

Pages Missing

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDICINE

SANTÉ

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

Le forme trophique du tabes, par M. le Professeur RAYMOND... 259

Le rein mobile, par le Professeur ALBARRAN..... 260

L'entérite aiguë et son traitement, par M. le Dr D. E. LE CAVELIER..... 263

L'hypotrophie de l'enfance et le rachitisme, par M. le Dr VARIOT..... 267

Le traitement de l'ulcère de l'estomac, par M. le Professeur BOUNGET..... 269

Les vomissements insurmontables de la grossesse, par M. le Professeur PINARD. 271

Comment étudier les maladies de la peau.... 272

La nature des poisons cancéreux, par M^{me} Dr NICOLS..... 277

Le phagédonisme et son traitement par l'iodure, M. le Dr RENAULT..... 278

Le diagnostic précoce de la tuberculose et la déviation du complément, par M. le Dr MARMORCK..... 287

Les traitements de la réanimation du cœur, par M. le Dr MLEQUOT..... 288

Les maladies angiectasiques et les glandes à sécrétion interne, par M. le Dr LECLAIR..... 290

De l'eau chaude en gynécologie, par M. le Professeur RECLUS 295

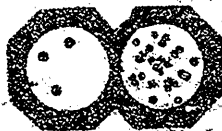
Nouvelles scientifiques..... 307



LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIROP : une cuillerée à soupe à chaque repas pour le Canada Rougier Frères, 63, Notre-Dam Est, Montréal pour les États-Unis Fougère & Cie, 30, Beckmann Street, N. Y

DEPÔTE

LE MONTRÉAL-MÉDICAL

Vol. 9

25 Août 1909

N° 6

Forme trophique du tabes

Par M. le Professeur RAYMOND

Un homme a, depuis quatre ans, une déformation du pied gauche, consistant en une saillie anormale des malléoles, qui sont volumineuses, dures, avec ankylose de l'articulation tibio-tarsienne. Cela est survenu brusquement, sans douleur. La marche n'a été gênée que dans ces derniers temps. Pendant treize ans et demi, il a pu aller et venir et exercer un dur métier.

Actuellement, on constate le signe de Romberg. Les réflexes tendineux sont perdus. On note chez lui la chute spontanée des dents. Il a eu des douleurs fulgurantes, de la diplopie transitoire. La pupille droite ne réagit plus à la lumière, la gauche est paresseuse.

C'est donc un tabétique. La lésion du pied est une arthropathie tabétique, une exostose par ostéite condensante, c'est-à-dire un trouble trophique. On trouve en outre sur la malléole une cicatrice de *mal perforant malléolaire*, analogue au mal perforant plantaire. Aux coudes on constate une exostose de l'olécrâne.

Le malade a contracté la syphilis à 19 ans et n'a jamais suivi de traitement. L'arthropathie du pied fut la première manifestation morbide.

C'est un *tabès trophique*. Cette forme du tabès doit être connue, prévue et soupçonnée.

La localisation de l'arthropathie tabétique sur l'articula-

tion tibio-tarsienne est relativement un fait rare. On connaît mieux le pied-bot tabétique, signalé par Feréol, puis Charcot, etc. La lésion porte d'habitude sur l'articulation médio-tarsienne ou sur celle du calcanéum avec le cuboïde.

Ce malade sera soumis au traitement mercuriel prolongé, avec des périodes de repos pendant lesquelles on lui administrera de petites doses d'iodure. En même temps, comme c'est un arthritique, nous lui ordonnerons l'alimentation et les médicaments requis.



Le rein mobile

Par M. le Professeur ALBARRAN

Une jeune femme de 30 ans entre à l'hôpital pour des douleurs sourdes, continues, dans le côté droit du ventre. Les accidents ont éclaté quelques mois après une couche faite il y a plusieurs années. Ce sont des douleurs profondes, non traversées de crises paroxystiques, mais qui s'exagèrent quand la malade se couche du côté gauche. A un moment donné, les urines ont été troubles, mais elles sont redevenues claires par la suite.

L'examen montre un rein droit mobile, non augmenté de volume et non douloureux, à qui on peut aisément faire réintégrer sa loge. Le foie est également abaissé et dépassé de deux travers de doigt le rebord costal ; la rate est légèrement mobile. Le toucher vaginal permet de localiser un point douloureux à l'orifice urétéral du côté droit. La cystoscopie ne montre rien d'anormal.

L'urine est claire, normale, un peu moins abondante et moins riche en quantité sécrétée et en principes minéraux pour le rein droit que pour le rein gauche. De légères traces d'albumine sont décelées dans l'urine ; ce phénomène est fréquent dans le rein mobile. Les grosses différences dans la

sécrétion de l'un et l'autre rein n'apparaissent qu'à l'occasion d'altérations rénales accusées ou d'une rétention rénale abondante.

Cette malade ne se plaint d'aucun trouble digestif ou nerveux. Jamais elle n'a eu de crises douloureuses aiguës.

Le cathétérisme urétéral permet de remonter jusqu'à 15 centimètres de hauteur ; à ce niveau, la sonde est arrêtée et il faut faire remonter par un aide le rein dans sa loge pour dissiper l'obstacle et atteindre jusqu'au bassinnet. Une coupure urétérale était en jeu qui disparaissait avec le relèvement de l'organe. Chez de pareilles malades, le bassinnet est en général dilaté ; des rétentions légères de 20 à 40 centimètres cubes sont communément observées.

Ce qui domine pour cette femme, ce sont les douleurs, celles-ci indépendantes de toute rétention rénale et bien plutôt attribuables à des lésions de périnéphrites avec adhérences. Les adhérences peuvent exister en dépit de la mobilité rénale ; ce qui semble indiquer que cette cause de douleur est bien en jeu, ce sont les souffrances accusées par la malade quand elle se couche du côté opposé. Des tiraillements se produisent et les douleurs s'exagèrent de ce fait.

De multiples risques entourent l'existence de tout rein mobile. Ce sont d'abord les dangers de rétention et d'inflammation, cette dernière apparaissant souvent comme une suite d'une maladie infectieuse, la grippe, par exemple. Les urines deviennent troubles et renferment du pus : une pyélonéphrite s'est déclarée. Ce sont ensuite les symptômes du côté du tube digestif : des phénomènes dyspeptiques se produisent maintes fois liés à des adhérences péritonéales, en rapport avec la partie inférieure du rein et provoquant des plis sinueux du côté du côlon tirillé par en haut. D'autres fois, les troubles dyspeptiques sont liés à un état névropathique concomitant et qui peut, jusqu'à un certain point, être indépendant de l'abaissement du rein. Dans d'autres circonstances, les accidents nerveux sont consécutifs. Tel malade atteint d'un hypochondrie anxieuse a vu ses accidents disparaître avec la fixation du rein.

Le traitement palliatif consiste dans le port d'une ceinture ; mais celle-ci doit être dépourvue de pelote. Le rôle des pelotes est néfaste ; ou elles compriment le rein ou elles le font remonter plus haut et déterminent sa déviation en avant (antéversion) ; d'où douleurs accrues. Les seules ceintures qui puissent convenir sont celles qui exercent une contention uniforme des parois abdominales et refoulent le rein en haut, par l'intermédiaire de l'intestin comprimé. Seulement, les ceintures ne conviennent qu'à une sorte de malades, à celles dont les parois abdominales sont flasques. Fréquemment, tel n'est pas le cas. Des jeunes filles, des jeunes femmes à ventre très ferme ont néanmoins un rein abaissé. L'usage d'une ceinture n'est que d'une utilité très douteuse, quand une entéroptose réelle n'existe pas concurremment.

Si les douleurs persistent, on recourra à l'intervention chirurgicale qui est la néphropexie. Plusieurs précautions devront guider l'opérateur. Il ne fixera pas le rein trop haut, crainte de le voir basculer en antéversion sous la pression du foie abaissé ; il s'emploiera à le replacer aussi près que possible de sa place normale, mais sans employer de violence. Les coutures urétérales devront être recherchées et réduites et, en dernier lieu, les fils de soutien ne traverseront pas le parenchyme rénal, comme il était d'usage de faire il y a quelques années. Pareille technique risque d'augmenter l'altération du tissu rénal, de provoquer autour des fils des îlots de sclérose qu'il vaut mieux éviter. On se contentera, après décortication et rupture des adhérences, de pratiquer une incision longitudinale entre le parenchyme et la capsule. Les bords de la capsule sont ensuite de chaque côté détachés avec une pince et sectionnés dans leur milieu ; il en résulte quatre lambeaux de capsules qui sont chacun liés entre eux et fixés ensuite à la douzième côte au moyen de fils.

Le résultat opératoire est immédiat. Les douleurs, les troubles dyspeptiques cèdent tout de suite ; mais les accidents nerveux, s'ils étaient antérieurs, ne sont pas amendés.

C'est au médecin, non au chirurgien, de pourvoir à ces derniers troubles par un traitement général et une psychothérapie efficaces.

L'entérite aiguë et son traitement

Paris, le 3 août 1909.

L'inflammation aiguë de la muqueuse de l'intestin présente ordinairement trois principaux modes d'évolution :

1° Congestion et hypersécrétion des glandes (40 à 50.000.000 de glandes) de Lieberkühn, catarrhé folliculaire, diarrhée ; inflammation circonscrite de la muqueuse ;

2° Inflammation diffuse (villosités, valvules conniventes de Kerkring, 700 à 800, follicules clos, follicules agminés, ou *plaques de Peyer* 30 à 40), desquamation et suppuration, des cellules épithéliales cylindriques de la muqueuse intestinale.

3° Infiltration cellulaire, érosion de la muqueuse, ulcération folliculaire et quelquefois infection des lymphatiques et hypertrophie des ganglions mésentériques (120 à 150).

Ces lésions variées peuvent se localiser dans différentes régions de l'intestin et déterminer : une duodénite, une jéjunite, une iléite, une typhlite, une péri-typhlite, une appendicite, une colite ou une rectite.

Plus l'infection intéresse une partie supérieure de l'intestin, plus les phénomènes de toxi-infection sont intenses et graves.

Le nombre de microbes est cependant bien moins élevé dans le duodénum (30.000 à 50.000) que dans le reste de l'intestin (8.000 milliards), mais leur virulence paraît plus grande et une lésion du duodénum est suivie de troubles physiologiques considérables, (glandes de Brünner, ferments digestifs, etc.). On doit aussi se rappeler que le duodénum, long de 12 travers de doigt, présente des sinus, des courbures et des angles qui se défendent mal contre les infections, car il est *la partie la plus fixe de l'intestin.*

Les soins hygiéniques et le traitement diététique suffisent le plus souvent pour guérir une indigestion intestinale ou une congestion des glandes, accompagnées d'une diarrhée abondante. Lorsque l'inflammation de l'intestin est plus grave et qu'il existe de vives douleurs sans diarrhée profuse, l'on recommandera le traitement suivant :

1^{er} jour :

Purgatif d'huile de ricin à dose d'une à deux cuillerées à soupe ou sulfate de soude (20 grammes); (6 drachmes) ou sulfate de magnésie (30 grammes, 1 once).

