

# MONTREAL-MEDICAL

---

VOL. IV

15 DÉCEMBRE 1904

No 10

---

## LES DECORATIONS DE FRANCE

M. M. les docteurs Foucher et LeSage viennent de recevoir du gouvernement de la République française des décorations qui rendent hommage à leur dévouement à la science médicale et à leurs mérites pour les succès du Congrès de Montréal.

Les nombreux travaux qu'a publiés M. le docteur Foucher et ses années de dévouement au professorat le recommandaient de puis longtemps à l'attention de nos confrères d'outre mer.

M. le docteur LeSage reçoit à son heure une légitime récompense qui l'encourage à marcher dans la même voie et à travailler à la diffusion de la science médicale française sur le sol de la Nouvelle-France.

Lorsque la vieille France tourne un peu ses regards vers les médecins canadiens français de notre pays et laisse tomber sur la poitrine de nos confrères des boutons roses ou nous envoie des palmes de gloire, elle accomplit envers sa fille un devoir maternel qui nous réjouit.

Après plusieurs années de mutuel oubli, il fait bon de se retrouver unis sur un terrain neutre en communion de mêmes idées humanitaires, et de se réchauffer au foyer de la science.

En 1769 la famille française fut divisée en deux parties et il se produisit un écart plus profond que l'Océan qui les séparait ; elles devinrent étrangères l'une pour l'autre.

Il ne restait aucune place au sentiment ; la séparation morale fut aussi complète que la séparation matérielle et politique.

Le 10 janvier 1799 un éminent prélat disait au peuple canadien : "Tout ce qui affaiblit la France tend à l'éloigner de nous ; tout ce qui l'en éloigne assure nos vies, notre liberté, notre culte, notre bonheur."

Les opinions ont depuis ce temps bien changé ; aujourd'hui, tout ce qui affaiblit la France est pour nous la cause d'une profonde douleur ; tout ce qui l'en éloigne ralentit notre marche dans la voie des progrès intellectuels et scientifiques de nos professions libérales.

La France ne saurait être trop prodigue de ses faveurs pour les membres de la profession médicale ; si nous avons beaucoup reçu nous avons eu au-si le courage d'aller les premiers porter en France les lumères de la vérité concernant leur ancienne colonie ; nous avons été les premiers à cultiver en serre chaude la fleur du sentiment dont le parfum embaume toute notre nationalité ; nous avons été les premiers à faire aimer ici les maîtres, les savants et les autorités de la science française.

En 1824, nous trouvons deux fils d'Esculape à Paris : MM. Jacques Dorion, de Saint Ours, et Bardy, de Québec. Tous deux eurent l'avantage de suivre les cours de Dupuytren, la grande célébrité en chirurgie de l'époque.

Ce furent les médecins qui battirent à nouveau pour les Canadiens, les chemins qui vont en France.

Depuis, le nombre de confrères en la Ville-Lumière a toujours augmenté. Ils ont largement puisé à la source de la science les idées françaises qu'ils ont semées dans notre société canadienne.

Si les Français et les Canadiens se tendent souvent une main amicale par-dessus l'Océan, c'est que les médecins ont établi de nombreux courants de bienfaisante sympathie.

Pour peindre la situation telle qu'elle existe, nous sommes obligés d'ajouter que le réveil d'idées sympathiques a été beaucoup plus prononcé au Canada qu'en France.

Les mérites d'un certain nombre de membres de la profession médicale canadienne française ne furent pas toujours connus et récompensés par les gouvernants de la République française, mais les confrères n'en ont pas moins conservé une vive admiration pour l'école de l'immortel Pasteur.

Le 15 décembre, en offrant un dîner d'honneur à MM les docteurs Foucher et LeSage, les médecins de Montréal donnaient un témoignage de haute estime à messieurs les décorés, et envoyaient au delà des mers une pensée émue de profonde gratitude à la vieille France que nous aimons toujours.

## TRAITEMENT DU CANCER

PAR LA METHODE DE M. LE PROF. ADAMKIEWICZ

Nous avons déjà publié un certain nombre de carcinomes traités par la méthode du professeur Adamkiewicz (de Vienne). Nous trouvons dans la "Deutsche Aerzt Zeitung" (numéro du 15 avril 1904), 16 autres cas qui mettent de nouveau en relief la valeur de cette méthode. Enfin, il en existe deux récents, publiés dans les numéros 21 et 24 de l'"Aerztliche Rundschau" de l'année courante.

Adamkiewicz considère le carcinome comme une affection parasitaire, dont une toxine spéciale, isolée par lui du suc cancéreux et dénommée "cancroïne", détruit et élimine l'élément vivant. Au point de vue de sa composition chimique, la cancroïne serait une base triméthylée d'oxyde d'ammonium, en double combinaison avec le phénol et l'acide citrique.

Le traitement consiste en injections sous-cutanées, s'élevant progressivement d'un demi-centimètre cube à deux au maximum. La dose et le nombre des injections sont réglés par les phénomènes réactionnels que présente le sujet et par l'amélioration produite. En général, les effets sont très rapides et, dès les premières interventions, les résultats sont manifestes.

Les 18 cas nouveaux que le professeur Adamkiewicz livre au public médical se décomposent ainsi qu'il suit : 7 cancers du sein ; 2 de l'utérus ; 2 des intestins ; 2 de l'estomac. Les cinq autres occupaient l'oreille externe, les vertèbres du cou, la langue et le plancher de la bouche, la cage thoracique, enfin la nuque.

En ce qui concerne les cancers du sein, la plupart des malades avaient subi une ou plusieurs opérations quand elles s'adressèrent au professeur de Vienne ; l'amélioration des symptômes morbides fut très nette.

Adamkiewicz rapporte deux exemples de "cancers de l'utérus". Il s'agissait d'épithéliomas, ayant envahi le col dans un cas, le corps et le col dans l'autre. Ce dernier était compliqué de pertes abondantes et de douleurs dans les jambes ; après trois semaines de traitement par la cancroïne, cessation des pertes, des douleurs, réduction très notable des signes physiques. Chez la seconde malade, nouvelles pertes, après un état général excellent de trois mois ; seconde cure, commencée le 8 juillet 1903 ; le 25, arrêt définitif des pertes ; à la fin du mois d'août, la santé de la patiente ne laissait rien à désirer.

Adamkiewicz cite également deux observations de "cancers des intestins" et deux cas de "cancers de l'estomac" extrêmement améliorés par son traitement.

Les cinq autres cas de cancer que fait connaître Adamkiewicz, occupaient chacun un siège différent ; l'oreille externe, les vertèbres cervicales, la langue et le plancher de la bouche, la cage thoracique et enfin la nuque.

Le malade atteint du cancer de l'oreille, avec propagation à la face, était âgé de 72 ans, et, pour le cancer de la nuque, il s'agissait d'une vieille dame de 79 ans. Malgré l'âge avancé de ces 2 patients, les injections de cancroïne firent fondre rapidement les productions néoplasiques.

Toutes ces observations, ainsi que celles qui ont été publiées antérieurement, démontrent que la cancroïne a une action indéniable sur le cancer, quel qu'en soit le siège, extérieur ou intérieur.

S'ensuit-il que ce moyen guérissent tous les cancers ? Adamkiewicz ne l'a jamais prétendu. Si son expérience clinique lui permet d'affirmer que son sérum possède assez de puissance pour éliminer le parasite, cause de la dégénérescence, dans les cas moins heureux il permet de prolonger l'existence. Et n'est ce pas déjà un résultat énorme, quand le médecin se trouve en présence d'un ennemi inexorable, de mettre à sa disposition un moyen qui, non seulement n'est jamais nuisible, mais, en calmant les douleurs, réduisant les signes physiques, remontant l'état général, ranime le courage du malade et surtout lui donne l'espoir de la guérison.

---

### POIDS DU CORPS ET LA DIMINUTION DE LA TAILLE

La diminution de la taille chez les vieillards est un fait connu, et, d'après les classiques recherches de Guetelet, on peut l'évaluer en totalité, après l'âge de soixante ans, à 75 millimètres en moyenne. On sait également que la raison de cette diminution réside dans une série de modifications morphologiques que subit le squelette. Les disques intervertébraux s'amincissent, ce qui entraîne un affaissement et une exagération des courbures antéro postérieures de la colonne vertébrale ; le col du fémur s'infléchit souvent en bas, se raccourcit et s'atrophie, tandis que la cavité cotyloïde s'élargit ; la voûte du pied s'aplatit et le tissu adipeux de la plante du pied diminue d'épaisseur ; les muscles s'atrophient et per-

dont de leur tonicité, ce qui a également pour résultat la flexion des genoux et de la colonne vertébrale.

Le chiffre de 75 millimètres donné par Guetotet comme mesure de cette diminution est, comme nous l'avons dit, une moyenne.

Ce chiffre constitue donc une valeur purement théorique, et les recherches de M. Parisot mettent bien ce fait en relief.

Ainsi, sur 60 vieillards dont il a pu connaître la taille au moment de leur entrée au service militaire, il n'en a trouvé que 41 dont la taille ait diminué, et chez 16 d'entre eux, soit dans près de 40 pour 100, cette diminution n'a été que de quelques millimètres. D'un autre côté une diminution de la taille de 7, 8 ou même 9 centimètres n'est pas très rare, puisqu'elle a été notée chez huit vieillards, soit dans 20 pour 100 des cas. Le plus souvent, l'abaissement de la taille atteint 3 centimètres (9 cas), 5 centimètres (8 cas), 6 centimètres (7 cas), 2 centimètres (8 cas). M. Parisot a pu établir que dans ces variations individuelles les professions n'exercent aucune influence et qu'il en est de même de l'âge. C'est ainsi qu'à côté d'un homme de quatre-vingt-huit ans qui n'avait perdu que 3 centimètres, M. Parisot en a vu un autre de soixante et sept ans dont la taille avait diminué de 9 centimètres.

La diminution du poids par atrophie sénile des organes peut aussi être considérée comme une règle. Par un procédé que nous ne pouvons exposer ici en détail, M. Parisot a exprimé cette diminution par une courbe basée sur la notion de l'"unité anthropométrique" qu'on obtient en divisant le poids du vieillard par le chiffre exprimant sa taille, et cette courbe est constituée par une ligne nettement décroissante jusqu'à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

Toutefois — et c'est là le point intéressant du travail de M. Parisot —, si la diminution du poids est un phénomène régulier et pour ainsi dire, physiologique chez le vieillard, son organisme n'en est pour cela condamné à une dénutrition progressive. Sous l'influence d'un régime alimentaire convenable, le vieillard peut gagner du poids, et M. Parisot cite des cas où ce gain a été de 3 et même de 6 kilogrammes dans l'espace de quelques mois.

Une fois cette augmentation obtenue, le poids reste stationnaire, puis diminue de quelques centaines de grammes au bout de quelques mois. Autrement dit, l'organisme du vieillard a parfois encore assez de vitalité pour atteindre, dans de bonnes conditions d'hygiène, une sorte d'optimum et redescendre ensuite lentement sous l'influence de la déchéance sénile.

