter les petits moyens dirigés par Janet contre les lacunites gonococciques rebelles.

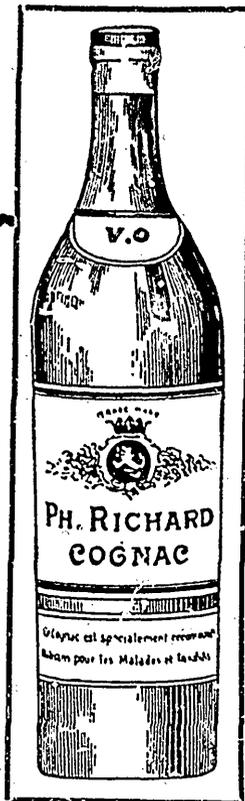
B. Les *urétrites chroniques banales* et les *urétrites chroniques amicrobiennes* sont réunies par nous à dessein, car leur traitement est le même, à part quelques différences dans les solutions employées pour les lavages.

L'examen attentif des urines dans quatre verres a ici une grosse importance, car c'est de lui que va dépendre l'orientation immédiate de la pratique. Si les urines ne sont pas absolument claires, toute question de phosphaturie rapidement mise à part par l'adjonction de quelques gouttes d'acide acétique, *il ne faut pas explorer le canal*, par crainte d'une infection possible de la vessie dans le cathétérisme.

Ce qu'il faut ordonner, ce sont de grands lavages uréthro-vésicaux, toujours avec l'appareil de Janet, quotidiennement, à 37° environ, jusqu'à ce que les urines, aussi bien dans le premier



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



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

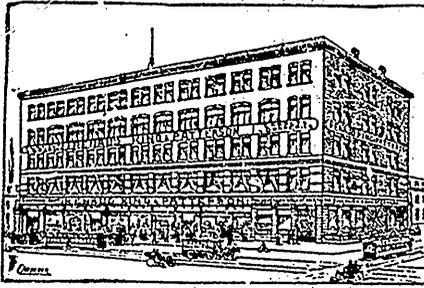
COGNAC

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

LAPORTE, MARTIN & CIE. Montréal

DEPOSITAIRES

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



Meuble, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE-CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

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

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

à Messieurs les Médecins

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

Tel. Up 971

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

LA DIGESTIVE

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

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

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYÉS SUR DEMANDE.

“ Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberté ”

136 RUE SAINT-DENIS, - - - MONTREAL, Qué.

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTÉREZ

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

verre que dans les suivants, soient devenues limpides, ce qui a lieu généralement entre 5 et 10 lavages.

Les substances qui nous ont donné à l'usage le plus de satisfaction sont:

1° Pour les *urétrites chroniques banales*, les sels à base de mercure:

Soit l'*oxychlorure de mercure* en solution à 1/4000, qui a une action remarquable, tout en étant absolument indolore;

Soit le *sublimé*, en solution à 1/20.000 ou 1/30.000, lequel, plus irritant, peut cependant réussir là où le précédent a échoué; c'est une pure affaire de susceptibilité individuelle, et de tâtonnements de la part du médecin;

2° Pour les *urétrites chroniques stériles*:

Soit le *nitrate d'argent* en solution à 1/4000, bien toléré en général;

Soit l'*acide salicylique*, en solution à 1/2000, avec les mêmes remarques que précédemment.

Les urines, une fois devenues limpides dans tous les verres, permettent de déceler plus facilement la présence des *filaments* qui, autant et plus peut-être que la goutte, caractérisent l'urétrite chronique.

De ces filaments, les seuls à considérer sont les *filaments lourds*, tantôt *en croissant*, et alors indices de lésions urétrales glandulaires, tantôt en *petits amas*, qui tombent au fond du verre et s'éparpillent en "vol d'alouettes" dès que l'on agite les urines. Ces derniers, très importants, sont presque toujours l'indice, soit d'un *rétrécissement*, lorsqu'ils sont situés dans la première portion de l'urètre, soit d'une *prostatite subaiguë ou chronique*, lorsqu'ils se trouvent dans la dernière; ce sont ces lésions que l'on est dès lors en droit de chercher et de contrôler.

De fait, il n'est pas de cas où nous n'ayons trouvé des bosselures ou des rugosités périnéales, nettement appréciables à l'explorateur No 18 ou 20; la théorie des *rétrécissements larges* "imaginée", dit Pousson, par Otis n'est donc pas une vue de l'esprit; nous en sommes partisan très convaincu et nous ne cessons de le faire constater à tous ceux qui nous font l'honneur de suivre notre consultation.

Un peu moins fréquemment, le toucher rectal nous a fait sentir une prostate un peu volumineuse, bosselée, légèrement

douloureuse à la pression, tantôt très ferme, tantôt, au contraire, molle et pâteuse. Le massage un peu énergique de l'organe a presque toujours ramené une quantité plus ou moins considérable de liquide lactescent, opalin, assez épais, où le microscope révélait la présence de leucocytes en nombre variable.

Nous avons lutté contre les rétrécissements par la dilatation aux bougies, puis aux béniqués sans conducteurs jusqu'au No 60, après méatotomie, lorsqu'il était nécessaire, — en mettant le canal au repos pendant quelques jours, dans les cas rares où le passage des instruments amenait quelque complication (urétrorragie légère par état congestif intense de l'urètre, ou réaction inflammatoire de la vessie ou de l'épididyme).

Contre la prostatite nous avons toujours employé avec succès le massage de l'organe, pratiqué énergiquement et combiné aux lavements très chauds, pris matin et soir et faisant office d'un véritable pansement humide autour de la glande.

En résumé, dans la majorité des cas, nos urétrites chroniques ont été traitées de la façon suivante: après avoir fait uriner le malade, grand lavage avec une des solutions indiquées plus haut jusqu'à ce que le besoin d'uriner commence à se faire sentir, puis dilatation avec massage de l'urètre sur l'instrument, ensuite massage vigoureux de la prostate, enfin rejet du liquide de lavage, ramenant l'urètre d'arrière en avant et le débarrassant de tous les produits pathologiques expulsés par les manœuvres précédentes.

* * *

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement qui, institué dès l'abord chez la plupart de nos malades, nous a donné parfois d'excellents résultats. Malheureusement, il n'en a pas toujours été ainsi, et nous avons dû chercher plus loin la cause de ces urétrites rebelles, chez des malades qui s'abstiennent cependant de tout sujet d'irritation pour leur canal: vin, alcool ou femmes.