Localement on appliquera sur toute la région de l'abdomen une compresse humide chaude sur laquelle on aura versé une cuillerée à thé d'huile essentielle de thym ou de cannelle de Chine. L'on recommandera une diète hydrique et l'eau de riz, de tapioca, de sagou ou une limonade au citron.

2^e jour :

Opium	3 centigr. (1/2 grain)
Tannin	12 centigr. (2 grains)
Monobromure de camphre.	6 centigr. (1 grain)

Pour un cachet à prendre toutes les 2 ou 3 heures au besoin.

La même formule peut être utilisée à dose double sous forme de suppositoire.

3^e jour :

Si les selles sont fréquentes et douloureuses, l'on prescrira :

Elixir parégorique	
Sirop d'acacia	

ad 60 grammes (2 onces).

Dose : Une cuillerée à dessert ou à soupe toutes les 2 ou 3 heures.

4^e et 5^e jours :

L'on donnera les cachets suivants comme pansement aseptique de la muqueuse intestinale :

Sous-nitrate de bismuth..	60 centigr. (8 grains)
Magnésie calcinée	12 centigr. (2 grains)
Résorcine	12 centigr. (2 grains)
Opium	3 centigr. (1/2 grain)

Pour un cachet ; dose : un toutes les 3 ou 4 heures.

6° et 7° jours :

Comme antiseptique intestinal :

Benzo-naphtol	50 centigr. (8 grains)
Bicarbonate de soude	12 centigr. (2 grains)
Poudre d'anis	12 centigr. (2 grains)

Pour un sachet à prendre matin et soir.

ou

Benzo-naphtol	25 centigr. (4 grains)
Blende méthylène	3 centigr. (1/2 grain)
Eucalyptol	3 gouttes

Pour une capsule à prendre matin et soir.

8° et 9° jours :

On modifiera la flore microbienne intestinale au moyen des ferments lactiques ou des albumines lactiques (5 grammes, 83 grains), que l'on donnera 2 ou 3 fois par jour.

Le régime diététique des six premiers jours sera composé exclusivement d'eau de riz (60 grammes pour 1.500 grammes d'eau), d'eau albumineuse, obtenue au moyen de quatre blancs d'œufs brouillés dans un litre d'eau bouillie ; on pourra aussi recommander le képhir numéro 3, le bouillon de légumes, les infusions de blé et d'orge, les décoctions de céréales (voir page 90), ainsi que la gélatine, à dose de 15 grammes deux fois par jour. Les limonades au citron ou à l'acide phosphorique seront données à discrétion.

Au septième jour de la maladie, on peut ajouter à l'alimentation un peu de lait bouilli et de l'eau de chaux ou un bouillon d'extrait de viande ; graduellement, le régime sera augmenté en commençant par des crèmes de riz, des semoules, tapiocas, sagous, des « laits de poule », des œufs à la coque, du jus de viande, de la pulpe de viande, etc...

Dans l'entérite desquamative et suppurative, il y a lieu de combattre l'infection profonde et la température élevée par des purgatifs répétés à petites doses (6 à 10 grammes de sulfate de soude matin et-soir) ou par l'administration de la capsule suivante :

Calomel	16 milligr. (1/4 grain)
Carbonate de gaïacol	10 milligr. (1/6 grain)
Menthol	6 milligr. (1/10 grain)
Eucalyptol	3 gouttes

Dose : une, matin et soir.

Les lavements chauds de 500 grammes (1 chopine) faits matin et soir avec une solution de borate de soude à 5 p. 100 ou avec une solution de crésylol sodique au 2/1000^e sont aussi très utiles.

Le crésylol est un puissant antiseptique qui agit contre les microbes *aérobies*; contre les microbes *anaérobies* (77 pour 100 dans l'intestin), on pourra employer le lavement suivant :

Eau oxygénée à 12 volumes.	60 grammes (2 onces)
Eau bouillie.....	900 grammes (32 onces)
Chlorure de calcium	50 centigr. (8 grains)
Bicarbonate de soude	50 centigr. (8 grains)

L'on recommandera les lavements gélatinés à 5 pour 100 dans les cas d'hémorragie intestinale ou hémorroïdale.

La toxi-infection de la muqueuse intestinale (10.000 centimètres carrés) sera combattue par le benzo-naphtol (50 centigrammes, 8 grains) qui se décompose dans l'intestin en naphtol et en acide benzoïque ou par les *ferments lactiques* ou la *lacto-bacilline* que l'on prescrit sous forme de bouillons de culture :

1° En nature à dose de 60 grammes (2 onces) deux fois par jour ;

2° En poudre à dose de 1 à 2 grammes (16 à 32 grains) par jour de lacto-bacilline ;

3° Sous forme de comprimés, en tablettes, à dose de 30 centigrammes (5 grains), 4 ou 5 fois par jour ;

ou :

Acide lactique	15 grammes (1/2 once)
Sirop de framboises ...	90 grammes (3 onces)
Eau bouillie	1.000 grammes (36 onces)
Dose : 90 grammes (3 onces) toutes les 2 ou 3 heures.	

Comme tonique et antipyrétique le malade prendra matin et soir 30 à 60 centigr. (5 à 10 grains) de quinine.

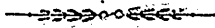
L'eau albumineuse sera aromatisée avec un peu de rhum, de cognac ou de champagne. Localement aux applications chaudes précédentes l'on ajoutera des frictions avec 1 à 3 grammes (16 à 60 grains) de pommade *d'argent colloïdal* à 15 pour 100.

Ces frictions seront faites tous les jours ou tous les deux jours sur tout l'abdomen et plus spécialement du côté gauche, car on sait que les $4/5^e$ des intestins sont situés de ce côté de la ligne médiane et qu'un 5^e seulement se trouve du côté droit. Ce colargol qui a des propriétés bactéricides énergiques et un pouvoir catalytique souvent très efficace est indiqué dans tous les cas graves de toxi-infection et de fièvre continuée.

Les pertes aqueuses trop abondantes seront remplacées par des injections de sérum artificiel isotonique.

En cas d'hypotonus cardiaque et d'adynamie, l'on aura recours à la caféine, à la strychnine ou à la spartéine.

D^r D.-E. LE CAVELIER



Hypotrophie et rachitisme

Par M. le docteur VARIOT



M. Variot présente un enfant dont la mère, de très petite taille, constitue un type de rachitique. Elle est atteinte de déformations multiples : scoliose, tibias en lame de sabre, rétrécissement du bassin ayant nécessité l'opération césarienne. Or, l'enfant, âgé aujourd'hui de 9 mois, est absolument normal et bien conformé, sans le moindre signe de rachitisme. Il est élevé au sein.

Ceci montre qu'il peut y avoir prédisposition ou rachitisme dans certaines familles, mais pas d'hérédité directe. Le rachitisme est une maladie acquise, en rapport avec un vice d'alimentation. On a cependant présenté des faits de rachitisme foetal. Ce fut même le point de départ de discussions interminables. Il s'agit là de faits exceptionnels, d'une rareté évidente. Ils ont été étudiés parti-

culièrement par Porak et Durand, sous le nom de dysplasies osseuses congénitales. On n'est pas encore fixé sur leur nature.

Le rachitisme est une maladie d'alimentation. On peut rendre un enfant rachitique à volonté et très vite en le privant de lait et en le nourrissant de bouillies au pain. On connaît parfaitement le rachitisme du sevrage. Les farines lactées données trop tôt ou avec abus sont des agents actifs de rachitisme.

Le processus d'hypotrophie n'est pas le même que celui du rachitisme. Ils peuvent être indépendants. On voit des enfants hypotrophiques, retardés dans leur croissance, mais n'ayant aucun signe de rachitisme. Par contre, il y a des rachitiques florides, des suralimentés.

La théorie exacte du rachitisme reste encore à démontrer.

Pratiquement, nos connaissances relatives à cet état morbide sont assez bien nettement déterminées. Il faut attacher une grande importance, à ce point de vue, aux expériences de La Sablière, faites au laboratoire des Enfants-Assistés. Cet auteur met une portée de jeunes chiens à la panade au lait une autre portée à la panade sans lait. Cette dernière offre bientôt une remarquable hypotrophie. La Sablière prend un des sujets retardés dans leur développement, lui donne une ration de lait et voit son accroissement augmenter et tendre à rattraper celui des témoins.

En somme, de l'expérience des gouttes de lait et de toutes les tentatives d'élevage entreprises jusqu'ici, il résulte que le lait est un aliment de première nécessité pour le nourrisson. M. Variot rappelle le cas d'un enfant, ayant été mis au bouillon de légumes pendant cinq mois, eut de l'anasarque, de la tétanie, du purpura, fut dans un état très inquiétant, et guérit par l'alimentation lactée.

Le premier médecin (Laënnec) qui mit son oreille sur une poitrine humaine et sut reconnaître et classer les bruits qu'ils entendaient fut un de nos grands inventeurs.

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par la gélatine au perchlorure de fer

M. le professeur Bourget (de Lausanne) préconise l'emploi du perchlorure de fer — dont on connaît bien les propriétés hémostatiques et cicatrisantes — chez les malades atteints d'ulcère gastrique. Jusqu'ici il l'a toujours utilisé sous forme de lavages de l'estomac faits avec une solution à 1 pour 100 de perchlorure. Il a traité de cette façon des milliers de malades et, dans la majorité des cas, il a vu l'ulcère se cicatriser en 15 jours et même moins.

Cependant, comme les lavages nécessitent l'emploi d'une sonde, que le médecin praticien peut n'avoir pas toujours cette sonde sous la main, que, d'autre part, certains auteurs ont manifesté la crainte que cette sonde, maladroitement manœuvrée, pût quelque jour provoquer la perforation d'un ulcère, M. Bourget a cherché un autre mode d'administration du perchlorure et finalement il s'est arrêté à l'emploi d'une potion gélatineuse qu'il prépare de la façon suivante :

On fait dissoudre à une douce température 100 grammes de gélatine dans 100 grammes d'eau et 100 grammes de glycérine. Lorsque le mélange est bien liquéfié, on y ajoute rapidement 50 grammes de perchlorure de fer liquide. Il se fait aussitôt une sorte de précipité avec formation d'un dépôt qui ne se mélange plus que difficilement au reste du liquide. Il faut remuer constamment et réchauffer la masse pour la rendre homogène. Puis on le coule dans des petits plateaux en fer-blanc divisés en petits carrés d'un centimètre environ de côté, absolument comme s'il s'agissait, par exemple, de faire des « caramels ». Après refroidissement, on obtient ainsi des tablettes d'une consistance très suffisante.

