

LA CLINIQUE

IIe ANNÉE

DÉCEMBRE 1895

No 5

Travaux Originaux.

A PROPOS DU CANCER DE LA LÈVRE *

Par M. le docteur SHEPHERD, chirurgien du *Montreal General Hospital*.

Monsieur le Président, Messieurs,

Je veux faire ici quelques remarques cliniques sur le cancer. Je crains qu'elles ne paraissent bien peu importantes, venant après les savantes dissertations du docteur Adami et du docteur Martin. Je n'aborderai point la question histologique qui n'est pas mon fait. Tout en restant sur le terrain de la clinique, je dirai que je me rattache à l'opinion du docteur Adami, et que, pour moi, le cancer est tout d'abord au début une affection locale. Il résulte toujours d'une irritation des tissus. Souvent cette irritation peut remonter à un très longtemps. Il y a inflammation, puis les cellules sont restées dans un état d'irritation latente jusqu'au moment où débute leur évolution cancéreuse.

C'est ce que nous voyons dans l'épithélioma de la lèvre, par exemple, qui n'arrive presque jamais chez la femme qui prend soin de ses lèvres et qui n'a aucune cause d'irritation en cet endroit. Voyez, au contraire, combien il est fréquent chez l'homme et particulièrement chez les fumeurs; chez ceux qui, pour une cause professionnelle, ont souvent les lèvres gercées. Toujours il résulte d'une irritation de la lèvre d'une gercure. A l'encontre, voyez le cancer du sein, presque exclusivement réservé à la femme, chez laquelle cette glande est si active et si souvent soumise à des irritations de toute nature. Il est, au contraire, presque inconnu chez l'homme.

Mais si le cancer résulte de l'irritation, l'irritation ne le produit pas toujours. Il faut une prédisposition spéciale. Prédisposition bien marquée par l'apparition du cancer, par exemple, chez les divers membres d'une même famille. Combien de personnes subissent pendant des années des irritations des lèvres sans jamais avoir d'épithélioma. D'autres, au

(*) Lu devant la *Montreal Medico Chirurgical Society*.

contraire, le volent apparaître pour la moindre cause. Il y a donc la prédisposition évidente. Si donc le cancer est au début une affection locale, il est permis d'espérer une guérison radicale par l'ablation. C'est là mon opinion. A condition toutefois que l'on se hâte d'opérer dès le début et qu'on n'attende pas, comme autrefois, que les ganglions soient pris pour porter le diagnostic de cancer et se décider à enlever la tumeur. Car alors on peut être sûr ou à peu près de la récidive. Et si la récidive se produit le plus souvent sur place, elle peut bien se manifester dans un endroit éloigné. Il est donc important de poser de bonne heure un diagnostic chirurgical.

On peut surtout confondre l'ulcération cancéreuse avec une lésion tuberculeuse, ou la manifestation primaire de la syphilis. Or, dans la syphilis, l'engorgement est contemporain de l'ulcération, tandis que l'épithélioma existe longtemps avant que les ganglions voisins soient pris. C'est surtout à la langue qu'on peut confondre l'ulcère tuberculeux et le cancer. Malgré les règles établies, ces cas présentent quelquefois de telles difficultés qu'un diagnostic certain est impossible et que l'on reste dans le doute. Quelle conduite devons-nous tenir en pareil cas ? On a conseillé d'enlever une parcelle de la surface ulcérée et de l'envoyer au laboratoire. Vous venez d'entendre que même sous le microscope, le diagnostic est souvent difficile. Et d'ailleurs, au début, il est aussi facile, aussi simple d'enlever complètement la lésion que d'en prendre une parcelle et de la porter au laboratoire. L'opération n'offre en outre aucun désavantage, étant donné que nous avons tous assez et même trop de lèvres inférieures, qui est le siège habituel de l'épithélioma.

