

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 OCTOBRE 1903

No 8

A NOS LECTEURS

Pour répondre aux sympathies agissantes d'un grand nombre de nos lecteurs qui se sont fait un devoir de renouveler leur abonnement, nous augmentons encore de quelques pages cette revue qu'ils font progressivement grandir.

Grâce à votre fertile semence et aux encouragements nous arrivant de toutes parts, le *Montréal-Médical*, chargé de ses 68 pages, s'envoie fièrement vers vous, portant dans son sein les fruits de la science médicale les plus nutritifs et les plus nécessaires à une HEUREUSE SANTÉ professionnelle.

Toujours animé des plus vifs et des plus généreux désirs de répondre à vos espérances, le *Montréal-Médical* multiplierà encore ses pages dès la réception de ressources plus abondantes.

LA RÉDACTION.

L'HEURE DU MÉDICAMENT.

PAR M. LE PROFESSEUR COMBEMALE.

Messieurs,

Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une question de thérapeutique clinique, que j'estime importante et complexe, malgré le reproche de futilité que certains médecins ne craignent pas de lui attribuer; je vous entretiendrai du moment de la journée où doivent être administrés les médicaments prescrits. Vous serez, en effet, à peine livrés à vos propres forces que cette question se dressera devant vous, avec d'autant plus d'insistance que le milieu social que vous visiterez sera plus élevé. Pour ne pas faire au hasard une réponse quelconque, quelques notions vous sont nécessaires comme viatique: je me propose de vous les donner aujourd'hui.

Pour prendre sur ce point les déterminations les plus justes, il n'est pas inutile de vous rappeler: 1o que les conventions sociales sur lesquelles repose la vie en commun, ont coupé la journée de vingt-quatre heures en différentes parties, consacrées à la table, au sommeil, au travail, etc.; toutes, suivant la maladie à traiter, ne sont donc pas propices pour absorber les médicaments; 2o de plus, nos organes eux-mêmes ont leurs négligences, et ne fonctionnent pas toujours avec la même activité; il en découle, aux périodes d'inactivité relative, une réceptivité moindre vis-à-vis de l'effet médicamenteux, et aussi un aide moindre pour la pénétration du médicament; l'estomac, par exemple, a une sécrétion intermittente, dont la continuité, provoquée par l'ingestion de médicaments, devient vite un état morbide que l'on connaît bien sous le nom de gastrite médicamenteuse; 3o enfin les médicaments ont eux-mêmes une manière d'agir: leur action n'est pas toujours immédiate; un certain temps est nécessaire parfois; et encore certains ont-ils un effet éloigné et un effet prochain que l'on cherche à dissocier; ensuite leurs effets locaux et leurs effets à distance ne sont pas à dédaigner pour la question qui nous occupe. L'heure à laquelle on doit prendre un médicament ne peut donc pas être indifférente, vous le voyez, Messieurs, à tenir compte,—et vous le devez,—de ces raisons majeures.

Quand je parle de l'heure du médicament, vous avez compris qu'il s'agit de médicaments ingérés; néanmoins, cette question

gagne à être étendue et à comprendre aussi tous les autres modes de pénétration dans l'économie des substances médicamenteuses. Quelques exemples vous montreront vite au reste que la chose s'applique à toute voie d'entrée.

L'injection hypodermique est susceptible, en effet, de certaines restrictions, sous le rapport de l'heure à laquelle on la pratique. Voici, en effet, la piqûre de morphine si répandue et si utile dans nombre de circonstances. A moins d'urgence absolue, si le malade vient de manger ou va manger, vous ne la ferez pas parce que la solution de morphine non fraîchement préparée a des propriétés vomitives; et que cet effet secondaire mérite toujours qu'on s'y arrête, si l'on veut ménager au patient les tourments inutiles; cette injection doit être faite aussi loin que possible de l'heure du repas.

Un exemple semblable nous est fourni par les injections de caféine, si communément employée chez les cardiopathes chroniques; où il importe de ne pas faire cette piqûre à n'importe quel moment de la journée, tard, dans l'après-midi, par exemple; l'excitation que procure la caféine, se produirait la nuit et le sommeil serait troublé d'une façon plus ou moins marquée. Aussi, si on a le choix pour l'administration de la caféine, on fera de préférence cette injection le matin.

La majeure partie des questions qui vous seront posées relativement à l'heure du médicament auront trait au médicament ingéré: cependant les médicaments introduits par voie rectale n'en ont pas moins leur heure. Ainsi, prenez l'exemple du malade atteint de fissure anale: le suppositoire destiné à calmer la douleur devra être introduit immédiatement après la défécation et non à un autre moment de la journée. De même le constipé par accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale, à qui vous aurez prescrit des ovules rectaux, devra introduire son cône glycéринé le soir au coucher ou bon matin, afin de ramollir les matières par contact et imprégnation prolongée, et non au petit bonheur dans la journée.

La pénétration des médicaments dans l'économie par inhalation exige aussi de faire l'acte médicamenteux à une certaine heure sous peine d'échec ou d'intervention inutile. Les vrais asthmatiques savent bien qu'en intervenant dès le début de leur angoisse respiratoire par des inhalations d'éther, de pyridine, d'iodure d'éthyle, ils réduisent l'intensité de l'accès, que parfois

l'action de fumer une cigarette de datura ou de faire brûler dans leur chambre du papier nitré au coucher leur assure une nuit tranquille. Vous ne devez pas, Messieurs, en savoir moins que vos malades; or, vous n'obtiendrez pas ces bons résultats si vous conseillez ces pratiques dans le courant de la journée. Ce qui, dans le cas de l'asthme, doit être prescrit pour le jour, c'est le traitement général de l'iodure de potassium, dont j'aurai l'occasion de vous entretenir tout à l'heure.

De même, Messieurs, pour le gargarisme, les irrigations nasales, le lavage de l'estomac: toujours, il nous faut fixer l'heure à laquelle l'opération doit être faite. Les réflexes nauséux qui accompagnent le gargarisme ne sont pas toujours faciles à éviter; aussi le moment qui suit l'ingestion d'aliments n'est pas à recommander, surtout chez les enfants pour pratiquer le lavage du nez, attouchements du pharynx, ou gargarismes. Quant aux lavages de l'estomac, les heures auxquelles il faut les pratiquer ont une telle importance diagnostique et thérapeutique que je me réserve de vous en parler à fond dans une prochaine leçon.

Les topiques, qui sont d'une si grande ressource dans les maladies cutanées: l'hydrothérapie, le massage, les bains, d'un usage si généralisé dans les névropathies, ne doivent pas davantage être appliqués à n'importe quel moment de la journée.

Certains topiques, d'autre part, sont utilisables seulement la nuit, à appliquer sur le visage ou les parties découvertes, à raison d'une coquetterie bien placée du reste. Le bain, en particulier le bain frais surtout, ou les pratiques hydrothérapiques administrées, d'autre part, en pleine digestion, sont nuisibles, on ne saurait trop le dire; le résultat de cette infraction à l'heure du médicament serait vraisemblablement une congestion cérébrale.

L'heure du médicament importe donc beaucoup, que ce soit la voie digestive, la voie rectale, pulmonaire, cutanée, hypodermique ou tout autre que l'on ait choisie pour porter le médicament dans l'économie. Elle n'importe pas moins suivant les maladies auxquelles s'adresse le médicament.

Parler de l'heure du médicament, c'est, en effet, parler surtout du médicament ordonné, en tenant compte de bien des raisons, d'ordre plutôt minime dans une maladie chronique. Mais n'est-il pas aussi important de savoir préférer telle ou telle heure pour donner, avec le maximum d'effet et avec certitude, le médicament nécessaire, dans une épisode aiguë au cours de maladie

chroniques. Voici le paludisme, maladie chronique d'ordinaire, débutant et se manifestant à intervalles irréguliers par séries de paroxysmes. A quel moment le sulfate de quinine, destiné à "couper" l'accès de fièvre intermittente ordinaire, doit-il être donné ? Ceci a une bien plus grande importance, vous le sentez. Deux notions d'observation pure vous guident dans ce cas : d'abord, nous savons que le sulfate de quinine ne produit ses effets antipyrétiques dans le cas de fièvre due à l'hématozoaire de Laveran, que six heures environ après l'ingestion ; ensuite vous n'ignorez pas que, quel que soit le type, l'accès de fièvre revient à heure fixe. Six heures donc avant cette heure fatidique, la dose de sulfate de quinine prescrite aura dû être absorbée, pour éviter le retour de l'accès lorsqu'il s'agit d'une fièvre paludéenne au type tierce ou au type quarte ; l'étude de l'heure de l'accès sera donc à faire, et même si ces types sont imbriqués, chacun des accès y correspondant revient avec une régularité qui facilite l'emploi à l'heure voulue du médicament spécifique. Que si enfin il y a péril imminent, l'ingestion cédera la place à l'injection hypodermique à hautes doses ; la périodicité perd dans ce cas ses droits, et, du reste, la continuité des phénomènes fébriles, comateux ou tout autre a remplacé cette périodicité d'un si grand secours dans les circonstances ordinaires. Il n'y a plus d'heure pour le sulfate de quinine dans ce cas.

Voici un autre exemple : une variété d'asthme bronchique est caractérisée par ceci, qu'à l'occasion d'une bronchite, des accès de dyspnée spasmodique avec toux surviennent chaque nuit pendant huit ou dix jours consécutifs, entre minuit et deux heures du matin, simulant l'accès d'asthme. La bronchite, cause de tout ce mal, doit donc être traitée, mais à son heure, et par les préparations de belladone. Quelque forme pharmaceutique que ce soit peut être prescrite, mais la prise de cette préparation se fera nécessairement le soir ; vers dix heures, au coucher, vous ferez prendre par exemple cinq centigrammes d'extrait de belladone et les accès seront calmés, sinon abolis ; notez que l'atropinisation diurne même exagérée ne produirait pas cet excellent résultat.

Il en est de même pour les accès de douleur dans la sciatique. Ceux-ci sont surtout intenses au début de la nuit ; lorsque le malade est depuis quelques instants dans son lit, la douleur se réveille et est alors insupportable. Donnez dans ces cas du salo-

phène, du bieu de méthylène, de l'antipyrine, mais retenez que l'action du médicament sera doublée si vous avez soin de le donner une ou deux heures avant le coucher, car le médicament exercera dans ce cas son action analgésique, alors que débute l'accès.

Pour fixer à bon esoiect, Messieurs, l'heure du médicament à ingérer, il faut connaître : a) la rapidité d'action du médicament; b) sa durée d'action; c) l'effet qu'on en veut obtenir; d) l'action locale du médicament sur l'estomac et sur l'intestin. J'étudierai successivement ces points devant vous.

Mais pour établir l'heure du médicament au mieux pour votre malade, il faut aussi tenir compte de ses habitudes; vous tenterez tout d'abord toutefois de corriger chez votre malade ses opinions erronées et lui démontrerez ce qu'exigerait l'emploi régulier du médicament que vous proposez; puis en cas d'impossibilité réelle ou d'opinions préconçues, vous transpirez au mieux.

a) *Rapidité d'action du médicament.*—Il est de notion vulgaire que tous les médicaments n'agissent pas avec la même rapidité; quelques exemples toutefois ne vous seront pas inutiles. C'est ainsi que les purgatifs ont une rapidité d'action très variable. Les uns agissent une ou deux heures après l'absorption, comme le podophyllin, les purgatifs salins; ils "débouchent" les gens pressés, sans profit du reste bien souvent pour l'état anatomique qui engendre la constipation; s'adressent à eux avant de partir à leur travail la matin les constipés et les sédentaires. D'autres purgatifs comme le calomel, l'aloès, la rhubarbe, agissent moins rapidement, de six ou huit heures après l'absorption; aussi doivent-ils être pris le soir au coucher. Enfin, les huiles, les purgatifs doux tels que la manne, les médicaments contenant du sucre, etc., n'agissent que douze et quinze heures après l'ingestion, en raison de ces différences dans la rapidité d'action, des précautions sont à prendre pour leur ingestion et le moment de l'effet prévu.

Prenez les antit. rmiques: ils agissent pour la plupart très vite. L'antipyrine commence à agir un quart d'heure après l'ingestion, tandis que le sulfate de quinine a une rapidité d'action beaucoup moindre et fait attendre son effet pendant plusieurs heures, quand elle en a un. Selon le but cherché, immédiat ou éloigné comme antithermique, vous prescrirez donc l'antipyrine ou le sulfate de quinine et l'heure de leur ingestion sera modifiée

suivant le cas. Supposez un fébricitant tuberculeux au premier degré dont vous voulez combattre sur-le-champ la fièvre imminente ou effective : vous donnerez un cachet d'antipyrine de quinze à trente minutes avant l'accès de fièvre, vers trois heures du soir, par exemple.

Parmi les sédatifs, la rapidité de l'action est aussi très variable : voici la morphine, la codéine, qui en un ou plusieurs quarts d'heure atteindront le but cherché, quelle que soit la préparation employée. Les bromures, eux, font attendre leur effet pendant plusieurs jours, et ce n'est guère qu'au bout de trois jours que la sédation arrivera, même à doses massives de huit grammes. De même parmi les hypnotiques, il y a le chloral qui, à deux grammes, sidère pour ainsi dire le malade et le fait dormir immédiatement, tandis que le sulfonal met une heure avant de calmer le malade.

Suivant les indications, je n'entreprendrais pas ici cette démonstration, la rapidité d'action du médicament a donc son intérêt ; ce qui en découle, à savoir l'heure où le médicament doit être ingéré, tire son importance de cette nécessité d'arriver à temps pour, suivant le cas, empêcher la douleur, la fièvre, l'embarras intestinal, etc.

L'ATHEROME ARTERIEL.

Quelques-unes de ses conséquences ; son traitement.