Il n'est point nécessaire d'insister sur l'intérêt pratique de cette constatation, et M. Parisot a certainement raison de dire que les pesées successives permettent de juger de la santé du vieillard dont la symptomatologie fruste attire, plus rarement que chez l'adulte, l'attention du médecin. C'est d'autant plus exact qu'à côté des vieillards qui augmentaient de poids, M. Parisot en a observé d'autres qui maigrissaient sous l'influence du régime hospitalier. Chez eux, quand on ne prenait pas garde à la diminution du poids signalée par la bascule, l'involution sénile semblait si précipiter, et c'est à peine s'ils pouvaient faire les frais d'une maladie intercurrente quelconque.

### LUXATION DU TESTICULE DANS L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

Il est déjà assez curieux de voir le testicule se luxer parfois sous la peau de la cuisse, dans le périnée ou dans la région du pubis.

Mais, ce qui est vraiment surprenant, c'est de constater que le testicule peut passer dans l'articulation coxo-fémorale, comme le témoigne le cas publié dans le "Centralblatt für Chirurgie" par M. Jurinka.

Cet accident est arrivé à un charretier qui, en montant sur son camion, tomba sur le palonnier de la voiture dont une des roues lui passa ensuite sur la jambe gauche. Il put se relever et faire quelques pas, mais presque aussitôt il perdit connaissance et fut amené à l'hôpital.

Là on put établir que malgré les violentes douleurs que le malade accusait dans la hanche gauche, il n'y avait pas de fracture ni de luxation. Mais au cours de l'examen on constata que la moitié gauche du scrotum était vide et attirée en haut, en entonnoir. Le diagnostic de luxation du testicule était certain et dans l'idée que celui-ci se trouvait sous la peau du ventre, au milieu de caillots qui le masquaient, on fit une incision comme dans la cure radicale des hernies inguinales. Mais à la grande surprise on trouva qu'en sortant de l'anneau, le cordon spermatique se dirigeait en dehors et en arrière. Les essais d'amener le testicule en tirant sur le cordon ayant échoué, on le suivit jusqu'à l'articulation coxo-fémorale, et ce n'est qu'en mettant le membre en flexion et rotation forcées qu'on put, en tirant sur le cordon, amener le testicule qui passa enfin à travers une déchirure que présentait la partie antéro-supérieure de la capsule articulaire. Le testicule, pâle et anémié, était transformé en une galette d'une épaisseur de

2 à 3 millimètres ; l'albuginée était intacte et l'épididyme moins déformé que le testicule. On n'en pratiqua pas moins la castration, et le malade guérit sans avoir présenté de complication.

Par quel mécanisme le testicule s'est-il trouvé amené à l'intérieur de l'articulation coxo-fémorale ? Voici l'explication qu'en donne M. Jurinka.

M. Jurinka admet notamment que lorsque l'homme est tombé le périnée sur le palonnier de la voiture, le testicule s'est luxé dans la région pubienne. D'un autre côté le passage de la roue sur la jambe du malade a dû amener presque en même temps une luxation sus-pubienne. Celle-ci s'est réduite spontanément ; seulement dans son mouvement de retraite, la tête du fémur a pour ainsi dire ramassé le testicule qu'elle a fait passer dans l'articulation en l'aplatissant contre les parois de la cavité cotyloïde.

---

## VOLUMINEUX LIPOME DU CORDON SPERMATIQUE GAUCHE.

PAR M. DR. STORI.

Enorme tumeur du scrotum ayant débuté il y a six ans, chez un curé de soixante-six ans : opération facile, suites simples.

Les caractères macroscopiques de la tumeur étaient ceux du lipome pur ; les vaisseaux du cordon étaient dilatés, et leur volume était huit ou dix fois le volume normal ; le canal déférent était au contraire petit ; le testicule avait l'apparence normale ; la vaginale épaissie et tendue, contenait environ 50 centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent ; les éléments du cordon ainsi que le testicule étaient situés à la partie postérieure et supérieure de la tumeur et ils étaient complètement englobés dans son épaisseur : toute la masse du lipome était soutenue par une tunique fibreuse commune assez épaisse ; les couches superficielles du scrotum étaient libres, sauf au plan inférieur de la tumeur ; celle-ci, une fois vidée de sang, pesait 8900 grammes.

Dans ce cas, le lipome s'était développé aux dépens de la graisse du cordon spermatique. Il n'avait aucun rapport avec le tissu adipeux sous-péritonéal ni avec celui de la fosse iliaque interne ; c'était un lipome primitif du cordon spermatique.

Cette tumeur est remarquable en raison de ses proportions ; elle est une des plus volumineuses qui soient connues, et le cas peut

être comparé à ceux de Brossard (4.500 grammes), de Hoch (5 livres), Gascoigne (15 livres), Wilms (20 livres); le malade, patient et résigné, la portait dans un sac solidement attaché à sa ceinture; il dormait presque assis dans son lit, tenant dans ses bras son lipome posé sur ses genoux.

L'opération comporta le sacrifice du testicule, les éléments du cordon étant infiltrés, ce qui se produit toujours lorsque les tumeurs de ce genre ont acquis un certain volume.

### LE CLAPOTAGE GASTRIQUE.

PAR M. LE DOCTEUR KIEFFER.

A mesure que la chirurgie gastrique étend son champ d'action; la clinique, de son côté, recherche et précise les symptômes qui permettent de révéler, d'aussi bonne heure que possible, les lésions susceptibles d'être améliorées par les interventions chirurgicales.

On se préoccupe, actuellement, d'étudier les signes du retard de l'évacuation du contenu de l'estomac. Assez souvent, les uns nous apportent leurs petits procédés de réactions chimiques et de dosages; les autres font prévaloir leurs appareils de physique; la clinique se borne toujours à des moyens en apparence moins précis et toujours plus pratiques.

On a beaucoup discuté, et récemment encore en Allemagne, sur la valeur du clapotage de l'abdomen pour le diagnostic des sténoses du tube digestif. L'importance de ce signe, reconnue par les uns et refusée par les autres, ne doit être admise que si l'on connaît bien les renseignements qu'il est capable de donner relativement à l'état de la motricité gastrique, d'autre part, les conditions dans lesquelles il faut le rechercher et, enfin, les erreurs auxquelles il pourrait prêter.

La recherche du clapotage est assez facile: le malade, une fois couché sur le dos, les muscles abdominaux relâchés, on imprime à la paroi abdominale avec l'extrémité des doigts quelques secoues rapides qui provoquent, lorsque l'estomac contient à la fois des gaz et des liquides, un bruit très caractéristique analogue à celui que l'on entend lorsqu'on secoue une bouteille moitié pleine d'eau et d'air.

Ce signe n'a de réelle valeur que lorsqu'on le retrouve le matin à jeun et mieux, comme le pratiquent les Allemands, le matin à jeun après avoir fait prendre, la veille au soir, un repas d'épreuve.



Or, dans de pareilles conditions, le clapotage peut donner lieu à des interprétations erronées ; ou bien, il n'y a pas de liquide de stase dans l'estomac et l'on entend un bruit de clapotage ; ou bien, il y a du liquide dans l'estomac et le clapotage n'est pas perçu.

Dans le premier cas, le clapotement peut être dû à un liquide intestinal tel qu'il en existe pendant la diarrhée ou après un purgatif, ou bien encore en avant d'un obstacle siégeant sur le trajet de l'intestin grêle. Il sera indiqué de se rappeler ces conditions particulières, importantes à connaître pour éviter une fâcheuse erreur qui pourrait attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'une sténose pylorique. Dans la simple dilatation gastrique avec ptose, mais sans stase, on peut percevoir à la palpation un bruit qui pourrait être confondu avec le clapotage ; malgré ses caractères particuliers d'intensité, de tonalité d'étendue et de situation ; le diagnostic exigera, toutefois, le contrôle d'un autre prouvé clinique, tel que la succussion, le sondage...

Dans le second cas, le clapotage n'est pas perçu alors qu'il existe du liquide dans l'estomac. L'erreur peut tenir aux conditions dans lesquelles se trouve le malade. La paroi abdominale peut être surchargée de graisse, ou bien être trop tendue ou contracturée par suite de douleur et empêcher ainsi le clapotement qui, dans de pareilles conditions, pourrait être mis en évidence par le procédé de M. le Dr. Mathieu. Avec la main gauche appuyée sur le flanc droit du malade, on repousse à gauche la masse gastro-intestinale ; l'estomac vient se loger dans l'hypochondre gauche avec les liquides qu'il contient ; on peut alors, avec la main droite, produire une série de succussions de l'estomac.

Les parois gastriques, elles-mêmes, peuvent se trouver dans un état de contracture passager ou permanent et s'opposer ainsi au clapotage, ou bien encore, malgré la sténose pylorique, l'estomac peut avoir conservé ses dimensions et sa position normales, car celles-ci dépendent de la durée de la sténose, de l'hypertrophie compensatrice de la musculature de l'organe, de l'alimentation du malade. Stillier recommande la palpation et la percussion combinée de l'estomac après avoir mis le malade dans le décubitus latéral gauche. Plus récemment, Binderski et Gockel ont combiné la palpation à l'auscultation avec le stéthoscope, et ont pu constater, très distinctement par ce moyen, le clapotage que les autres méthodes n'avaient pu permettre d'apprécier.

Il reste à parler du liquide gastrique qui, par sa consistance

peut donner au clapotage un caractère indistinct pouvant prêter à l'erreur, lorsque ce liquide est constitué par des résidus alimentaires assez denses, formant une épaisse bouillie.

Je rapporte ici le cas d'un jeune homme opéré, il y a deux ans, à la clinique chirurgicale du Dr. Monprofit, d'une gastro-entérostomie postérieure en Y pour ulcère et sténose du pyloro, avec vaste dilatation gastrique. Actuellement, l'estomac de ce malade descend, à jeun, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; mais par le clapotage, on ne pourrait affirmer qu'il y ait du liquide de stase, le bruit perçu est celui d'un estomac atone, la succussion non plus ne donne aucun signe bien net, et tout porterait à croire que, chez ce jeune homme bien portant, l'estomac se vide normalement par la bouche gastro intestinale ; or, par le sondage à jeun, même avec l'aspirateur, on ne peut extraire aucun liquide ; ce ne fut que dans un effort de vomissement, provoqué par le retrait de la sonde, que le malade rejeta un grand verre d'une épaisse bouillie alimentaire qui vient apporter la certitude du retard de l'évacuation du contenu gastrique.

En résumé, le clapotage gastrique est un bon signe clinique qui permet d'indiquer la possibilité d'une insuffisance persistante du pyloro, mais il doit être recherché d'une façon méthodique et demande à être contrôlé par d'autres procédés.

Pour rendre ses renseignements aussi précis que possible, il sera bon de rechercher le clapotage plusieurs fois le matin à jeun ; de le rechercher par la palpation et la percussion combinées, suivant le procédé de Mathieu ; dans le décubitus latéral gauche, comme le recommande Stiller ; ou par la palpation et l'auscultation stéthoscopique suivant la méthode de Gockel.

Cette pratique associée à la succussion ou au sondage, permettront de renseigner le médecin d'une façon suffisante sur l'état de vacuité de l'estomac le matin à jeun.