Nous savons tous comment évolue cette lésion. Il se produit à la lèvre une petite érosion qui se couvre d'une croûte. Cette pellicule tombe et laisse la surface guérie en apparence. Mais bientôt survient une nouvelle croûte qui évolue comme la précédente, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'érosion ne guérisse plus et fasse place à une ulcération à bords légèrement indurés.

Eh bien, étant donné un homme de plus de quarante ans, en face d'une ulcération de la lèvre qui ne guérit pas rapidement et régit fièrement, ma pratique a été de procéder de suite à l'excision.

Cette opération est simple, facile et donne des résultats constants. Il n'en est plus ainsi lorsque le malade, vient nous consulter alors seulement que les ganglions sous maxillaires sont engorgés. Je me conduis dans ces cas comme dans le cancer du sein, et je fais la toilette complète de la loge maxillaire, ce creux axillaire de l'épithélioma de la lèvre.

Voici comment je procède : J'enlève d'abord le cancer, puis je laisse reposer le malade. Au bout de quelques jours, j'enlève aussi complètement que possible les ganglions de la région.

Dans ces conditions, la guérison est encore possible, mais nous n'y devons pas trop compter, car les récidives sont malheureusement fréquentes. C'est ainsi qu'il y a 8 ans, j'opérai un homme pour un cancer de la lèvre inférieure. L'année suivante, il vint me retrouver avec une récidive sur la branche gauche du maxillaire inférieur. J'enlevai la moitié gauche de cet os. L'année suivante, il revint avec une seconde récidive. Cette fois, c'était la branche droite qui était prise. J'enlevai le reste du

maxillaire. Le malade eut, à la suite de l'opération, un érysipèle dont il guérit. Il fut pendant cinq ans guéri de son cancer. Malheureusement, il revint l'année dernière avec une troisième récédive.

Je crois que dans le cas présent, le long silence du cancer est dû à l'érysipèle, qui aurait agi de la même manière que les injections de toxines streptococciques dont on parle tant actuellement. Dans tous les cas l'excision est le seul traitement auquel j'aie recours, et je proscriis absolument toute application de pâtes caustiques anciennement usitées, et qui, selon moi, ne sauraient amener de guérison et même souvent seraient pernicieuses.

En face d'une ulcération de la langue, le diagnostic histologique peut rendre de grands services, car la présence du bacille de Koch peut être décelée. Mais lorsque je suis convaincu d'être en présence d'un cancer, je pratique l'ablation, et non pas l'ablation partielle, mais l'ablation totale de la langue. On sait qu'autrefois c'était une opération que l'on considérait comme sérieuse. Aujourd'hui, grâce au perfectionnement de la technique opératoire et à la perfection de nos moyens d'hémostase, c'est une opération bénigne, très facile et qu'un chirurgien habile peut faire dans trois ou quatre minutes, à peu près. On pratique l'incision circulaire de la muqueuse et dès lors, on peut attirer fortement la langue et pratiquer la ligature des artères hors de la bouche. Le danger d'hémorrhagie se trouve ainsi supprimé.

J'éprouvais autrefois un grand embarras pour nourrir mes malades pendant les premiers jours qui suivaient l'opération. Je devais recourir à l'alimentation rectale. Aujourd'hui j'introduis par l'œsophage un tube grâce auquel je puis facilement nourrir mes opérés.

Le plus grand danger dans l'excision de la langue, est l'infection de la plaie. On saura la prévenir en pratiquant souvent de grands lavages de la bouche avec des solutions antiseptiques. On peut aussi badigeonner la plaie avec une émulsion d'iodoforme.

Pendant l'opération, il est important d'empêcher la pénétration du sang dans les bronches. On ne doit donc pas opérer, le malade étant couché sur le dos, car dans cette position, le sang envahirait infailliblement les voies respiratoires.

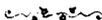
Lorsque l'on a attendu trop tard, ce ne sont plus les ganglions sous-maxillaires qu'il faut enlever, mais bien ceux qui sont situés derrière l'angle du maxillaire inférieur. Dans aucun cas, il ne faut se borner à enlever une partie de la langue. La récédive sur place est certaine.