Aux malades souffrant d'ulcère gastrique on ordonne 2 ou 3 de ces tablettes, par jour, à prendre 2 ou 3 heures après le repas.

Au surplus, voici le régime imposé à ces malades par M. Bourget :

- 8 h. m. Petit déjeuner : lait et biscotte.
- 10 h. Tablette de gélatine au perchlorure.
- 10 h. 1/2 100 à 150 grammes d'eau alcaline.
- 12 h. Riz au lait.
- 3 h. s. Tablette de gélatine au perchlorure.
- 3 h. 1/2 ou 4 h. 150 grammes d'eau alcaline.
- 6 h. Riz au lait.
- 9 h. Tablette de gélatine au perchlorure.
- 10 h. 150 grammes d'eau alcaline.

Pour préparer l'eau alcaline en question, M. Bourget formulé la poudre suivante :

Bicarbonate de soude pur	8 grammes
Phosphate de soude sec	4 grammes
Sulfate de soude sec	2 grammes
M. Faire dissoudre dans un litre d'eau froide.	

Cette thérapeutique produit des effets vraiment étonnants : les douleurs disparaissent rapidement et la cicatrisation de l'ulcère ne tarde pas à survenir.

Dans les cas graves avec fortes hématomésés, il est bon de commencer le traitement par un lavage avec la solution aqueuse de perchlorure de fer au 1/100, puis de donner ensuite des tablettes de gélatine. Chez tous les malades de cette catégorie traités de cette façon par M. Bourget au cours de l'année passée, l'hémorragie s'arrêta aussitôt pour ne plus réparaître. Cependant, au besoin, en pareil cas, on pourrait aussi fort bien se contenter du traitement gélatiné seul.

Des recherches chimiques ont montré qu'*in vitro* la gélatine au perchlorure de fer est digérée peu à peu, liquéfiée, par l'action de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. Mais il faut un certain temps pour cela, en sorte qu'il est à supposer que les particules de gélatine restent un certain temps en contact avec les ulcérations et peuvent exercer ainsi leur action cicatrisante. D'autre part, il est permis de croire que le fer introduit de cette façon dans l'organisme sert également à réparer les pertes subies par l'organisme du fait des hémorragies.

Vomissements incoercibles de la grossesse

M. *Pinard* reprend la question des vomissements incoercibles en se basant sur les faits qu'il a pu observer et étudier dans ces trente dernières années.

Après un historique très détaillé, il arrive à la partie clinique et il insiste à nouveau sur la valeur du pouls en pareil cas. Il rejette la division de Paul Dubois en trois périodes. Il est impossible de différencier cliniquement les deux premières périodes. A côté de l'amaigrissement, des modifications du syndrome urinaire qui ont leur valeur, l'étude du pouls faite régulièrement pendant 24 heures, en prenant celui-ci toutes les heures, donne des renseignements autrement importants : chaque fois qu'il dépasse et reste d'une façon permanente à 100 il faut intervenir, évacuer l'utérus ; s'il reste au-dessous de 100 on peut attendre. Voilà ce que l'expérience a montré à M. *Pinard*. Il n'a rencontré qu'une fois une femme ayant des vomissements dits graves avec un pouls au-dessous de 100 ; mais, étant donné l'obésité de cette malade (l'obésité disparaît vite chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles) il pense que le diagnostic fut erroné et que les vomissements dans ce cas, relevaient d'une autre cause. Au point de vue pathogénique, il rejette la théorie nerveuse (Dolérus, 1882, Kaltenbach Ahlfold) ; il admet cependant la possibilité d'une aptitude plus grande chez certaines femmes à faire des vomissements en raison de leur état nerveux. Mais le véritable facteur est une toxémie, une hépato-toxémie, comme le prouvent l'ictère, les troubles urinaires et surtout les névrites optiques ou périphériques (avec atrophie musculaire) que l'on peut voir survenir chez les malades et qui, même dans quelques cas ont persisté alors que les accidents avaient cessé. La grossesse détermine la production, dans l'organisme, d'un poison : à 4 mois 1/2 les signes d'intoxication cessent ; les vomissements persistent chez les pré-

disposées si l'organisme n'a pu réagir victorieusement contre le poison, ou si celui-ci est produit en trop grande quantité. M. Pinard tend à rattacher ces phénomènes à des troubles survenant dans le corps jaune, qui est considéré aujourd'hui depuis les travaux de Prenant comme une glande à sécrétion interne.



Comment étudier les Maladies de la Peau Origine et ectiologie de l'eczéma

Par M. le Docteur DARIER

La morphologie des affections cutanées peut se résumer en deux principaux groupes : les affections éruptives et les non éruptives, car il y a des dermatoses, comme le vitiligo, l'hypertrophie, l'éléphantiasis, l'alopécie, etc., qui sont d'ordre purement inflammatoire, dyscrophique et dégénératif.

Les formes dermatologiques élémentaires peuvent être ramenées à un certain nombre de types parfaitement déterminés : érythème urticaire, purpura, eczéma, taches érythrodermie, papules, vésicules, pustules, bulles, kératose, végétations, tubercules, nouures, ulcère, gangrène, dyschromie, atrophie, sclérose, hypertrophie, pellicules, alopecie, hydra-dénose et onychose, etc.

Une même maladie cutanée peut se traduire par des éléments éruptifs absolument différents ; par exemple, un malade qui a pris de l'iodure de potassium a du purpura, de l'acné iodique, des bulles iodiques. Ou bien un syphilitique a de la roséole, des papules, des croûtes, des ulcères, etc.

Une même maladie comporte donc des manifestations multiples, et, par suite, la morphologie ne peut servir de base de classification. Toutefois, l'essentiel, en présence d'un cas donné, c'est de bien analyser l'élément éruptif, de manière

à n'avoir plus qu'à discuter entre un petit nombre d'hypothèses. Quelquefois, le diagnostic est presque établi d'emblée de par l'élément éruptif. Prenons, par exemple, le cas d'une petite tache circonscrite hémorragique ; il y a bien des chances pour que ce soit un purpura. Dans d'autres cas, on se basera souvent, pour le diagnostic, sur la localisation des éléments éruptifs, sur leur distribution ou leur groupement. Dans d'autres conditions, on sera éclairé par les symptômes.

Quand on porte le diagnostic de syphilis, par exemple, on admet l'existence d'une entité morbide parfaitement définie, ayant une évolution et un pronostic connus, et réclamant un traitement particulier. Il en est de même, quand on se trouve en présence d'une maladie telle que la gale. Mais bien souvent on est obligé de se contenter d'un diagnostic purement morphologique ; ainsi, quand on parle de psoriasis, on ne fait que reconnaître une forme spéciale d'affection cutanée ; mais, actuellement, on ne connaît du psoriasis ni sa cause, ni son évolution, ni sa pathogénie. Le diagnostic de psoriasis n'est pas celui d'une maladie de la peau, mais d'un syndrome.

Il en est de même du lichen-plan, du pemphigus, du purpura et de l'eczéma.

Il y a tous les degrés entre l'immunité absolue et la prédisposition extrême à l'eczéma. La dermite artificielle eczématiforme se relie par tous les intermédiaires à l'eczéma, qu'il ne faut pas considérer comme une maladie, mais comme un syndrome, une réaction cutanée.

Dans l'eczéma, il existe un œdème intercellulaire, par suite d'une exsudation de plasma plus abondante. Il en résulte une structure spongieuse du corps muqueux : c'est ce qu'on appelle la spongieuse ou l'état spongoïde. C'est la lésion fondamentale et presque pathognomonique de l'eczéma. Elle aboutit à la formation de cavités ou vésicules, situées au sommet des papilles. Peu à peu repoussées par les cellules sous-jacentes, les vésicules se dessèchent pour devenir de minuscules croûtelles.

Dans les régions minces, elles se rompent et donnent lieu au suintement. Enfin, elles peuvent s'infecter par les pyococques, ce qui a pour résultat leur transformation impétigineuse.

Ce qui caractérise également l'eczéma, c'est la parakératose. Cette lésion consiste dans la disparition de la couche granuleuse, avec conservation des noyaux dans la couche cornée. Les cellules de cette couche sont peu ou point chargées de graisse. Or, à l'état normal, la présence de graisse s'oppose à la perspiration. Par conséquent, dans la parakératose la perspiration est possible : d'où congestion de la peau et utilité d'appliquer des corps gras. Une troisième lésion de l'eczéma est l'hyperacanthose, ou épaissement de la couche de Malpighi, qui se produit au bout d'un certain temps, comme phénomène de réaction irritative.

Telles sont les lésions épidermiques.

Du côté du derme, il y a d'abord de la congestion, puis de l'œdème. Il se produit également des infiltrations périvasculaires du corps papillaire.

Au point de vue de la symptomatologie clinique, l'évolution d'une éruption eczémateuse peut être schématisée de la façon suivante. Prenons comme type, non pas un eczéma proprement dit, mais une dermite eczémateuse : on voit d'abord se produire une rougeur; c'est le stade érythémateux. Le stade vésiculeux constitue le degré extrême de la congestion et succède au premier stade. La vésicule peut se rompre et donner naissance à l'écoulement : stade de suintement. L'écoulement séreux peut se dessécher et se concréter en croûtes : stade d'impétiginisation. Puis, au moment de la guérison, la parakératose s'établit et donne naissance au stade de desquamation. Enfin l'acanthose, l'œdème et la congestion amènent une certaine hypertrophie connue sous le nom de lichénisation.

Chacun de ces stades donne lieu à des aspects différents, mais ces aspects sont équivalents, c'est-à-dire que desquamation, suintement ou vésiculation, etc., font partie du processus eczémateux.

Quant aux caractères tirés de l'éruption, ce sont essentiellement : l'irrégularité et l'émiettement des bords, le fait de procéder par poussées, avec tendance à la chronicité, aux récidives et rechutes, le prurit.

Les divers aspects objectifs tenant à l'évolution de l'eczéma ont suscité des épithètes particulières, telles que : eczéma érysipéloïde, tricophytoïde, etc. Mais ce ne sont là que des stades d'un même processus, et non des espèces particulières d'eczéma. De même, sous le rapport de l'évolution, on distingue les formes aiguës, chroniques, récidivantes.