---

## LES NOUVELLES DECOUVERTES DU PROF. VON SCHRÖN

— Sous ce titre la *Riforma* publie un compte rendu très détaillé d'une conférence faite à l'Institut d'anatomie pathologique de Naples par le professeur von Schrön, le 18 juin dernier. Dans cette conférence, l'orateur a développé toute une théorie qui retient l'attention au moins par l'originalité et la hardiesse de sa conception, puisqu'elle ne tend à rien moins qu'à détruire l'unicisme de

la tuberculose. Pour Schrön, tuberculose et phtisie sont deux processus différents dus à deux micro-organismes, distincts par leur structure et leurs caractères biologiques. Le microbe *phthisiogene*, doué d'affinités tinctoriales spéciales, occupe la matière caséuse, ou plus exactement, constitue en grande partie celle-ci par le feutrage de ses ramifications: si la substance caséuse a passé jusqu'ici pour un tissu nécrosé, c'est uniquement en raison de l'insuffisance de la technique utilisée pour la colorer et l'étudier. Le microbe *phthisiogene* n'a été jusqu'à présent cultivé par l'auteur qu'en gouttes pendantes.

En résumé, la nouvelle conception napolitaine de la tuberculose est la suivante: le bacille de Koch est une sorte de pionnier indispensable pour préparer le terrain; s'il reste seul, il donne seulement des lésions tuberculeuses à proprement parler ou inflammatoires et de telles lésions sont éminemment guérissables, comme le prouvent les autopsies de vieillards chez lesquels on trouve si souvent des tubercules calcifiés; mais si le *phthisiogene*, primitivement ou secondairement, s'adjoint au bacille de Koch, la caséification se produit, la phtisie s'ensuit et dès lors les efforts de la sérothérapie instaurée contre le bacille de Koch seul sont absolument vains. De nombreuses préparations microscopiques étayaient solidement, paraît-il, ces affirmations révolutionnaires.

---

#### Opothérapie rénale; préparation du suc rénal, par M. BAZIN.

Le "modus faciendi" recommandé par M. Bazin est le suivant:

Employer des reins de porcs jeunes, reins faciles à obtenir et relativement volumineux, à l'exclusion de ceux de truies ou de verrats qui sont quelquefois malades.

L'organe sera prélevé aussitôt après la mort de l'animal, puis lavé rapidement dans l'eau stérilisée, découpé avec des ciseaux flambés, en "minces tranches" (le parenchyme rénal pulvé donnerait un produit presque impossible à clarifier) qui sont mises en contact pendant six heures avec poids égal de glycérine neutre à 30°.

Il est important de faire cette macération dans un appareil stérilisable et muni d'un disque d'étain ou de verre épais, qui, placé sur les tranches d'organe, les maintient au fond du récipient.

La macération terminée, ajouter une quantité d'eau chloroformée (saturée) égale au "tiers" du poids de la glycérine employée, agiter plusieurs fois et jeter sur une gaze stérilisée.

Après forte expression, laver le magma avec quelques centimètres cubes d'eau chloroformée, et exprimer de nouveau. Le liquide obtenu est aussitôt filtré, à la trompe, sur du papier "blanc" lavé à l'eau bouillante.

Le filtratum limpide, recueilli dans un matras stérilisé et taré, est alors additionné de quantité suffisante de glycérine pure pour obtenir le "double" du poids de l'organe traité.

On a ainsi un suc titré à  $\frac{1}{2}$ , qu'on distribue dans des flacons de 50 ou 100 centimètres cubes, flambés à 150°.

Quoique ce suc soit susceptible d'une longue conservation, il est bon de n'en préparer à la fois que de petites quantités qu'on renouvelle au fur et à mesure des besoins; on l'emploie pur, ou mieux mélangé à un peu d'eau froide.

#### Placenta (Placentine, Placentose).

On emploie les placentas de vaches et de brebis.

Le placenta en nature figure dans l'ancienne pharmacopée; c'est ainsi que Lemery mentionne les pilules d'"arrière-faix" somme particulièrement efficaces, pour prévenir les tranchées intérieures "post partum". Toutefois cet usage thérapeutique était depuis longtemps dans le plus complet discrédit, lorsque tout dernièrement l'attention a été de nouveau attirée par Bouchacourt sur les propriétés de l'extrait au suc de placenta. Cet auteur a publié sur ce sujet un mémoire intéressant dans lequel il préconise ce produit comme "galactogène" suffisamment énergique: à l'appui de son dire, il cite quelques observations où l'emploi de ce nouvel agent opothérapique a été suivi de succès.

On devrait, en conséquence, employer le suc placentaire dans tous les cas d'agalactie ou d'hypogalactie, soit immédiatement après l'accouchement, quand, pour une raison ou pour une autre, la sécrétion lactée diminue ou se tarit ancrmaement. Les observations de Bouchacourt ont été confirmées par Chaleix, Viviers, etc... Fieux, au contraire, ne croit pas à l'action galactogène du suc placentaire et rappelle un fait bien connu des éleveurs du Midi, c'est que les vaches qui mangent leur placenta sont moins bonnes nourricières que celles qui ne le mangent

pas ; aussi ces éleveurs ont ils soin d'enlever leur délivre aux vaches qui viennent de vêler ; mais, on peut aussi bien soutenir que certaines vaches, d'habitude mauvaises nourricières, éprouvent par cela même, le besoin instinctif de manger leur placenta.

La placentine représente cinq fois son poids du délivre frais.

On l'administre par doses massives : 2 à 5 grammes plusieurs fois par jour.

---

## UN NOUVEAU TRAITEMENT LOCAL DE LA DIPHTÉRIE.

La question des sérums se complique de plus en plus à mesure qu'on l'étudie plus en détail. Les microbiologistes arrivent maintenant à dissocier les éléments complexes dont se composent les sérums et ainsi à isoler des propriétés qui, jusqu'ici, étaient associées. Ce sera par exemple dans un sérum l'antitoxine qu'on pourra séparer de la sensibilisatrice ou de l'agglutinine. C'est ce que le Dr. Louis Martin a essayé de réaliser au moyen du bacille diphtérique avec le concours de M. Besredka. Il a vu que si on chauffe à 100° pendant une heure les corps des microbes de la diphtérie, puis qu'on les émulsionne dans de l'eau pure ou de l'eau physiologique, on obtient un liquide homogène qu'on peut injecter au cheval, de préférence par voie veineuse et non sans de grandes précautions (sous peine de le tuer). On obtient ainsi, chez ces animaux, un sérum renfermant à la fois une agglutinine et une sensibilisatrice. Or, ce sérum jouit de propriétés nouvelles dont M. Martin a entretenu la Société de biologie dans une de ses dernières séances.

Grâce à ce sérum, il a pu apporter un très intéressant perfectionnement à la méthode ordinaire du traitement de la diphtérie par l'injection du sérum immunisant ordinaire. Il s'agit, en effet, d'associer au traitement ordinaire le traitement local par le sérum appliqué sur les fausses membranes.

Le professeur Dieulafoy avec M. Marion avait essayé ce traitement ; plus récemment M. Behring a repris la question.

M. Martin et son collaborateur ont d'abord pratiqué les attouchements répétés de la fausse membrane avec du sérum ordinaire, sans noter un résultat appréciable ; au contraire, avec le sérum de chevaux qui ont reçu des corps microbiens, ils ont souvent noté une diminution rapide de la douleur.

Mais, dans les attouchements, le sérum ne reste pas en contact avec la fausse membrane pendant un temps suffisamment long.

Ils ont obtenu de meilleurs résultats en incorporant du sérum sec dans la gomme, de façon à constituer ainsi des pastilles qui fondent lentement dans la bouche.

Les expériences ont été faites chez des adultes ou de grands enfants et on a noté :

1<sup>o</sup> Que la douleur disparaissait très rapidement ;

2<sup>o</sup> Que les fausses membranes prenaient une couleur jaune, se gonflaient et se détergeaient, en un temps très court ;

3<sup>o</sup> Quelques essais ont montré que les gorgesensemencées sur sérum qui donnaient avant les pastilles de très nombreuses colonies diphtériques, en donnait beaucoup moins vingt-quatre heures après ce traitement, et très peu après quarante-huit heures.

Ces essais permettent d'espérer qu'on pourra ainsi diminuer la persistance du bacille diphtérique dans la gorge des enfants et, probablement même, se servir de ces pastilles à titre préventif.

Il est inutile d'ajouter que, dans les diphtéries déclarées, les auteurs ont toujours pratiqué les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique et qu'il faut toujours agir ainsi jusqu'à nouvel ordre.

Voilà donc une application nouvelle et particulièrement intéressante de la bactériologie à la thérapeutique. Non moins curieuse est la façon dont les auteurs ont été amenés à sortir du laboratoire et à faire d'un produit d'expérience un véritable médicament, déduisant l'emploi thérapeutique de la constatation des symptômes observés chez les animaux après son emploi. Cette méthode indirecte, souvent mise en œuvre d'ailleurs par Pasteur et ses élèves, a cet avantage que si l'indication clinique se trouve bien cadrer avec l'action biologique du produit, les résultats sont absolus et d'une efficacité très grande. Tel le traitement de la diphtérie par le procédé de l'injection sous-cutanée d'une quantité convenable de sérum dont l'efficacité n'est plus à démontrer, tel, semble-t-il, l'emploi de doses infiniment plus petites et employées localement d'un sérum obtenu de façon un peu différente, ainsi qu'il vient d'être dit.

On ne peut que souhaiter succès constant et définitif à M. Marun. Il aura ainsi bien mérité des médecins et des malades en créant cette curieuse méthode dont l'emploi ne peut manquer de se généraliser et que je tenais à bien indiquer en détail aux médecins, car elle constitue une très importante et très curieuse nouveauté thérapeutique.

**Du Traitement Rationnel de la Toxémie gravidique précoce  
et en particulier des vomissements simples  
de la grossesse**

PAR M. LE PROFESSEUR A. TURENNE.

Cet intéressant travail fit l'objet d'une communication du professeur Augusto Turenne, de Montevideo, au IIe Congrès médical américo-latin. Pour l'auteur l'état d'auto-intoxication des premiers mois de la grossesse serait dû au manque d'équilibre entre la production et l'élimination de la sécrétion interne. Il compare les phénomènes produits par cet état à ceux de l'aménorrhée essentielle et de la ménopause naturelle et artificielle et en se basant sur les travaux de Chrobak, Knauer, Mainzer et Jayle, qui traitent ces dernières maladies par l'opothérapie, il l'essaye sur ses malades avec de fort bons résultats. Des dix-huit cas où l'opothérapie fut appliquée pour des phénomènes de toxémie gravidique précoce, tous furent guéris pour tout le restant de la grossesse. La dose d'ovarine est, suivant les cas, de 10 à 60 centigrammes par jour, et la durée du traitement varie entre une et trois semaines.

En résumé, les accidents appelés signes réflexes ou nerveux de la grossesse seraient dus à une intoxication par rétention de la sécrétion menstruelle. Son traitement par l'opothérapie est rationnel et donne des résultats positifs.