Les suites opératoires sont en général bénignes. Il faut se hâter de faire sortir le malade de son lit. Si la température le permet, on le fera sortir au grand air. J'ai pour habitude de les faire sortir sur une galerie, au soleil, dès le lendemain de l'opération.

Messieurs, je m'aperçois que j'ai atteint la limite du temps accordé à chaque conférencier et je m'arrête. Si je ne demande pas de supplément ainsi en causer pendant huit jours sans motif de s'arrêter alors plutôt ainsi en causer pendant huit jours sans motif de s'arrêter alors plutôt qu'à présent ; mais je ne veux pas finir sans vous remercier cordialement de votre bienveillante attention.

LES ACCIDENTS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Par M. le docteur ADELSTON DE MARTIGNY de la Faculté de Paris.



Il me semble qu'aujourd'hui, en face du chancre infectant, le praticien ne songe plus guère aux accidents tertiaires de la vérole. Il a tant vu de syphilis bénignes, qu'il redoute peu pour son client, les accidents graves de la maladie.

Certes, devant l'éternelle question du malade : "Guérirai-je !" il fait des réserves ; il lui démontre le danger d'une syphilis négligée ; il lui avoue même que souvent, en dépit du traitement le plus régulier, on a vu des véroles devenir malignes. Aussi exhorte-t-il son malade à se bien traiter et à ne pas se laisser endormir par l'absence de symptômes. Le traitement sera long, très long. Il ne faut ni se décourager, ni se rebutter et combattre activement une maladie souvent silencieuse, comme si elle se manifestait par des symptômes redoutables, — et cela pendant trois ans, quatre ans même. Alors, après cette longue période de traitement, on a toutes les chances d'échapper à des accidents graves et cependant, dira le médecin, il ne faut pas vous endormir dans une sécurité complète. Il peut se faire que de nouveaux accidents se manifestent ; et si vous étiez prudent, vous feriez tous les ans une cure de quelques semaines à l'iodure.

Certes, voilà de sages conseils et je suis loin de les trouver exagérés. Il me paraît, au contraire, que le médecin n'est pas assez convaincu des dangers qu'il s'efforce de faire redouter à son malade. S'il parle ainsi, c'est, le plus souvent, pour impressionner son malade ; pour le mettre sur ses gardes, et le forcer à suivre régulièrement le régime prescrit. Et si le malade paraît disposé à se bien traiter, c'est en général le médecin tout le premier qui s'endort dans une dangereuse sécurité. Et pourtant les auteurs les plus autorisés nous donnent 10 et 15 pour cent des cas qui évoluent vers le tertiarième. Les accidents tertiaires sont donc assez fréquents. Et ce n'est pas seulement après de longues années qu'il faut les redouter, mais bien aussi dans les premières années, voire les premiers mois, qui suivent le début de l'infection. Et ces accidents précoces me paraissent eux aussi précoces, puisque ma courte expérience m'a déjà permis d'en rencontrer deux cas, que je veux rapporter ici.

OBSERVATION No. 1

Un confrère de mes amis, très herpétique et ayant souvent de l'herpès-preputial contracta, au mois de décembre 1893, un chancre infectant, qu'il prit tout d'abord pour une manifestation de sa diathèse et qu'il traita comme telle, par de simples lavages à l'eau froide, soir et matin.

Après tout de quinze jours, les bords de l'érosion devinrent indurés et,

malgré sa répulsion, il dut s'avouer atteint de la syphilis. Dès lors, pansements au calomel, à l'iodoforme, que sais-je, mais institution du traitement mercuriel au moyen des Pilules de Ricord, deux par jour.

Le chancre était apparu vers le 20 décembre et le traitement commença vers les Rois, et ne fut interrompu qu'après deux grands mois ; soit, le 10 mars 1894. Il n'y avait pas encore eu de manifestations secondaires.