C'est dans ces cas que l'urétroscopie nous a été d'un grand secours. Nous en avons déjà fait une cinquantaine, et les résultats de nos examens, légèrement différents de ceux obtenus par Luys, qui en a fait l'objet d'une toute récente communication au dernier Congrès d'urologie, nous permettent de dire que les lésions de l'urétrite chronique, variables suivant la région urétrale examinée, peuvent être ramenées à trois types bien nets:

1° *L'infiltration molle*, qui se rencontre surtout vers la région membraneuse, est caractérisée par la congestion de la muqueuse qui, rouge et boursoufflée, vient faire hernie dans la lumière du tube urétroscopique, sous forme de gros bourrelets œdémateux limitant la lumière du canal.

Ces lésions, et j'insiste sur ce point, ne sont pas partout continues et affectent des zones d'étendue variable, entre lesquelles existent des portions de muqueuse absolument saines;

2° *L'infiltration dure*, à siège variable, mais de préférence périnéal antérieur ou pénien, n'est autre que le tissu de rétrécissement, reconnaissable à la teinte nacrée, à l'aspect lisse de la muqueuse, qui a perdu sa striation normale, à la rigidité des parois urétrales qui, ne pouvant revenir sur elles-mêmes, forment une sorte d'entonnoir au fond duquel la lumière du canal apparaît considérablement élargie;

3° Les lésions glandulaires ont la même distribution; elles siègent de préférence sur la paroi supérieure de l'urètre où débouchent les canaux excréteurs de la plupart des glandes de Littre.

Pour les voir, c'est donc cette paroi supérieure qu'il faut surtout déplier, en abaissant légèrement l'extrémité du tube urétroscopique que l'on a entre les doigts.

Ce faisant, on aperçoit de place en place, tantôt piquetant une muqueuse normale et rosée, tantôt tranchant sur la coloration nacrée d'un tissu de rétrécissement, une série de petits orifices brunâtres, parfois entr'ouverts et laissant suinter une gouttelette de pus, et entourés d'une zone congestive d'un rouge lie-de-vin caractéristique. Ces orifices, quelquefois suffisamment dilatés pour admettre l'extrémité d'un long stylet, sont ceux des glandes de Littre enflammées et constituant une des lésions les plus fréquentes et les plus intéressantes des urétrites chroniques.

Tels sont les trois ordres que nous avons toujours rencontrés, seules ou associées, au cours de nos urétroscopies; nous n'avons jamais vu les lésions, sans doute infiniment rares, telles que polypes, végétations et productions papillomateuses, décrites par Luys; quant aux lacunites et folliculites urétrales, elles sont aussi moins fréquentes, mais peuvent cependant se rencontrer en certains cas.

D'ailleurs, il faut bien le dire, l'urétroscopie, si elle peut être

d'une réelle utilité pour le diagnostic, rend moins de services pour le traitement, quoique, actuellement, il se produise une tendance à user de plus en plus du traitement urétroscopique. De fait, les lésions des glandes de Littre peuvent en bénéficier réellement; il est, en effet, facile sous le contrôle de la vue, de les cautériser, soit à l'aide d'une pointe fine de galvano-cautère, soit à l'aide du stylet électrolyseur de Kollmann.

De même, l'infiltration molle, que l'on traitait jusqu'ici par les instillations un peu aveugles de nitrate d'argent à 1% ou 1/50, peut être combattue par l'application directe de la substance modificatrice, soit en crayon, comme le préconise Luys, soit en solution forte à l'aide d'un petit tampon d'ouate, comme nous le faisons nous-même.

D'autre part, si l'on ne possède pas suffisamment la technique urétroscopique, nous conseillons de remplacer les instillations de nitrate d'argent en solution aqueuse par des solutions ou plutôt des suspensions aux mêmes titres dans un corps gras favorisant l'absorption du médicament actif et l'empêchant de fuir trop rapidement la place où on l'a déposé. On peut employer soit la glycérine, soit un mélange à parties égales de lanoline et d'huile de vaseline, mélange que nous avons employé en pansements à demeure, à l'imitation de Deguy. Mais il faut avoir soin, le liquide ayant une consistance sirupeuse et étant très difficile à pousser, de prendre une petite seringue spéciale avec crochets ou anneaux latéraux pour caler les doigts. On se servira avec avantage de cette même petite seringue dans les cas où l'on emploiera le sulfate de cuivre glycérimé à 2 pour 100, qui nous a aussi donné de bons résultats.

Enfin, contre les lésions d'infiltration dure nous avons employé la dilatation à l'aide de l'appareil de Kollmann, en remplissant d'abord la vessie d'eau boriquée ou d'oxycyanure de mercure à dose faible, que le malade rend, la dilatation une fois finie; mais la puissance de cet instrument est telle qu'il faut considérablement espacer les séances, ne les effectuer que tous les huit ou dix jours, et n'augmenter que de deux divisions au plus chaque fois; la dilatation poussée à ce point, en même temps qu'elle lutte contre le tissu de rétrécissement, a aussi une grande influence sur les lésions glandulaires contre lesquelles elle est également indiquée.

Voici terminée cette étude courte, mais pratique, du traitement local et méthodique des urétrites chroniques. Ainsi que l'on peut en juger, il est long, délicat, fait de petites manœuvres, exigeant pour être supportées jusqu'à la fin une dose de patience que bien des malades n'ont pas, ce qu'on ne saurait en vérité leur reprocher.

Dans le cours de ce long traitement, il est utile de vérifier toutes les trois ou quatre séances le contenu de l'écoulement et les diverses portions d'urine émises dans quatre verres, afin de pouvoir modifier suivant les circonstances la nature et la dose des lavages et de faire cesser la dilatation pendant quelques jours s'il en est besoin.

Lorsque le cas sera favorable, on verra disparaître les microbes dans l'écoulement où les leucocytes deviendront de moins en moins nombreux; la goutte diminuera de même, tandis que les filaments de l'urine s'élèveront et finiront par surnager au lieu de tomber au fond du verre.

L'écoulement une fois disparu, et les filaments devenus légers, il faudra faire le *traitement d'épreuve* et irriter le canal par un grand lavage au nitrate d'argent à 1/2000, l'absorption d'une grande quantité de bière, et un coït bien préservé de toute contamination. Si l'écoulement ne revient pas, si les urines restent limpides, sans filaments lourds, on pourra affirmer la guérison; sinon, il faudra reprendre le traitement pendant quelque temps.