PAR M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Le premier effet de l'athérome est de dilater les artères. Les travaux des auteurs allemands ont mis ce point hors de conteste, du moins pour certaines artères, pour les gros vaisseaux et leurs principales branches qui, en s'épaississant et en devenant athéromateuses augmentent de calibre, acquièrent une lumière plus large.

Les artères s'allongent aussi et, comme elles sont fixées par leurs extrémités, elles deviennent sinuées, et pour celles qui sont superficielles, les sinuosités font saillie sous la peau.

L'aorte elle-même s'allonge plus qu'elle ne se dilate. Mon collègue PETER disait qu'il mesurait par la percussion les dimensions de l'aorte dans sa largeur. Pour mon compte, c'est une

chose que je considère comme très difficile, car il n'est pas aisé de trouver les limites de l'aorte à gauche, et quand j'essais de tracer une ligne de séparation entre l'aorte et l'artère pulmonaire, je n'arrive jamais qu'à de vagues présomptions. Ceci n'est donc pas pour l'avoir constaté directement par la percussion que je puis assurer la supériorité de l'accroissement en longueur sur l'accroissement en largeur, mais par le raisonnement suivant. A droite, délimiter l'aorte est facile; et si l'on trouve qu'elle dépasse le bord du sternum de deux centimètres, par exemple, ce résultat correspond à un état pathologique qui existe réellement. Si cet état consistait surtout en une augmentation du diamètre du vaisseau, il faudrait admettre que ce diamètre augmenté de deux centimètres à son extrémité gauche l'est aussi de deux centimètres à son extrémité droite. Ces quatre centimètres ajoutés aux quatre centimètres de diamètre normal donneraient à l'aorte un diamètre de huit centimètres, et l'aire d'une sorte d'éléphant ! Si donc l'aorte déborde le sternum à droite, c'est surtout parce qu'elle s'est allongée et est devenue flexueuse, et c'est bien la distension en longueur qui l'emporte sur la distension en largeur et est plus aisément constatable.

En s'allongeant ainsi, en exagérant sa courbure, en se reportant à droite, l'aorte monte vers la clavicule et élève le tronc brachio-céphalique et l'artère sous-clavière. Celle-ci quittant la première côte, vient se placer à une hauteur où elle n'est pas d'habitude et où le doigt peut la sentir battre. Et c'est là un signe précieux qui vient contrôler les résultats de la percussion et affirmer la lésion de la palpation de l'aorte dans l'échancrure sternale, palpation difficile et dans laquelle on peut être induit en erreur par les battements du tronc brachio-céphalique.

L'aorte abdominale athéromateuse s'accroît aussi en longueur mais d'ordinaire elle glisse au-devant de la colonne vertébrale et ne s'incurve pas; plus souvent, ce sont les iliaques qui deviennent tortueuses. Cependant, dans certains cas, sans doute, parce qu'elle est fixée davantage à sa partie inférieure, l'aorte abdominale se coude, s'incurve à gauche et peut donner l'illusion d'une tumeur pulsatile placée au-devant de l'aorte; le fait s'est présenté dans le service précisément.

Malgré cette dilatation de leur lumière, les gros vaisseaux n'en sont pas moins souvent rétrécis par suite d'une lésion athéromateuse, surtout à l'origine, et c'est ce qu'on voit fréquem-

ment pour le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière, la carotide. Leur entrée est rétrécie par suite d'une rétraction cicatricielle qui réduit l'orifice et l'annule. Parfois, le rétrécissement résulte de l'épaississement des membranes elles-mêmes, ainsi qu'il arrive pour les petits vaisseaux, comme, par exemple, à l'entrée des coronaires. J'ai vu dans ces circonstances mourir, sous mes yeux, d'un accès d'angine de poitrine, un homme atteint d'athérome aortique et dont l'orifice des coronaires, oblitéré par l'épaississement des tuniques artérielles, permettait seulement le passage à une soie de sanglier. Chez d'autres sujets, il arrive que la membrane épaissie se ramollit, se soulève, et formant clapet, ferme le vaisseau ou bien encore provoque la coagulation du sang et la formation d'une thrombose.

La dilatation des artères facilite-t-elle la circulation du sang qui, parcourant des canaux plus larges, semblerait devoir couler plus aisément et demander au cœur une impulsion moindre ? Il n'en est rien, et c'est même tout le contraire qui se produit ; la circulation se fait moins bien et le travail du cœur est plus énergique.

La raison en est dans les lésions des parois artérielles dont les éléments élastiques et musculaires sont atteints d'altérations qui entraînent la diminution, la disparition de la tonicité et de la contractilité musculaires et de l'élasticité de ces parois. Or, précisément, grâce à ces propriétés jamais à l'état normal les artères ne se distendent brusquement. Que ces qualités viennent à faire défaut et la distension peut avoir lieu, et c'est de la sorte que des chocs artériels se produisent non seulement chez les athéromateux, mais encore chez des gens dont une maladie, la fièvre typhoïde, par exemple, a touché les artères en les laissant dans un état tel que leur limite d'élasticité, au moment d'une distension, est très rapidement atteinte. Dans les mêmes circonstances, la mise en tension brusque de l'aorte athéromateuse par la projection du sang lancé par le ventricule occasionne un ébranlement brusque qui se répercute sur le cœur, parce que les deux cavités ventriculaire et artérielle sont en libre communication en ce moment. De là, ce bruit de galop systolique que l'on constate, au début du petit silence, en plaçant l'oreille au niveau de l'aorte et au devant du cœur, à la base.

MAREY a fait traîner par un homme un fardeau dans une charrette, tantôt à l'aide de courroies simples, tantôt à l'aide de

courroies munies de ressorts. Quand l'homme tirait avec l'intermédiaire des ressorts, il peinait beaucoup moins. De même le cœur, lorsqu'il chasse le sang dans des vaisseaux souples, n'éprouve point la fatigue que lui imposent des artères défectueuses. L'élasticité artérielle vient à son aide, non pas en poussant avec lui le sang vers la périphérie, mais en rendant continu et régulier l'écoulement de ce liquide lancé par intermittences dans l'aorte et en augmentant son débit. Des artères athéromateuses ne peuvent accomplir pareille tâche et le cœur travaillant plus, s'hypertrophie. Néanmoins, comme les artères ne sont pas toutes atteintes et que celles qui le sont ne le sont pas toutes au même degré, il s'hypertrophiera seulement d'une façon médiocre.

Ce n'est pas sur lui que porteront les plus graves accidents mais sur les régions irriguées par les vaisseaux malades et surtout atteints de rétrécissement.

CLAUDE BERNARD nous a enseigné que la nutrition des organes et le fonctionnement des organes exigeaient séparément un mode spécial de circulation. Si le sang reste longtemps en contact avec les tissus, c'est un état favorable à leur bonne nutrition; par contre, dans un organe qui fonctionne, il faut un sang abondant, rapide et incessamment renouvelé. Pour régler ce jeu de la circulation interviennent ces phénomènes de vasomotricité dont CLAUDE BERNARD nous a révélé le merveilleux mécanisme qui est évidemment brisé ou défectueux quand les vaisseaux ne sont plus sains.

Il faut peu de sang pour nourrir les tissus; si cette faible quantité n'existe même pas, il en résultera des troubles trophiques, des dégénérescences, des gangrènes des extrémités, des ramollissements localisés. On voit ces ramollissements dans la substance cérébrale, dans le myocarde quand les dernières branches des artères du cerveau, quand les dernières branches des coronaires sont oblitérées.

Si le rétrécissement des vaisseaux n'est point absolu, il peut se faire que la quantité de sang débitée par eux suffise à l'entretien de l'organe irrigué, mais se trouve plus faible dès qu'il doit fonctionner avec un peu d'énergie. Alors, quand l'organe entrera en travail, il accomplira sa tâche dans les premiers instants, puis il l'accomplira moins bien, puis, faiblissant de plus en plus, il lui sera complètement inférieur et, au moment où il sera complètement désoxygéné, il cessera de fonctionner.

Ce sont là des accidents qui appartiennent à la classe de phénomènes que j'ai désignés du nom de *miopragies*. Je n'ai pas souvent créé de mots nouveaux, mais celui-ci m'a paru vraiment s'imposer pour désigner d'un seul terme, un grand nombre de faits de même nature, toutes les *aptitudes fonctionnelles restreintes*. Il arrive fréquemment que par suite d'une affection antérieure, aiguë ou chronique, un organe a été réduit à un état tel qu'il peut fonctionner mais dans une mesure réduite, inférieure à celle dont il serait capable s'il était sain. Dès qu'il dépasse la limite de ce fonctionnement réduit, des accidents éclatent soit sur lui-même, soit dans le reste de l'économie. Je dis alors que cet organe est en état de *miopragie*, d'*aptitude fonctionnelle restreinte*, et je viens de vous dire que les *miopragies* consécutives au rétrécissement des artères étaient fréquentes.

BOULEY, en 1831, a expliqué la claudication intermittente des chevaux par le rétrécissement de leurs iliaques, accident qui n'est pas rare. Le cheval traîne convenablement sa voiture au pas, quelquefois au trot. Mais, si la course est longue, si on le pousse, il tombe, sa jambe est raide, il souffre et ses yeux hagards expriment la plus vive douleur, il se couvre de sueurs abondantes; au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, il se relève et peut se remettre en marche à un train modéré. Si l'allure est vive, l'accident se reproduit.

CHARCOT, en 1859, a signalé des faits analogues chez l'homme avec un rétrécissement des iliaques.—Moi-même, j'ai vu un homme qui avait été grand marcheur, mais dont la tibiale s'était rétrécie. S'il marchait doucement, il n'éprouvait pas de gêne; au contraire, dès qu'il accélérât un peu le pas, il était saisi dans le mollet d'une violente douleur qui l'obligeait à s'arrêter et à se reposer, après quoi il pouvait reprendre sa route d'une allure tranquille.

Le propre du poète est de conserver toujours la fraîcheur originelle de toutes ses illusions et de ses rêves, d'être éternellement jeune et éternellement vierge.

Le papier souffre tout mais la peau humaine est autrement sensible.

DE LA DYSPNEE TOXI-ALIMENTAIRE.

Son traitement.

PAR M. LE PROFESSEUR H. HUCHARD.

Messieurs,

Arrêtons-nous quelques instants sur ce malade qui vient depuis quelques mois à ma consultation.

Ce qui l'a engagé à venir à l'hôpital, c'est qu'il était gêné pour respirer quand il faisait quelque effort ; de plus, il était privé de sommeil par le fait de son oppression.

Il avait le visage pâle ; il n'avait jamais eu d'œdème des jambes.

Ses urines ne contenaient pas d'albumine.

Il avait un bruit de galop ; il l'a encore aujourd'hui.

Remarquez combien M. Potain a raison de dire que le bruit de galop consiste en une sensation tactile bien plutôt qu'en un bruit. Vous avez vu, en effet, que ma main, embrassant la région précordiale, était soulevée par les battements du cœur suivant un rythme rappelant celui du bruit de galop ; quand j'ai retiré ma main vous avez même vu la paroi du thorax agitée suivant ce rythme.

Le diagnostic posé a été celui de *dyspnée toxi-alimentaire* et j'ai dit à l'homme de suivre le régime lacté absolu, c'est-à-dire de ne s'alimenter qu'avec du lait, avec trois litres et demi par jour puisque telle est la quantité nécessaire pour que le lait constitue une nourriture.

Après quelques jours de traitement, l'oppression a disparu, le sommeil est revenu. Et aujourd'hui le malade se trouve assez bien pour que je lui permette les légumes tant qu'il en voudra manger—la viande restant interdite et le retour au lait étant rigoureusement prescrit en cas d'oppression.

Cet homme se plaignait donc d'une gêne respiratoire intense qui se manifestait dans la marche, lors d'une montée d'escalier, à propos d'un travail quelconque et qui la nuit, survenait spontanément, procurant une insomnie des plus pénibles.

Rappelez-vous ce fait et quand vous interrogerez des malades semblables à celui-ci, ne soyez pas surpris d'en trouver huit sur dix qui vous demanderont de les faire dormir. Si vous en rencontrez qui prétendent dormir, enregistrez leur affirmation, mais soyez sûrs qu'un moment viendra où la dyspnée s'accompagnera d'insomnie.

Et alors, les malades ne dormant pas parce qu'ils respirent mal, vous voudrez les faire respirer : en cela, vous réussirez entièrement, si vous conseillez le régime du lait; c'est de cette façon que le lait devient un excellent hypnotique.

Mais si, étant ignorants de la cause de l'insomnie, vous la combattez avec le chloral, le sultonal, le trional, non seulement vous échouerez mais vous augmenterez encore les malaises de votre client parce que vous aurez ajouté une nouvelle substance toxique à celles qui causaient la dyspnée et secondairement l'insomnie.

Donc, en présence d'une dyspnée toxi-alimentaire, vous devez ordonner le lait à vos malades et vous pouvez leur dire qu'après trois jours de régime, leur respiration sera devenue plus facile et leur sommeil aussi. Par contre, abstenez-vous soigneusement d'hypnotiques qui ne feraient qu'aggraver l'insomnie, symptôme satellite de la dyspnée.

Qu'est-ce que cette dyspnée toxi-alimentaire ?

La plupart des auteurs disent qu'elle est urémique. Je le veux bien mais à condition que l'on change la définition de l'urémie et qu'on l'étende à toutes les manifestations de l'insuffisance rénale.

L'urémie est un empoisonnement complexe, résultant d'auto-intoxications par différents produits, parmi lesquels il ne faudrait pas placer en première ligne, l'urée, qui est diurétique ainsi que l'a montré M. Bouchard.