---

**EMPOISONNEMENT PAR LES HARICOTS EN CONSERVE.**

PAR M. LE DOCTEUR LANDMANN.

Au commencement de cette année 1904, 21 personnes qui, à Darmstadt, avaient mangé une salade de haricots, tombèrent subitement malades, et 11 moururent : soit une mortalité formidable de 55 pour 100.

Les symptômes d'intoxication se manifestèrent de vingt-quatre à trente-six heures après le repas par des troubles dans l'appareil visuel : mydriases strabisme ptosis. Le système médullaire, puis bulbaire furent pris ensuite ; paralysie tantôt unilatérale, mais le plus souvent bilatérale ; pouls rapide, respiration superficielle. Dans les cas malheureux, la mort arriva du cinquième au quator-

zième jour. Les dix qui résistèrent présentèrent une très longue convalescence. Dans aucun cas il n'y eut de troubles intestinaux.

Une petite quantité de la salade de haricots saisie fut agitée avec 5 centimètres cubes d'eau salée, le tout filtré, puis injecté, à la dose de  $\frac{1}{2}$  centimètre cube, à deux souris: les deux animaux moururent en vingt-quatre heures avec une paralysie complète. L'injection de 0 centmc. 1 provoqua la mort après un délai de cinq à six jours.

L'ensemencement en culture anaérobie donna lieu à un grand dégagement de gaz odorants (odeur du fromage de Limbourg). L'examen microscopique montra l'existence de gros bacilles ayant une grande tendance à se sporuler vers  $37^{\circ}$ . Ce bacille se colore avec le Gram, et, sauf quelques différences dans sa réaction au milieu thermique, présente de grandes analogies avec le bacillus botulinus de Van Ermengen.

L'action infectieuse du bacille lui-même n'a pu être observée. Les bactéries sporifiées, lavées à l'eau salée, centrifugées puis injectées à des souris, n'ont donné lieu à aucun accident, alors que les cultures fournissent, dès le quatrième jour, un poison soluble très énergique; 0 centmc. 000003 amènent, chez les souris, une paralysie mortelle. La température diminue cette toxicité, qui disparaît bien avant le point d'ébullition vers  $10^{\circ}$ .

Comme le poison du bacillus botulinus, il est fixé par la substance cérébrale, et une dose dix fois mortelle, triturée avec un fragment de cerveau, ne peut plus provoquer de troubles graves.

Pour expliquer la présence de ce microbe, voisin sinon identique avec celui d'Ermangen, Landmann suppose qu'il doit provenir de viandes placées au voisinage de la conserve au moment de sa fermeture.

La conserve n'était pas, en effet, industrielle, mais faite dans une cuisine privée.

Devant la mortalité constatée, l'auteur conclut sagement qu'on ne saurait être trop prudent avec les conserves, et que toute boîte qui présente un simple goût ou odeur suspects doit être rejetée.

---



TRAITEMENT DE LA GRIPPE A FORME NERVEUSE

La grippe à forme nerveuse comporte une thérapeutique spéciale.

De tous les médicaments, le plus utile est la quinine, qui doit être donnée de préférence sous forme de bromhydrate :

Bromhydrate de quinine.....	5 grammes.
Eau distillée bouillie.....	Q. S. p. 20 cc.

Une seringue de Pravaz matin et soir.

Pour lutter contre l'élément douleur, l'aspirine, le pyramidon sont tout indiqués. On peut encore, comme dans la formule suivante, associer plusieurs analgésiques :

Phénacétine.....	20 centigrammes.
Acétanilide.....	10 —
Salophène.....	40 —
Antipyrine.....	30 —

Pour un cachet, n° 20. — Deux à trois par jour.

Les douleurs locales seront calmées par les applications de la pommade suivante :

Vaseline.....	} à 15 grammes.
Lanoline.....	
Salicylate de soude.....	8 à 10 —
Extrait de belladone.....	0,30 centigrammes.
Extrait thébaïque.....	0,10 —
Menthol.....	1 à 2 grammes.

Pour frictions de huit à dix minutes, trois à quatre fois par jour.

En cas de dépression nerveuse, on aura recours à la kola, au quinquina, aux glycérophosphates :

Glycérophosphate de chaux.....	6 grammes.
— soude.....	4 —
— potasse.....	3 —
— fer.....	3 —
— magnésie.....	2 —
Sulfate de strychnine.....	0,03 centigr.
— sparéine.....	0,60 —
Acide citrique.....	3 grammes.
Eau distillée.....	100 —
Glycérine.....	Q. S. p. 150 cc,

Une à quatre cuillerées à café par jour, dans un peu d'eau-de-vie ou de bière ; à prendre au milieu des repas.

### TRAITEMENT DU PRURIT AIGU.

Il faut soumettre les malades au régime lacté absolu et plus tard au régime lacto-vegetarien dont ils ne devront pas se départir pendant longtemps.

Pour calmer les démangeaisons, M. Gaucher emploie des lotions vinaigrées, puis les pommades au menthol et au gâïacol à 1 p. 100 ou tout au plus à 2 p. 100 ; et en pareil cas il faut avoir soin de prescrire le gâïacol synthétique.

Les lotions avec l'eau vinaigrée peuvent être faites le matin et être suivies de l'application de la pommade ainsi formulée :

Gâïacol pur .....	}	à à 1 gramme.
Menthol cristallisé.....		
Vaseline pure .....		100 gramme.

Épaissir avec q. s. d'oxyde de zinc.

Poudrer ensuite avec :

Poudre de talc.....	100 grammes.
Camphre .....	2 —

On peut aussi arriver à calmer le prurit avec l'eau oxygénée incorporée à une pommade. M. Gaucher a vu plusieurs fois la pommade suivante réussir, en particulier, dans des cas d'urticaire très prurigineux :

Eau oxygénée médicinale pure.....	}	à à 20 grammes.
Lanoline anhydre .....		
Vaseline pure.....		
Poudre de talc.....		

On peut augmenter la proportion d'eau oxygénée et la mettre au tiers, soit en augmentant sa quantité, soit en supprimant la poudre de talc. Cette préparation donne de bons résultats, quelle que soit la forme du prurit.

---

M. le docteur John Griggs, dans son expérience concernant le traitement des maladies du sang, de la chlorose et de l'anémie a trouvé que la meilleure préparation qui lui donna les plus fidèles résultats fut la Bovinine. Dans un grand nombre de cas d'autres préparations ferrugineuses employées n'avaient procuré aucune amélioration et l'administration de la Bovinine stimula la nutrition et guérit l'anémie.



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



F. C.  
Fine  
Champagne

# BRANDIES

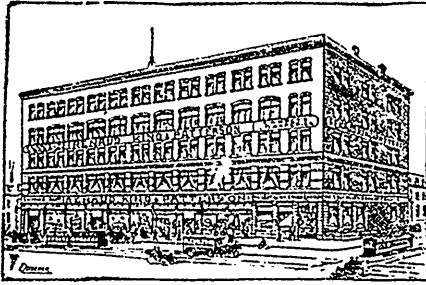
## Ph. RICHARD

### COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession  
médicale à cause de leur pureté reconnue et  
haute qualité

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES



Meubles. Literie, Tapis,  
Draperies, 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

**Infailible 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.

Visitez l'établissement de la

## Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

LACASSE ROUSSEAU,

Tel. Up 971

*Directeur-Gérant.*

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

**SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ**

La Société de Crédit Hebdomadaire, Limitée

107, RUE ST-JACQUES, MONTREAL

## SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LA FORMULE DE L'ADRENALINE.

PAR M. GABRIEL BERTRAND.

En raison de l'importance prise au cours de ces dernières années, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique, par la substance active des glandes surrénales désignée communément sous le nom d'*adrénaline* (1) on s'est efforcé d'élucider la composition, les propriétés et jusqu'à la constitution chimique de cette substance remarquable.

Malgré toutes les recherches, la formule brute de l'adrénaline n'est cependant pas encore établie avec certitude.

M. Bertrand a repris l'étude systématique de l'adrénaline. Voici le résumé des résultats qu'il a communiqués à l'Académie des sciences.

L'auteur a cherché d'abord un procédé de préparation qui donnât un produit aussi pur que possible; puis, au lieu de soumettre directement ce produit, supposé pur, à l'analyse élémentaire, il l'a divisé, par deux séries de précipitations fractionnées, en petites portions correspondant chacune à environ un cinquantième ou un soixantième de la masse initiale. C'est seulement en comparant les analyses des diverses portions qu'il a été possible de s'assurer de la pureté du produit examiné et de conclure, du même coup, avec certitude, à la formule brute de l'adrénaline.

“ Les glandes utilisées sont celles du cheval. On les enlève aussitôt après l'abatage, on les débarrasse de la graisse qui peut y adhérer, puis on les passe rapidement au hache-viande. On introduit alors 600 gr. de la bouillie obtenue dans un flacon de 2 litres, à large ouverture : on ajoute 5 gr. d'acide oxalique en poudre fine, puis, peu à peu et en agitant, assez d'alcool à 95° pour remplir le flacon. On bouche bien et, après deux jours de macération, on sépare le liquide à la presse.

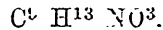
“ Le liquide est filtré et concentré dans le vide, pour chasser tout l'alcool : il se sépare une grande quantité de lécithine. On ajoute de l'éther de pétrole, on agite doucement, puis on laisse reposer. La couche inférieure est décantée, précipitée exactement par l'acétate neutre de plomb et centrifugée.

(1) Et quelquefois sous celui d'*épinéphrine* ou de *suprarénins*.

“ On obtient ainsi une solution limpide, faiblement colorée en jaune, que l'on concentre dans le vide et que l'on additionne d'un petit excès d'ammoniaque : l'adrénaline se précipite aussitôt à l'état cristallisé. On la recueille à la trompe, on la lave à l'eau distillée, puis, afin de la purifier, on la redissout dans l'acide sulfurique à 10 %. On ajoute à la solution un volume d'alcool et, après quelques instants de repos, on sépare un peu de sulfate de plomb et de matières organiques insolubles. L'adrénaline est à nouveau précipitée par l'ammoniaque, lavée à l'eau, à l'alcool et desséchée dans le vide.”

Ces recherches ont montré d'abord que l'adrénaline extraite des glandes surrénales de cheval est une substance unique et non pas un mélange, ensuite que la formule proposée par Aldrich pour en représenter la composition chimique reste seule admissible.

Le poids moléculaire trouvé par la cryoscopie de l'adrénaline en solution acétique (174,3 au lieu de 183) correspond bien, d'ailleurs, à la formule




---

## DE L'OBESITE.

M. MAUREL (DE TOULOUSE), RAPPORTEUR.

L'auteur montre que l'obésité doit être considérée comme un procédé employé par l'organisme pour éviter les inconvénients de la surnutrition; un des inconvénients étant l'élévation de la température au-dessus de la normale, la mise en réserve des corps gras peut donc être considérée comme faisant partie des moyens de régulation thermique.

Le début de l'obésité peut être fixé à une augmentation d'un dixième du poids normal.