Malheureusement, il est des cas tellement rebelles que malade et médecin finissent par se lasser; c'est ici qu'il faut sans doute accuser les taxes de l'état général, l'hérédité arthritique ou nerveuse. Cependant, si l'on ne peut parvenir à tarir complètement la goutte matinale, nous croyons possible de l'amener, par les moyens plus haut indiqués, à un état pour ainsi dire aseptique, et tel que le malade peut cependant contracter mariage, sans risques pour sa future compagne. Nous voulons dire par là que l'écoulement ne doit plus renfermer que des produits de desquamation épithéliale, sans globules de pus ni microbes d'aucune sorte; de même les filaments de l'urine doivent avoir la même composition épithéliale essentielle.

Mais tant que l'on ne sera pas parvenu à amener le malade à cet état urétral, il faudra le dissuader du mariage, car c'est dans un grand nombre de cas à l'infection des organes fémi-

nins par ces écoulements chroniques qu'il faut attribuer ces lésions, chroniques elles aussi, de métrites et de salpingites, qui pèsent si lourdement sur la vie génitale de la femme et aboutissent bien souvent à la stérilité.

L'ALIMENTATION PAR LES ŒUFS.

COMMENT ON PEUT LES ADMINISTRER.

L'œuf de poule, le seul que nous aurons en vue dans cette étude, pèse en moyenne 60 grammes; nous adopterons comme type cet œuf moyen, mais on admet commercialement une oscillation possible de 45 à 70 grammes, d'où la classification des Halles en œufs petits, moyens et gros. Un kilogramme représente environ 15 gros œufs, 17 moyens, 22 petits (*Bulletin des Halles.*)

La composition centésimale moyenne est la suivante: coquille 12 pour 100, blanc 53 pour 100, jaune 30 pour 100. En sorte qu'un œuf moyen de 60 grammes, est constitué par environ 7 grammes de coquille, n'offrant aucun intérêt au point de vue alimentaire, 35 grammes de blanc, 18 gr. de jaune.

Les analyses sensiblement concordantes des auteurs donnent pour l'œuf de poule débarrassé de sa coquille, la composition centésimale suivante:

Pour 100.	Eau.	Albumi- nes	Grais- ses.	Sels.	Subst. extract.
Blanc d'œuf.....	86	13	0	0,6	0,4
Jaune d'œuf.....	51	16	32	1	0
Œuf total (blanc et jaune)..	73,5	13	12	1	0,5

En sorte qu'un œuf type de 60 grammes a la composition moyenne suivante en chiffres ronds:

Œuf type de 60 grammes blanc × jaune = 53 gr.

Pour 100.	Eau.	Albumi- nes.	Grais- ses.	Sels.	Divers.
Blanc : 35 gr	30	4,5	0	0,25	—
Jaune : 18 gr.....	9	2,9	5,7	0,25	—
Œuf total = 53 gr.....	30	7,4	5,7	0,50	0,50

Ces chiffres s'écartent quelque peu de ceux qu'on trouvera dans les tableaux de Munck et Ewald; cela tient à ce que ces auteurs ont basé leurs calculs sur le poids moyen total de 53 gr. alors que nous avons adopté 60 grammes: ils coïncident en

revanche avec ceux d'Armand Gauthier qui donne commémentériaux utiles d'un œuf pesant 60 grammes :

Composition d'un œuf moyen de 60 grammes.

Albuminoïdes du blanc.....	4,5	
Vitellines, nucléo-albumines du jaune.....	2,0	
Graisses du { Graisses proprement	} 5,0	
jaune..... { dites.....		4,1
{ Lécithines.....		1,5
Total.....	12,7	

Abstraction faite de l'eau et des sels et nous exprimant en chiffres ronds, on peut donc dire :

a) Un œuf moyen de 60 grammes renferme 13 grammes de matériaux utiles, savoir un peu plus de 7 grammes d'albumines diverses, un peu moins de 6 grammes de graisses diverses ; il manque absolument de substances hydrocarbonées (ou du moins en renferme des quantités négligeables). Ce n'est donc pas un aliment complet.

b) Le blanc de l'œuf ne renferme que 4 gr. 5 environ d'albumine (ovalbumine et ovoglobuline).

c) Le jaune renferme près de 3 grammes d'albumine (vitelline et nucléo-albumine) et près de 6 grammes de graisses diverses dont plus de 4 grammes de graisses proprement dites (oléine et margarine) et 1 gr. 1-2 de lécithines, substances grasses phosphorées. On peut, dès maintenant, remarquer que les albumines constitutives du jaune d'œuf, les nucléines en particulier, sont elles-mêmes richement phosphorées. Le jaune d'œuf représente, au point de vue alimentaire, la totalité de l'œuf, moins 4 gr. 5 d'albumine.

Ayant surtout en vue la teneur en albuminoïdes et en graisses, Voit admet qu'un œuf équivaut comme pouvoir nutritif à 150 grammes de lait de vache, toutefois il ne renferme pas comme ce dernier de substances hydrocarbonées.

Si on le compare à la viande, on peut admettre avec Voit et Balland, qu'un œuf de 60 grammes équivaut à peu près comme valeur nutritive à 50 gr. de viande, soit 20 œufs à 1 kilogramme de viande ; il est curieux de remarquer qu'au point de vue économique, à s'en tenir au prix moyen de ces deux denrées, l'équivalence est complète.

En adoptant les unités calorimétriques approximatives : 1

gr. albumine=4 c. 1 gr. graisse=9 c., on voit que les équivalences calorimétriques d'un œuf moyen sont les suivantes :

Œuf total	: 4 × 7,4 ÷ 9 × 5,7 =	80 calories environ.
Blanc	: 4 × 4,5 =	18 calories.
Jaune	: 4 × 2,9 ÷ 9 × 5,7 =	62 calories environ.

L'absorption intestinale étant ici presque intégrale, il n'y a pas lieu d'adopter les unités calorimétriques corrigées de Gautier.

* * *

Au point de vue de la digestibilité et de l'utilisation intestinale, les œufs constituent un aliment de tout premier ordre. Si nous nous reportons aux tableaux désormais classiques d'Atwater nous voyons en effet :

1° Que le temps moyen de séjour dans l'estomac des œufs à la coque est de une à deux heures, ce qui, comme chacun sait, est la durée minima de la traversée stomacale;

2° Que le coefficient d'utilisation intestinale est de 97 pour 100 pour les protéides constitutives de l'œuf, de 95 pour 100 pour les graisses, ce qui est un maximum. Ils laissent en conséquence fort peu de résidus, excitent peu les contractions intestinales et sont, par conséquent, plutôt échauffants.

* * *

Les œufs se présentent à l'état culinaire sous des formes quasi innombrables. Nous nous tiendrons aux formes les plus usuelles.