Quelle est l'origine et l'étiologie de l'eczéma ?

Les eczémas artificiels, professionnels ou produits sous l'influence d'éruptions préalables, comme le prurigo, le psoriasis, doivent naturellement être séparés de l'eczéma-maladie ou *eczématose*. Ce que l'École de Saint-Louis a jadis appelé du nom d'eczéma représenté une maladie réelle, dépendant d'une prédisposition particulière, d'un trouble humoral lié à une diathèse.

L'éruption d'eczéma, envisagée comme syndrome, est extrêmement fréquente ; cette lésion représente le tiers ou même la moitié de toute la pratique dermatologique. Les eczémas sont dus à des causes internes et externes. Toute irritation extérieure peut produire la réaction eczémateuse. Il y a des eczémas d'origine mécanique, dus au simple grattage dans le prurigo, par exemple. D'autres relèvent d'une cause physique, comme l'eczéma solaire (eczéma vésiculeux de Wilson), les eczémas caloriques. Il y a des eczémas de cause chimique, déterminés par l'action externe des arsenicaux, de la térébenthine, du phénol, du blanchissage, de la potasse, du savon, de l'eau de Javel ou des teintures pour cheveux (notamment la paraphényldiamine). Il y a aussi des eczémas parasitaires : tricophytie, herpès circiné, gale ; on ne peut dire si l'eczéma scabieux résulte du grattage ou de l'action irritante du poison sécrété par l'acare.

Y a-t-il des eczémas microbiens ? C'est Unna qui a établi cette doctrine que l'eczéma est une dermatose microbienne, liée à un agent spécial, le *morocoque*, sorte de cocci disposés en amas mûriformes. Ces microbes se rencontrent, en

effet, dans les croûtes d'eczéma ; or, quand on les cultive, on retrouve des germes vulgaires : staphylocoque doré, albus, etc. Leredde a soutenu que l'eczéma est toujours une maladie microbienne.

Cette question a été discutée au Congrès de 1900, et a suscité une série de travaux, d'où il semble résulter que beaucoup d'eczémas sont microbiens, sinon tous. Veillon, Sabouraud, etc., ont montré que la vésicule n'est pas toujours microbienne. Donc, le critérium microbien ne peut pas servir à diagnostiquer les dermites artificielles de l'eczéma vrai.

On a dit que la nature microbienne de l'eczéma est prouvée par la dissémination du foyer primitif par le grattage, par la repullulation d'un foyer mal éteint (jarret, cou, aisselle, cuir chevelu). On a ajouté aussi cette remarque que l'eczéma s'étend toujours périphériquement, et, quelle que soit sa cause apparente, offre toujours à peu près la même forme clinique.

Tous ces arguments ont de la valeur. On peut en conclure certainement que les microbes jouent un rôle dans l'eczéma. Mais il n'est pas moins positif qu'on trouve des eczémas vésiculeux sans aucun microbe. L'eczéma n'est donc pas toujours une maladie microbienne.

Les causes internes de l'eczéma seraient : l'hérédité, l'arthritisme, les écarts d'hygiène, l'abus des excitants, café, alcool, la mauvaise alimentation, les intoxications et viciations organiques, les troubles nutritifs, les maladies du foie, des reins, les troubles nerveux, le surmenage, les éruptions dentaires chez les enfants (par réflexe).

En réalité, la réaction eczémaïeuse de la peau résulte d'une combinaison, en proportions variables, de facteurs internes et externes.

En face d'un malade ayant une éruption d'eczéma, il faut remonter à la cause, car il ne suffit pas de traiter la lésion, en la désinfectant, par les pansements humides, en prévenant autant que possible la vésiculation et la parakératose, il faut également tenir compte de la cause probable et la supprimer.

En résumé, la prédisposition à l'eczéma est héréditaire, mais l'eczéma lui-même n'est pas héréditaire ; il résulte de causes multiples, et, en fin de compte, on ne peut pas établir de limite infranchissable entre l'eczéma-maladie, l'eczématose et les nombreuses variétés de dermites eczémateuses artificielles que l'on rencontre journellement dans les services dermatologiques.



Nature des poisons cancéreux

Mme *Nicolle Girard-Mangin*, dans une note précédente a étudié les actions des extraits cancéreux. Lesensemencements pratiqués avec ces extraits étant restés stériles au contact ou à l'abri de l'air, elle a éliminé l'idée d'infections secondaires et cherché à déterminer quelques points de la nature chimique des produits toxiques contenus dans les extraits préparés.

Les poisons cancéreux sont multiples ; leurs actions changent un peu avec leur mode de préparation. Ils sont coagulés en totalité par l'alcool et la chaleur et ne traversent pas les membranes dialysantes. La toxicité d'un extrait diminue très rapidement dans les préparations liquides et sèches conservées ; à l'état frais, ils agissent à petites doses comme les ferments. Ces poisons présentent les caractères généraux des substances colloïdales.

Entre la vérité absolue et l'erreur complète, il y a place pour des vérités relatives et rapprochées, c'est là qu'évolue toute la science médicale moderne et toute philosophie humaine.

L'application de l'iodure de potassium dans le phagédénisme

Par M. le Docteur Alex. RENAULT

Cette application concerne l'emploi de ce remède dans le phagédénisme.

Mais, avant d'entrer dans le vif du sujet, il s'agit de s'entendre sur le sens que l'on doit attribuer au mot phagédénisme.

La conception de ce terme n'est pas en effet la même en France et en Allemagne.

En France, on donne ce nom à tout processus de désintégration moléculaire, quelle qu'en soit l'origine.

Les Allemands au contraire ne considèrent le phagédénisme que comme une complication exclusivement réservée à la chancrelle.

C'est à cette interprétation que se rattache M. le docteur Hallopeau, appelant vorax, exedens, ou même simplement destructives, les autres fontès moléculaires, susceptibles de compliquer n'importe quelle ulcération.

En ce qui me concerne, je me rallierai plutôt à l'opinion française faisant remarquer qu'au point de vue clinique, tous les phagédénismes se ressemblent.

Quoi qu'il en soit, je n'envisagerai ici que celui qui se rapporte à la chancrelle et en constitue la complication la plus grave.

Il ne saurait être question en effet de l'utilité de l'iodure dans le phagédénisme syphilitique tertiaire, non plus que dans celui du chancre initial. Ses effets merveilleux sont connus, qu'il soit administré seul ou combiné au mercure.

A priori le phagédénisme chancrelleux ne semble point justiciable de ces remèdes. Eh bien, l'expérience m'a démon-

tré que si le mercure est impuissant, il en va tout autrement de l'iodure de potassium.

Or ce phagédénisme de la chancreuse, qu'il soit serpiginoux ou térébant, a parfois une progression tellement effrayante ou oppose une telle résistance aux agents thérapeutiques, qu'on ne saurait laisser dans l'ombre un moyen susceptible d'en enrayer la marche.

Ai-je besoin de rappeler en effet cette remarque désespérante de Ricord, dont voici les termes exacts : « Après avoir essayé de tout faire en pure perte, le mieux est d'essayer de ne plus rien faire. »

Aussi en prévision d'un résultat aussi navrant, est-il précieux, dès qu'un phagédénisme se montre tant soit peu rebelle, de pouvoir ajouter aux médications déjà connues un remède nouveau, capable de seconder énergiquement l'effort thérapeutique.

Pour l'avoir expérimenté un bon nombre de fois, je me crois en droit de dire que l'iodure de potassium est ce remède.

Je n'en trouve cependant l'indication dans aucun des traités récents de vénéréologie.

Mon très distingué collègue, le D^r Balzer, dans sa « Thérapeutique des maladies vénériennes », le Professeur Finger dans son livre de la « Syphilis et des Maladies vénériennes » n'en parlent pas ; le D^r Berdal, dans son traité, d'ailleurs fort bien fait, « des Maladies vénériennes », n'en ouvre pas la bouche.

L'article plus ancien, mais extrêmement complet de M. le Prof. Fournier sur le « Phagédénisme », dans le dict. de méd. pratique, n'en porte aucune mention. Notre Maître n'ajoute que peu d'importance à l'action des remèdes internes et déclare que : « c'est une pure illusion de croire guérir ou enrayer même un phagédénisme aigu par l'administration du fer, des amers, du quinquina ou de l'arsenic ».

Un peu plus loin, il ajoute : « Ici, nul secours à attendre d'une médication interne ; tout réside dans les effets de la médication locale ».

L'iodure de potassium ne mérite pas cette exclusion. Nos observations nous permettent de l'affirmer.

Il est indiqué dans tous les cas de phagédénisme étendus et rebelles aux topiques habituellement employés.

A quelle dose doit-on l'administrer? 2 gr. par jour suffisent.

Pendant la cure, il est utile de conseiller au malade de ne boire que du lait aux repas, pour faciliter l'élimination de l'iodure et éviter ou au moins atténuer les inconvénients, que son ingestion comporte, tels que : coryza, larmolement, boutons d'acné, constriction des temps.

La durée du traitement est subordonnée à la rapidité d'action du médicament. Inutile de continuer celui-ci, quand la plaie a pris bon aspect et se couvre de bourgeons, franchement rouges, indices d'une guérison à courte échéance.

Nous avons encore aujourd'hui dans nos salles un malade, qui témoigne, sans nul doute, de l'efficacité du remède.

Ce malheureux a contracté à Madagascar une chancrèlle, qui, progressivement, a détruit complètement la verge. Il est entré à l'hôpital Cochin, non seulement ne conservant plus trace de son pénis, dont la racine était remplacée par une vaste plaie, recouverte en partie de lambeaux gangrenés, mais encore avec une destruction de la moitié antérieure de son scrotum.

Bien qu'irriguée matin et soir avec l'eau oxygénée et couverte ensuite de poudre d'iodoforme, cette vaste ulcération ne se modifiait que lentement. Mais dès que le malade a pris 2 grammes d'iodure de potassium par jour, très rapidement la surface a changé d'aspect. Les parties sphacélées se sont détachées, l'aspect grisâtre de la surface a disparu et aujourd'hui la plaie est recouverte partout de beaux bourgeons charnus, qui présagent une cicatrisation prochaine.

En présence des heureux effets de l'iodure, nous avons élevé la dose à 3 grammes par jour. Mais le patient n'a pu supporter cette augmentation. Je répète d'ailleurs que 2 grammes semblent suffire dans tous les cas.

Comment agit le remède? Est-ce affaire d'empirisme ou

peut-on aujourd'hui donner l'explication de ses heureux effets ?