Les différentes substances toxiques manifestent leur action chacune par des effets spéciaux; l'empoisonnement par la digitale n'a pas les caractères de l'empoisonnement par l'opium. De même l'empoisonnement par les déchets provenant de l'ingestion et de la digestion des aliments ne peut être confondu avec celui qui constitue l'urémie.

Certes, la dyspnée toxi-alimentaire fait partie, comme l'urémie, des symptômes de l'insuffisance rénale. Mais c'est un symptôme de la première heure qui précède de longtemps les accidents urémiques.

Elle a sa cause propre et on la trouve dans l'alimentation. La meilleure preuve, c'est que plus on mange de viande, plus on s'empoisonne et plus la dyspnée augmente. Au contraire, si l'on renonce à se nourrir de viande en conservant dans ses menus,

les légumes et le lait, l'oppression devient aussitôt moindre et enfin, quand on se borne à prendre du lait, elle disparaît.

Même au cours d'une crise urémique, toute la dyspnée ne tient pas toujours exclusivement aux poisons de l'urémie; ceux qui proviennent des aliments carnés et végétaux jouent aussi un rôle dans la production de cette dyspnée puisqu'elle diminue sitôt qu'on ne fait plus usage de ces aliments.

Disons donc qu'il existe une dyspnée toxi-alimentaire, c'est-à-dire dans laquelle l'alimentation est le *primum movens*.

Quand une personne atteinte de cette dyspnée vient à vous, elle est pâle; mais lorsque, sur votre avis, elle se met au lait, trois jours plus tard sa pâleur a disparu et son visage présente une certaine coloration. A tort, vous l'auriez prise pour une anémique; à tort, vous lui auriez imposé le traitement de l'anémie, elle n'en avait pas. Sa pâleur tenait à la vaso-constriction périphérique. Les substances toxiques, les ptomaines jetées dans l'économie par suite de l'ingestion inconsidérée de viandes peu cuites, de bouillons gras, de poissons, de fromages faits ont une propriété vaso-constrictive très prononcée. C'est cette vaso-constriction périphérique qui donne au malade son aspect anémique; c'est un signe de son empoisonnement dont l'autre signe est la dyspnée.

Supprimez le poison et du coup vous supprimez ses effets, en particulier sa pâleur: quelques litres de lait en quelques jours changent l'aspect du visage et l'état général.

Voilà pourquoi, le *chloro brightisme* est, sinon une erreur de fait, au moins une erreur de mots et c'est une dénomination à rejeter parce qu'elle peut entraîner précisément à des fautes graves d'appréciation.

La dyspnée toxi-alimentaire est une dyspnée d'effort se manifestant à propos de divers mouvements que peut se donner le malade. C'est de plus, une dyspnée à paroxysmes nocturnes.

On l'a confondue avec le *pseudo-asthme cardiaque*. Mais, celui-ci, dû à l'augmentation de la tension pulmonaire, et s'accompagnant d'accentuation du bruit diastolique à l'orifice de l'artère pulmonaire se voit chez les cardiaques valvulaires et elle en fait des dyspnéiques rouges. La confusion est donc facile à éviter, puisque l'intoxication alimentaire rend les gens pâles.

L'erreur est plus aisée à commettre dans la distinction avec le *pseudo-asthme aortique* dû à l'exagération de la tension arté-

rielle. C'est celui des cardio-artériels qui, en opposition avec les cardiaques valvulaires, sont des dysnéiques blancs.

En présence d'un malade dyspnéique et ayant une dilatation de l'aorte, vous donnerez de l'iodure de potassium et... souvent, vous n'obtiendrez aucun résultat. Et pourquoi? Parce que la dyspnée que vous aurez voulu combattre était une dyspnée d'origine toxique et alimentaire, parce que sur dix aortiques dysnéiques, neuf auront une dyspnée toxi-alimentaire.

Il y a deux façons d'avoir une insuffisance aortique. On peut avoir une insuffisance aortique endocardique. C'est une insuffisance localisée qui tient à la seule altération des valvules, et la lésion de l'endocarde constitue toute la maladie. Dans ces cas, pas plus qu'on ne voit d'argine de poitrine, on ne rencontre de dyspnée toxi-alimentaire. Il n'en est plus de même dans la deuxième forme de l'insuffisance aortique, et cette dyspnée a coutume d'atteindre les porteurs d'insuffisance aortique artérielle, celle où le système artériel entier est malade, celle où la maladie générale domine la lésion valvulaire.

L'homme que nous venons de voir n'a point d'insuffisance aortique. Mais, néanmoins, son système artériel est touché sur plusieurs points.

Il n'a jamais eu d'albumine; le réactif de Tanret qui en décele deux ou trois centigrammes n'en a jamais fait découvrir dans ses urines. Cela n'empêche pas qu'il a une néphro-sclérose, une lésion rénale qui n'est déjà plus latente, comme le prouve sa dyspnée toxi-alimentaire et son bruit de galop. Il restera ainsi des mois et des années, puis le cœur, à son tour, sera envahi: la forme cardio-rénale de la sclérose artérielle est la conclusion habituelle de ces histoires morbides.

D'autre part, il a une dilatation de son aorte atteinte chroniquement. Elle déborde le bord droit du sternum et on entend au niveau du deuxième espace intercostal droit, le *bruit clangoreux* de Noël Guéneau de Mussy, qui a, dit cet auteur, "une amplitude, une rebondance, une vibration métallique caractéristiques". C'est un retentissement diastolique sonore, bien différent d'un autre retentissement également diastolique qu'on perçoit au même lieu. Je veux parler d'un retentissement simple, en coup de marteau, qui n'est qu'une modification dans l'intensité et la tonalité du second bruit du cœur sans altération de son timbre. Il indique l'augmentation de la tension artérielle qui détermine

une fermeture plus rapide et plus violente des valvules. Le bruit clangoreux — résultat d'un changement de timbre du deuxième bruit—est le signe certain de la dilatation de l'aorte chroniquement atteinte.

Quand vous entendez ce bruit clangoreux et qu'en même temps vous constatez le bruit de galop, même sans qu'il y ait élévation de la sous-clavière, et alors qu'il n'y a pas de trace d'albumine dans l'urine, vous pourrez affirmer, sans aucune crainte d'erreur, l'existence d'une lésion généralisée du système artériel qui évoluera d'une façon continue et progressive.

En présence d'une telle lésion, vous serez portés à *prescrire l'iodure de potassium* ou de sodium. Sans doute, l'iodure de potassium agit sur les parois artérielles et possède une grande puissance puisqu'il a procuré la guérison d'anévrismes: mais il ne faut pas le donner inconsidérément. Il existe une *contre-indication formelle à son emploi*

Les gens atteints de cardio-sclérose ou de néphro-sclérose sont sujets à l'œdème aigu du poumon. Et rien de terrible comme cet œdème qui peut apparaître brusquement sans que rien l'annonce, et tue quelquefois en moins d'un quart d'heure. Or, l'iodure peut, par lui-même, déterminer de l'œdème pulmonaire et joindre son œdème à celui de la maladie. Il est donc telles circonstances où donner de l'iodure, c'est se faire le complice du mal.

Aussi, dès que vous trouverez trace d'œdème du poumon chez vos malades, dès que vous entendrez des râles crépitants gros, qui peuvent en quelques heures monter comme un flot de la base au sommet—s'accompagnant d'ailleurs de sonorité à la percussion,—vous supprimerez l'iodure et vous recommanderez le lait absolu. Et pour le cas d'œdème aigu, j'ajoute qu'une saignée de cinq cents grammes est un moyen héroïque pour sauver le malade.

En terminant cette courte instruction, j'insiste de nouveau sur l'importance de la dyspnée toxi-alimentaire. Elle est le signe de l'imperméabilité rénale au début; elle indique qu'une cardiopathie artérielle est à redouter dans l'avenir ou existe déjà.

Ne vous laissez pas induire en erreur, la cardiopathie pourra masquer l'insuffisance rénale: sachez la dépister. Vous ausculterez un cœur arythmique, présentant un scuffle à la pointe

diastolique; vous ferez le diagnostic d'insuffisance mitrale. Anatomiquement, vous aurez raison mais, si vous en demeurez là, votre diagnostic sera incomplet et votre thérapeutique s'en ressentira. Parce que vous verrez un peu d'œdème malléolaire, un peu d'albumine dans l'urine, vous craindrez l'hyposystolie, vous donnerez la digitale,—je préférerais la théobromine à hautes doses,—vous ferez uriner le malade, l'albumine disparaîtra, mais de la dyspnée, vous ne vous serez pas rendus maîtres. Pourquoi ?

C'est que vous n'avez pas porté assez loin vos investigations. Hypnotisés par le souffle cardiaque, vous avez négligé le bruit clangoreux de l'aorte, l'élévation de la sous-clavière, vous n'avez pas vu la lésion artérielle généralisée; vous ne vous êtes pas rendu compte que la dyspnée était une dyspnée toxi-alimentaire.

Vous avez pris une cardiopathie artérielle pour une cardiopathie valvulaire. Et pourtant entre elles, les différences ne manquent pas, ne seraient-ce que les incidents qui surviennent dans la maladie artérielle avant l'hyposystolie et l'asystolie, incidents parmi lesquels je ne cite que la dyspnée toxi-alimentaire, l'angine de poitrine par obstruction de l'entrée des coronaires, l'œdème aigu du poumon.

DE LA MORT RAPIDE ET IMPREVUE DANS LES RETRECISSEMENTS CANCEREUX DE L'INTESTIN.

PAR M. LE DOCTEUR PERGOLA.

Un homme, jouissant en apparence d'une bonne santé et n'accusant aucun passé morbide, sauf pourtant un peu d'irrégularité et de fétidité des garde-robes survenues depuis deux mois, est pris brusquement, après avoir accompli un travail pénible, d'un malaise indéfinissable. Presque aussitôt après, vomissements fécaloïdes, diarrhée, ballonnement du ventre, douleur intolérable dans tout l'abdomen, facies péritonéal, algidité, collapsus et mort au bout de vingt heures. La famille, se souvenant de certains faits allégués par le malade, déclara, en présence du médecin de l'état civil et du médecin traitant, qu'un traumatisme abdominal, reçu dans une rixe, deux mois auparavant, pouvait bien avoir déterminé la mort. Ces commémoratifs, mais surtout l'évolution rapide des accidents et la soudaineté de la mort, firent refuser le

permis d'inhumér, et une enquête judiciaire fut ordonnée. Or, l'autopsie montra qu'il n'existait aucune lésion capable d'expliquer la mort si ce n'est un cancer de l'S iliaque avec rétrécissement intestinal pouvant à peine donner passage à une plume d'oie.

Ce fait a incité M. Pergola à rechercher dans la littérature tous les faits du même genre et à tenter une étude d'ensemble de la mort rapide et imprévue dans le cancer de l'intestin. Malheureusement, il n'a pu recueillir que trois cas semblables au sien; encore, dans les deux derniers, les accidents ont-ils évolué beaucoup moins vite, et la mort n'est-elle survenue qu'au bout de quelques jours. Ces quelques faits sont cependant, pense-t-il, suffisamment démonstratifs pour qu'on doive admettre que le cancer de l'intestin peut évoluer pendant un temps plus ou moins long d'une façon absolument latente, c'est-à-dire sans retentissement apparent sur la santé générale, et avec des troubles locaux nuls ou insignifiants, et provoquer soudain des accidents aigus, capables de déterminer la mort en quelques heures ou en quelques jours.

Quelle est la nature de ces accidents? Ce sont, dit M. Pergola, des accidents d'intoxication aiguë d'origine intestinale survenant chez un individu de résistance atténuée. L'organisme des cancéreux constitue, on le sait, un terrain plus ou moins adultéré par la résorption des toxines cancéreuses, donc un terrain de moindre résistance. Chez les sujets atteints d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin, même pendant la période latente, l'absorption des toxines doit encore être exagérée, en raison de l'insuffisance d'un émonctoire qui joue normalement un rôle important dans l'élimination des poisons de l'organisme. Qu'il survienne alors, pour une cause ou une autre ou sans cause appréciable, une occlusion aiguë, —le plus souvent, comme on l'admet, par paralysie brusque de l'intestin au-dessus de l'obstacle,—et la mort se produit, rapide et imprévue. M. Pergola pense qu'elle est le résultat de l'intoxication bulbaire, l'action des toxines cancéreuses sur les centres nerveux et, en particulier, sur le bulbe et le cervelet ne faisant aucun doute.

En présence de pareils accidents, nous est-il possible de diagnostiquer la lésion qui les a provoqués? Il faut bien avouer que la plupart du temps ce sera là chose impossible

puisque, par définition, nous admettons que nous avons affaire à des cancers latents, c'est-à-dire ne s'étant manifestés antérieurement par aucun symptôme général ou local appréciable. En fait, le diagnostic n'a été fait dans aucun des cas rapportés par M. Pergola.

Pour terminer, signalons l'importance que ces faits acquièrent pour le médecin légiste, l'évolution rapide et imprévue des accidents pouvant faire admettre l'hypothèse d'un traumatisme abdominal ou d'une intoxication et motiver ainsi l'intervention judiciaire.

DE L'ÉTAT DES ANNEXES DANS LES FIBROMES UTÉRINS.

PAR M. LE DOCTEUR CONSTANTIN DANIEL.

Le travail de M. Daniel repose sur 205 observations, dont 69 cas opérés dans le service du professeur Pozzi pendant une période de dix ans; le reste de 136 observations ont été recueillies dans les différentes publications françaises et étrangères.

1° *Etude anatomique.*—En tenant compte de 124 cas de fibromyomes opérés à la clinique de Broca, on voit qu'il existe 72 fois des altérations annexielles, soit une proportion de 59 pour 100. Parmi les altérations annexielles, Daniel classe non seulement les lésions limitées à la trompe et aux ovaires, mais aussi celles qui prennent naissance dans les rudiments wolffiens et aussi celles qu'il désigne sous le nom d'altérations de voisinage.