L'immersion dans l'eau bouillante produit dans l'œuf cru les modifications suivantes: au bout d'une minute la portion toute externe du blanc est à peine coagulée; au bout de deux minutes, la moitié externe du blanc est coagulée; au bout de trois minutes, tout le blanc est coagulé sans être toutefois absolument dur (c'est le type de l'œuf à la coque); au bout de quatre minutes, la couche externe du jaune durcit; au bout de cinq minutes le jaune dans son entier est de consistance pâteuse; au bout de six minutes le jaune est entièrement coagulé, l'œuf est dur. Il paraît avantageux de saler l'eau d'ébullition, de plonger les œufs dans l'eau bouillante retirée du feu et de les y laisser immerger trois minutes: le jaune conserve ainsi son onctuosité, le blanc son aspect laiteux et l'œuf est léger à l'estomac.

Les œufs à la coque sont, en général, d'une digestion très facile; aussi est-ce un des premiers mets autorisés chez les convalescents. Il ne semble pas que les œufs crus soient plus digestibles; d'ailleurs, on n'a probablement pas tenu assez compte à ce point de vue de la façon d'absorber l'œuf. Généralement on "gobe" l'œuf cru et on "mange" l'œuf à la coque; nul doute que ce dernier mode soit plus favorable à la digestion stomacale. Enfin qu'on se place au point de vue toxicologique ou au point de vue de la tolérance rénale, l'albumine cuite, c'est-à-dire l'œuf à la coque paraît préférable. Quant aux œufs durs, ils sont manifestement d'une digestion plus difficile, ils séjournent en moyenne deux à trois heures dans l'estomac et sont mal tolérés par bien des dyspeptiques; toutefois débités en tranches minces, ils sont, en général, bien digérés; d'après Munck et Ewald, ils seraient même sous cette forme plus rapidement digérés par le suc gastrique artificiel que les œufs mollets ou crus.

Au point de vue purement diététique, il n'y a pas de différences très sensibles à établir entre les œufs à la coque plus ou moins cuits et les œufs dits brouillés, les œufs pochés, sur le plat ou en omelette. Tout au plus peut-on faire remarquer: 1° que, comme pour les œufs à la coque, la digestibilité est en rapport avec le degré de cuisson et que quelle que soit la forme culinaire adoptée, il conviendra, pour obtenir le maximum de digestibilité, de ne pas pousser la cuisson jusqu'à coagulation complète de l'albumine; 2° que l'addition de beurre, d'huile ou de graisse nécessaire à la confection des diverses variétés d'œufs cuits à la poêle (brouillés, sur le plat, en omelette) en augmente sensiblement la valeur nutritive, mais en diminue la digestibilité, en sorte que dans les menus de convalescents ces plats ne doivent être autorisés qu'après les œufs à la coque.

* * *

Si des formes culinaires simples on passe aux formes complexes, aux associations des œufs à d'autres substances alimentaires, on a des variétés quasi infinies. Nous n'examinerons que les plus intéressantes ou les plus usuelles.

On peut d'abord remarquer que le blanc et le jaune de l'œuf sont souvent employés séparément en diététique.

Le blanc d'œuf, nous le savons, n'est pratiquement qu'une solution fortement concentrée—12 pour 100—d'albumines dont

la variété la plus importante est sulfurée; un blanc d'œuf moyen renferme 4, 5 d'albumine.

Le blanc d'œuf sert à fabriquer l'eau albumineuse dont on peut donner la formule suivante: battre un blanc d'œuf dans 200 à 250 centimètres cubes d'eau bouillie froide, ajouter quatre cuillerées à café de sucre en poudre. Sous cette forme simple, cette boisson renferme 4 gr. 5 environ d'albumine, 15 à 16 de sucre. On peut, surtout chez les adultes, la rendre à la fois plus agréable et plus nourrissante par l'addition de cognac (10 centimètres cubes), de champagne (20 à 50 centimètres cubes), de jus d'orange, etc.; ces additions lui confèrent des propriétés stimulantes qui en font une boisson recommandable chez les typhiques, les convalescents, les débilites, et dans bon nombre de maladies aiguës fébriles, à condition toutefois que le blanc d'œuf employé soit absolument frais.

Le jaune d'œuf renferme un peu moins de 3 grammes d'albumine, en particulier de nucléines, et près de 6 grammes de graisse dont 1 gr. 5 de lécithine dont la valeur thérapeutique, pour avoir été un peu trop vantée, n'en est pas moins réelle. On peut le donner dans un liquide quelconque, eau, bouillon, lait, vin, bière.

Dans de l'eau sucrée, aromatisée au besoin d'un peu de cognac, de champagne ou de fleurs d'oranger, il constitue une manière d'aliment complet. Un jaune d'œuf, battu dans 100 grammes d'eau additionnée de 10 grammes de sucre et d'une cuillerée à soupe de champagne, renferme: 3 grammes d'albumine, 5 gr. 5 de graisse, 10 gr. de sucre, 2 grammes d'alcool et fournit environ 115 calories. Les proportions respectives des constituants sont rationnelles avec cependant un léger excès de graisse.

Dans le bouillon il constitue un excellent aliment, de digestion facile, "léger à l'estomac", riche en sels; c'est un bon mets de convalescent. Si on l'associe à du tapioca, du vermicelle, des pâtes, des potages variés, on lui donne ainsi les hydrates de carbone qui lui manquent, mais il devient aussi plus "lourd à l'estomac" et ne doit être autorisé en conséquence qu'après l'œuf au bouillon. Toutefois, l'association aux hydrates de carbone semble favorable au point de vue intestinal quant à la diminution des fermentations:

Le jaune d'œuf battu dans du lait est aussi une formule de

diététique courante et très recommandable, mais à la condition que l'estomac le digère bien, car il y a une proportion trop considérable de graisse; c'est ainsi qu'un jaune d'œuf battu dans 200 grammes de lait, donne un aliment contenant environ 11 grammes d'albumine, 12 gr. 5 de graisse, 9 grammes d'hydrate de carbone et fournissant environ 185 calories. La proportion de graisse est trop élevée surtout par rapport aux hydrates de carbone, et celle-ci pourra en retarder la digestion stomacale et favoriser les putréfactions intestinales. On pourra corriger en partie cette formule diététique en y ajoutant 15 grammes de sucre et une pincée de sel. On aura alors: 11 grammes d'albumine, 12 gr. 5 de graisse, 24 grammes d'hydrate de carbone et 245 calories. Les *aufs à la neige* réalisent, d'une façon particulièrement savoureuse, cette association: œuf, lait, sucre.

Les *aufs entiers* se prêtent de même à des combinaisons multiples.