Les recherches des bactériologistes ont établi que, dans le phagédénisme, on trouve des microbes divers, dont quelques-uns possèdent une virulence extrême. On y a rencontré principalement le streptocoque, un microbe très voisin du bacille de Ducrey et l'association fusospirillaire.

Nous savons d'autre part, depuis les remarquables travaux de MM. Marcel et Henri Labbé, de M. Lortat Jacob, que l'iode a tendance à se localiser dans les ganglions lymphatiques et la rate beaucoup plus que dans le foie.

Il résulte de cette affinité spéciale une forte réaction lymphocytaire, dont le résultat est de déverser en abondance dans les tissus, par la diapédèse, les leucocytes mononucléés du sang; c'est-à-dire les macrophages.

Les expériences de M. le D^r Lortat Jacob nous ont encore appris que ces leucocytes absorbent les solutions iodo-iodurées. En pratiquant à différents animaux des injections sous-cutanées ou péritonéales avec une solution d'iode ou la liqueur de Gram, solution iodo-iodurée, ce jeune savant a pu constater que l'iode pénètre dans le protoplasma de certains leucocytes, des mononucléaires en particulier, sous forme d'un croissant périphérique.

Les réactions histo-chimiques démontrent que ce croissant est bien dû à la présence de l'iode. Si l'on met en effet en contact avec le protoplasma de ces leucocytes une solution de sublimé à saturation, on obtient un précipité rouge brillant ou rouge brun caractéristique, suivant que le leucocyte contient de l'iode seul ou une solution iodo-iodurée.

Or n'est-il pas admis, depuis la découverte sensationnelle de Metchnikoff sur la phagocytose, que les macrophages possèdent la propriété d'absorber et de digérer, en outre des cellules de déchet, les microbes nuisibles à l'organisme ? Ils semblent également être la source des anticorps et en particulier des antitoxines.

Il est donc naturel que leur multiplication favorise ce travail destructeur des agents microbiens et enrayent leurs effets nocifs.

On ne doit pas négliger non plus l'action de l'iodure de potassium, absorbé par les leucocytes macrophages. La plupart des thérapeutes pensent en effet que ce médicament favorise la résorption des produits morbides et accélère directement leur désassimilation, sans compter qu'il exerce aussi probablement une action antitoxique. C'est ainsi qu'on explique son action favorable dans l'artério-sclérose, dont la plupart des accidents relèveraient de phénomènes toxiques, résultant de l'insuffisance des émonctoires.

Toutes ces considérations légitiment donc l'emploi de l'iodure de potassium dans le phagédénisme et en expliquent le succès.

J'ajoute qu'un topique, dont l'usage n'est peut-être pas encore suffisamment répandu, en seconde très heureusement l'action. Ce topique, c'est l'eau oxygénée à 12 volumes, mélangée de 3 ou 4 fois son poids d'eau, suivant l'impressionnabilité des tissus à ses effets mordants.

L'eau oxygénée, peut aussi simplement servir à déterger la plaie. Je la préfère de beaucoup aux solutions de permanganate de potasse, que l'on emploie dans le même but. Sur ces solutions, elle a le double avantage d'être plus active et de ne tacher ni les parties ulcérées, ni les doigts de l'opérateur.

Quand le lavage est achevé, on assèche avec soin les surfaces avec un tampon de coton hydrophyle et l'on saupoudre d'iodoforme.

Ce remède est sans contredit le roi des topiques. Des multiples substances, prônées contre la chancrelle, aucune ne peut lui être comparée. Il est regrettable que son odeur soit si pénétrante et trahisse sa présence. Bien que rarement, il provoque aussi chez quelques malades une irritation de voisinage, qui en commande la suspension. Dans les cas, en revanche, où son emploi ne supporte aucune contre-indication, il faut s'empressez d'y recourir.

Bref, le phagédénisme chancrelleux repose sur le trépied thérapeutique suivant : à l'extérieur, eau oxygénée étendue et poudre d'iodoforme, renouvelées, matin et soir ; à l'intérieur, iodure de potassium.

Je n'ai pas l'outrecuidance de prétendre que ces moyens guérissent infailliblement tous les phagédénismes. On en rencontre malheureusement quelques-uns que le changement d'air et de milieu, que le temps enfin parviennent seuls à enlever, après des mutilations plus ou moins effroyables. Mais ces cas sont bien rares et la médication que nous venons d'indiquer, est celle qui, sans conteste, fournit les meilleurs résultats.

Diagnostic précoce de la tuberculose par la méthode de la déviation du complément

M. *Marmorek* décrit un nouveau procédé destiné à déceler la tuberculose dès ses débuts, en fournissant en même temps des indications précises sur l'activité du bacille de Koch et sur l'intensité de l'intoxication bacillaire (différente, selon la conception de M. Marmorek, de la tuberculine) dans le sang et dans les urines des malades. La présence de cette toxine est révélée au moyen de la méthode de la déviation du complément; l'anticorps nécessaire est représenté par le sérum antituberculeux, l'indice colorant par un système hémolytique (lapin, sang de mouton); l'antigène est fourni par le sérum du malade étudié. La réaction est positive ou négative, suivant que ce sérum contient ou ne contient pas d'antigène, c'est-à-dire de toxine.

Pour faire la réaction, il suffit de trois ou quatre gouttes de sang ou d'urine. La présence de la toxine tuberculeuse empêche l'action hémolytique, totalement ou partiellement, selon la quantité de toxine contenue dans le sang ou dans les urines.

Sur 600 personnes examinées par M. Marmorek, la réaction a été conforme au diagnostic clinique dans 95 p. 100 des cas. Cette réaction diffère de toutes celles fournies par la tu-

berculine, d'abord par son innocuité absolue, puisqu'elle se fait en dehors de l'organisme malade, ensuite par l'indication qu'elle donne sur la présence, non pas du bacille, mais d'un processeus tuberculeux en activité.

Le principe de la méthode, préconisée par M. Marmorek est, selon lui, applicable à d'autres maladies infectieuses dont l'antitoxine est connue.

La réanimation du cœur

Par M. le Docteur P. Mocquot

La réanimation du cœur après arrêt de cet organe est une des conquêtes récentes de la chirurgie expérimentale. P. Mocquot vient de consacrer à ce sujet un article dont nous résumerons les conclusions :

Les méthodes de réanimation du cœur sont nombreuses : pour en obtenir le succès désiré, il faut toujours procéder avec méthode et ne pas utiliser ces méthodes au hasard ; il faut, de plus, assurer en même temps le maintien de la température centrale et la ventilation pulmonaire.

Les *compressions rythmiques du cœur* paraissent la méthode la plus efficace pour rappeler les battements du cœur complètement arrêté. Si le cœur n'est pas déjà accessible par un brèche thoracique, le massage sera pratiqué par voie abdomino-sous-diaphragmatique. Dans la syncope chloroformique, le massage présente de grandes chances de succès quand il est pratiqué moins de 15 minutes après l'arrêt du cœur et qu'il n'a pas été nécessaire de faire un nouveau traumatisme opératoire ; il réussit mieux contre la syncope tardive toxique que contre l'initiale.

Les *injections intravasculaires d'adrénaline*, employées seules ou associées au massage, sont un précieux excitant de la contraction cardiaque ; celles de *sérum* augmentent la pression artérielle, diluent le sang et sont indiquées dans les syncopes toxiques.

Les injections intra-artérielles faites dans le but d'irriguer le myocarde rendent des services chez l'animal quand elles sont précoces ; on ne sait rien de leur valeur chez l'homme.

Les injections intraveineuses, utiles adjuvants du massage, ne peuvent, à elles seules ranimer les battements du cœur complètement arrêtés.

Les injections intracardiaques semblent efficaces quand le cœur s'arrête parce que le sang cesse d'arriver dans ses cavités.

Dans la syncope chloroformique, il faudra tout d'abord pratiquer la *respiration artificielle* (méthode de Sylvester) ; s'il s'agit de la syncope blanche initiale, aussitôt que possible on fera l'insufflation pulmonaire directe par tubage du larynx et le massage du cœur. En cas de syncope tardive, si on a un accès facile sur le cœur (abdomen ou thorax ouvert), on fera très rapidement l'insufflation directe et le massage du cœur, dès que, au bout de quelques minutes, les moyens employés ne donnent pas de résultats ; on pourra utilement y ajouter les injections intraveineuses de sérum et d'adrénaline.

Si le cœur n'est pas facilement accessible, pour éviter un nouveau traumatisme opératoire, causé ordinairement d'insuccès, mieux vaut recourir, en cas d'échec des méthodes simples, à la *méthode de Crile* (insufflation directe, injection intraveineuse de sérum et d'adrénaline, bandage serré des membres et de l'abdomen, massage énergique de la région précordiale), ou à la *méthode de Spina* (injection intraartérielle, à contre-courant, de sérum de Locke, de préférence au sérum artificiel), en ayant soin de faire cette injection dans une artère facile à découvrir (branche de la carotide ou de la sous-clavière droite).

Dans les asphyxies, on aura recours au massage combiné à l'insufflation pulmonaire et aux injections intraveineuses de sérum et d'adrénaline.

Dans les traumatismes du cœur, le moyen le plus efficace de ranimer le cœur consiste en injections intracardiaques de sérum combinées au massage.

Les Maladies angiectasiques

Par le Docteur Arthur LÉCLERCQ

Le professeur Hutinel a publié dernièrement des observations de fièvre scarlatine chez les enfants où le syndrome d'insuffisance surrénale (hypotension, pouls rapide, douleurs abdominales, raie blanche de Sergent) disparaissait avec l'administration journalière de 8 à 16 gouttes d'adrénaline au 1/1000°.

Nous avons pu nous-même observer dans une famille la coïncidence de cette maladie avec l'apparition des phénomènes surrénaux et rénaux.

Mlle T., dix-huit ans, contracte la scarlatine. Température, 41 degrés le soir (axillaire); délire; angine pultacée intense; adénite sous-maxillaire.

Peu de temps après, la mère (quarante-cinq ans) contracte une angine avec phénomènes graves, pouls rapide (140), hypotension extrême (13 à 14), facies brun olivâtre, mauresque, mais sans éruption scarlatineuse.

Quelques jours après, la grand'mère (soixante-dix-huit ans) contracte à son tour une angine rouge, mais sans aucune réaction appréciable, sans éruption, sans autre symptôme subjectif qu'un abattement extrême.

L'examen bactériologique des sécrétions de la gorge fut fait chez la mère et révéla des micrococci et autres bacilles innominés.