L'obésité est une des manifestations les moins discutables de l'arthritisme, mais si l'obésité est inséparable de la diathèse arthritique, il est important de savoir qu'elle appartient à l'ensemble des moyens qu'emploie l'organisme pour éviter ou retarder les inconvénients de cette diathèse.

L'auteur étudie ensuite les principes de biologie générale qui règlent la pathogénie de l'obésité :

1° Les albuminoïdes dont l'organisme a besoin doivent lui être fournis dans cet état par l'alimentation; tous les corps gras contenus dans l'organisme lui sont arrivés à l'état de substances organiques;

2° Dans tout organisme animal à l'état d'équilibre les excréta sont égaux aux ingesta; dans l'obésité l'augmentation du poids est toujours égale à l'excédent des ingesta sur les excréta;

3° Enfin, au point de vue de la calorification, une alimentation, quelle que soit sa composition, vaut le nombre de calories qu'elle donne.

L'auteur montre ensuite que l'obésité est le résultat de la surnutrition, celle-ci étant d'ailleurs distincte de la suralimentation.

Au point de vue de l'expression symptomatique, il faut distinguer celle de l'obèse et celle de l'obésité.

Parmi les symptômes présentés par l'obèse, en effet, beaucoup ne dépendent pas de l'obésité, mais de la cause à laquelle l'obésité doit au contraire remédier.

On constate souvent chez l'obèse de la gravelle, de la goutte, de l'artério-sclérose et diverses scléroses viscérales; mais ces affections ne dépendent pas de l'obésité et on ne doit pas plus les considérer comme ses conséquences qu'on ne saurait la considérer elle-même comme une conséquence de ces affections.

Les symptômes les plus importants qui dépendent réellement de l'obésité sont : la gêne des mouvements et la diminution des liquides de l'organisme.

Les diverses adiposités localisées ou partielles doivent être distraites de l'obésité. Elles relèvent d'une autre pathogénie et elles résistent à son traitement.

Le traitement de l'obésité justifie la manière dont l'auteur a compris son étiologie et sa pathogénie; elle naît de la surnutrition et disparaît par l'insuffisance de l'alimentation. Une fois constituée, quelle qu'en ait été la cause, elle ne peut disparaître que par cette dernière.

L'alimentation peut être rendue insuffisante par deux méthodes : en augmentant assez les dépenses de l'organisme, l'ali-

mentation restant la même; ou bien en faisant descendre l'alimentation elle-même au-dessous des dépenses.

L'examen attentif des procédés pouvant augmenter les dépenses prouve que leur action, au moins pour la plupart, est bien faible.

Ceux qui paraissent devoir donner les meilleurs résultats sont la ventilation et les bains froids, mais il leur faut encore la sanction de la clinique.

C'est donc à l'alimentation insuffisante que l'auteur s'adresse dans le traitement de l'obésité, mais il le fait d'une façon rationnelle en prenant comme point de départ la ration moyenne du poids normal de l'obèse, en l'évaluant en calories et en évaluant d'autre part en calories l'alimentation restreinte qu'il lui donne. Il résume ensuite ces indications pour doser l'alimentation insuffisante à l'aide de deux régimes: l'un avec le lait et l'autre avec les aliments ordinaires.

Les conclusions sont les suivantes:

- 1° L'obésité est toujours le résultat de la surnutrition;
- 2° Elle constitue un moyen de défense de l'organisme contre cette dernière;
- 3° Elle ne disparaît que sous l'influence de l'insuffisance de l'alimentation.

---

### EPIDEMIE FAMILIALE DE PNEUMONIE

PAR MM. C. TARCHETTI ET CURLO.

Il s'agit d'un marin de vingt-trois ans, mort en cinq jours d'une pneumonie double. Un mois auparavant sa petite sœur était morte de pneumonie; ensuite un frère avait contracté la pneumonie et en était guéri à l'hôpital; puis sa mère fut malade, et elle mourut. Appelé dans sa famille, le marin, de retour d'un voyage long et fatigant, arriva juste à temps pour assister à l'agonie de son second frère; dès le surlendemain, il s'alitait.

À l'autopsie, les poumons présentaient l'hépatisation caractéristique dans le lobe inférieur à gauche, et dans les lobes moyen et inférieur à droite; on isola du suc pulmonaire le même diplocoque de Fraenkel qu'on avait trouvé dans l'expectoration et dans le sang circulant.



Cet homme était donc bien mort de pneumonie fibrineuse, celle-ci ayant été quelque peu atypique par son début, et particulièrement grave du fait de l'état d'adynamie profonde, de l'intensité de la dyspnée et de la cyanose. On trouva d'ailleurs, dans le tissu pulmonaire et dans celui des autres viscères, ces hémorragies ponctiformes qui témoignent des intoxications aiguës et générales de l'organisme.

C'était en somme une pneumonie d'une gravité exceptionnelle; d'autre part le fait est intéressant en ce que l'infection avait auparavant frappé quatre personnes déjà dans la même famille, et c'est précisément dans ces rapides passages successifs qu'il faut voir la raison de la virulence extrêmement exaltée du diplocoque contagieux.

---

**Formule urinaire dans la pleurésie tuberculeuse ((polyurie, hypochlorurie et albuminurie de la convalescence**

PAR MM. P. COURMONT ET NICOLAS.

Les auteurs ont étudié méthodiquement et minutieusement les variations de la courbe urinaire quotidienne et des propriétés du liquide pleural chez une série de malades atteints de pleurésie tuberculeuse. Ils ont eu surtout en vue d'établir la signification pathogénique et pronostique de ces modifications. Il faut surtout signaler dans leur intéressante étude la révélation de l'albuminurie légère comme symptôme contemporain de la polyurie avec décharge des chlorures qui apparaît au moment de la résorption de l'épanchement. De l'ensemble de leurs observations et de l'étude comparative des différents cas, MM. Courmont et Nicolas concluent que, dans la crise urinaire qui marque la convalescence des pleurésies, le rôle primordial revient au liquide pleural, à sa résorption et à son action sur le rein. Cette dernière a fréquemment un caractère irritatif que traduit l'albuminurie; celle-ci, en effet, en raison de son allure épisodique, paraît bien être d'ordre toxinique. La résultante thérapeutique de ces recherches est que, conformément aux idées anciennes récemment encore appuyées par M. Chauffard, le régime à instituer chez les pleurétiques doit être hyperchloruré et aussi peu toxique que possible, c'est-à-dire lacté.

**Un cas de perforation d'ulcère gastrique avec appendicite :  
operation ; guérison.**

PAR M. LE DOCTEUR WARREN LOW.

Femme de dix-sept ans, entrée à l'hôpital le 14 avril, avec une péritonite généralisée. Elle est malade depuis le 9 au soir, où elle fut prise de douleurs vagues dans le ventre à droite, mais elle a travaillé jusqu'au 13, jour où la douleur devint très vive et où les vomissements parurent. Ventre tendu, douloureux, immobile ; 32 respirations, 120 pulsations à la minute. Douleur dans le bas du ventre, surtout à droite. Température 35 ° 6. Des stimulants, des applications chaudes la remontèrent un peu. Une incision pratiquée dans la région de l'appendice donna issue à une quantité de pus inodore : l'intestin présentait de nombreuses adhérences récentes. L'appendice, long de 15 centimètres, était rigide, épaissi et renfermait deux concrétions. Il ne présentait pas de perforation. Une incision médiane fut alors pratiquée et permit de voir qu'au niveau du côlon transverse la péritonite était plus ancienne. On trouva une perforation située au centre d'une aire indurée de la taille d'une pièce de cinq shillings ; cette aire se trouvait sous le lobe gauche du foie, sur la face antérieure de la petite courbure, près du cardia. Elle fut invaginée, et les bords furent réunis par deux couches de sutures à la soie fine. Drainage par la plaie médiane. La malade quitta l'hôpital le 19 mai.

Il s'agissait donc d'appendicite et d'ulcère rond perforé : l'histoire de la malade est celle d'un ulcère gastrique pendant l'année qui précéda la crise. Mais l'appendicite ne faisait pas de doute. Il faut faire remarquer que, dans les cas semblables, lorsque l'état général est grave et la température abaissée, il y a intérêt à attendre deux ou trois heures avant l'opération, jusqu'à ce que le shock initial soit atténué.

---

MM. L. G. Simon et O. Crouzon ont observé une petite malade qui, au cours d'une chorée grave, a été atteinte d'une hémiplégié organique durable, chez laquelle apparaissent actuellement au bout de six mois des signes de contracture. Ils insistent sur la rareté des cas de ce genre, en les opposant à la fréquence relative de la chorée molle et des paralysies choréiques transitoires.

### Sur une forme d'anémie infantile (un cas de chlorose du jeune âge).

PAR MM. J. HALLÉ ET J. JOLLY.

Les recherches entreprises dans ces dernières années sur le sang des enfants ont permis de distinguer parmi les anémies de l'enfance un certain nombre de types cliniques et anatomiques, les uns bien définis (leucémies, anémies symptomatiques du rachitisme, des troubles gastro-intestinaux, de la syphilis héréditaire, de l'helminthiase), d'autres discutés encore (anémie de von Inksel et Luzet, pseudo-leucémies, anémie spléno-néglalique). Le type hématologique répondant à la chlorose n'a pas été décrit, du moins chez le jeune enfant, et Luzet, Audéoud en nient même l'existence à cet âge.

Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de deux ans et demi, suivi pendant trois ans, et qui, par son histoire clinique, par les caractères hématologiques de son sang et par l'évolution de la maladie sous l'influence du fer, semble être un cas typique de chlorose du jeune âge.—Il s'agit d'un garçon, né à terme après une grossesse normale, bien conformé à la naissance, pesant 7-8 livres, nourri à l'allaitement artificiel bien surveillé, la mauvaise conformation des mamelons ayant obligé la mère à renoncer à l'allaitement au sein après un essai de vingt jours. Dès le début de la vie, la tendance à la diarrhée et la pâleur extrême ont inquiété les parents. Au moment où l'enfant est vu pour la première fois, à deux ans et demi, il est dans un état d'anémie grave se traduisant par une pâleur verdâtre très marquée et s'accompagnant d'un état mental spécial d'apathie, de tristesse, malgré une intelligence plutôt précoce. Étant donné la diarrhée, presque continue depuis la naissance, on crut à une anémie banale liée à la gastro-entérite. Le régime de l'enfant fut modifié ; au régime lacté absolu, conseillé jusque-là, on substitua un régime uniquement composé de farines cuites à l'eau, en insistant sur les purées de pois, de lentilles, etc. Sous cette influence la diarrhée s'arrêta immédiatement, l'enfant reprend du poids, des forces et de l'appétit. Mais la pâleur persiste et le caractère spécial de l'enfant s'accroît ; il ne joue jamais, il est toujours triste. Dix mois après la cessation des troubles digestifs, on constate la même anémie extrême qu'au début. Un nouvel examen ne permet pas d'en trouver la cause. Il n'existe ni tuberculose, ni affection

cardiaque, ni rachitisme. Pas de vers intestinaux. Pas d'albuminurie ni de glycosurie. Pas d'alcoolisme des parents ni de syphilis héréditaire. La mère a été chlorotique mais se porte bien depuis longtemps. L'absence d'hypertrophie de la rate ou des ganglions permet d'écarter la leucémie et les pseudo-leucémies. L'examen complet du sang est pratiqué par M. Jolly et montre, contre toute attente, un nombre normal de globules rouges (près de 5 millions), mais une diminution énorme de l'hémoglobine, 5,5 à l'hémo-chromomètre de Malosse (normale—14) donnant ainsi une valeur globulaire extrêmement abaissée, 11 (normale—28-30). Cette formule hématologique est celle de la chlorose.