On trouve, dans Munck et Ewald, la recette suivante fort simple de *bière aux aufs*:

Battre un œuf additionné de 25 à 30 grammes de sucre en poudre jusqu'à ce que la masse entière soit transformée en écume: ajouter rapidement 250 centimètres cubes de bonne bière fraîche, agiter avec une cuiller à café et faire boire le mélange immédiatement. Ce mélange renferme environ 17 grammes d'albumine, 6 gr. de graisse, 40 grammes d'hydrates de carbone, 0 gr. 75 de sels et dégage environ 240 calories. Malgré son origine allemande il est toléré par les estomacs les plus français; il est vraiment recommandable chez les tuberculeux.

Pour finir nous donnerons comme exemple de *vin aux aufs* la formule un peu compliquée d'un des "trionphes" de la cuisine italienne, le *Zabaglione*, — 1er temps: mélanger dans un poêlon en terre, (ce détail a, au dire des "maîtres ès-cuisine", une grande importance), cinq jaunes d'œuf et 60 grammes de sucre en poudre, fouetter ce mélange en y ajoutant peu à peu 150 centimètres cubes (un peu plus d'un verre à Bordeaux) de muscat (en Italie on opère avec du Moscato d'Asti); — 2e temps: ajouter alors un morceau de vanille, un demi-zeste de citron et un morceau de cannelle, porter sur un feu doux et continuer à fouetter très doucement jusqu'à ce que le mélange soit presque bouillant et bien mousseux; — 3e temps: retirer cannelle, citron et vanille, placer le poêlon dans une casserole plate

pleine d'eau chaude, formant bain-marie, et continuer à fouetter, en ajoutant lentement avec précaution une cuillerée à café ou deux de rhum et de marasquin, jusqu'à ce que le zabaglione soit épais et ferme. Le zabaglione se prend chaud dans de grands verres avec des biscuits.

Un zabaglione, fait conformément aux indications précédentes, renferme approximativement: 20 grammes d'albumine, 30 grammes de graisse, 70 grammes d'hydrates de carbone, 25 grammes d'alcool, et dégage 800 calories environ (un litre de lait donne environ 670 calories). On voit que c'est un plat de résistance, et que ses constituants élémentaires sont en proportions physiologiquement acceptables. Bien fait, il est accepté même par des estomacs délicats, mais il est difficile à réussir, il y faut un véritable tour de main; manqué il est franchement détestable.

COMMENT DONNER LE SUCRE ET LA QUININE COMME MEDICATION OCYTOCIQUE

LE SUCRE

Comment donner le sucre?—Généralement je l'emploie de la façon suivante, à *petites doses*:

Si c'est du lactose, on en prescrit trois paquets de 25 grammes chacun, à donner à une demi-heure d'intervalle l'un de l'autre. Chaque paquet sera dissous dans un demi-verre de lait ou d'eau qu'on peut aromatiser avec un peu de rhum ou de cognac. Si c'est du sucre ordinaire qu'on emploie, on donnera de la même façon trois doses de cinq morceaux de sucre chacune (correspondant à environ 25 grammes de sucre par dose).

Il est, en tout cas, préférable d'administrer une dose nouvelle que d'en donner une plus forte² dès le début.

L'action du sucre commence de dix minutes à une demi-heure après l'ingestion, et c'est là un avantage du sucre sur les médicaments ocytociques dont l'absorption et l'action sont lentes.

Dans le cas d'avortement incomplet, le sucre agit, pour l'expulsion de l'arrière-faix, moins énergiquement cependant que sur l'utérus à terme.

L'ingestion du sucre n'influence ni la délivrance, ni la rétraction utérine; elle n'a pas augmenté la diurèse post-partum ni la montée ou la quantité de lait.

Conclusions.—Le rôle ocytocique du sucre est rendu précieux par :

1o Son caractère non médicamenteux; 2o son absence de toxicité, ce qui est d'autant plus important qu'il est employé dans un organisme à échanges nutritifs ralentis; 3o son action rapide; 4o son innocuité pour la mère (pas d'hémorragie post-partum); 5o son innocuité pour l'enfant et pour l'œuf, sur lequel il n'exerce aucune action abortive puisque pour agir il a toujours besoin d'un début de travail; 6o son action générale sur l'organisme, car il est également un tonique, un stimulant qui relève l'énergie musculaire de la femme et hâte par cela même l'expulsion du fœtus; 7o la facilité de le trouver dans tous les milieux, à la ville comme à la campagne.

LE SULFATE DE QUININE

Le sulfate de quinine est un ocytocique dont l'action a été étudiée depuis fort longtemps. Dès 1845, Petitjean insiste sur la possibilité de l'avortement après l'administration du sulfate de quinine. Il recommande de le prescrire avec prudence chez les femmes enceintes atteintes de fièvre et surtout de fièvres intermittentes.

Le sulfate de quinine a, en effet, une action élective sur l'utérus gravide. En réalité, quoi qu'on en ait dit, il est loin de pouvoir produire l'avortement ou l'accouchement prématuré; et s'il peut réveiller les contractions utérines ou les renforcer pendant le travail, il est rarement, à lui seul, capable de les provoquer. Il n'est, en somme, dangereux à employer au cours de la grossesse que chez les femmes déjà prédisposées à l'avortement du fait d'une maladie intercurrente, et dont l'œuf ne tient en quelque sorte qu'à l'état d'équilibre instable.

Certains auteurs, entre autres Chiara, ont mis en doute non seulement l'action abortive, mais même le rôle ocytocique du sulfate de quinine. Ils ont réagi contre la crainte exagérée du sulfate de quinine administré pendant la gestation.

Plus récemment, Schroeder, Auvard, conseillent le sulfate de quinine pour activer ou réveiller les contractions utérines. Auvard le prescrit à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, car "il amène souvent un réveil durable des contractions de l'utérus, alors qu'elles sont languissantes."

Pour Cordes (de Genève), la quinine à doses élevées donne

de puissantes contractions et peut servir à détacher les restes ovulaires dans les cas d'avortement incomplet. Aussi cet auteur remplace-t-il avantageusement, dans les cas de rétention placentaire ou ovulaire, le curetage par l'administration de sulfate de quinine.

Il semble que, parmi ces diverses catégories d'opinions, l'une faisant de la quinine un abortif et un ocytocique, la seconde niant toute influence à la quinine, ce serait une troisième opinion, intermédiaire, qui fait de la quinine non un abortif, mais un ocytocique agissant sur la contractilité de l'utérus mise en jeu au préalable, qui serait la plus exacte. C'est celle que soutient Schwab dans deux publications sur ce sujet.