Or, si l'on compare entre eux ces trois cas, on remarque que, étiologiquement, la maladie est la même, mais qu'au point de vue symptomatique elle diffère par l'apparition de l'exanthème chez la jeune fille, lequel fait défaut dans les deux autres cas. D'où nous pouvons tirer cette première conclusion clinique que, si l'éruption peut caractériser la scarlatine, celle-ci peut néanmoins exister sans elle, et que nom-

bre d'angines (*sine nomine*) ont une origine scarlatiniforme et peuvent donner lieu aux complications habituelles de la maladie.

De cela, nous avons un exemple frappant dans la similitude des complications qui ont frappé tour à tour ces trois malades ainsi que nous allons le voir :

La mère, avons-nous dit, a présenté du syndrome addisonien ; l'hypotension extrême, la fréquence du pouls, le teint moricaud, mais surtout l'asthénie générale qui lui faisait répéter à chaque instant : « Comme je suis faible ! ». D'albumine, point.

La grand'mère, malgré son léger mal de gorge, a présenté, outre une fatigue extrême, une invasion brusque d'accidents urémiques à forme gastro-intestinale (vomissements, diarrhée, soif excessive, albumine 2 gr. 50).

La jeune fille, à son tour, n'offrit pas de défervescence jusqu'au vingt et unième jour, date à laquelle la température s'établissait environ à 38 degrés. A titre de complications : douleurs rhumatismales qui ne s'atténuaient pas sensiblement par la médication salicylée. Le vingt-troisième jour, tout à coup, la malade fut prise nuitamment de vomissement porracés abondants, de douleurs abdominales vives, mais paraissant siéger, à la palpation, plus particulièrement sur les flancs de l'abdomen. Faciès grippé. Pouls tachycardique (160).

En même temps deux phénomènes insolites apparurent : le premier, la disparition brusque instantanée des douleurs rhumatismales ; le deuxième, la chute totale de la température. Le D^r Rénon, appelé en consultation, fit le diagnostic de péritonisme, d'ordre métastatique, et, tout en réservant notre pronostic, nous décidâmes de faire des injections d'électrargol.

Cet état inquiétant subsista encore vingt-quatre heures, sans fièvre ni douleur ; puis, subitement, par un phénomène rétrograde de métastase, douleur et température réapparurent pendant qu'à son tour le péritonisme se réduisait à néant.

Craignant un retour offensif des phénomènes métastatiques, je me bornai dès lors à surveiller la malade par l'ex-

pectation armée facile à comprendre en pareil cas, mais en administrant les cardiotoniques (huile camphrée, caféine, etc.).

L'amélioration suivit son cours, et malgré son albuminurie assez légère (50 centigrammes) qui apparut pendant les derniers jours (du vingt-cinquième au trente-troisième jour de la maladie), la convalescence s'établit enfin chez la malade comme chez ses parents, c'est-à-dire sans être entrecoupée par de nouveaux incidents.

Or, en présence de ces phénomènes cliniques de péritonisme d'ordre métastatique où le qualificatif nous paraît aussi confus que l'idée, n'y aurait-il pas lieu d'admettre, dans les cas surtout de la fille et de sa mère, une *atteinte des capsules surrénales*?

L'intensité des phénomènes locaux chez l'une, généraux chez les autres, ne nous autorise-t-elle pas à penser que les surrénales sont aussi facilement envahies que le rein a pu l'être au cours de l'infection? La localisation même de la douleur abdominale chez Mlle T. n'est-elle pas à elle seule dénonciatrice d'une *surrénalite infectieuse aiguë*? Le péritonisme lui-même n'est-il pas, dans le même ordre d'idées, des formes péritonéales de la métrite, de l'ovaro-salpingite, de l'appendicite, etc.?

Et si l'on remarque, d'autre part, que l'infection est restée muette chez la mère et la grand'mère et n'a produit dans les deux cas que des symptômes généraux, en l'absence de toute éruption; qu'au contraire les phénomènes locaux surrénaux, vasculaires, ont été chez la jeune fille proportionnels à l'intensité des phénomènes généraux et éruptifs, n'est-on pas amené à cette conclusion pathogénique générale que *les fièvres éruptives, la scarlatine en tête, sont des maladies angiectasiques relevant des modifications du tonus vasculaire, résultant lui-même de l'infection secondaire des capsules surrénales*?

Quoi d'impossible encore à admettre, avec le D^r Moizard, que les cas de mort subite qui surviennent dans la scarlatine du quatrième au sixième jour sont dus moins à une myocardite, moins à une imprégnation du nerf vague qu'à

une déficience brusque du tonus vasculaire ou à une toxémie résultant de l'inondation de toxines hypotensives due elle-même à une insuffisance passagère des capsules surrénales ?

En un mot, il est peut-être temps, aussi bien pour la juste compréhension de ces maladies que pour la mise au point de leur pronostic et de leur traitement, de supprimer les expressions de scarlatine, rougeole, etc., qui ne sont que des termes de façade et n'impliquent aucune notion pathogénique, ou de ne les maintenir dans le vocabulaire médical que pour mieux nous aider, grâce à leur physionomie extérieure, à mieux remonter à leur vrai point d'origine ?

Nous avons vu dans les exemples que nous avons cités que le terme de scarlatine est en défaut dans les deux cas où l'*angina simplex* a pu produire des complications rénales et surrénales, en dehors de toute éruption.

D'autre part, il ne nous paraît pas plus clinique de consacrer l'appellation de la maladie par le *nom générique* des microbes de l'angine, vu que dans la scarlatine, en particulier, il peut exister des microbes différents, des micrococci à côté des streptococci ; que ceux-ci ne nous paraissent pas, d'après les exemples cités, spécifiques de la maladie ; qu'enfin il n'est pas impossible que des microbes différents, de la même espèce généalogique, puissent donner lieu aux complications *surrénales et exanthémateuses*.

A ces dénominations encore n'est-il pas plus rationnel de substituer l'expression plus générique et moins fallacieuse de *maladies angiectasiques*.

Ainsi dénommées, ces maladies nous apparaîtraient en dernier ressort comme relevant principalement d'une infection surrénale, dont le premier effet serait une éruption d'ordre vaso-dilatateur, laquelle varierait soit avec la nature de l'agent microbien, soit avec l'intensité de la maladie, soit surtout avec l'âge et le terrain sur lequel elle évolue.

Sur ce dernier point, on sera d'accord pour admettre que c'est dans l'âge où le système vaso-moteur offre le plus de « malléabilité », c'est-à-dire de six à quinze ans, que la maladie évolue le plus souvent. Il sera aussi aisé d'admettre

que la scarlatine contractée après dix-huit ans indique toujours la persistance d'un certain degré d'infantilisme vasculaire.

Enfin, si nous isolons du syndrome surrénalien, d'une part, la tachycardie, d'autre part, la *croissance* non douteuse qui s'est produite à la suite de la maladie de la jeune fille, ne peut-on pas admettre la généralisation du processus infectieux des surrénales à la thyroïde dans sa complicité avec le système vago-sympathique, à l'hypophyse même ?

De ceci, nous avons un exemple analogue dans la thyroïdite rhumatismale, signalée par le D^r Vincent, dans les variations de pression artérielle de la dothiéntéric, dans l'accroissement (d'ordre infectieux) des sujets pendant la convalescence de cette dernière affection.

Ne pourrait-on pas enfin, plutôt que de localiser les complications infectieuses dans le myocarde, dans le système vago-sympathique, avoir toujours présent à l'esprit le consensus morbide des glandes vasculaires sanguines au cours des grandes infections dont la scarlatine nous offre l'exemple le plus net ?

Il faut faire des hypothèses, c'est un puissant moyen de progresser; l'absence d'hypothèse est un aveu d'impuissance ou d'indifférence. Il ne faut jamais s'imaginer qu'on a terrassé le sphinx, mais il ne faut jamais s'avouer vaincu devant lui.

Concevoir, penser, inventer, c'est choisir entre plusieurs hypothèses possibles; celle que l'on croit la mieux faite pour conduire à une vérité nouvelle.

De l'eau chaude en gynécologie

Par M. le Professeur RECLUS

(Suite et Fin)

Il était nécessaire de vous indiquer le résultat que l'on peut obtenir par ce traitement, car il est long, parfois douloureux, toujours ennuyeux et pour le suivre avec la rigueur nécessaire, il faut avoir l'es-pérance sérieuse d'une guérison sans mutilation. Je vais entrer dans quelques détails, car la méthode ne vaut que par la précision avec laquelle on l'exécute.

Comme Emmet, comme tous ceux qui préconisaient l'emploi de l'eau chaude, j'ai d'abord recouru aux seules injections vaginales; elles étaient très chaudes et très abondantes, puisque déjà je prescrivais une véritable irrigation continue, à telle enseigne qu'il y a plus de vingt ans, j'avais imaginé un appareil, probablement « découvert » avant et après moi, une sorte d'obturateur à deux tubulures munies chacune d'un tube en caoutchouc; l'un amenait dans le vagin l'eau contenue dans un réservoir plus ou moins élevé, tandis que l'autre écoulait cette eau du vagin dans un seau placé au bas du lit.

Donc injections très abondantes et très chaudes; un thermomètre à demeure dans le hock supérieur devait marquer une température de 52 à 55 degrés centigrades pour que l'eau qui baigne le vagin ait au moins 50 degrés. Vous voyez que j'étais loin pour les injections vaginales de la formule qui court partout : « deux litres à 45 degrés ». Et j'avais depuis longtemps, pour ma part, réalisé les douches « de Luxeuil ». Vous trouverez cette technique dans mes *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, qui datent de 1886-1887. Notre collègue M. Richelot nous dit que « parmi les chirurgiens des hôpitaux, les obstétriciens en renom, il n'en connaît pas qui aient ordonné plus de quatre litres. » Il y a plus de vingt ans que cet exemple lui était fourni.

« Grâce à cet appareil, si simple, les malades peuvent prendre au lit, sans fatigue, dans l'immobilité la plus complète et avec la plus grande facilité, des injections longtemps continuées ; il en est même qui s'endorment pendant la séance ». C'est ainsi que je m'exprimais alors. Mais déjà, depuis quinze années, j'ai abandonné ces injections vaginales abondantes, prolongées et à la température de 50 à 55 degrés centigrades pour un moyen autrement précieux, je veux parler de l'injection rectale, du simple lavement. Depuis quinze années, je conseille cette voie postérieure et je constate avec joie que j'ai conquis quelques adeptes.