La trompe peut être le siège de tous les degrés d'altérations anatomiques : hyperplasie, hyperémie, inflammation catarrhale, salpingites kystiques, tuberculose tubaire, grossesse ectopique.

L'ovaire serait atteint plus souvent que la trompe au cours de l'évolution des fibromes; et ce n'est que très rarement qu'il est normal à la vue ou à la coupe. L'ovarite chronique, la dégénérescence kystique des ovaires, les altérations du corps jaune, la suppuration ovarienne, la tuberculose de l'ovaire, les kystes et les tumeurs ovariennes ont été observés avec une fréquence variable.

Les restes embryonnaires du ligament large peuvent subir

une poussée amenant des formations kystiques ou des tumeurs solides.

Par ses altérations et ses dégénérescences, le fibrome peut exercer une influence sur les annexes.

2° *Etude pathogénique.*—Les causes capables d'altérer les annexes au cours des fibromes utérins peuvent se réduire à trois facteurs : a) l'infection, b) la diathèse fibromateuse, c) l'action directe des néoplasmes sur tout l'appareil tubo-ovarien. Une moitié des faits environ semble dépendre de la diathèse fibromateuse : il s'agit, dans ces cas, d'altérations annexielles propres à ces tumeurs, non inflammatoires, caractérisées par l'hyperplasie simple des tissus de la trompe, et du côté des ovaires par l'hypertrophie avec atrophie et dégénérescence consécutive.

3° *Etude clinique.*—Tantôt évoluant d'une façon silencieuse et découvertes par hasard à l'ouverture de l'abdomen, tantôt voilant par leur intensité les symptômes de la tumeur même, en déterminant des complications graves (ouverture dans le péritoine, torsions, etc.), les complications annexielles des fibromes jouent quelquefois le rôle de véritables symptômes révélateurs qui décèlent la présence de la tumeur.

La valeur pronostique de ces altérations est celle de chaque complication considérée en particulier, leur existence pouvant, par la complexité des lésions, compromettre sérieusement la vie de la malade et le succès de l'intervention chirurgicale.

Quant au choix du procédé, opération conservatrice ou hystérectomie totale, l'opérateur, en présence de tumeurs fibreuses accompagnées de lésions annexielles, devra choisir entre plusieurs partis, et sa détermination dépendra de différentes considérations : le volume de la tumeur, ses rapports anatomiques avec l'utérus, ses connexions avec les organes voisins, etc.

La science médicale n'est pas une simple production de l'esprit ou du génie. elle ne repose pas sur des règles faibles ou arbitraires, variables suivant les siècles et les nations, au contraire, elle se fonde essentiellement sur des faits authentiques, sur des méthodes éprouvées, sur des connaissances positives.

PRINCIPES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

LA CURE D'AIR, LA CURE D'ALIMENTATION, LA CURE DE REPOS.

1° CURE D'AIR.—Elle est fondamentale. Elle doit être absolue.

Elle se fera à la campagne, loin des villes, des agglomérations et de la poussière. Il n'y a pas, en règle générale, de climat dont le choix s'impose; il ne faut que de l'air pur.

Elle sera ininterrompue, nuit et jour, et par tous les temps :

Le *jour*, sous un hangar, à l'abri du soleil, du vent et de la pluie, ou, à la rigueur, dans une pièce vaste, sans tentures ni tapis, dont les fenêtres resteront largement ouvertes;

La *nuit*, dans une chambre qui sera également vaste, dépourvue de tentures et tapis, et dont la fenêtre restera toute grande ouverte excepté au lever et au coucher. Il est bien entendu que, pour ne pas se refroidir par le corps, le malade portera une chemise de flanelle, au besoin un tricot, aura des couvertures légères et chaudes, et, si cela est nécessaire, une bouillotte chaude aux pieds. L'orientation préférable pour la chambre ou le hangar est le sud avec variantes entre l'est et l'ouest suivant la saison.

Le séjour dans une pièce fermée, au milieu d'une réunion, dans les théâtres, les cafés, les magasins et tous les endroits à poussières est formellement interdit.

À défaut de la campagne, on suivra ces préceptes, en s'en rapprochant le plus, en quelque endroit qu'on se trouve.

Le soleil doit être évité et surtout pour les tuberculeux qui crachent le sang. Ne jamais se promener au soleil sans ombrelle.

2° CURE D'ALIMENTATION.—Le tuberculeux doit se *suralimenter*, c'est-à-dire ajouter à la ration d'entretien commune à tout individu une ration spéciale, sa ration de guérison : un malade qui engraisse est un malade qui guérit. Mais il importe de se défier d'un excès de suralimentation qui, après une augmentation trop rapide, amènerait une déperdition par dyspepsie ou autres troubles et compromettrait les organes.

Le seul guide pour régler l'alimentation, c'est la bascule : il faut se peser régulièrement, tous les huit jours, sur la même bascule, dans le même costume, le matin après avoir été à

la selle et avant d'avoir pris aucun aliment. Les résultats obtenus permettent de dresser, pour pouvoir les comparer entre eux, une courbe des poids qui sera toujours soigneusement tenue au courant.

DES REPAS.—Les repas seront au nombre de quatre, à heures fixes : huit heures, midi, quatre heures, sept ou huit heures. Le *petit déjeuner* composé de : deux œufs, viande froide, pain, beurre et chocolat ou café au lait ou lait. Le *déjeuner*, composé de : hors-d'œuvre, plat d'œufs, entrée, rôti, légumes, entremets, fromage, dessert. Le *goûter*, composé de : pain avec fromage, beurre ou confitures, ou lait, ou œufs suivant les goûts. Le *dîner* composé de : potage, entrée, rôti, légumes, entremets, fromage, dessert.

Bien mâcher et manger lentement.

Le malade doit avoir son couvert et son verre pour lui seul.

DES ALIMENTS.—Le régime du tuberculeux ne comporte pas de défense absolue, —à moins d'indications spéciales, tenant à une complication quelconque, —mais deux préceptes : manger beaucoup, insister sur certains aliments de choix. Son alimentation doit être saine, abondante et variée, composée de mets nourrissants et appétissants.

La base du régime sera constituée par les viandes, les graisses, le lait (toujours bouilli), les œufs. C'est à la cuisinière du malade d'y songer dans l'élaboration du menu et la confection des plats. Exemple : potage gras avec un jaune d'œuf; potage maigre avec un œuf poché; sauce blanche faite de beurre et de crème, etc... De plus, il faut insister sur certains aliments qui reviendront souvent sur la table.—*Viandes.* Viandes de boucherie ou rôtis saignants, volailles, cervelles, foie, tête de veau, charcuterie fraîche, foie gras, rillettes, jambon.—*Poissons.* Sole, merlan, brochet, limande, huîtres.—*Légumes.* Féculents : haricots, lentilles et pois en purée; riz, pommes de terre.—*Pâtes alimentaires.*—*Hors-d'œuvre.* Conserves à l'huile : thon, sardines, etc...—*Beurre et fromages divers.*—*Fruits cuits; compotes; entremets au lait et aux œufs.*—*Potages aux farines de céréales additionnés d'œufs.*—On donnera plus rarement les salades, les crudités, les petits gâteaux et les sucreries.

DES BOISSONS.—Boire peu : lait bouilli, bière légère, vin

rouge ou blanc coupé, eau pure. Eviter l'alcool, les liqueurs, le champagne, les vins généreux. Le café et le thé sont permis sans abus.

DE L'APPÉTIT.—Le manque d'appétit est souvent un gros obstacle à la suralimentation du tuberculeux. Pour, y remédier on aura : les cures d'air et de repos qui, à elles seules, suffiront souvent; la volonté : le malade se fera violence, son entourage le stimulera; les repas plus fréquents et moins abondants. Enfin, en cas d'insuccès, on s'en tiendra momentanément à la viande crue, aux œufs et au lait. On ne recourra aux médicaments que sur avis du médecin.

En cas d'embarras gastrique, suspendre pour un temps, mais immédiatement, la suralimentation; prendre du lait et des repas légers, pour recommencer aussitôt que possible.

Surveiller la quotidienne régularité des selles.

ZOMOTHÉRAPIE.—La viande crue serait, d'après le professeur Richet, non seulement un aliment, un médicament, mais encore un agent spécifique contre la tuberculose, à la condition qu'on en prenne en quantité suffisante.

On prendra, une demi-heure avant chacun des deux principaux repas, dans du bouillon dégraissé et presque froid, une dose de "tranche" de bœuf crue, dégraissée et parée, et réduite en pulpe fine par le râpage au couteau de table. Cette dose variera, suivant la prescription du médecin, de 150 à 400 grammes à chaque repas.

En cas de répugnance pour la viande, on pourra avoir recours au suc musculaire de Richet. Voici le mode de préparation du suc musculaire :

Prendre de 500 grammes à 3 kilogrammes de tranche de bœuf fraîche, dégraissée et hachée; la faire macérer deux heures dans le cinquième de son poids d'eau bouillie froide; soumettre le tout enveloppé d'un linge à l'action d'une presse de ménage; donner un tour de cinq en cinq minutes. On obtiendra de cette façon une quantité de suc égale aux deux cinquièmes de la viande employée.

Administrer le suc aussitôt préparé, une demi-heure avant les repas, soit en ajoutant un peu de sel, soit avec un peu de bouillon froid, soit avec du sirop de grenadine (enfants). Faire au besoin deux opérations par jour, car l'altération du suc est rapide, surtout à la chaleur. L'administration de la

viande ou du suc musculaire est à surveiller : arrêter en cas de diarrhée ou de troubles.

HUILE DE FOIE DE MORUE.—Récemment encore considérée comme héroïque, faute de mieux, l'huile de foie de morue tend à être moins employée. Cependant, si elle est bien supportée, sans répugnance, sans troubles de l'appétit, sans dyspepsie, sans diarrhée, on pourra y faire appel comme adjuvant en cas de besoin, pourvu que le malade ne soit pas au repos complet. Dose : de une cuillerée à cinq ou six par jour.

3° CURE DE REPOS.—L'exercice n'est pas salutaire au tuberculeux dont il accélère les combustions, c'est-à-dire les pertes, alors qu'il faut qu'elles soient réduites au minimum. Le tuberculeux doit donc se reposer : les fatigues, de quelque nature qu'elles soient, morales ou physiques, les exercices de corps, et, en particulier, du thorax et des membres supérieurs, lui sont formellement interdits. Les promenades seules sont autorisées : elles seront courtes et exécutées à pas lents, sur un terrain plat de préférence ; le moment le meilleur est après le repas. Le nombre et la durée des promenades doivent être réglés d'après l'état du malade en se basant sur la courbe de poids et la température : l'amaigrissement ou le poids stationnaire commandent l'abstention ; l'augmentation légère, la réserve ; toute tuberculose fébrile (température au-dessus de 37°), le repos absolu.

Il est donc nécessaire que le malade prenne régulièrement sa température et l'enregistre de façon à dresser une courbe semblable à celle du poids. Pour prendre la température, placer la cuvette du thermomètre dans la bouche, sous la langue, et la laisser cinq minutes au moins en place.

Il faut, en principe, prendre sa température toutes les deux heures : le matin au réveil, à 10 heures, à midi, à 2 heures, à 4 heures, à 6 heures, au coucher. Lorsque les heures de maximum auront été déterminées ou que la maladie sera en bonne voie, on pourra être moins strict.

Le repos se fera sur une chaise longue, au grand air, comme il a été dit à la cure d'air. La chaise longue doit avoir un dossier incliné légèrement en arrière (45°), et présenter une courbure correspondant au pli des genoux. Elle sera garnie d'un matelas, d'appui-bras, de coussins et petit tra-

versin. A côté sera une petite table pour le crachoir et les menus objets du malade.

Le malade s'enveloppera de couvertures et aura au besoin une boule d'eau chaude aux pieds.

Pour se distraire, le malade peut lire, écrire *un peu*, s'occuper de photographie, dessiner ou peindre. Les jeux peu attachants: domino, loto, etc., lui sont permis. Pas de conversations prolongées, pas de discussions. Les visites d'amis seront rares et courtes.

Pendant la période des règles, les femmes doivent garder le repos complet. Tout crachement de sang commande le repos absolu: pas de mouvements, pas de paroles; immobilité allongée et appeler le médecin.

CONSEILS D'HYGIÈNE.—1° *De la toux.*—Il faut savoir tousser.

a) *Pas de toux inutile*, à plus forte raison pas de quintes, c'est-à-dire pas de toux qui n'aboutira pas à l'expulsion d'un crachat.

Pour cela, il faut résister au chatouillement de la gorge par la volonté, aidée au besoin d'une gorgée d'eau ou d'un médicament calmant (pilules d'opium de 1 centigramme). C'est une éducation difficile au début, mais très possible si on le veut fermement: se gratte-t-on en public?

b) *Lorsqu'on sent le crachat au larynx*, l'amener par un seul effort de toux dans la bouche. A ce moment, mettre devant la bouche un peu de papier mousseline ou un mouchoir en papier japonais qu'on jette aussitôt dans le crachoir.

2° DE L'EXPECTORATION. — *On ne doit pas cracher autre part que dans un crachoir*: le crachoir de poche pour la ville; le crachoir portatif à couvercle plein pour la maison. On y mettra toujours un peu d'eau additionnée d'un antiseptique (sublimé, formol en solution à 1 pour 1000.)

Tout crachoir doit être vidé et nettoyé à l'eau bouillante matin et soir. On le vide dans un vase spécial, contenant de l'eau additionnée d'une cuillerée à café de carbonate de soude par litre. On fait bouillir le tout dix minutes et on vide dans la fosse d'aïances.