Cet auteur a toujours vu la quinine, employée au cours d'un travail languissant, donner des résultats positifs. Elle aurait une action manifeste, souvent rapide, sur les contractions utérines, une fois que le travail est déclaré et que la contractilité des fibres musculaires de l'utérus est déjà mise en jeu. Ce serait, en un mot, un ocytocique rendant fortes et efficaces des contractions faibles et réveillant celles qui sont éteintes.

Le sulfate de quinine agit sur la fibre musculaire utérine en déterminant des contractions toujours intermittentes, semblables aux contractions physiologiques. Il n'offre donc aucun danger pour le fœtus.

Son action serait rapide. Les contractions produites sont fortes, très douloureuses également, et leur fréquence paraît accrue, les pauses étant moindres.

* * *

Quand peut-on prescrire le sulfate de quinine? — On peut l'employer dans l'accouchement à terme ou près du terme, quand on constate l'insuffisance des contractions utérines pendant la période de dilatation et que cette insuffisance menace la santé de la mère ou la vie du fœtus; il serait surtout indiqué quand, après la rupture de la poche des eaux, il est nécessaire de hâter la terminaison de l'accouchement pour éviter à la femme les dangers de l'infection et à l'enfant ceux de l'asphyxie.

Dans l'avortement incomplet, la quinine peut être essayée pour provoquer l'expulsion du délivre, même quand le travail est arrêté depuis un certain temps. Dans le cas d'échec, il sera toujours temps de s'adresser à un autre mode d'intervention.

Même si le sulfate de quinine échoue, il ne serait pas nuisible pour la mère. En tout cas, son action semble plus lente dans l'avortement que dans l'accouchement à terme. En général, on pourra le prescrire quand la rétention placentaire *simple* dure depuis six heures au moins. Son emploi pourra constituer le premier temps d'une thérapeutique plus active, toutes les fois que l'évacuation rapide de l'utérus sera indiquée.

Comment prescrire le sulfate de quinine.—Généralement on administre le médicament à la dose de 1 gramme en deux cachets de 50 centigrammes pris à dix minutes d'intervalle; un cachet a pu suffire à réveiller les contractions.

On a également donné la quinine en injection sous-cutanée à la dose de 1 gramme (Mantelin).

Inconvénient de l'emploi de la quinine.—D'après Schwab, il y aurait, pendant la période de délivrance et un peu après, une légère tendance à l'hémorragie utérine. Cette hémorragie est, en général, peu abondante et peu redoutable; il faut la connaître, pour conjurer cette inertie utérine post-partum par des injections chaudes et des frictions sur l'utérus.

Comment se produit cette hémorragie? L'utérus retombe-t-il, au moment de la délivrance, dans l'inertie pour laquelle on a prescrit la quinine pendant l'accouchement? Ou bien la quinine doit-elle être directement incriminée, comme substance vaso-dilatatrice, agissant sur les vaisseaux utérins? Il est difficile de préciser. Il suffit, en pratique, de connaître la possibilité de l'inertie utérine survenant au cours de la délivrance après l'administration de sulfate de quinine.

LA DIPHTÉRIE EST-ELLE TRANSMISSIBLE PAR L'EAU?

PAR MM. LES DOCTEURS SEILER ET DE STONTS.

Cette question a déjà été posée à plusieurs reprises à l'occasion d'épidémies de diphtérie en foyers localisés, et elle a toujours été résolue dans le sens négatif. Les auteurs se sont proposé de la soumettre au contrôle expérimental. Partant d'une culture pure de bacille de Löffler très virulent, ils ont d'abord établi que celui-ci pouvait se conserver dans l'eau distillée pendant un mois au moins sans perdre ses propriétés germinatives. Si l'on prolonge la durée du séjour dans l'eau, on constate, d'une part, que le bacille s'y multiplie; d'autre part qu'il subit des mo-

difications morphologiques importantes, tendant de plus en plus vers les formes filamenteuses. Au bout de quatre mois, par ensemencement sur sérum de cette " culture en eau distillée ", on obtient de superbes cultures de bacille de la diphtérie type. La virulence a subi une notable atténuation mais n'a cependant pas disparu. Ces constatations intéressantes qui ne permettent pas encore toutefois de trancher la question posée auront un complément ultérieur.

DESINFECTION DU THERMOMETRE CLINIQUE

PAR M. LE DOCTEUR DENNY.

M. le docteur Denny propose de saturer un tampon d'ouate, placé au fond de l'étui thermométrique, avec 2 ou 3 gouttes d'une solution forte de formaldéhyde à 40 pour 100. Il a fait plusieurs expériences pour éprouver la valeur de cette méthode :

Deux thermomètres étaient infectés par le même procédé soit en les plaçant dans une cavité naturelle (bouche, rectum), soit en les plongeant dans des cultures pures de microorganismes pathogènes variés; l'un était remis dans son étui préparé comme il a été dit ci-dessus, l'autre dans un étui non préparé; des ensemencements comparatifs étaient faits ensuite avec l'un et l'autre. Ces expériences démontrèrent qu'après trois ou quatre semaines la dose de formaldéhyde restait suffisante pour détruire, en cinq à vingt minutes, le bacille de Löffler, le bacille d'Eberth, le staphylocoque pyogène et toutes les bactéries de la bouche.

En conséquence, Denny recommande cette méthode comme permettant d'avoir un thermomètre toujours stérile. La formaldéhyde peut être renouvelée environ toutes les deux semaines; on peut, dans une certaine mesure, estimer à l'odeur le moment où le renouvellement est nécessaire. Si le thermomètre retiré du tube est introduit directement dans la bouche, la saveur est désagréable, ce qui peut être évité en lavant le thermomètre au préalable. Si le thermomètre a été manifestement exposé à une infection connue, il sera sage de renouveler la formaldéhyde et de laisser le thermomètre quelques heures dans son tube avant de s'en servir à nouveau.

RESULTAT DE L'EXCISION DES DEUX STERNO- MASTOÏDIENS.

M. LE DOCTEUR DAWBARN a présenté à l'Académie de New-York, une jeune femme qui depuis sept ans avait une hypertrophie ganglionnaire occupant tout le côté droit du cou. Elle offrait en outre un lupus érythémateux très marqué.

Les ganglions hypertrophiés bridés par la portion moyenne du sterno-mastoïdien exerçaient une telle pression sur les parties profondes que la circulation était très modifiée. Après la résection du muscle il se produisit une nécrose de ces parties, nécrose qui engloba le pneumogastrique correspondant, dont un segment important disparut entièrement.

Le nombre des pulsations par minute fut alors de 160, sans élévation thermique. Il ne se produisit aucun autre trouble.