Le traitement ferrugineux (0 gr. 40 de protoxalate de fer par jour) est institué et, sous son influence, l'état de l'enfant se transforme en quelques semaines, la pâleur verdâtre fait place à une coloration rosée des joues ; l'enfant devient gai et vif. Il est tout à fait bien portant six mois après. Le fer est continué pendant les deux ans qui suivent, car toute interruption est suivie d'un retour de l'état de pâleur et des symptômes mentaux qui l'accompagnaient. Les examens du sang, répétés au cours du traitement, permettent de suivre les progrès de l'amélioration. La valeur globulaire passe de 11 (juin 1901) à 18 (juillet 1901), 25 (janvier 1902), pour atteindre la normale, 28, en juin 1902, un an après le début du traitement.

Hallé et Jolly insistent sur l'importance de l'abaissement de la valeur globulaire comme caractéristique de la lésion anatomique du sang dans la chlorose. Chez leur petit malade, il caractérisait une chlorose extrêmement intense, beaucoup plus accusée que celle que l'on rencontre habituellement chez les jeunes filles où la valeur globulaire reste communément à 18 ou 20. Dans les anémies symptomatiques du rachitisme, de la tuberculose, ou consécutives à des troubles gastro-intestinaux, l'abaissement de la valeur globulaire est faible en général et la diminution du nombre des globules rouges est plus ou moins considérable. Dans l'anémie syphilitique de l'enfant, le type chlorotique n'a pas été signalé. L'anémie pseudo-leucémique se caractérise par l'apparition de globules rouges nucléés qui n'ont jamais été trouvés chez leur petit malade. Quant aux leucémies, bien que ce dernier ait présenté une proportion assez forte de leucocytes (69 pour 100), le diagnostic peut être éliminé, car, en ces cas, il existe toujours une diminution notable du nombre des hématies.

Il est intéressant de signaler, au point de vue de la thérapeutique

aussi bien qu'au point de vue de la nature même de la chlorose, la nécessité où l'on s'est trouvé, chez ce petit malade, de continuer le fer pendant deux ans, sous peine de voir reparaître l'anémie. Il semble que l'enfant ait un besoin constant d'absorber du fer, comme si l'alimentation normale ne lui en fournissait pas assez. Cependant on sait que nos aliments renferment la quantité suffisante pour réparer les pertes minimes de l'organisme; d'autre part, on sait que les préparations ferrugineuses ne sont pas absorbées, et Bunge est amené à expliquer leur action indéniable en thérapeutique par la neutralisation des produits sulfurés intestinaux sous leur action, empêchant ainsi la destruction, à l'état de sulfure, des nucléines ferrugineuses alimentaires, qui seules sont capables d'être absorbées. Si cette théorie est vraie, c'est dans l'état du tube digestif de cet enfant qu'il faudrait chercher la cause première de sa chlorose.

---

## CHLOROSE ET TUBERCULOSE

PAR M. LE PROFESSEUR LABBÉ.

Alors que j'étais jeune externe des hôpitaux, j'entendis le professeur Landouzy, dans ses causeries familières de l'hôpital Laënnec, énoncer le paradoxe qui lui est cher: "Montrez-moi une vraie chlorotique, qui ne soit ni une tuberculeuse, ni une syphilitique, ni une néphritique, ni une gastropathique, ni une femme atteinte d'aucune maladie capable de causer de l'anémie et je vous offre une récompense."

L'esprit imbu déjà des idées classiques par la préparation du concours de l'Internat, je fus étonné, presque choqué, d'une proposition si révolutionnaire; la formule cependant resta dans ma mémoire. Aujourd'hui, voulant exposer la conception de la chlorose que je me fais d'après mes recherches cliniques et expérimentales, je la trouve tout naturellement sous ma plume, ne pouvant pas, dès l'abord, ne pas faire remarquer, qu'en cela comme en beaucoup d'autres choses, ce que l'on taxait hier de paradoxe, sera demain regardé comme vérité.

\* \* \*

L'observation impartiale et attentive des faits m'a montré qu'il est impossible d'établir une différence radicale, tant au

point de vue clinique qu'au point de vue hémalogique, entre la chlorose et les anémies symptomatiques. La chlorose n'a point de formule sanguine qui lui soit propre; c'est avec raison que le professeur Landouzy enseignait et enseigne qu'elle n'est point une entité morbide, et que, si elle semble parfois s'être développée *sponte sua*, c'est simplement que sa cause échappe à nos moyens imparfaits d'investigation.

La chlorose n'est, en somme, qu'une anémie symptomatique légère, de cause inconnue; et je ne reviens pas ici sur les raisons d'âge, de sexe, qui individualisent en apparence certaines anémies, et ont fait créer par les cliniciens le type morbide de la chlorose; elles ont été exposées complètement dans un article de notre *Traité d'Hématologie*.

De toutes les causes susceptibles de donner naissance à une anémie revêtant les allures cliniques de la chlorose, il n'en est pas de plus importante et de plus fréquente que la tuberculose.

Hanot avait déjà montré que les chlorotiques se rencontrent surtout dans les familles de pitisiques; MM. Hayem et Gilbert pensent que, sans être elles-mêmes touchées par la tuberculose, les chlorotiques ont cependant subi une imprégnation bacillaire héréditaire qui a retardé et arrêté leur développement. La tuberculose peut faire sentir son influence sur tous les organes, créant des dystrophies de tout genre, mais elle porte avant tout sur le système cardiovasculaire où elle crée le rétrécissement mitral, et sur le système hémato-poïétique. L'insuffisance hémato-poïétique restera latente durant l'enfance, mais, à l'époque de la puberté, chez la jeune fille, lorsqu'une fonction nouvelle s'établit, nécessitant un surcroît d'activité formatrice du sang, l'insuffisance originelle se démasque et, comme une banqueroute, la chlorose apparaît.

Ainsi, suivant ces auteurs, la chlorose est, dans un grand nombre de cas, le résultat d'une dystrophie d'origine tuberculeuse; elle est un des stigmates du terrain tuberculeux, mais elle ne relève qu'indirectement de la tuberculose.

Quand on songe combien il est difficile de définir l'hérédité tuberculeuse, et de fixer ce qui appartient au terrain et à la graine, il est permis de se demander si le rapport avec la tuberculose n'est pas plus étroit encore chez les fils de bacillaires,

et si la chlorose n'est pas déjà le résultat de l'infection tuberculeuse.

M. Jolly, au cours de l'enquête qu'il a poursuivie chez les chlorotiques, a constaté qu'un certain nombre d'entre elles (8 sur 54) n'étaient pas seulement issues de tuberculeux, mais avaient déjà présenté ou présentaient au moment de l'examen des manifestations tuberculeuses.

D'autre part, les cliniciens ont insisté sur les troubles respiratoires qui existent chez beaucoup de chlorotiques, sur la toux, sur les points de côté, sur les altérations du murmure vésiculaire, et même sur les modifications de la sonorité à la percussion des sommets. Ces troubles respiratoires ne seraient-ils point des indices de l'infection tuberculeuse des poumons? Sans vouloir baser un diagnostic formel sur des signes aussi légers et aussi vulgaires, on ne peut cependant, devant ces faits, s'empêcher de penser à une tuberculose incipiente, et on se fait peu à peu, en lisant les classiques, la conviction que la plupart des maladies dites chlorotiques sont des tuberculeuses anémiques méconnues.

Mais laissons de côté les arguments tirés de la lecture de thèses et des traités de Pathologie. C'est l'observation des malades, c'est l'enquête étiologique poussée à fond, c'est l'histoire des tuberculeuses depuis leur puberté, c'est l'avenir et l'évolution des chlorotiques, c'est l'emploi chez les chlorotiques des procédés modernes appliqués au diagnostic de la tuberculose qui m'ont conduit à établir un rapport étroit entre la chlorose et la tuberculose et à admettre que dans un très grand nombre de cas la chlorose n'est qu'une forme larvée de tuberculose.

\* \* \*

Depuis plusieurs années, je me suis attaché systématiquement à rechercher la chlorose dans les antécédents des jeunes femmes atteintes de tuberculose pulmonaire qui se présentent à mon examen. A la consultation de l'hôpital Laënnec, mes externes sont habitués à noter dans l'histoire de chaque tuberculeuse les épisodes anémiques. J'ai pu ainsi me rendre compte que la plupart des jeunes femmes de vingt à trente ans qui viennent consulter pour une tuberculose pulmonaire ont présenté autrefois des phénomènes d'anémie, parfois persistant encore, mais qui, le plus souvent, ont disparu au moment

où j'observe les malades. Presque toutes les réponses sont calquées les unes sur les autres. A l'époque de l'établissement des règles, que celles-ci aient été précoces ou tardives, la jeune fille est devenue anémique; elle a eu des palpitations, de l'essoufflement, de la fatigue, de la perte des forces sans amaigrissement, une menstruation irrégulière; elle a été pâle et on l'a soignée pour de l'anémie; on lui a donné du fer, de l'arsenic; souvent même on lui a dit positivement qu'elle était chlorotique. Parmi ces jeunes femmes, les unes, ayant pu se reposer et se soigner, ont guéri leur chlorose en l'espace de quelques semaines ou de quelques mois; les autres, n'ayant pu se soigner assez longtemps ni assez complètement, ayant été obligées de reprendre trop vite leur travail, ont subi des rechutes successives de chlorose, et quelques-unes même sont restées définitivement anémiées.

Quelles qu'aient été d'ailleurs la durée et l'évolution de cette chlorose apparue à l'occasion de la puberté, elle a été suivie quelques années plus tard du développement d'une tuberculose pulmonaire.

Doit-on interpréter ces faits en faveur de la théorie hérédotuberculeuse de la chlorose, et admettre que la chlorose n'a été, chez ces malades, que la manifestation d'une dystrophie hémato-poïétique, et que la tuberculose n'est venue que secondairement se greffer sur le terrain préparé par l'hérédité? En d'autres termes, que ce sont des chlorotiques qui sont devenues tuberculeuses? Non, assurément, car certaines observations nous montrent que parfois la tuberculose a déjà fait son apparition avant la chlorose sous forme d'adénopathie, de coxalgie, de carie osseuse, de lupus, etc.

Grâce à ces faits, on peut mesurer l'ancienneté de l'infection qui a débuté dans l'enfance au niveau des ganglions ou des os; qui s'est réveillée à la puberté sous forme de chlorose, et qui s'est endormie de nouveau pour se réveiller plus tard au niveau des poumons.

On sait aujourd'hui combien les étapes de la tuberculose sont ordinairement lentes et combien il est difficile, et le plus souvent même impossible, de préciser la date d'invasion de l'organisme par le bacille de Koch.