Manière de cracher: le crachat, étant dans la bouche, est amené sur le dos de la langue en une seule masse et déposé, —non projeté,—dans le crachoir sans avoir souillé les lèvres et surtout la moustache ou la barbe.

On ne doit jamais déglutir un crachat. Ne pas s'essuyer les lèvres avec un mouchoir, si elles ont été souillées, mais avec un peu de papier mousseline ou un papier japonais qu'on brûlera ou jettera dans le crachoir aussitôt.

3° RÉVULSION ET DOUCHE.—a) *Révuision.* — C'est au médecin d'en préciser l'indication. On se trouvera bien, en général, des sinapismes Rigollot, de la teinture d'iode, des ventouses sèches, des pointes de feu légères.

b). DOUCHE.—Les pratiques hydrothérapiques sont un précieux adjuvant de la cure, par le fonctionnement de la peau qu'elles activent, par la réaction et l'aération pulmonaire qu'elles déterminent et par l'endurcissement au froid auquel elles habituent le malade. Cependant, il importe de les manier avec précaution et seulement sur des conseils du médecin. La fièvre et les hémoptysies les contre-indiquent.

Mode d'emploi: rapidement, s'étant mis nu au saut du lit, faire couler sur les épaules, au moyen de deux grosses éponges, la valeur d'un seau d'eau froide. Aussitôt, sans s'essuyer, se rouler dans une couverture de laine et se remettre dans le lit; y rester jusqu'à la fin de la réaction (généralement de quinze à trente minutes).

On pourra, pour débiter et s'entraîner, commencer par une friction à l'alcool faite rapidement sur tout le corps.

4° VÊTEMENT ET TOILETTE. — a). *Vêtement.* — On portera des vêtements légers et chauds.

La flanelle est très recommandée: chemise de flanelle pour la nuit, chemise de flanelle pour le jour. La pélerine est le manteau de choix.

Supprimer les plâtrons dits hygiéniques, les cache-nez qui favorisent la transpiration.

b). TOILETTE. — Il n'est pas de soins de toilette que la tuberculose contre-indique.

Bien plus, on devra soigner particulièrement la bouche et le nez.

Brossage et lavage minutieux des dents trois fois par jour.

Surveiller le bon état de la dentition.

Surveiller le bon état du nez.

On se trouvera bien de vaseline mentholée à 1 à 2 pour 100 tous les soirs, gros comme un pois dans chaque narine.

Les objets de toilette ne doivent servir qu'au malade.

BAINS. — Pas de bains trop fréquents, trop chauds ou trop prolongés; un bain hebdomadaire à 95° F. de dix à quinze minutes, est permis, à moins de fièvre ou hémoptysie. Le faire suivre d'une bonne friction.

5° DÉSINFECTION. — Elle est *très importante*. Mais il faut plutôt chercher à ne pas infecter qu'à désinfecter. Pour cela suivre les conseils donnés ci-dessus pour: la *toux*, les *crachats*, les *ustensiles de toilette et de table* qu'on lavera à l'eau bouillante.

Le *linge* sera mis à part et bouilli vingt minutes dans un bain de soude avant de le donner au blanchissage.

DES APPARTEMENTS.—Pas de coins, pas d'alcôves, pas de rideaux, tentures ou tapis. Ne jamais balayer ou épousseter. Nettoyer à la serpillière humide. Laisser entrer l'air et la lumière partout et toujours.

Pour la désinfection s'adresser à la Ville. A son défaut, lavage au sublimé à 1/1000 ou si on le peut, et ce qui est mieux, désinfecter par l'*aldéhyde formique*.

Enfin, faute de mieux, on pourra se contenter de faire brûler du soufre.

LA TEMPERATURE CUTANÉE DE L'ABDOMEN DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE.

D'après M. Massalongo la température cutanée de l'abdomen dépasse constamment la température de l'aisselle dans toutes les affections aiguës et chroniques de cette région (entérite, péritonite, appendicite, pérytyphlite), mais c'est dans la fièvre typhoïde que ce signalement clinique s'accuse davantage, pouvant atteindre et dépasser même un demi-degré de température. A l'état physiologique, par contre, la température superficielle de l'abdomen est inférieure de 4 à 5 dixièmes de degré à la température de l'aisselle.

Voici les conclusions qui découlent des données thermométriques de M. Massalongo:

10. Dans la fièvre typhoïde, la température locale la plus élevée est constatée dans les deux moitiés inférieures de l'abdomen, surtout dans celle de droite;

20. Dans cette fièvre, la courbe thermique de la surface cutanée de l'abdomen dépasse la courbe de la température centrale ou axillaire;

30. Les exceptions à cette règle correspondent à ces cas où, par suite d'un météorisme intestinal très prononcé ou d'une excessive agitation nerveuse des malades, il ne fut pas possible de prendre convenablement la température ;

40. La courbe thermique de l'abdomen pendant tout le cycle de la fièvre typhoïde maintient presque constante son élévation sur la courbe de la température centrale axillaire; mais elle ne redevient normale qu'un ou plusieurs jours après la rémission de la seconde ;

50. Au début de la fièvre typhoïde et vers le commencement de la convalescence, l'écart entre ces deux courbes thermiques est beaucoup plus accentué que dans la phase intermédiaire ;

60. Cette surélévation initiale de la courbe thermique de l'abdomen, sur la courbe analogue axillaire, permet de déterminer, dans les cas douteux, s'il s'agit effectivement d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre de toute autre origine, avec ou sans localisation intestinale, telle que la fièvre symptomatique de rhumatisme, d'influenza ou de catarrhe gastro-entérique aigu.

70. La surélévation thermique de la fin, méconnue jusqu'ici, qui persiste quelque temps après la rémission de la température centrale, permet, à son tour, d'établir avec précision à quel moment le typhique, devenu tout à fait apyrétique, entre réellement en convalescence et peut reprendre l'alimentation solide, sans s'exposer aux rechutes provoquées fréquemment à cette période par une reprise trop hâtive du régime, lorsque l'intestin est encore le siège du processus typhique ;

80. Par la persistance trop prolongée de cette surélévation thermique abdominale, on a aussi le moyen de prévoir les rechutes qui s'ensuivent souvent, à l'exception des accidents hémorrhagiques et inflammatoires, par perforation de l'intestin, lesquels se produisent, d'après M. Massalongo, sans être précédés de la moindre exacerbation de la température fébrile de l'abdomen ;

90. Dans la fièvre typhoïde, l'élévation de la température abdominale est en raison directe de l'intensité et de l'extension des lésions intestinales; son écart sur la température centrale augmente avec la gravité de la maladie.

DES ECHANGES PHOSPHORES DANS L'ORGANISME NORMAL ET PATHOLOGIQUE. DES PHOSPHATURIES.

PAR M. LE DOCTEUR GOURAUD.

Tandis que l'élimination des chlorures est l'objet, depuis quelque temps, de travaux fort nombreux, les phosphates et les sulfates urinaires sont presque laissés dans l'oubli. Il est vrai que le problème est singulièrement plus complexe pour ces deux corps qui subissent dans l'organisme une série de mutations, mutations de synthèse qui les fait entrer dans la substance cellulaire, mutations d'analyse qui les préparent à l'élimination rénale.

Presque toutes les pyrexies provoquent une diminution des phosphates urinaires, et surtout du rapport des phosphates à l'azote. Cette diminution est la résultante d'une rétention phosphorée que démontrent les dosages faits sur le sérum et sur les organes de l'homme ou des animaux. Cette rétention est elle-même fonction de l'évolution incomplète des molécules phosphorées qui, au lieu d'arriver à l'état de phosphates, restent sous forme de phosphate organique ou conjugué, phosphate dont les grosses molécules sont très défavorables à l'élimination, et ne peuvent franchir la barrière rénale. La *non-oxydation* du phosphate est la cause de la rétention.

Celle-ci cesse à la convalescence et fait place à une brusque décharge avec crise phosphaturique, le plus souvent intermédiaire entre la crise azoturique qui la précède et la crise chlorurique qui la suit.

La rétention est d'autant plus intense que l'état est plus grave. Mais, quelquefois, la mort est précédée d'une débâcle phosphaturique qui est l'indice de la mort des cellules et de la désassimilation massive des noyaux riches en phosphates.

De là l'utilité que peut avoir le dosage des phosphates pour le pronostic des maladies aiguës.

Après avoir fixé la pathogénie et la valeur des fausses phosphaturies (urines laiteuses, gravelle phosphatique), il faut bien connaître les symptômes de la phosphaturie vraie, et surtout la signification pronostique des différentes phosphaturies : tuberculeuse, diabétique, neurasthénique et essentielle.

Ces analyses, basées sur la chimie biologique, s'adressent aux questions de nutrition et contribuent à fixer la valeur et la signification des coefficients phosphatés.

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MODIFICATIONS
SANGUINES CHEZ L'ENFANT DIPHTERIQUE TRAITÉ
PAR LE SERUM ANTIDIPHTERIQUE (RESISTANCE
GLOBULAIRE).**

Comme c'est la précision de la technique et le souci constant des conditions nécessaires à l'observation scientifique qui donnent sa valeur à ce travail, nous croyons devoir insister sur les procédés hématologiques employés.

Un premier examen avait lieu dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital avant qu'il ait été injecté, un second presque immédiatement après l'injection, un troisième quatre ou cinq heures plus tard, un quatrième au bout de vingt-quatre heures, etc., suivant la durée de la maladie; enfin un dernier lorsque, les examens bactériologiques étant négatifs, l'enfant quittait l'hôpital.

Chaque examen comportait :

1° Une numération quantitative des globules rouges et des globules blancs avec les hématimètres de Malassez ou de Thoma, avec, comme liquide de dilution, le liquide A de Hayem;

2° Une numération quantitative des leucocytes sur lame;

3° Une étude de la résistance des hématies aux solutions salines par la méthode d'Hamburger, en y adjoignant la numération des hématies dans différentes solutions salines. Les titres extrêmes des solutions étaient 0,50 de chlorure de sodium pour 100 et 0,28 pour 100, les solutions les plus diluées se suivant à des intervalles de 0,02, les solutions les plus concentrées à des intervalles de 0,04, 0,05 et, pour les dernières, de 0,10. Le sang, recueilli par piqûre au coug^t avec les pipettes des hématimètres Thoma ou Malassez, était immédiatement mélangé en proportion constante ($\frac{1}{2}$ p. c.) avec les dernières solutions réparties au préalable dans une série de petits tubes cylindriques en verre d'une contenance de 2 centimètres cubes environ. Les examens étaient faits six heures

après la prise du sang. Dans l'intervalle, les tubes, hermétiquement bouchés, restaient dans l'étuve à 37°. D'après la coloration, le laquage ou l'abondance du dépôt, et, d'autre part, le nombre des hématies et leurs déformations, l'auteur mesurait la résistance globulaire, exprimant par R1, *résistance minima*, le titre de la solution où commence la destruction globulaire, et par R2, *résistance moyenne* de Viola, le titre de la solution où le sang paraît laqué, la différence entre R1 et R2 donnant l'*étendue de la résistance*.

Comparativement aux observations de trente-deux enfants, ont été faites des expériences sur seize lapins.

Les *résultats généraux* obtenus, tant chez l'enfant que chez le lapin, au triple point de vue de l'équilibre leucocytaire, du nombre des hématies et de la résistance globulaire sont les suivants :

1° Au point de vue de la leucocytose globale, on voit qu'en général, selon qu'il y a au préalable hypoleucocytose, hyperleucocytose ou leucocytose normale, le sérum augmente, diminue ou ne modifie pas le nombre des leucocytes.

Mais, en envisageant le degré de gravité des cas observés, on voit que presque toutes les diphtéries avec hyperleucocytose baissant immédiatement après l'injection de 40 centimètres cubes de sérum, et progressivement, de façon à se rapprocher du chiffre normal au bout de vingt-quatre heures, ont évolué rapidement vers la guérison.

Par contre, les diphtéries dont la gravité avait fait juger nécessaires de fortes doses de sérum (50, 60, 80 et 100 centimètres) présentaient généralement avant le sérum une hyperleucocytose globale moindre; cette hyperleucocytose dans les premières heures qui suivent l'injection s'accroît encore, puis tend à baisser au bout de vingt-quatre heures, mais d'autant plus lentement que la maladie était plus sévère; si bien que, chez les deux enfants les plus atteints, si l'on en juge d'après les doses de sérum (80 centimètres), l'hyperleucocytose n'avait fléchi qu'au bout de quarante heures. L'expérimentation confirme ces résultats.

Les examens qualitatifs de la formule leucocytaire paraissent permettre de tirer cette conclusion que presque toujours une *polynucléose relative inférieure*, au bout de vingt-quatre heures, à celle notée avant l'injection de sérum annonce une évo-

lution heureuse de la maladie, quelle qu'ait été sa gravité primitive. La réapparition ou l'augmentation des polynucléaires éosinophiles coïncide, comme c'est la règle, avec le début de la guérison.

Au cours de la convalescence, le chiffre relatif des polynucléaires est normal; assez souvent il existe de la mononucléose (40 à 45 pour 100), parfois très accentuée (70 pour 100), et qui alors doit faire suspecter le développement de la tuberculose, surtout si elle coïncide avec de l'hyperleucocytose.

2° Chez l'enfant non traité, la diphtérie diminue le nombre des hématies.

Le sérum semblerait, dans les diphtéries de moyenne gravité, avoir une action primitivement globulicide, alors que, dans les diphtéries graves, et donné à forte dose, il favoriserait l'hématopoïèse.

Chez le lapin intoxiqué à la suite des injections de sérum, sont apparues à peu près constamment des hématies nucléées. Ces crises normoblastiques ne se sont jamais produites chez l'enfant.