Vers le commencement d'avril parut une irruption papuleuse généralisée à tout le tronc, et des plus caractéristiques. Reprise du traitement. Il n'y avait pas encore de plaques muqueuses, l'irruption disparut en trois semaines et le traitement fut régulièrement suivi jusqu'au commencement de juin.

Un mois après, en juillet, mon ami vient me consulter pour des douleurs articulaires dans les épaules et aussi pour "deux petites bourses très douloureuses," disait-il, existant sur la face postérieure du cubitus, tout près de l'olécrane, qui durait depuis huit jours et qui augmentait.

Je troucai deux exostoses, du volume d'un jaune d'œuf et très dures. Parce que la syphilis était si récente, j'hésitais presque à reconnaître la nature spécifique de l'affection. M. le professeur Hallopeau, consulté, prescrivit deux pilules de Ricord et 4 grammes d'iodure par jour. Trois jours après le début du régime, la sensibilité était déjà moins grande et l'on ne découvrait plus de traces de l'affection au bout d'un mois.

Voici donc un accident tertiaire se manifestant sept mois après le chancre.

OBSERVATION No. 2

Je fus appelé au mois de juin auprès d'un malade atteint d'hémiplégie gauche depuis vingt-quatre heures.

Le malade, très fortement constitué, âgé de trente-six ans, n'avait aucunement l'apparence d'un apoplectique, encore moins d'un hystérique. Et d'ailleurs la manière dont s'était établie la paralysie et l'âge du sujet me firent d'emblée songer à la syphilis. Interrogeant donc le malade, j'appris que trois jours auparavant il s'était aperçu, après un exercice physique violent, que les doigts de sa main gauche étaient raides et engourdis. Ce symptôme persista pendant une heure à peine et tout rentra dans l'ordre. Le lendemain, le même phénomène se produisit, plus intense ; l'engourdissement gagna le bras et persista deux ou trois heures. Le soir, le malade était parfaitement bien.

Ce fut le lendemain (veille du jour où je le vis) que la paralysie s'établit, et de la façon suivante : Le malade s'aperçut tout à coup que son bras était lourd et obéissait difficilement à la volonté. Etant alors dans la rue, à quelques centaines de pas de sa demeure, il retourna chez lui. En arrivant, il marchait difficilement et la jambe gauche traînait lourde et paresseuse. En même temps, la parole devint embarrassée, mais légèrement. Il n'y avait donc encore que parésie.

Le lendemain matin, les symptômes étaient plus accentués, mais il put néanmoins prendre une voiture et se rendre à la ville. Les symptômes augmentèrent graduellement d'intensité pendant la journée,

Quand je le vis, le soir à neuf heures, le bras était complètement inerte, la jambe servait encore un peu. Le malade se tenait debout et même pouvait marcher en s'appuyant sur les meubles, mais sans pouvoir décoller le pied du plancher. L'embaras de la parole s'était accru. Cette histoire classique confirma donc mes premiers soupçons. A aucun moment le malade ne perdit connaissance et j'interrogeai le malade sur la syphilis, le pressant de répondre sans ambages. Il n'y fit aucune difficulté et j'appris à mon grand étonnement que deux ans seulement auparavant, au mois de mai 1893, il avait contracté un chancre vénérien.

J'étais donc en présence d'une manifestation tertiaire très précoce. Mais ce qui me surprit davantage, ce fut de savoir que le malade avait suivi régulièrement et avec le plus grand soin un traitement très rigoureux. Première année, quatre cures de deux mois avec les pilules de Biscord, à la dose de trois par jour. Seconde année, quatre cures avec les mêmes pilules et, dans l'intervalle, quatre cures à l'iodure de potassium, à la dose de quatre grammes par jour. Après un mois de repos, le malade était sur le point de recommencer une nouvelle série de cures alternantes, lorsque les accidents débutèrent. Grâce à ce traitement, le malade n'avait eu que des accidents secondaires très légers; roséole peu marquée, qui disparurent rapidement; chute des cheveux à peine perceptible et quelques plaques muqueuses. C'est à ce même traitement préventif que j'attribue la disparition rapide des symptômes et la guérison complète qui suivit le traitement intensif que j'instituai: frictions mercurielles de quatre grammes d'iodure de potassium avec le régime lacté absolu. Huit jours après le début du traitement, le malade pouvait descendre seul un escalier de vingt-deux marches. S'il ne pouvait mouvoir le bras, il remuait la main. Un mois après, la marche était facile, les mouvements du bras assez étendus et la parole à peine embarrassée. J'ajoutai l'électricité au traitement spécifique et deux mois, jour pour jour, après le début des accidents, le malade pouvait retourner à ses occupations ordinaires et reprendre l'exercice de sa profession. La main était aussi forte qu'auparavant. Et aujourd'hui toute trace de l'accident est disparue.