Quelques mois plus tard, pour remédier au torticolis qui s'était produit, Dawbarn réséqua le sterno-mastoïdien du côté opposé. Contrairement à son attente, les mouvements de la tête redevinrent absolument normaux. Cette observation unique tendrait donc à démontrer l'inutilité des sterno-mastoïdiens pour les mouvements de la tête.

DES RAPPORTS ENTRE LES TUBERCULOSES HUMAINE ET BOVINE,

PAR M. LE PROFESSEUR KITASATO.

La tuberculose humaine est aussi fréquente au Japon qu'en Europe et en Amérique. Les Japonais en général boivent peu de lait de vache, qui est très peu employé dans l'alimentation des enfants. Il existe au Japon des régions où l'on n'observe jamais de tuberculose bovine, malgré la présence de tuberculose humaine. Les bœufs indigènes sont presque réfractaires à la tuberculose bovine, contrairement aux animaux importés.

Kitasato rappelle dans cet article les deux opinions de Koch et Behring. Pour le premier auteur il y aurait différence absolue, dualité complète entre les deux tuberculoses, pour le second, il y aurait unité, et la tuberculose infantile serait due à l'absorption de lait de vaches tuberculeuses. Le savant japonais se basant sur ses observations sus-énoncées, se rallie entièrement à l'opinion de Koch.

REPOSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES RESUMÉES

Pouvez-vous me dire quelle explication on a donnée pour démontrer le mode d'action des formiates qui ont la propriété de décupler les forces musculaires ?
Dr J.

Le mécanisme physiologique de l'effet toni-musculaire des formiates est encore sujet à discussion. Pour M. le docteur Clément, de Lyon, ils agiraient en favorisant les échanges musculaires, et le protoplasma, dit-il, sous son influence utilise mieux les glucoses et se débarrasse plus facilement des substances ponogènes ; il se peut que celles-ci soient transformées par l'acide formique. Pour M. le professeur Huchard, le formiate agit en grande partie en produisant une certaine anesthésie musculaire et en diminuant ainsi la sensation douloureuse de la fatigue musculaire.

L'annonce de la Viriline est-elle digne d'un journal médical, en connaissez-vous la composition ? Dr L.

La Viriline est un composé de damiana, d'extrait de noix vomique et de zohimbine. L'annonceur est seul responsable des produits annoncés.

Si l'on donnait aux journaux de médecine autant de considérations qu'ils méritent, les pages d'annonces seraient moins nombreuses et plus choisies.

Votre référendum anti-tuberculeux devrait être imprimé en les deux langues et envoyé à tous les médecins de notre province. Je suis d'opinion que

l'on devrait exiger la déclaration obligatoire de la tuberculose. Dr S.

Nous espérons réaliser votre heureuse suggestion d'imprimer aussi en langue anglaise notre référendum.

Avant d'obtenir la déclaration obligatoire d'un cas de tuberculose, il faut d'abord éclairer le législateur sur les dangers de la tuberculose et lui démontrer les heureux effets d'une telle loi pour arrêter la propagation de cette maladie.

Serez-vous assez bon de publier la composition des Gouttes Livoniennes ?

Dr M.

Chaque capsule Livonienne de Trouette-Perret renferme :

Goudron de Norvège..... 75 milligr.
Créosote de hêtre..... 5 centigr.
Baume de Tolu..... 75 milligr.

La dose est de 2 à 4 capsules aux repas.

Aux dernières élections de notre Collège, est-ce vrai qu'il a suffi du vote de trois médecins pour élire un gouverneur ?
Dr P.

Dans la division électorale No 2 du district de St-François, 35 médecins étaient qualifiés à voter, mais 8 membres seulement ont enregistré leur vote. Trois confrères avaient reçu 3 voix, l'officier-rapporteur se prononça en faveur de M. le docteur A. Thibault, qui, en effet, fut délégué à notre chambre par le vote de trois confrères.

POTOMANIE CHEZ UN ENFANT

MM. Acharé et L. Ramond ont observé un enfant de 7 ans, pesant 15 kilos, qui boit 7 à 8 litres par jour et en urine autant. L'urine ne présente d'autre anomalie qu'une grande dilution. Le tableau clinique est celui de la polyurie essentielle, dont un nombre de cas assez important a été observé chez l'enfant.

La pathogénie de ces cas a été fort discutée. Tandis qu'autrefois divers auteurs admettaient que la polydipsie pouvait

être le fait primitif et entraîner comme une conséquence secondaire la polyurie, les auteurs modernes s'accordent, au contraire, à considérer la polydipsie comme un simple effet de la polyurie, exclusivement motivé par la nécessité de combattre la tendance à la déshydratation. Eichborn, notamment, à propos d'un cas observé chez un enfant, s'est livré à des recherches qui confirment cette interprétation: le sujet polyurique, auquel il faisait boire un volume d'eau déterminé, l'éliminait plus rapidement qu'un sujet sain, et si on lui rationnait sa quantité de boisson, l'urine ne diminuait pas de façon équivalente et une série de troubles survenaient.

Or, dans le cas de MM. Achard et Ramond, les choses se sont passées différemment. L'enfant, soumis à un régime fixe, a pu supporter le rationnement des boissons jusqu'à un litre et demi par jour pendant plusieurs semaines, sans éprouver aucun trouble. La diurèse a diminué parallèlement, et le poids ne s'est pas abaissé.

Il est donc manifeste que cet enfant buvait bien au-delà de ses besoins, non pour satisfaire à une nécessité organique, comme le vrai polyurique, ni poussé par le désir de boire des liquides ayant une certaine saveur, comme le dipsomane, mais pour obéir à une impulsion psychique qui le portait à avaler des liquides quelconques. C'est donc d'une véritable manie qu'il s'agit ici, et cette manie de boisson peut être désignée sous le nom de *potomanie*.

NOUVELLES

Le nombre des médecins qui exercent en Angleterre.—Il s'élève à 38,361, et il a augmenté de 57%, au cours de l'année dernière. La seule ville de Londres compte dans son sein 6,397 médecins en exercice contre 6,328 pour l'année précédente.

Empoisonnement par le bismuth en applications externes.— Dans un cas de brûlures très étendues du tégument externe, chez une femme de 35 ans fortement affaiblie, on avait eu recours à des applications d'une pommade au sous-nitrate de bismuth à 10/0. Au bout de quelques semaines, cette femme présenta les symptômes d'un empoisonnement par le bismuth; malgré la suspension du traitement elle succomba d'une néphrite aiguë.