Pas notre collègue Richelot pourtant, car il considère le lavement tout au plus comme un accessoire et « il ne sait pas pourquoi certains auteurs ont fait de ce dernier tant d'éloges, croyant agir plus directement et mieux sur l'utérus par cette voie délicate et peu maniable de l'intestin ». Certains auteurs, c'est moi, Messieurs, sans nulle vanité, et si j'ai abandonné la voie vaginale qui m'avait déjà donné de beaux succès, pour la raison que ne semble pas admettre notre collègue, c'est afin d'agir plus directement et mieux sur l'utérus.

En effet, l'injection vaginale — en dehors de sa valeur incontestable et de sa nécessité incontestée pour laver le vagin — me semble être l'application d'une simple erreur anatomique. « On a pensé, disais-je déjà avant 1894, que le meilleur moyen d'atteindre l'utérus malade est la voie vaginale. La chose est vraie pour le col, la partie la moins importante de l'organe, mais elle est inexacte pour le corps, les trompes, les ovaires et pour les vaisseaux qui les abordent ; on n'a qu'à faire le toucher rectal pour savoir quelle est la saillie de la matrice qui bombe dans l'ampoule : l'eau chaude que nous accumulons dans le rectum, par ce lavement, en baignera la face postérieure, les deux bords et le fond ». Elle agira même sur le petit bassin tout entier.

Et voilà pourquoi j'ai choisi ce que notre collègue nomme « la voie délicate et peu maniable de l'intestin ». Elle est, en effet, plus délicate et moins maniable que la voie vaginale, mais les résultats obtenus sont plus prompts et meilleurs. D'ailleurs, il ne faudrait pas s'exagérer les difficultés de la technique qui n'a rien d'exceptionnellement embarrassant.

Les séances auront lieu tous les matins et aussi tous les soirs et

même trois fois par jour dans les cas graves, surtout chez les « bons » malades, attentifs, soigneux et désireux de guérir. On s'est, au préalable, muni d'un bock ou d'un grand in ceteur que l'on remplit avec de l'eau dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 52 à 55 degrés centigrades. Il serait même bon de déterminer, par des essais successifs, quelle est la température de l'eau, non dans le récipient lui-même, mais lorsqu'elle arrive au bout du tuyau d'écoulement. Car, ne l'oubliez pas, c'est à 56 degrés, (122° F.) et au dessus que le lavement est vraiment efficace.

La malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon à ce qu'une médiocre quantité pénètre dans l'ampoule rectale et pour que l'intestin ne se révolte pas. Si des contractions trop énergiques surviennent ou si la patiente éprouvait une sensation de plénitude trop accentuée, on arrêterait l'écoulement, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. Dès que s'apaise la réaction intestinale, on recommence, toujours avec les plus grands ménagements, et l'on continue jusqu'à ce que la quantité d'eau introduite dans le rectum ne saurait être dépassée sans menace d'expulsion immédiate.

Pendant cette demi-heure, la malade reste dans son lit, immobile. La chaleur trop vive qu'elle ressentait au niveau de l'anus s'apaise dès que la canule est retirée. Mais la circulation sanguine s'accélère : les déchets inflammatoires qui encombrant les tissus sont emportés, les fibres musculaires des diverses tuniques du rectum se contractent, elles glissent sur le Douglas, tirent sur les adhérences qui peuvent y exister entre la séreuse et les organes utéro salpingo-ovariens. Un véritable massage s'organise. Et c'est sans doute un facteur puissant pour hâter la résolution des exsudats péritonéaux qui remplissent le petit bassin.

Au bout d'une demi-heure, la malade se lève, rend son lavement et avec lui la garde-robe quotidienne; la médication est terminée par une injection vaginale, évidemment avec de l'eau à la même température. On recommence ainsi chaque matin, parfois chaque soir, et même une troisième fois au milieu du jour, jusqu'à l'apparition des règles pendant lesquelles la suppression des lavements est de rigueur. Bien entendu, dans ces cas graves, la patiente restera couchée et maintiendra à demeure, sur les flancs et sur

l'hypogastre, un sac en caoutchouc rempli d'eau chaude. Le repos, la chaleur, intus et extra, le plus souvent, et le plus longtemps possible, voilà tout le secret de cette médication.

Messieurs, je tenais à marquer en quoi ma pratique diffère de celle de M. Richelot et à vous exposer une technique que je crois supérieure; mais, ces réserves faites, je dois vous dire la joie que j'éprouve de communier avec lui en notre foi ardente dans l'eau chaude. Elle est telle que je ne m'embarrasse guère dans l'énumération des cas où elle me paraît indiquée; comme je ne connais guère d'affection utéro-ovarienne, que ne complique un état congestif, je me hâte de prescrire l'eau chaude dans toutes ces affections et, si elle ne les guérit pas toutes, il n'en est guère qu'elle n'améliore.

Entéro-colite et Choléra des enfants

Débarrassez l'intestin par le calomel et un purgatif salin ou une dose d'huile de ricin. Prescrivez une diète convenable, digestible et non irritante. Faites des irrigations du rectum et du colon, à intervalles réguliers avec la solution saline ordinaire ou un antiseptique léger, employant un tube en caoutchouc mou.

A la place des opiacés, qui renferment les sécrétions et qui favorisent l'auto-intoxication, soulagez la rigidité musculaire et la douleur intolérable qui épuise les forces vitales, par l'usage de l'antiphlogiatine appliquée aussi chaude que possible sur tout l'abdomen et recouverte de coton absorbant et d'une bande. Si le patient n'est pas trop bas, vous aurez des effets étonnants. Le petit patient qui, jusque là, se débattait dans l'agonie et l'agitation avec un visage tiré, dans la plupart des cas deviendra tranquille; le masque de souffrances disparaîtra de la figure et un sommeil réparateur surviendra qui le mettra sur le chemin de la convalescence.

L'explication de ceci, pour une part, est facile. La chaleur et l'humidité combinées aux propriétés hygroscopiques

bien connues de l'antiphlogistine, calme les parties enflammées, faisant, par action réflexe, contracter les vaisseaux sanguins viscéraux et les décongestionnant. La tension des systèmes musculaires et nerveux est soulagée par l'action de l'antiphlogistine sur le plexus solaire, augmentant ainsi les effets locaux sur les intestins enflammés.

Etude expérimentale sur le métabolisme et la pathologie des effets tardifs du chloroforme

Ces recherches, poursuivies sur des chiens soumis à des anesthésies chloroformiques prolongées et qui, dans quelques cas, se terminèrent par la mort tardive de l'animal, viennent confirmer les résultats déjà bien connus sur la protéolyse intense provoquée par la chloroformisation. L'excrétion de tous les produits de dédoublement des albuminoïdes : urée, ammoniacque, composés sulfurés et phosphorés, est notablement augmentée ; mais, et c'est là un fait intéressant, les rapports entre les différents corps azotés restent normaux, prouve que, si l'autolyse est augmentée, elle n'est pas modifiée dans sa nature. Les troubles consécutifs, pouvant aller jusqu'à la mort, ne peuvent donc s'expliquer par une intoxication due, par exemple, à des acides aminés, et, si les auteurs arrivent à cette conclusion que les troubles observés doivent être attribués à la diminution du pouvoir antitoxique des viscères et du foie, ils n'en apportent pas la preuve chimique. L'examen histologique, les dégénérescences graisseuses observées soit dans le foie, soit dans le rein ou dans le muscle cardiaque, plaident évidemment en faveur d'une altération fonctionnelle de ces tissus, mais il est imprudent d'aller plus loin dans les conclusions.

Erythème polymorphe

Par M. le Docteur JEANSELME

Une jeune femme porte au cou, sur la joue, des papules rosées, très prurigineuses. Est-ce un simple urticaire ? Non, parce qu'il y a en même temps une éruption semblable sur les membres, avec des douleurs arthralgiques dans un genou, un coude et une épaule. Il s'agit d'un érythème polymorphe à type papulo-urticant. L'origine remonte à une angine que la malade a eue il y a trois mois. Depuis, il existe de l'infection chronique des fosses nasales.

Le traitement consistera essentiellement dans des lavages antiseptiques du pharynx avec une solution d'acide salicylique concentrée (1 gr. pour 30 gr. d'alcool, diluée dans beaucoup d'eau; aromatiser avec quelques gouttes d'essence de menthe), employée sous forme de gargarismes, matin et soir, et dans des lavages des fosses nasales au moyen du bock et d'une solution isotonique (eau salée); on peut faire passer un litre et demi de liquide dans chaque narine; de plus, mettre dans une narine, l'autre étant bouchée, un peu d'huile mentholée au quarantième. Abstention de café, thé; peu de viande, légumes, fruits cuits; lavages intestinaux. — Localement, poudrages à l'amidon.

Ni la tradition, ni l'invention ne sont des forces opposées ou contradictoires, anciens et nouveaux ne doivent pas être mis en opposition, mais au contraire unis par une perpétuelle alliance.

L'hémispasme facial et le tic de la face

Par M. le Docteur BABINSKI

L'hémispasme facial est dû à une lésion irritative du nerf facial ; le tic facial est un phénomène psychique.

Dans l'hémispasme facial, les accidents sont directement limités à une moitié de la face, ce qui n'arrive pas pour le tic facial, où les contractions peuvent envahir le côté opposé. De plus, dans le tic, la contraction est générale, tandis que dans l'hémispasme elle est partielle, fibrillaire. Le tic disparaît pendant le sommeil, l'hémispasme persiste. De plus, dans l'hémispasme on observe ce qu'on appelle la contraction paradoxale : si l'œil du côté atteint se ferme, le sourcil se soulève. Ce dernier signe est très manifeste chez un malade que présente M. Babinski.

Ajoutons que dans le spasme, la pointe du nez se porte aisément du côté malade, qu'une fossette mentonnière se dessine, que l'excitabilité électrique est augmentée du côté malade. Pareil accident ne peut être lié qu'à une lésion du nerf facial sur son trajet périphérique ou près du noyau.

Ce qu'il importe au praticien de connaître, c'est le traitement. On a préconisé les injections d'alcool dans la gaine du nerf. C'est horriblement douloureux. M. Babinski préfère l'emploi de courants continus à grande intensité. Leur usage prolongé peut amener des guérisons complètes.

Une jeune fille, atteinte d'un tic de la face, est montrée ensuite. Cette jeune fille peut réprimer son tic quelques minutes, ce qui n'est jamais possible dans l'hémispasme ; de plus elle a des idées fixes, bizarres, saugrenues. A un moment donné, elle a présenté des phénomènes de coprolalie, jetant un vocabulaire ordurier à la tête des gens. Tout cela ne rentre pas dans la formule de l'hémispasme. A remar-

quer que l'hypnotisme guérit ces tics très difficilement. On peut les amender par la persuasion, la rééducation des mouvements. Mais ces sujets ne sont pas des hystériques, et comme tels portent des troubles morbides en général plus tenaces.