Avant que la tuberculose pulmonaire jette le masque, elle s'est déjà traduite dans l'organisme par des manifestations



larvées, sur lesquelles le professeur Landouzy insiste, chaque jour, dans ses leçons et dans ses publications, et dont la chlorose n'est qu'une variété, au même titre que la typhobacillose, certaines neurasthénies, certaines polyarthrites, certaines bronchites spasmodiques, l'asthme, etc., etc.

Ainsi la chlorose est parfois la première manifestation de l'infection tuberculeuse.

\* \* \*

L'histoire de certaines malades que j'ai suivies depuis plusieurs années déjà, est une des meilleures preuves que l'on puisse former des rapports étroits qui unissent la chlorose et la tuberculose.

Si beaucoup de tuberculeuses ont été des chlorotiques à une période de leur existence, il est aussi des tuberculeuses avérées, dont les lésions pulmonaires rétrocedent et qui se présentent cliniquement comme des chlorotiques vulgaires. J'en connais ainsi plus d'une chez qui j'ai constaté des lésions indubitables de tuberculose pulmonaire, et qui sont ou ont été soignées par d'autres médecins pour la chlorose.

Telle est une malade, Marguerite L..., que j'observe en ce moment à l'hôpital Laënnec. Cette femme est entrée une première fois, en décembre 1898, dans le service du professeur Landouzy, pour une anémie assez intense que le Maître considéra comme symptomatique de germination tuberculeuse; elle avait à cette époque vingt-quatre ans.

Elle présentait alors le type parfait de la chlorotique avec son teint pâle, ses muqueuses décolorées, son faciès légèrement bouffi. Elle se plaignait de faiblesse, de maux de tête, d'essoufflement, de palpitations au moindre effort. L'appétit avait diminué; les repas étaient souvent suivis de vomissements; les règles étaient irrégulières et très peu abondantes; on entendait un souffle systolique précordial et un bruit de diable dans les vaisseaux du cou. La malade avait maigri, mais elle n'était point fébricitante.

A plusieurs reprises déjà, depuis l'âge de dix-huit ans, elle avait présenté de l'anémie avec des saignements de nez et des palpitations; néanmoins elle avait toujours continué à travailler.

Cependant, derrière cet aspect chlorotique, un examen approfondi permettait de découvrir des signes de tuberculose

pulmonaire. La malade toussait un peu, mais ne crachait pas. La respiration était rude aux deux sommets; sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droite, la percussion dénotait une légère submatité; les vibrations vocales étaient exagérées à droite et en arrière. C'était peut-être déjà à de la tuberculose qu'il fallait rapporter des "fièvres intermittentes" dont la malade avait souffert pendant six mois vers l'âge de huit à neuf ans. Je lui fis une injection de un demi-milligramme de tuberculine qui provoqua une réaction fébrile à 38°9, caractéristique.

Sortie améliorée, après trois mois de séjour dans le service, elle se remit à travailler, arrêtée seulement de temps à autre par des bronchites.

Quatre ans plus tard, en 1902, elle dut rentrer à l'hôpital, après avoir eu un crachement de sang, avec des symptômes d'anémie très intenses. Elle avait alors de la céphalée, des palpitations, des vertiges, des lipothymies, les jambes enflées le soir, la figure et les mains enflées le matin, et une décoloration très marquée de la peau et des muqueuses. On entendait un bruit de diable dans les vaisseaux du cou, un souffle systolique à l'orifice pulmonaire. En outre, elle avait maigri, et on constatait une légère submatité au sommet gauche du poumon en avant et en arrière; quelques frottements et une respiration irrégulière en arrière, des craquements secs en avant. La quantité d'oxyhémoglobine, de 4 pour 100 au moment de l'entrée de la malade, était remontée à 6 pour 100 durant son séjour à l'hôpital.

Après deux mois de repos, elle partit et essaya de reprendre son travail: mais après deux mois elle fut reprise d'hémoptysies et revint à l'hôpital avec une anémie plus intense encore que les premières fois: l'oxyhémoglobine était tombée à 3 p. 100. Cette fois elle resta deux mois à l'hôpital et en sort le 6 mai: elle essaya de travailler, mais bientôt épuisée, oedématisée, elle part pour son pays natal, la Bretagne, où elle passa quatre mois dans sa famille à se reposer; la misère et la nourriture insuffisante ne lui permirent pas de bénéficier de ce repos, et quelques mois après elle revenait à Paris, toujours très fatiguée. Pourtant elle tenta de reprendre son métier de domestique, mais en mars 1904 elle est atteinte d'une bronchite.

Elle entra alors à l'hôpital Laënnec dans le service de M. Bourey, où l'on constata une anémie intense, et où l'on prononça le diagnostic de chlorose, avec suspicion de tuberculose; celle-ci paraissait même si douteuse que quand je parlai de la malade à M. Bourey, il me répondit qu'il la considérait simplement comme une chlorotique.

Depuis j'ai revu la malade, je l'ai examinée de nouveau, et j'ai constaté en effet que les symptômes pulmonaires étaient devenus tout à fait secondaires: elle tousse peu, ne crache pas, et présente seulement une légère diminution de la sonorité au sommet gauche; mais ce qui vient donner une valeur à cette constatation, c'est qu'à deux années de distance, elle rappelle exactement celle que j'avais déjà faite. L'anémie est, par contre, extrêmement intense: la malade, bien qu'améliorée déjà par un repos d'un mois, est encore très pâle, essouffée, souffrant de palpitations; elle a de l'œdème des jambes le soir; le nombre des globules rouges est de 4.309.000, la quantité d'oxyhémoglobine est seulement de 4,3 p. 100; les globules rouges sont petits, irréguliers; les hémato blasts assez nombreux. Il y a donc une légère déglobulisation et un abaissement considérable de la valeur globulaire; en un mot, le sang revêt le type qu'on a voulu attribuer en propre à la chlorose.

Ce fait est très intéressant; il nous montre une femme atteinte de tuberculose à forme anémique, chez qui l'anémie est devenue tellement le symptôme prédominant qu'un médecin éclairé la considère comme une chlorotique, et que si nous ne connaissions pas très bien ses antécédents, si nous n'avions pas constaté antérieurement chez elle des signes de tuberculose, nous n'oserions pas aujourd'hui affirmer ce diagnostic.

Dans ce cas, c'est l'histoire de la malade suivie pendant plusieurs années qui éclaire le diagnostic de l'heure présente.

Dans une autre observation, non moins suggestive, les faits se sont déroulés plus rapidement et la transformation s'est opérée en quelques semaines seulement.

Il s'agit d'une jeune fille, Aline B..., qui, après avoir eu des adénopathies cervicales tuberculeuses dans l'enfance, fut atteinte, à l'âge de vingt-quatre ans, de tuberculose pulmonaire: la maladie rétrocéda et sembla guérir; mais trois ans plus tard, au commencement de 1904, cette femme, qui exerce

le métier de domestique, ressentit une fatigue extrême, avec des palpitations et de l'essoufflement, des vomissements, de l'anorexie avec amaigrissement très modéré, perdit ses couleurs et recommença à tousser légèrement.

Ces symptômes dataient déjà de trois mois quand elle se présenta à la consultation de Laënnec: à ce moment, on constatait des signes très nets de tuberculose du poumon droit: en avant, du côté droit, il y avait de la submatité, du retentissement de la toux, une respiration irrégulière, rude, saccadée; du côté gauche, une respiration rude; en arrière, on entendait au sommet droit une respiration rude et des craquements secs.

On constatait en même temps un ensemble de symptômes qui pouvait faire porter le diagnostic de chlorose: souffles vasculaires et cardiaques, pâleur, essoufflement, palpitations.

L'état du sang était même tout à fait celui qu'on considère classiquement comme spécial à la chlorose: hypoglobulie modérée ( $R = 3.069.000$ ); forte diminution de l'hémoglobine ( $O = 4,3$  p. 100); valeur globulaire très basse ( $G = 0,49$ ). Les globules rouges étaient en général petits, décolorés, irréguliers de forme et de dimensions; les hémato blastes extrêmement nombreux.

Donc, par l'aspect clinique et par le sang, la malade était une chlorotique; par le poumon, c'était une tuberculeuse.

Sous l'influence du repos et du traitement, l'anémie commença à se réparer, et les symptômes pulmonaires s'amendèrent; ils rétrocédèrent même si bien, que, trois semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, on ne constatait plus qu'une respiration rude aux deux sommets et une légère submatité au sommet droit.

Les craquements avaient disparu complètement, et si on ne l'avait pas vue auparavant, si plusieurs d'entre nous n'avaient pas, d'une façon concordante, noté des signes positifs de tuberculose, on aurait pu croire qu'on avait affaire à une simple chlorose.

Dans la suite, cette malade a continué à guérir et deux mois et demi après son entrée, elle quittait l'hôpital: son sang était complètement réparé, et les mêmes signes de tuberculose stationnaire persistaient au sommet droit.

Ces deux exemples, auxquels j'en pourrais joindre bien d'autres, montrent assez dans quel sens il faut interpréter les signes trouvés à l'examen du sommet des poumons chez les chlorotiques. Il semble que, dans ces formes anémiques, la tuberculose pulmonaire ait peu de tendance à évoluer et qu'elle régresse facilement, de sorte que ce qu'on constate le plus souvent, quand on n'a point l'occasion de tomber, comme chez mes deux malades, sur une poussée aiguë, c'est une tuberculose arrêtée dans son évolution, qui laisse après elle de la submatité, de la respiration rude, un murmure vésiculaire affaibli, pas de râles.

On conçoit ainsi combien le diagnostic de la tuberculose est délicat, et comment il est souvent difficile chez les chlorotiques. Aussi est-il bon de s'entourer de toutes les précautions et d'ajouter aux enseignements fournis par l'auscultation fine, patiente et répétée, comme elle se pratique quotidiennement à la Clinique, toutes les méthodes qui peuvent servir à dépister la tuberculose.

Les injections de tuberculine à titre diagnostique, le séro-diagnostic de Arloing-Courmont peuvent être utilisés. C'est la réaction à la tuberculine qui m'a permis, dans un cas de chlorose en apparence tout à fait pure, d'affirmer<sup>1</sup> la tuberculose pulmonaire, dont l'examen clinique a confirmé plus tard l'existence.

J'eus l'occasion d'observer, dans le service du professeur Landouzy, une jeune fille de vingt-deux ans, Gabrielle L..., anémique, qui représentait le type le plus parfait de la chlorotique: elle en avait le teint cireux, le faciès un peu bouffi, le léger œdème des jambes, l'apparence d'embonpoint, les palpitations, l'essoufflement, les souffles vasculaires et cardiaques, les fleurs blanches, l'hypoglobulie légère avec l'abaissement considérable de la quantité d'hémoglobine (4 p. 100) et la valeur globulaire très faible; elle était fille de tuberculeux. Enfin elle avait déjà présenté, à l'âge de seize ans, une première atteinte d'anémie, qui avait rechuté à dix-huit et à vingt ans.