3° Chez vingt-trois enfants âgés de dix mois à sept ans, malades depuis un à sept jours d'après les dires des parents, l'auteur a trouvé R1, résistance minima, oscillant de 44 à 39 et R2, résistance moyenne, de 38 à 34. Il y avait donc augmentation appréciable de R1 et légère diminution de R2, et, par suite, diminution de l'étendue de résistance.

L'augmentation de R1 semble généralement en rapport avec la gravité de la maladie.

Ces variations de résistance se produisent d'ailleurs sans qu'il y ait aucun rapport entre elles et les doses de toxines et de sérum d'une part, les chiffres des leucocytes et des hématies d'autre part. Il en est de même chez le lapin.

Ce fait, au premier abord paradoxal, d'une *toxi-infection qui augmente la résistance des hématies de l'organisme infecté, paraît se rattacher à un phénomène d'immunisation*. En effet, les enfants observés étaient très malades depuis un certain nombre de jours; durant ce laps de temps, le poison diphtérique, résorbé à petites doses et d'une façon continue par l'organisme, leur aurait conféré une immunité relative par un mécanisme naturel, rappelant ce qui se passe chez les chevaux immunisés artificiellement par la toxine diphtérique.

TRAITEMENT DE L'ORCHI-EPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE AIGUE; ETUDE COMPAREE.

PAR M. LE DOCTEUR CAREY.

L'orché-épididymite bennorragique est une maladie qui tend à guérir par le repos. Cependant Carey ne conseille nullement cette conduite, car les malades qu'il a traités uniquement par le repos étaient peu atteints, et parce qu'il considère que tout individu qui souffre demande que le médecin intervienne pour calmer sa douleur. Les traitements variés qu'il a étudiés ont toujours épargné au malade quelques jours de souffrance, ce qui doit encourager à traiter les malades qui souffrent de l'orchite.

Il est nécessaire que le malade n'emploie pas certaines médications : de gazeuses, telles que l'onguent mercuriel que conseillent trop souvent certains pharmaciens peu scrupuleux.

Des constatations et remarques que l'auteur a pu faire, il résulte que le spécifique capable de lutter radicalement contre cette complication de la blennorragie n'existe pas. Aucun des procédés usités jusqu'ici n'a accéléré la disparition du noyau d'induration de l'épididyme, si bien que le professeur Fournier a pu dire avec raison que la résolution des noyaux épiddymaires dépend du temps et de l'hygiène.

Tous les traitements ont, au contraire, une heureuse influence sur la douleur diminuée en intensité et en durée. Dans la plupart des cas, le salicylate de soude, produit simple et sans danger, aura une grande efficacité. C'est le traitement le plus simple et pourtant le meilleur pour le malade célibataire et tenant peu de compte des prescriptions du médecin.

Si le malade est porteur de lésions organiques, si les reins fonctionnent mal, on peut recourir aux topiques. Mais il faut se rappeler que le stypage et les appareils compressifs simples ou élastiques demandent une surveillance étroite faite par un médecin : le stypage pratiqué par une main inexpérimentée peut produire des escarres ; le pansement compressif trop serré, loin de calmer la douleur, l'exalte ; trop lâche il devient inutile, il n'agit plus sur le mal.

Le suspensoir bien appliqué est très utile dans les cas subaigus. Quand la douleur spontanée est insignifiante, le suspensoir prévient les tiraillements, soutient le testicule et permet au malade de vaquer à ses occupations.

On doit ponctionner la vésicule dans tous les cas où le liquide épanché provoque une douleur vive et n'a pas tendance à la résorption.

Les saignées ne peuvent être considérées comme un traitement général: elles sont seulement indiquées dans la prostatite très douloureuse. Malheureusement elles devaient être faites dans des hôpitaux, qui sont des malheurs où la densité microbienne est très élevée: on comprend que l'application des saignées ouvre des portes d'entrée aux infections du dehors.

Dans tous les cas, le malade doit garder le lit jusqu'au moment où la douleur spontanée a disparu; il doit porter un suspensoir tant qu'une légère pression réveille de la douleur au niveau du testicule.

LE TRAITEMENT DE LA CYSTITIS.

Il n'est pas sans intérêt de passer en revue les divers traitements, préconisés contre une affection aussi fréquente et aussi rebelle que la cystite.

Autrefois, on traitait uniquement la cystite par des remèdes internes, qui, au moment de leur élimination, devaient agir sur la muqueuse enflammée; cette méthode est encore employée aujourd'hui, mais on y joint une thérapeutique locale. Plus tard on essaya d'activer la guérison par l'injection de substances diverses; mais l'affection s'aggravait la plupart du temps, soit que l'irritation, produite par ces substances elles-mêmes, ou par les instruments introduits, fût trop grande, soit que le spasme de la vessie en fût augmenté. Les praticiens essayèrent aussi d'évacuer le pus, en produisant des injections fréquentes et abondantes, au moyen de certaines décoctions ou de grandes quantités de liquides ingérées par les malades. Puis on préconisa le bicarbonate de soude, et les eaux minérales alcalines.

Les balsamiques étaient complètement laissés de côté; on ne les employait, et on ne les emploie encore, que dans la cystite ulcéro-membraneuse. A côté de ces remèdes internes, on mettait en pratique une thérapeutique antiphlogistique. Dans ces derniers temps, on a surtout recouru à l'urotropine, car celle-ci est éliminée rapidement par l'urine, et possède des propriétés bactéricides. (Nicollier-Casper-Boulet). Ce médicament permettrait d'obtenir des résultats excellents dans les formes de cystite les

plus variées aussi bien dans la cystite hémorrhagique (Hodberg), que dans les différentes cystites secondaires. Quand il se présente en même temps des inflammations dues à une hypertrophie de la prostate, il faut naturellement joindre à l'eurotropine un traitement local. Il en est de même dans les cystites consécutives à une rétention d'urine. L'eurotropine procure des résultats particulièrement bons dans les cystites liées à des affections nerveuses, à condition qu'il n'y ait pas de rétention d'urine. Dans la cystite tuberculeuse, l'eurotropine n'agit pas; cependant on la prescrit comme antiseptique interne, pour éviter les affections secondaires, ordinairement si fréquentes. Cette dernière affection est influencée d'une manière très favorable par le carbonate de gaaacol ou la créosote, sous forme de capsules ou d'injections sous-cutanées. Le salol, par ses propriétés anti-fermentescibles, est utile dans toutes les formes de cystite.

Depuis qu'on a découvert l'étiologie parasitaire de la cystite, on cherche à inhiber le processus morbide par des remèdes qui détruisent les différents micro-organismes in-vitro. Parmi les médicaments de cette catégorie, il faut citer le nitrate d'argent, qui, à des doses relativement très petites, constitue un excellent antiseptique, et dans cet ordre d'idées, on se sert des injections intravésicales de nitrate d'argent. Guyon emploie les solutions à 8 ou 10 μ . c; il injecte chaque fois 10 à 30 gouttes de cette solution. Molechler emploie cette méthode dans tous les cas, sauf dans les formes tuberculeuses.

Quand le traitement au nitrate d'argent ne réussit pas, on emploie avec succès les injections de sublimé (1/500), surtout dans les cystites accompagnées de douleurs violentes. Dans la cystite gonococcique, chez l'homme comme chez la femme, le sublimé donne des résultats particulièrement bons, surtout dans les formes qui persistent longtemps après la guérison du processus uréthral. Il en est de même pour toutes les cystites chroniques, sauf pour les cystites calculeuses, qui ne guérissent que par l'élimination du corps étranger irritant.

Les instruments nécessaires pour ces injections sont une seringue à cylindre en verre, de la contenance de 4 centimètres cubes, et un petit cathéter olivaire perforé du calibre 12 ou 14.

Le malade doit vider sa vessie avant l'injection, pour ne pas diluer l'agent médicamenteux au moyen de l'urine. On remplit la seringue avec la solution, on y fixe le cathéter et on en ex-

prime l'air. Le cathéter est ensuite introduit dans la vessie, et l'injection poussée lentement. L'injection terminée, le malade doit pendant quelque temps se coucher sur le côté, et sur le ventre, pour mettre le liquide en contact avec toute la surface de la vessie.

Les premières injections sont bien un peu douloureuses, mais la sensation désagréable ne tarde pas à disparaître. Il ne faut se servir de cocaïne, ou d'eucaine qu'avec les solutions de sublimé à 1/500. Au début, ces injections doivent être pratiquées tous les jours, pour antiseptiser complètement la vessie. Mais si l'on emploie le sublimé, il ne faut au début opérer que tous les deux jours; on commence par une solution à 1/4000, puis on monte à 1 pour 2,000, 1 pour 1,000, et finalement à 1 pour 500. Le médecin doit naturellement, dans cette progression délicate, faire attention aux susceptibilités individuelles, et à tous les incidents qui peuvent se produire. Parmi les cas chroniques, ce sont les cystites tuberculeuses qui résistent le plus longtemps à cette méthode, et exige une grande patience de la part du médecin et du malade. On injecte de la solution 4 centimètres cubes dans la vessie, et 10 à 15 gouttes dans le col de la vessie et l'urètre postérieur. L'injection de grandes quantités de ce liquide n'est exempte, ni de douleurs ni de dangers. Pour faire la solution de sublimé, il faut employer de préférence l'acide tartrique, et non pas l'alcool, qui est douloureux et excitant pour le malade.

Mais, dans les cystites chroniques, les injections intra-vésicales n'ont pour effet que d'atténuer les symptômes, et, pour obtenir une guérison radicale de la cystite, il faut atteindre le mal dans ses bases. Dans ce but on a préconisé des méthodes variées, telles que les antiseptiques internes; mais ces médicaments, pour antiseptiser réellement l'urine, devraient être pris à des doses fortes, et par suite nuisibles à la santé générale.

Cloquet introduisit (1823) dans la thérapeutique de la cystite, la méthode des grands lavages de la vessie. Quelquefois la vessie peut être trop douloureuse ou trop irritable; pour les supporter on peut alors par le repos et par l'installation d'une sonde à demeure parer à cette hyperesthésie; on évite du même coup les rétentions d'urine partielles, et on diminue la pyurie. Cloquet pensait, par son procédé, éliminer les produits inflammatoires, et empêcher la résorption de produits toxiques par les parois en-

flammées de la vessie. Par les lavages, il combattait non seulement la cystite, mais encore il réalisait la prophylaxie des complications éventuelles. A ce moment, on ne réalisait pas encore la désinfection mécanique de la vessie par le drainage à grand eau (1 ou 2 litres de liquide). Plus tard, on chercha à obtenir de meilleurs effets du lavage, en augmentant la rapidité d'entrée et de sortie de l'eau. C'est dans ce but que Bigelow inventa l'aspirateur qui porte son nom. Mais ce procédé n'était pas encore idéal.

Kraus se servit d'un appareil se composant d'un cylindre à acide carbonique sous la pression de 20 atmosphères, et d'un irrigateur. Pour ses expériences, il n'employa cependant qu'une pression de 2 atmosphères 1/2. Grâce à ce procédé, il a pu traiter avec succès beaucoup de cas de cystite chronique. Comme liquide d'irrigation, il employait une solution de sel de Carlsbad, remède indifférent, car il voulait traiter la muqueuse vésicale par une méthode non pas antiseptique, mais mécanique. A chaque irrigation, il envoyait 50 centimètres cubes de liquide: la séance durait 30 minutes, et au bout de ce temps, l'eau ressortait absolument claire; le cystoscope montrait la muqueuse complètement nettoyée.

Cette méthode fut aussi employée dans la lithotritie, dans le curettage de tumeurs vésicales. Ces lavages sous pression devaient être employés dans toutes les cystites qui résistaient aux remèdes ordinaires; il y avait à la fois élimination mécanique des produits purulents, et action astringente, désinfectante sur la muqueuse.

Les substances médicamenteuses employées pour les lavages sont: l'acide borique, l'alun, et surtout le nitrate d'argent (1 pour 500), recommandé par Guyon. Chaque lavage au nitrate d'argent doit être suivi d'un lavage à l'eau salée.

D'autres auteurs se servent du salicylate de soude (une cuillerée à café pour 500 gr. d'eau distillée).

(Pour ces lavages, on emploie une sonde de Nélaton. Quand il y a possibilité du côté du malade, il est préférable de se servir d'une sonde à double courant pour réaliser un lavage continu de la vessie).

On emploie aussi le tannin, le chlorate de potasse, l'hyposulfite de soude, l'eau phéniquée, l'iodoforme.

Quand les lavages sont douloureux, Noguès emploie d'abord

l'eau boriquée, puis une injection de 100 grammes d'antipyrine à 3 pour cent, qu'il laisse 15 à 20 minutes dans la vessie, et c'est alors seulement qu'il pratique le véritable lavage au nitrate d'argent. Il fait enfin une deuxième injection avec 100 grammes de la solution d'antipyrine. Par ce procédé, il anesthésie la vessie, et peut se servir du nitrate d'argent, même dans les cas douloureux.

Lorsque toutes ces méthodes thérapeutiques restent sans résultats, il est indiqué de faire une intervention chirurgicale. On doit mettre la vessie au repos complet, au moyen d'une sonde à demeure: ceci étant dit surtout pour les cas douloureux et chroniques. Si ce procédé ne réussit pas, on a recours aux diverses méthodes de drainage périnéal, avec dilatation du col vésical; chez la femme on peut, par la colpo-cystotomie, établir une fistulevésico-vaginale. Néanmoins, il faut dire que le drainage périnéal est justifiable d'un reproche, celui de rendre difficile l'antisepsie de la vessie.

C'est pourquoi on préfère actuellement l'épicystotomie.