Comme détail curieux à ajouter, signalons l'apparition à 18 ans, chez cette jeune fille, d'une kératite syphilitique, bientôt suivie de signes de tabès avec douleurs fulgurantes, abolition des réflexes rotuliens, immobilité des pupilles à la lumière. Dans l'enfance cette fille était restée bien portante ; à peine montrait-elle quelques déformations dentaires (dents d'Hutchinson). Cette fille a un père tabétique ; elle présente un curieux exemple d'hérédosyphilis tardive, dont les premiers signes ont paru à dix-huit ans. Un traitement mercuriel intensif (injections de calomel à 0,05 tous les 8 jours) a guéri le père et la fille. Il ne persiste chez les deux que l'absence des réflexes et le signe d'Argyll, sans douleurs quelconques et sans troubles de la marche. L'efficacité du traitement mercuriel dans le tabès ne laisse aucun doute quand la médication est ordonnée à doses assez hautes et suffisamment prolongée.

Lorsque l'on remonte à l'origine de bien des doctrines, de bien des faits et des inventions, d'hier on voit rapidement qu'un chercheur oublié ou méconnu avait vu, écrit et prédit toutes ces choses.

Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire

Par M. le Docteur VILLEMEN

Le corps jaune de l'ovaire est une glande à sécrétion interne qui se constitue aux dépens du follicule de Graaf, après la ponte ovarique. Il existe chez la femme et chez tous les mammifères.

M. Villemén montre que, chez la femme, la rupture du follicule et la ponte ovulaire ont lieu 12 à 14 jours avant la menstruation. Le corps jaune commence à se former aussitôt après la ponte ; il augmente assez rapidement de volume et atteint son plein développement (période d'état) au moment où commence l'écoulement sanguin. Cette période d'état dure quelques jours, puis le corps jaune régresse et disparaît.

Le corps jaune, chez la femme, possède, à la période d'état, à peu près la forme d'une sphère et mesure environ 2 centimètres de diamètre. Il sécrète pendant cette période et pendant sa période de formation, des principes qui passent directement dans le sang. L'étude physiologique des extraits de corps jaune montre que ces principes sont toxiques et vasodilatateurs. La destruction du corps jaune empêche la menstruation de se produire.

Chez les animaux, l'existence de cet organe coïncide avec le rut ; sa suppression ou son non-développement entraînent une atrophie considérable du tractus génital.

Tels sont les principaux faits qui amènent M. Villemén à conclure que le corps jaune tient sous sa dépendance la physiologie génitale de la femme et des femelles de mammifères.

De son dernier chapitre, particulièrement intéressant au point de vue médical, M. Villemin tire les conclusions suivantes :

« L'apparition du corps jaune dans l'organisme explique l'établissement de la puberté et de la première menstruation. Son insuffisance ou son hyper-activité à ce moment expliquent les troubles qui surviennent du côté de la menstruation (irrégularité des règles, aménorrhée, dysménorrhée, hémorragies). Qu'il apparaisse d'une façon normale, qu'il soit insuffisant ou hyperactif, sa présence dans l'organisme explique également les troubles généraux d'ordre congestif et d'ordre toxique de cette période, parce qu'il sécrète un principe vasodilatateur et toxique.

« Au cours de la vie génitale, sa formation périodique rend compte de tous les symptômes qui se manifestent à chaque période menstruelle, aussi bien chez une femme malade que chez une femme normale. Son action sur l'utérus est empêchée au cours d'aménorrhées accidentelles produites par un spasme de cet organe. Dans ce cas, les principes que le corps jaune sécrète restent dans l'organisme, ne peuvent s'éliminer, et leur présence nous explique les accidents, parfois très graves, consécutifs à l'aménorrhée accidentelle.

« Après la grossesse et pendant l'allaitement, la régression de l'utérus, parfois très accentuée et l'absence des règles sont dues à la non-formation du corps jaune (superinvolution).

« Au cours de maladies générales (tuberculose, fièvre typhoïde), la destruction des follicules, et par conséquent la disparition du corps jaune, nous expliquent la disparition des règles et la régression du tractus génital.

« Les symptômes qu'on observe au cours de la ménopause naturelle ou opératoire sont dus à la disparition plus ou moins rapide du corps jaune. »

L'Opium en Chine

A ceux qui croient encore à la sincérité du gouvernement chinois dans la lutte qu'il a engagée contre l'opium, nous nous permettons de recommander l'information suivante publiée par le *North China Herald* :

« Le ministre de Grande-Bretagne à Pékin, dit ce journal, a envoyé au gouvernement chinois une dépêche dans laquelle il se plaint de la lenteur avec laquelle la suppression de l'opium s'effectue dans les diverses provinces. Il déclare que d'après les rapports des consuls anglais des divers ports a traité, la consommation de l'opium, au lieu de diminuer, a augmenté dans ces derniers temps. Ce fait, dit-il, est évidemment dû à la mollesse avec laquelle les règlements sur l'opium sont appliqués par les autorités provinciales. Il ajoute que, si la Chine ne peut abolir le commerce de l'opium dans un délai de dix ans, le gouvernement chinois sera invité à payer une indemnité au gouvernement des Indes pour les pertes subies par celui-ci du fait de la réduction de l'exportation de l'opium des Indes en Chine. Le ministre britannique fait remarquer, en outre, que les relations entre la Chine et la Grande-Bretagne s'en trouveront naturellement altérées.

« La dépêche du ministère britannique a été présentée à l'impératrice douairière par le Grand Conseil. Après avoir pris connaissance de la dépêche, l'impératrice a immédiatement fait venir les commissaires impériaux pour la prohibition de l'opium et les a sévèrement réprimandés en leur demandant des explications. Après l'audience, les commissaires ont tenu avec les membres du Grand Conseil une grande réunion au cours de laquelle il a été décidé que la

culture du pavot serait interdite en Chine d'ici à la fin de l'année prochaine. Il a été décidé également qu'une députation serait envoyée dans les diverses provinces pour faire des recherches personnelles sur la suppression de l'opium. »

Le gouvernement anglais a fini, comme on le voit, par percer à jour le plan ingénieux imaginé par la Chine pour se débarrasser de l'opium étranger et lui substituer dans la consommation l'opium indigène. Il y a mis le temps. Mais mieux vaut peut-être qu'il en soit ainsi et qu'il ait attendu les résultats de l'expérience pour montrer qu'il n'entendait plus être dupe du *bluff* chinois et que la comédie avait assez duré. On ne l'accusera pas du moins de parti pris et de mauvaise volonté. La Cour de Pékin paraît cependant vouloir s'obstiner dans cette comédie et les mesures nouvelles qu'on annonce comme ayant été prises par le Grand Conseil, en ce qui concerne notamment la suppression de la culture du pavot d'ici à la fin de l'année prochaine, n'ont évidemment d'autre but que de prolonger l'équivoque destinée à tromper l'opinion européenne en spéculant sur ses sentiments humanitaires. Mais, venant à la suite de la démarche comminatoire de l'Angleterre, ce déploiement de zèle est trop peu spontané pour faire illusion à qui que ce soit. Il est bien évident que la culture du pavot ne sera pas plus supprimée que n'a été enrayée la consommation de l'opium. Est-ce un bien, est-ce un mal ? C'est ce que nous n'entendons pas rechercher ici. La conclusion à tirer pour nous de l'incident, qui met une fois de plus en lumière la mauvaise foi ingénue du gouvernement chinois en cette affaire, c'est qu'il ne saurait plus être question d'interdire l'usage de l'opium en Indo-Chine; et que le danger qui pendant un temps avait, de ce chef, menacé les finances indo-chinoises peut être considéré aujourd'hui comme définitivement conjuré.

Pour devenir maître d'un sujet, il faut passer par une succession d'étude de la partie la plus simple aux vues d'ensemble les plus compliqués.

Nouvelles Scientifiques



Quatre médecins Canadiens sont inscrits pour le Congrès International de médecine qui aura lieu à Budapest du 20 août au 4 septembre : M. le D^r H. Ethier qui revient d'une mission officielle pour l'œuvre de la tuberculose humaine de Paris ; M. le D^r Daudelin de Worcester spécialiste pour les maladies des yeux et oreilles fera une communication concernant sa spécialité ; M. le D^r Labrecque de Québec va terminer à Vienne des études sur les maladies des yeux et oreilles ; M. le D^r Le Cavalier de Montréal fera une communication sur la *Thérapeutique Eclectique* et présentera un volume de plus de 500 pages.

L'Académie nationale de Mexico met au concours, pour 1911, le sujet suivant :

1° Un prix de 20.000 pesos (environ 20.000) à qui découvrira l'agent spécifique du typhus exanthématique. Le prix pourra être partagé.

2° Un prix de la même valeur à qui découvrira un sérum curatif du typhus exanthématique ou le mode de transmission de cette maladie.

3° Un prix de 10.000 pesos à partager entre ceux qui auront aidé le plus efficacement dans leurs travaux les lauréats des prix précédents.

Ce concours, ouvert aux chercheurs de toutes les nationalités, sera clos le 30 avril 1911, date à laquelle les manuscrits ne seront plus reçus.

D'après le rapport du consul américain au Japon, le gouvernement a décidé d'établir un monopole d'Etat pour les

médicaments. Un projet de loi sera soumis, en effet, au Parlement, dans la prochain session. Il se base sur la mauvaise qualité des médicaments vendus jusqu'ici au Japon.

Le gouvernement chinois a défendu, à partir du 1^{er} Janvier dernier, l'importation et la préparation de la morphine et des seringues à morphine.

Cette importation n'est autorisée que s'il est certifié, par des médecins et pharmaciens étrangers, que ces produits sont exclusivement destinés à l'usage thérapeutique. Par suite, elle devra se faire sous un contrôle rigoureux des consuls. Cette importation est soumise à un impôt de 5 pour 100 de sa valeur.

Il s'est constitué à Athènes, sous la direction de M. Constantin Contos, professeur de littérature grecque à l'Université une Commission ayant pour but la publication de tous les *Ouvrages des anciens médecins grecs*, de ceux qui ont déjà été édités aussi bien que des œuvres jusqu'à présent inédites.

Maladies du Cerveau
EPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les
SIROPS HENRY MURE

1^o Au Bromure de Potassium. } 3^o Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
 2^o Au Bromure de Sodium. } 4^o Au Bromure de Strontium (excepté de baryte).

Rigoureusement dosés : 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorses d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE. A. GAZAGNE, 1^{er} de 1^{re} classe, genre et avec, Pont Saint-Esprit (Gard).