C'était donc, au point de vue clinique, comme au point de vue hématologique et au point de vue étiologique, une chlorotique. Cependant, l'examen attentif du poumon faisait découvrir chez cette jeune fille une très légère submatité avec respi-

ration rude et bruit de taffetas sous la clavicule droite; elle avait donc un sommet droit suspect de tuberculose; mais les signes étaient trop atténués pour affirmer, et j'avoue que ma conviction était loin d'être absolue, une observation plus complète et plus prolongée devait me persuader. Je fis, en effet, à cette malade une injection sous-cutanée de 100 centimètres cubes de sérum artificiel qui provoqua une réaction fébrile à 39°; quelques jours après, je lui fis une injection de 1/2 milligramme de tuberculine, qui fut également suivie d'une réaction fébrile à 39°4. On pouvait donc déjà affirmer, d'après ces résultats, l'existence de la tuberculose. Malgré cela, l'anémie se répara, et deux mois et demi plus tard, la malade put sortir de l'hôpital à peu près guérie en apparence. Après quinze jours de repos, elle reprit son métier de domestique; six mois plus tard, elle rentra dans le même service, anémique comme la première fois (3,5 pour 100 d'oxyhémoglobine), et de plus toussant et crachant: on trouvait de la submatité et on entendait des craquements secs sous la clavicule droite; les crachats contenaient des bacilles de Koch.

Cette observation prouve d'une façon péremptoire que la chlorose en apparence la plus légitime peut être déjà fonction de tuberculose, bien que l'infection ne soit pas encore décelable à cette époque par les symptômes cliniques. Elle nous montre que, chez toute chlorotique, suivant la formule de M. Landouzy, la tuberculose doit d'abord être soupçonnée, que cette hypothèse ne doit pas être complètement écartée si l'examen ne permet de découvrir aucune autre maladie susceptible d'avoir provoqué l'anémie; et qu'il est légitime, dans ces cas douteux, d'employer des moyens spéciaux pour parvenir à un diagnostic précis.

\* \* \*

Je pourrais citer une série d'observations analogues, mais je préfère m'en tenir à celles que je viens de rapporter qui sont des plus typiques et des plus démonstratives. Elles me permettent de conclure que la chlorose est unie à la tuberculose par des rapports pathogéniques étroits.

La chlorose la plus vulgaire et la plus légitime en apparence n'est souvent qu'un masque revêtu par la tuberculose.

C'est une des multiples formes par lesquelles se traduit cette infection lorsqu'elle envahit l'organisme; c'est l'aspect

qu'elle prend si souvent dans le sexe féminin, à l'époque de la puberté, que c'est une vérité et non un paradoxe, qu'énonce M. Landouzy, quand il enseigne que, très souvent, la chlorose, elle aussi, est "fonction de tuberculose". Elle est souvent la première manifestation de la maladie. Le médecin doit par suite songer toujours à dépister la tuberculeuse sous les apparences de la chlorotique.

Les liens de parenté entre la chlorose et la tuberculose sont même si étroits qu'on peut presque en arriver à considérer la chlorose comme un stigmate d'infection bacillaire, et que les antécédents chlorotiques doivent parler en faveur de la tuberculose. Quand j'apprends qu'une jeune fille a été chlorotique à l'époque de la puberté, je suis presque aussi enclin à diagnostiquer la tuberculose que si je lui connaissais des antécédents de pleurésie.

Et qu'on n'objecte pas que la chlorotique, offrant un terrain fertile, a reçu la graine bacillaire et est devenue secondairement tuberculeuse; cette interprétation des faits n'est pas plus vraie ici que pour la pleurésie sérofibrineuse; car j'ai montré qu'un certain nombre de chlorotiques, chez qui la tuberculose ne peut être décelée cliniquement, se révèlent cependant déjà tuberculeuses par la réaction à la tuberculine ou par les résultats du séro-diagnostic.

Il ne faudrait pourtant pas établir une équation entre la chlorose et la tuberculose et croire que la chlorose est exclusivement une manifestation de tuberculose. Ce serait méconnaître toutes les anémies produites par l'ulcère de l'estomac, par les hémorragies, par la syphilis, par les parasites intestinaux, etc., qui peuvent aussi bien revêtir les allures symptomatiques auxquelles on donne ordinairement le nom de chlorose. L'intérêt de la question vient précisément de ce que le diagnostic étiologique, si important puisque c'est lui qui dirige en partie le pronostic et le traitement, est toujours délicat à faire. Ce que j'ai cherché seulement à démontrer, c'est que parmi les multiples causes susceptibles d'engendrer le syndrome chlorotique, il n'en est pas de plus importante et de plus commune que la tuberculose.

Pour être d'ordinaire fonction de tuberculose, la chlorose n'en est d'ailleurs pas moins une affection curable, tout

comme la pleurésie sérofibrineuse. En opposition aux chloroses suivies ultérieurement du développement de tuberculose pulmonaire dont j'ai rapporté l'observation, je pourrais citer de nombreux cas où la chlorose a guéri sans séquelles fâcheuses; je considère cependant ces cas comme étant aussi bien que les premiers de nature tuberculeuse.

C'est que l'évolution de la tuberculose varie essentiellement suivant le milieu social et suivant les soins que le malade peut prendre. De même qu'un pleurétique bien soigné a grandes chances de ne pas devenir un phtisique, de même une chlorotique longuement et convenablement traitée guérira et pourra bien ne plus avoir maille à partir avec la tuberculose. Il en est ainsi souvent pour les chlorotiques appartenant aux classes fortunées.

Au contraire, nous voyons les pleurétiques d'hôpital mourir tôt ou tard de phtisie; et nous voyons aussi les jeunes filles du peuple insuffisamment nourries, fatiguées par une profession pénible, obligées de travailler pour vivre, traîner en longueur leur chlorose, rechuter, récidiver et aboutir à la tuberculose pulmonaire. Il suffit de jeter les yeux autour de soi, dans les rues de Paris, pour voir nombre de jeunes filles d'aspect chlorotique, travaillant et peinant, jusqu'à ce que la maladie les conduise à l'hôpital: leur situation sociale les condamne à la phtisie. Mais si, à cette période où le mal est à ses débuts, on les recueillait, on les assistait et on les traitait convenablement, on pourrait les sauver de l'échéance quasi fatale. Pour n'avoir pas toujours des signes évidents à leurs sommets, elles n'en méritent pas moins le traitement au sanatorium, où elles bénéficieraient de la cure d'air beaucoup plus que bien d'autres tuberculeux avérés.

Les résultats que j'ai obtenus chez celles de mes chlorotiques qui ont pu se reposer de longs mois à la campagne en sont la preuve. J'ajouterai même, d'accord avec le professeur Landouzy, qu'elles représentent le prototype des malades à envoyer dans les sanatoriums, où elles devraient rester jusqu'à complète réparation de leur sang.

Telle est la conclusion thérapeutique importante à laquelle je suis logiquement amené pour avoir appris à considérer la chlorose comme une forme larvée de la tuberculose.



## INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

Un vétérinaire de Dublin, appelé pour soigner des chevaux empoisonnés par l'acide phénique, ayant prescrit de leur administrer de l'huile, les chevaux furent sauvés et le vétérinaire put constater qu'au lieu d'huile on avait donné à ces animaux, par erreur, de l'essence de térébenthine. Quelque temps après, un forgeron, croyant prendre un verre de stout, s'empoisonna avec de l'acide carbolique ; le vétérinaire lui fit absorber de l'essence de térébenthine et, malgré l'état comateux du patient, en moins d'une heure le forgeron fut rétabli.

L'action de ce spécifique serait intéressante à étudier d'une manière scientifique dans des cas d'empoisonnements semblables.

---

M. Variot rapporte les bons effets thérapeutiques obtenus avec le citrate de soude ajouté au lait dans l'alimentation de jeunes enfants, dont la nourriture avait été mal réglée et qui présentaient de ce fait des troubles gastriques prononcés, en particulier des vomissements. Cette méthode thérapeutique est basée sur les expériences de M. Wright, qui a montré que quand on ajoute du citrate de soude au lait et qu'on coagule ensuite ce lait par la présure, le caillot est plus fluide, plus léger que quand on ne lui a pas ajouté de citrate de soude. Cette action est due à ce que ce dernier précipite les sels chaud, en particulier le chlorure de calcium, ces sels augmentant considérablement la coagulation.

---

Une petite fille de neuf ans, présentant des lésions vulvaires, fut amenée à un médecin qui diagnostiqua une syphilis : les parents se recrièrent et refusèrent d'agir en conséquence. Peu après, cette jeune fille persuada à un garçonnet de six ans de pratiquer le coït avec elle. Le résultat ne se fit pas attendre, et, quand l'auteur vit l'enfant, il présentait les lésions suivantes : chancre du prépuce, syphilides papulo-érythémateuses généralisées, adénites généralisées, plaques muqueuses sur les deux amygdales.

Cette observation, intéressante par sa rareté, vient donc plaider, pour la séparation des sexes dans les écoles primaires. (Dr. Lydston, New-York.)

---

M. le docteur L. A. Bidwell rapporte l'histoire d'une fillette qui, au cours d'une métrite blennorragique — la recherche du

gonocoque ayant donné des résultats positifs — se mit à présenter des symptômes abdominaux alarmants avec un état général grave. Le toucher rectal fit connaître une double salpingite, et l'opération, jugée nécessaire, permit d'enlever deux trompes remplies de pus. Guérison parfaite, mais persistance de l'écoulement vaginal qui ne céda qu'à un curettage utérin.

---

Depuis quelque temps, pour obtenir le blanchiment des farines, on leur fait subir un contact avec de l'air électrisé. Les farines ainsi traitées, d'après M. Balland, ont une saveur et une odeur moins agréables que celles ne l'ayant pas été. Elles donnent un pain plus blanc, mais moins savoureux. L'effet du traitement des farines par l'électricité est de les blanchir en les vieillissant.

---

Le Quino-Phosphate est de tous les vins le tonique par excellence, d'un goût agréable, d'un effet non stimulant mais reconstituant, employé avec succès dans les cas de : Débilité générale — Convalescences — Suites de fièvres — Faiblesse de l'Estomac, etc.

---

Le nombre officiel des aliénés en Angleterre :

D'après le 58<sup>e</sup> rapport annuel, au 1<sup>er</sup> janvier 1904, on comptait en Angleterre, et dans le pays de Galles, 117,199 personnes certifiées atteintes de folie.

L'excédent sur l'année précédente est de 3,235.

Pour les dix dernières années, la moyenne de l'accroissement annuel est de 2,513.

---

Le département des Postes de l'Etat de la Colombie (Etats-Unis) a retiré à une usine de substances médicamenteuses le droit de se servir de la poste pour envoyer ses réclames charlatanesques. Les produits de cette usine furent soumis à l'analyse qui a montré, comme on s'y attendait, que ces produits ne correspondaient pas à ce qu'on promettait dans les réclames.

---

Le bureau sanitaire de l'État d'Indiana (États-Unis) a décidé d'exclure à l'avenir des écoles publiques de l'État tous les candidats maîtres atteints de tuberculose pulmonaire. A l'heure actuelle, on compte dans cet État environ 250 maîtres d'école qui présentent cette affection.