Cette opération est surtout indiquée dans la tuberculose de la vessie. Voici d'ailleurs les avantages qu'elle présente: on découvre la vessie, on l'incise et on y met un drain à demeure, qui réalise le repos complet de l'organe; on peut ensuite facilement explorer le réservoir urinaire ainsi que le col, et déterminer l'emplacement exact des lésions. On reproche cependant à cette opération de présenter certains dangers, et de ne pas permettre l'ablation des produits tuberculeux; en effet la tuberculose vésicale est toujours une infection secondaire, et il existe un foyer primitif qu'on n'atteint pas; l'épicystotomie aurait donc une valeur pratique nulle. La chose est vraie, quand la cystotomie est employée trop tard; il est donc indiqué de poser un diagnostic précoce en pratiquant la cystoscopie, et en essayant de déceler le bacille de Koch dans l'urine. C'est de la sorte que Mansel-Moullin a obtenu de bons résultats dans trois cas. Battle et Reale prétendent même que la simple ouverture de la vessie possède une heureuse influence sur le processus tuberculeux.

Mais, d'après un certain nombre de praticiens, il faut agir directement sur les lésions, dont on a déterminé l'existence et le siège, la nature de l'intervention varie avec l'état de la muqueuse. Quand celle-ci est très rouge et présente un aspect chagriné, on pratique la cautérisation au moyen du chlorure de zinc, ou d'une solution de sublimé relativement concentrée (1/1000 à 1/500).

Cumbston préconise l'attouchement de la vessie avec une solution d'acide lactique à 20 ou 30 pour cent. Quand on ne trouve des fongosités qu'au niveau du trigone vésical, il peut suffire de les toucher au thermocautère. Quelquefois aussi on fait le curettage.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont: une longue curette utérine de Récamier, un large cathéter métallique avec deux ouvertures latérales, et un irrigateur; point n'est besoin d'une sonde à double courant. On pratique l'anesthésie générale.

Après désinfection des organes génitaux externes, on pratique avec de l'eau boriquée à 3 pour cent, un lavage de la vessie, sous une certaine pression, afin d'irriguer toute la muqueuse. On vide ensuite le réservoir urinaire, et, avec les instruments précédemment décrits, on fait un grattage énergique des parois vésicales antérieure et postérieure; il ne faut cependant pas agir avec trop d'énergie afin d'éviter une perforation. Ordinairement, on curette d'abord la paroi antérieure, puis on retire l'instrument et on éloigne les détritüs avec un lavage à la solution saline physiologique. Ensuite, on opère de la même façon pour la paroi postérieure et le col. Pour terminer, on pratique encore un lavage abondant à la solution salée, afin de bien nettoyer la vessie, et de ne pas permettre aux détritüs pathologiques qui seraient restés, de déterminer un nouveau foyer d'infection. L'eau de lavage a tout d'abord une teinte sanguinolente, puis elle ressort de plus en plus claire. Après l'opération, on met une sonde à demeure, et on porte le malade dans son lit.

L'intervention se passe ordinairement sans complications. S'il y a hémorragie, on fait une irrigation avec une solution d'antipyrine à 4 pour cent. Lorsque toutes les règles de l'antisepsie ont été bien observées pendant l'opération, on n'observe généralement pas de fièvre consécutive. Il faut laisser la sonde à demeure pendant 12 ou 15 jours au moins; si des caillots venaient à l'obturer, il serait facile de remédier à cet inconvénient au moyen d'une injection d'eau boriquée. Quand la sonde est trop irritante pour la muqueuse, on la remplace par une autre.

Cumbston a eu l'occasion de pratiquer, avec résultats favorables, le curettage chez des malades. Mais cette opération n'est praticable par la voie urétrale que chez la femme, quand les lésions sont plus étendues et occupent leur siège de prédilection.

Dans les autres cas, chez l'homme en particulier, il est nécessaire de faire au préalable la cystotomie sus-pubienne.

Quand la cystite est due au prolapsus des organes sexuels féminins, et qu'elle ne disparaît pas consécutivement à l'hystéropexie, le curettage vésical s'impose.

Dans la cystite tuberculeuse, cette intervention permet d'obtenir localement d'excellents résultats; mais si elle n'est pas pratiquée dans les premiers stades de la maladie, le malade meurt de tuberculose généralisée et localisée dans une autre région de l'organisme.

Enfin dans certaines cystites chroniques, il faut faire un traitement local; s'il y a sténose urétrale, il est nécessaire de pratiquer la dilatation ou l'uréthrotomie. Dans les cas d'hypertrophie prostatique, on oppose tout d'abord à cette dernière affection des moyens ordinaires. Quand la cystite est due à des calculs, on fait en premier lieu la lithotripsie, ou bien la lithotomie périnéale, qui ne produit pas d'incontinence et donne une fistule périnéale, de guérison rapide. Quand les pierres sont volumineuses, on lui préfère la lithotomie sus-pubienne.

Parascandalo et Marchèse ont vérifié par l'expérimentation la valeur du curettage de la vessie dans des cas de cystites qu'ils ont provoquées artificiellement. Ils ont opéré chez dix chiens, en préconisant, pour les femelles, la voie urétrale, pour les mâles, la voie sus-pubienne; leur manuel opératoire était celui que nous avons décrit plus haut. Une analyse chimique et bactériologique des urines a été faite pendant les dix jours consécutifs à l'intervention.

Le résultat de ces analyses, ainsi que la disparition des phénomènes de cystite après le curettage de la vessie, permettent à ces auteurs de conclure que dans tous les cas de cystites chroniques purulentes, où des méthodes de traitement plus simples sont restées sans effet, le chirurgien est autorisé à pratiquer le curettage de la vessie, opération qui, chez l'homme, a procuré quelquefois des résultats tout à fait remarquables.

Ce n'est pas sur le champ de bataille qu'on écrit l'histoire, car on est presque toujours injuste envers un ennemi vaincu ou vainqueur.

LA PSYCHOLOGIE DES CHOLEMIQUES

MM. A. GILBERT ET P. LEREBoullet ont pu, chez de nombreux sujets, analyser l'état mental des cholémiques qui, alors même que les troubles psychiques ne sont pas chez eux prédominants, présente des traits spéciaux.

Souvent la cholémie paraît exercer une action excitante et plutôt favorable sur le fonctionnement cérébral. L'activité intellectuelle est vive, la volonté est tenace et va droit au but. Fréquemment toutefois le caractère est facilement emporté; les cholémiques sont irritables, agités, d'une nervosité extrême. Ils ont une hyperexcitabilité cérébrale que l'on peut rapprocher de l'hyperexcitabilité périphérique, se manifestant chez eux du côté de la peau (chair de poule) ou des nerfs et des muscles (hyperexcitabilité mécanique ou électrique). Dans bien des cas, ils ont pourtant déjà, malgré leur apparence de santé, une tendance à la tristesse qui les empêche d'être satisfaits du présent, les laisse inquiets pour l'avenir. Cette tendance peut s'exagérer, et, après une période plus ou moins longue d'excitation cérébrale, les malades présentent alors des symptômes de dépression nerveuse.

Tantôt alors domine une tendance à la tristesse et aux idées noires, s'exagérant sous l'influence de causes variables, et pouvant créer un véritable dégoût de la vie (*tadium vitæ*); les malades en arrivent parfois à souhaiter la mort et peuvent aller jusqu'au suicide. Tantôt ces cholémiques sont surtout hypochondriaques, se croient sans cesse malades, et sont souvent considérés comme des malades imaginaires; ils vivent dans la crainte constante de la maladie et de la mort. Tantôt enfin, tout en redoutant la mort, ils en arrivent parfois à la désirer et à avoir des idées de suicide. A cette tendance mélancolique, se joignent souvent des modifications de la volonté qui reste incertaine et hésitante, et des troubles du caractère qui devient encore apathique, sans énergie.

C'est à la cholémie de même que paraît dû cet état mental spécial observé tant chez les sujets atteints de cholémie familiale que chez ceux qui souffrent de maladies biliaires plus accusées. Suivant son intensité et suivant son ancienneté, suivant la résistance individuelle du système nerveux, la cholémique provoque tantôt des symptômes d'excitation cérébrale, tantôt des symptômes de dépression. Cette double action d'une même

cause est analogue à celle que l'on observe dans certaines intoxications, telles que l'alcoolisme et la morphinomanie. Lorsque, chez des cholémiques, l'état de *dépression cérébrale* s'accroît, il peut devenir prédominant et réaliser les diverses formes de la neurasthénie et de la mélancolie d'origine biliaire, dans lesquelles le rôle de la cholémie chimique paraît également essentiel.

CERTAINES OBSESSIONS

L'obsession du doute.—Les malades qui présentent cette obsession éprouvent le besoin irrésistible d'agiter les mêmes questions.

Ils ne sont jamais sûrs de ce qu'ils ont fait et recommencent sans cesse le même acte. Les pensées sur des sujets des plus disparates, comme le monde, les astres, le soleil, Dieu, la Vierge, la beauté, la copulation, la grosseur des animaux, la dimension des objets, se succèdent continuellement dans leur esprit. Tantôt ils s'appliquent à en éloigner d'autres. Une malade de Legrand du Saulle ne pouvait sortir de chez elle sans être assaillie par les préoccupations suivantes: Ne va-t-il pas tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre à mes pieds? Sera-ce un homme ou une femme? Se blessera-t-elle ou se tuera-t-elle? Prendrai-je la fuite, etc.? Un malade de Griesinger était, après avoir fini son travail, en butte aux questions les plus baroques sur l'origine de la terre, des vers, de la création, du créateur. Ces questions qui constituent un véritable supplice, le supplient de la question de Falret, traduisent éloquemment le doute qui torture le malade. On en voit aussi qui sont en proie à toute espèce de scrupules, d'autres craignent d'avoir commis une action blâmable. Dans tous les cas, les caractères assignés par Magnan aux syndromes épisodiques se retrouvent. Le malade a conscience de ce que sa manie a pour ainsi dire d'étrange; il lutte pour s'en débarrasser, mais il succombe et recommence, sans succès, bientôt une nouvelle lutte.

L'obsession ou le délire du toucher est assez souvent observé chez les malades qui présentent l'obsession du doute, mais en est complètement distinct et peut aussi s'observer avec d'autres obsessions, comme par exemple l'agoraphobie, le suicide. Les malades évitent de toucher les objets les plus divers, ainsi

de la monnaie, des épingles, des objets pointus, des boutons de porte. Un suisse d'église de Morél n'ose toucher à sa hallebarée. Il s'invective, triomphe, mais au prix d'un sacrifice qu'il craint de ne plus pouvoir faire le lendemain. Si l'on veut obliger le malade à vaincre son aversion et qu'on le force de toucher l'objet, on peut provoquer des spasmes, des palpitations et Morel, qui en fit l'essai, dut cesser l'expérience pour éviter une syncope. Une malade d'Esquirol, qui présentait en même temps l'obsession du doute, craignait, en touchant à la monnaie, de retenir dans ses doigts quelque chose de valeur. Lorsqu'elle portait ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillaient et elle se hâtait de se laver les mains à grande eau.

La dipsomanie. — Elle consiste, d'après Foville, dans un entraînement maladif à boire avec excès des liqueurs éniivrantes. Ce besoin irrésistible se manifeste à des époques variées, sous forme de paroxysmes. Décrite par Hufland, qui la désigne le premier sous ce nom, par Bruhl-Cramer, par Huss, qui pensait que ces impulsions ne se présentaient que chez de vieux alcooliques, par Esquirol, qui se contente, dans plusieurs observations, d'exposer l'accès, la dipsomanie est considérée par Magnan comme un simple syndrome épisodique. Krafft-Ebing la décrit comme folie périodique.

Ce syndrome est constitué par des accès intermittents et paroxystiques, pendant lesquels le malade est poussé irrésistiblement à boire, et en dehors desquels le malade, en pleine possession de toute sa raison, continue à vaquer à ses affaires, reprend sa sobriété ordinaire et se repent vivement de ses excès de boisson. L'accès est généralement annoncé par de légers prodromes, comme des idées noires, de l'anorexie, de l'anxiété, un certain état gastrique. Le malade qui commence à éprouver une grande soif, et le besoin irrésistible de la satisfaire, a conscience de la nature de l'accès, il essaye de s'y soustraire en s'admonestant, en recourant à mille moyens pour s'empêcher de boire. Ainsi, dans le cas de Trélat, la malade, pour s'en dégoûter, mettait des excréments dans ses boissons en s'invectivant : "Bois donc, misérable; bois donc, ivrogne; bois, vilaine femme qui oublie ses premiers devoirs." Mais la lutte ne dure pas longtemps et, une fois le besoin satisfait, le malade éprouve un véritable soulagement, suivi bientôt d'un état mélancolique :

le malade, honteux des excès commis, en proie à des idées noires, se cache et quelquefois même recourt au suicide pour éviter les rechutes.

La durée de l'accès est variable, elle est généralement comprise entre deux et quinze jours, sa réapparition n'est soumise à aucune règle déterminée; le plus souvent, sa fréquence devient plus grande avec le temps. Le pronostic est très sérieux. Quelle que soit, en effet, la distance qui sépare au début le dipsomane de l'alcoolique,—Trélat disait déjà : les alcooliques sont des malades qui s'enivrent lorsqu'ils trouvent l'occasion de boire; les dipsomanes sont des malades qui s'en ivrent toutes les fois que leur accès les prend — l'alcoolisme n'en est pas moins le dernier aboutissant du syndrome, et chez tous les malades de Magnan, c'est le délire alcoolique qui avait provoqué l'internement.