Action de la cantharidine sur les reins.—Elle serait fortement influencée par la réaction des urines, si on s'en rapporte aux récentes expériences d'Ellinger : des lapins nourris avec des betteraves, se sont montrés beaucoup plus résistants à l'action nocive exercée par des injections de cantharidine sur les reins que des lapins nourris avec de l'avoine. C'est que dans le premier cas les urines sont abondantes et fortement alcalines, tandis que chez les lapins nourris avec de l'avoine elles sont rares et légèrement acides.

Propriété oxygénante du perborate de sodium.—Le perborate de soude ($\text{NaBO}^2 + 4 \text{H}^2\text{O}$), en dissolution dans l'eau, met en liberté une grande quantité de peroxyde d'hydrogène. C'est à cette propriété que le sel en question serait redevable de sa remarquable action bactéricide. D'après les essais faits par Kischensky (*eodem loco*) le perborate de soude peut être appliqué directement à la surface des plaies, même en solution.

Coup de feu à travers la cloison interventriculaire du cœur; guérison.—Le projectile, une balle de revolver, avait pénétré à travers le 4e espace intercostal gauche, à 3 centimètres en dedans de la ligne mamillaire. De ce même côté gauche, on percevait les signes d'un épanchement pleural. La matité précordiale n'était pas aggrandie. Le pouls était filiforme. Une incision transversale fut pratiquée en niveau de l'orifice de pénétration du projectile; on réséqua la 4e côte dans une étendue de 6 centimètres, et après évacuation du sang épanché dans la plèvre, on incisa le péricarde. On put alors se rendre compte que le projectile avait pénétré dans le cœur, à 2 centimètres au-dessus de la pointe, pour ressortir à un niveau un peu plus élevé. On appliqua des points de suture sur les lèvres des deux orifices. La balle s'était logée dans le cul-de-sac postérieur de la plèvre gauche, au voisinage du rachis, ainsi que le fit voir l'examen radioscopique. Le sujet s'est rétabli sans qu'on ait eu à déplorer des complications.

Eau de Seltz et microbes.—Pour combattre l'alcoolisme, dans l'armée allemande, on entraîne les hommes à n'absorber que des boissons hygiéniques, limonades, eau de Seltz. Or, on s'est aperçu que l'eau de Seltz artificielle, débitée dans les cantines, était remarquable par sa richesse en germes microbiens. Une

enquête a été prescrite en conséquence, par le ministre de la Guerre prussien.

De nombre des sanatoria pour tuberculeux, en Allemagne.— Il s'élève actuellement à 68, sans compter 27 établissements privés, exclusivement destinés à la cure de la tuberculose. En 1892, ce nombre se réduisait à 3. Cinq années plus tard, en 1897, il était de 13, et au bout de cinq nouvelles années, il se chiffrait par 56. La progression a donc été continue et rapidement ascendante. L'institution des sanatoria a été complétée par celle d'associations qui se chargent de secourir les familles privées de leurs soutiens, pendant le temps que ceux-ci sont hospitalisés dans les établissements spéciaux.

Syphilis contractée par la voie du coït, chez un garçon de 6 ans.—La victime avait été sollicitée au coït, par une fillette de 9 ans, dont la vulve était ornée de condylomes. Chez le garçon, le chancre induré siégeait sur le bord libre du prépuce; lorsqu'il fut examiné par le Dr Frank Lydsston, il présentait déjà des accidents secondaires: syphilide maculo-papuleuse; papules sur les amygdales; adénites multiples.

Grossesse prémenstruelle, chez une fillette de 13 ans.—Le cas a été relaté par le Dr Addinsell (*The Lancet*, 1905, No 4256). L'intéressée a mis au monde un fœtus de sept mois. Le Dr Addinsell conclut de ce fait à l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. Celle-ci ne serait qu'une manifestation de dégénérescence, inconnue de l'humanité primitive.

Transmission héréditaire de l'hémophilie. — Ainsi que nous avons déjà eu occasion de le signaler, cette transmission s'effectue suivant un mode spécial: l'hémophilie se transmet presque exclusivement à la descendance mâle, et par l'intermédiaire des femmes seulement. Ainsi, qu'un hémophilique du sexe masculin épouse une femme de souche non hémophilique, sa descendance sera sûrement épargnée par l'hémophilie. Cette loi vient d'être confirmée à nouveau par les résultats d'une enquête faite par le Dr Lossen et qui a porté sur 207 membres d'une famille (Mampel) d'hémophiliques, bien connue en Allemagne. De ces 207 personnes, 37 étaient entâchées d'hémo-

phillie, et toutes appartenaient au sexe masculin; 18 ont succombé à une hémorrhagie intarrissable.

Transmission héréditaire de propriétés pathologiques. — Un homme, célibataire, s'était fait une blessure au front, au voisinage immédiat de la partie chevelue. Une fois la plaie cicatrisée, les cheveux avoisinants s'étaient mis à blanchir. L'intéressé se maria et devint père de sept enfants, qui, tous, présentaient des anomalies physiques; trois d'entre eux portaient une mèche de cheveux blancs, avec la même localisation que chez le père.

Conférences sur la tuberculose faites aux agents de police. — C'est à Berlin que cela se passe. Elles ont pour but de faire concourir les agents de police à la lutte systématique contre la tuberculose, en les dotant des connaissances indispensables relatives à la nature, à l'étiologie et à la prophylaxie de cette maladie. Le nombre des agents qui ont bénéficié de cet enseignement spécial s'élève à un millier environ.

L'évacuation des blessés russes en Mandchourie. — Après la bataille de Schœnbâ, qui dura près de quinze jours, les Russes ont évacué 3,000 blessés dans des trains sanitaires et 30,000 autres dans des wagons de marchandise capitonnés avec du feutre. Ces malheureux, mal vêtus, insuffisamment nourris, ont particulièrement souffert du froid; le thermomètre marquait 12°-16° au-dessous de zéro. Tous les blessés évacués par un même train ont eu des membres gelés.

Après leur arrivée à Kharbin, les blessés sont restés, encore trois jours, privés de nourriture et de soins, dans des wagons non chauffés.

Le Dr Kôcher évalue à 200,000 hommes, dont 20,000 morts, le total des pertes subies par l'armée russe, pendant les neuf premiers mois de la guerre.

Le lait en poudre. — Ce lait en poudre s'obtient en mélangeant à du lait de vache une quantité suffisante de sels du lait, pour rendre l'albumine soluble, soit 1 0/0 de nitrate de calcium et de phosphate de potassium. On évapore ensuite le mélange et on ajoute du sucre non cristallisé, dans la proportion de 1 à 2 0/0 du poids du lait, afin d'éviter la décomposition du résidu.