Anomalies sexuelles.—Qu'il soit intense ou déduit, brutal ou poétisé, l'amour, dit Dallemagne, traduit toujours un besoin ou ce qui revient au même, l'apaisement d'un centre qui peut être multiple. L'amour normal résulte de l'équilibre de chacun de ces centres, il devient pathologique quand cet équilibre est rompu. L'amour passion présente déjà quelques caractères propres à l'obsession. Mais avec Krafft-Ebing, il ne faut considérer comme perverses que les manifestations du sens génésique qui ne répondent pas aux desseins de la nature, c'est-à-dire à la procréation. La gamme des cas possibles varie beaucoup. La femme qui désire un jeune médecin au tablier sali par le sang, le poète qui éjacule au seul aspect de la viande saignante, le marquis de Sade qui contentait son désir en blessant des filles de joie et en pansant leurs plaies après, le flagellant actif ou passif, le malade atteint de néurophilie ou celui qui recherche les animaux, les exhibitionnistes de Lasègue appartiennent tous à la même famille de dégénérés. Tous ont conscience du monstrueux de leurs actes, la plupart ont lutté avant de succomber et tous sont irrésistiblement poussés à recommencer.

Parmi les anomalies sexuelles, l'inversion tient une large place. Griensinger a le premier appelé l'attention sur cette anomalie qui consiste dans l'amour pour le même sexe. Westphal donne une description d'ensemble de cet état maladif, qu'il désigne sous le nom de "contraire sexuellempfindung", il note

déjà la conscience de l'état chez ces malades; mais c'est Krafft-Ebing qui en fait le premier un signe de dégénérescence. Il relève le fait que l'instinct sexuel, chez de pareils individus, paraît précocement et est très accentué; dans la majorité des cas, on trouve des anomalies psychiques, ainsi, par exemple, du talent pour les beaux-arts, mais il diffère de Westphal quant à la constance de l'état conscient. Charcot et Magnan font ressortir nettement le terrain de dégénérescence sur lequel prend éclosion cette anomalie. L'inversion sexuelle a pris nettement sa place dans la série des syndromes épisodiques. Dans le Mémoire de Charcot et Magnan on voit, pour ne parler que des cas les plus typiques, un malade qui dès l'enfance présentait des sensations voluptueuses, et depuis la puberté avait des éjaculations parfois à la vue d'un homme ou d'une statue d'homme nu, alors que les femmes le laissaient indifférent. D'ailleurs, ce malade n'était pas réduit à cet unique épisode, il présentait aussi des propensions au vol, et à vingt-deux ans des habitudes d'onanisme. Les explications physiologiques qui ont été tentées — un cerveau de femme dans un corps d'homme — n'ont pas prévalu. Ce qui est certain, c'est qu'il y a une certaine liaison entre la masturbation et l'inversion. Magnan a essayé de grouper toutes ces anomalies en quatre classes. Les spinaux réduits au centre génito-spinal de Budge, exemple: onanisme de l'idiot. Les spinaux cérébraux postérieurs, où la vue seule de l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, provoque l'orgasme vénérien. Les spinaux cérébraux antérieurs où l'influence psychique, comme dans l'état normal, agit sur le centre spinal, mais l'idée, le sentiment sont perversis, exemple: penchant anormal d'une femme pour un enfant de deux ans. Enfin, les cérébraux antérieurs ou psychiques, comme cet élève des beaux-arts qui vit dans la chasteté absolue et aime Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

Pyromanie. — Cette obsession n'est pas fréquente. Le plus souvent, en effet, la lutte et l'anxiété manquent et la pyromanie relève aussi d'autres formes de maladies mentales. Il y a, en effet, une grande différence entre l'aliéné qui, pour échapper à des ennemis imaginaires, met le feu et le malade âgé de douze ans, de Magnan, qui met le feu sans motif à une cave, et qui

avoue avoir beaucoup résisté avant de succomber à son obsession. Une analade de Legrand du Saulle, fille d'un père épileptique et d'une mère bizarre, avait commis plusieurs incendies, et avait fini par allumer sa propre maison. Elle avait conscience du mal qu'elle commettait, mais elle avouait qu'elle sentait le besoin de brûler tout et elle finit par se suicider. Une malade de Saury avouait préférer 30,000 coups de bâton aux obsessions qui la martyrisaient, elle présentait, en même temps que des impulsions au feu, d'autres au suicide et à l'homicide. Alors que, chez les dégénérés supérieurs, cette impulsion s'accompagne des caractères habituels chez les dégénérés inférieurs, comme par exemple l'idiot et l'imbécile, la conscience et la lutte ont disparu. A la campagne, dit Mottet, toutes les fois qu'il y a des incendies à intervalles rapprochés, il y a un garçon ou une fille idiote, ou imbécile, ou épileptique, qui peut être incriminé.

Kleptomanie. — Signalée par Foville comme relevant de la folie instinctive, la vraie kleptomanie est, avec Magnan, l'obsession du vol avec la résistance, la lutte, l'angoisse et la détenté consécutive à l'acte. Elle est assez rare, mais néanmoins elle existe, et Lesègue est évidemment trop sévère quand, dans son étude sur le vol à l'étalage, parlant des voleuses qui racontent qu'elles ont lutté avant de voler, ne veut pas tenir compte, pour établir la responsabilité, de l'élément obsession. Une malade de Lunier ne volait qu'à son père des cuillères d'argent et les jetait ensuite.

Onomatomanie. — Ce syndrome épisodique se voit chez les dégénérés supérieurs. Les malades sont préoccupés par la recherche d'un nom ou d'un mot. Cette obsession domine la conscience du malade qui a une tendance irrésistible à répéter ce mot. Il y a des malades qui sont obsédés par la signification funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation ou par l'influence préservatrice d'autres mots. Tel malade subira un véritable supplice avant d'avoir retrouvé le nom d'une personne avec qui il a passé la soirée, tel autre mettra sur un cahier les noms des personnes qu'il craint de ne pas se rappeler, quoiqu'il sache qu'il n'en a pas besoin.

L'obsession du mot peut être suivie de l'obsession du nombre ou arithmomane. Un malade de Magnan compte tout ce qui lui est servi à table, il dresse à chaque repas un tableau sur

lequel sont indiqués le nombre des morceaux de viande, de pain, le nombre des cuillerées d'eau, de vin, de lait qu'il va prendre. Pour le lait, il compte le nombre de gouttes contenues dans une cuillerée et le nombre de cuillerées contenues dans une tasse. Si on lui sert une tomate, il s'empresse de compter le nombre de graines qu'elle renferme. Un malade de Legrand du Saulle lui disait en le quittant: "Vous avez 44 volumes sur cette table et vous portez un gilet à 7 boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte." Dans tous ces cas, le malade a pleine conscience de son état, il essaye de résister, mais sans succès.

Les Allemands ont rapproché de l'onomatomanie dont ils ont fait le type classique, la verbigération. On sait que, depuis Kahlbaume, on décrit sous ce nom, dans les états catatoniques, une tendance à répéter ou à prononcer plusieurs voyelles ou mots ou phrases d'une façon déclamatoire.

En politique, l'ardeur des passions est en raison inverse de l'éducation scientifique; les violents sont presque toujours des ignorants.

Un pied de terre sur lequel se trouve un cerveau qui pense est suffisant pour faire l'étude des principales lois qui régissent le monde; car un mouvement d'un demi-pouce contient dans son raccourci, le temps, l'espace, le nombre et la force, tous les matériaux de la physique.

Pour juger avec impartialité il faut connaître adéquatement une question, comparer avec pleine connaissance de cause les différentes parties, apprécier sainement tout l'exposé du sujet, s'affranchir des préjugés, repousser toutes influences indues, puis interroger sa conscience et sa raison.

L'histoire enseigne que le foyer scientifique se déplace sans cesse, et lorsqu'un peuple épuisé par de longs et laborieux enfantements fléchit et s'arrête, un autre surgit à ses côtés, qui reprend et poursuit avec des forces nouvelles l'œuvre commencée.

**LA VITALITE DES AGENTS INFECTIEUX REPANDUS SOUS
FORME DE GOUTTELETTES TRES FINES ET DE
POUSSIÈRES.**

PAR M. LE DOCTEUR KIRSTEIN.

L'auteur de ce travail a montré que le bacille prodigiosus et celui d'Eberth, répandus dans l'espace sous forme de gouttelettes très fines et exposés au jour et à l'air frais, mouraient dans peu de temps (le plus souvent au bout de 24 heures). Au contraire, à l'abri de la lumière, ils vivaient jusqu'à sept jours.

Cette fois, l'auteur a étudié la résistance des bacilles de Koch répandus sous la même forme. Ses conclusions sont les suivantes :

Le bacille de Koch offre une résistance considérable à la dessiccation. Aussi dans l'eau, dans le sol et dans les liquides en putréfaction il présente une grande vitalité. A la température et à l'éclairage moyens, les bacilles de Koch, répandus dans des gouttelettes très fines de crachats, meurent au bout de quatre à six jours. A l'abri de la lumière, ils vivent jusqu'à vingt-deux jours. La demi-obscurité des caves entretient leur vitalité.

C'est pourquoi l'auteur considère les logements, dont les conditions hygiéniques sont pareilles à celles des caves, comme un grand danger social. Le manque de clarté et, par conséquent, les difficultés de la dessiccation y entretiennent et font pulluler les germes.

Kirstein ramène même à la diminution de la clarté en hiver le pourcentage plus fort de certaines maladies infectieuses.

Ajoutons enfin que cet auteur a constaté que les bacilles qui se trouvent dans les gouttelettes très fines sont doués de moins de vitalité que ceux qui adhèrent aux poussières.

Ce sont les circonstances violentes qui produisent les états extrêmes, il faut de grands maux pour susciter de grands hommes, vous êtes obligé de chercher des naufrages quand vous souhaitez contempler des sauveurs.

Il faut battre en brèche les théories erronées, car les découvertes capitales doivent triompher de la routine,

NOUVELLES

La 36ème assemblée annuelle de l'Association médicale du Canada, a eu lieu cette année à London, Ont., les 25, 26, 27 et 28 août, sous la présidence de M. Walter H. Moorhouse, de cette ville, qui a fait le discours présidentiel. Les autres discours ont été faits par les docteurs suivants :

Médecine, M. Mac Callum, London. Chirurgie, M. Ferguson, Chicago. Gynécologie, M. Mathieu Mann, de Buffalo, qui a opéré le président MacKinley.

Durant le cours du Congrès il y a eu deux discussions. La première sur le traitement de la fièvre typhoïde, entre MM. W. P. Caven, de Toronto, J. Herald, de Kingston, W. Thesite, de London, et MacCallum, de London. La seconde discussion a eu pour sujet le diagnostic et le traitement de la péritonite tuberculeuse.

L'évènement social de la réunion fut la visite des splendides laboratoires de messieurs Parke, Davis & Cox, qui n'épargnèrent rien pour rendre aux membres de l'association cette visite aussi intéressante et instructive qu'agréable : Wagon spécial, bateau à vapeur, banquet, concert, cette compagnie prouva que la générosité, la courtoisie et la science sont bonnes camarades car toutes trois se rencontrèrent sous le même toit. Les différents départements de cette immense maison, évaluée à plusieurs milliers de piastres, possèdent des chefs expérimentés qui donnèrent aux médecins les renseignements les plus utiles concernant les progrès apportés pour produire d'excellentes préparations. Toutes les conditions hygiéniques sont des plus scrupuleusement remplies, tant dans les laboratoires aseptiques que dans les étables où 7,000 bêtes servent pour les expériences scientifiques et 200 chevaux pour la production du sérum. Les visiteurs, enchantés d'une aussi cordiale réception, conservent de messieurs Parke, Davis & Cox, le plus pratique souvenir.

Action judiciaire intentée à un hôpital.—M. John H. Calder vient d'assigner le "General Memorial Hospital for the treatment of cancer and allied diseases", de New-York, et lui réclame 100,000 piastres de dommages-intérêts pour homicide par imprudence ou négligence. La femme du plaignant s'était rendue à cet hôpital pour s'y faire opérer; la nurse ayant reçu l'ordre de la frictionner avec un mélange d'alcool et d'éther commit l'im-

prudence d'employer une chandelle. Les apeurs d'éther s'enflammèrent, la malade fut brûlée gravement et succomba quatre jours après.

Une greffe peu banale. — A Plainfield (New-York), les chirurgiens ont tenté de traiter des brûlures très étendues à l'aide de greffes nombreuses. Ils employèrent plus de 3,000 morceaux de peau. Par un bel exemple de solidarité, les camarades du malheureux blessé se cotisèrent pour... réunir assez de fragments de peau pour que l'on puisse tenter la greffe, et 100 d'entre ces ouvriers se vouèrent au rasoir du chirurgien.

A Auburn, E.-U., trois frères de la même famille ont été condamnés à s'asseoir sur le meuble fatal qui a nom *la chaise électrique de Sing-Sing*; un courant électrique de 1,700 volts donna la mort à chacun de ces assassins. Dans l'Etat de New-York, depuis 1891, cent une victimes ont pris place sur le fauteuil sans repos.

A Ithaca, E.-U., la loi punit de \$50.00 d'amende, celui qui otre à boire de l'eau qui n'a pas bouilli.

La femme de monsieur C. Gruning vient de succomber à la suite d'une morsure faite par un jeune enfant souffrant de diphtérie, qu'elle voulait consoler.

M. le professeur Zimmer, de Berlin, est d'opinion que le nombre d'insensés parmi le beau sexe augmentera si les jeunes filles persistent à vouloir jouer le rôle de femme et d'homme en même temps.

Le millionnaire docteur H. Rothschild a ouvert dans un quartier indigent de la ville de Paris, une polyclinique pour les maladies des enfants et une bibliothèque gratuite contenant 10,000 volumes traitant des soins à donner à l'enfance.

Mardi, le 13 octobre, avait lieu l'élection des officiers de la *Société médicale de Montréal*; les membres suivants furent choisis:

Président, M. le docteur C. N. Valin; vice-président, M. le docteur Oscar Mercier; secrétaire, M. le docteur J. P. Décarie; trésorier, M. le docteur E. Y. Asselin,