Des deux observations qui précèdent, nous pouvons tirer un enseignement utile. D'abord celui de nous tenir toujours sur nos gardes et de savoir redouter des accidents moins rares que l'on ne le croit généralement. Ensuite, de bien connaître, pour les pouvoir bien rechercher, ces accidents tertiaires, toujours redoutables, même lorsqu'ils sont rigoureusement traités, et qui peuvent devenir rapidement mortels ou tout au moins causer des désordres irréparables, si le traitement spécifique n'est pas aussitôt appliqué avec énergie.

Montréal, décembre 1. 1895.

REPRODUCTION



LA MÉDECINE CHEZ LES MONGOLS

Par M. le docteur Montégnon.

Les renseignements que nous possédons sur la médecine mongole sont encore peu nombreux. Notre art, chez eux, est la propriété des lamas. J'ai eu récemment l'occasion d'être mis en rapport, grâce à l'obligeance de membres de la Légation impériale de Russie, avec un confrère mongol qui est le médecin du bouddha vivant de Ourga. Mon interview nécessita la présence de deux interprètes russes. L'un d'eux, qui connaissait la langue du lama, mais ne parlait pas le français, interrogeait le médecin, traduisait en russe les réponses à son collègue qui, à son tour, m'en donnait le sens en français.

Les indications qui vont suivre sont dues au lama et à quelques notes traduites dans des livres chinois, allemands et russes par M. Kolesoff, interprète de la Légation de Russie, que je tiens à remercier d'une façon spéciale par son extrême complaisance.

Chez les Mongols, tout le monde ne peut être médecin. Le contraire a lieu en Chine, où l'exercice de notre profession est libre et sans contrôle. Il est même curieux que, dans le Céleste-Empire, la médecine n'ait guère dépassé l'état embryonnaire. Ici, est médecin qui veut ou qui peut. Les études sont plus que sommaires, quand on en fait. Le boy qui m'assiste tous les jours à ma consultation gratuite pour les Chinois, s'installera, après ma rentrée en France, comme médecin, à Takou, si son âge ne lui permet pas de bien faire son service de domestique d'Européen. Cet hiver, il y avait à la Légation de Russie, un marmiton, médecin de son métier, qui avait momentanément renoncé à sa profession pour celle de rinceur d'assiettes, la clientèle n'étant plus assez lucrative ; les médecins chinois ont sur nous l'avantage d'avoir plusieurs cordes à leur arc.

Il y a une école de médecine à Ourga. C'est là que, pendant trois ans, mon lama a fait ses études. Seuls, les lamas peuvent prétendre au titre ou plutôt aux fonctions de docteur. Ils ne commencent leurs études qu'assez tard. Ils doivent tout d'abord avoir longuement approfondi la "Tsanite" ("tsanaa" : sagesse ; "nité" : fond), c'est-à-dire la doctrine qui expose le fond de la sagesse. C'est l'enseignement de la plus haute science des dogmes bouddhiques. On étudie, tout d'abord, la nature extérieure des choses, leur forme, leur couleur. Puis, on discute la question de l'être ou du non-être des choses, leur origine ; sont-elles éternelles ou sujettes à une fin ? L'air, l'esprit, la sagesse divine sont-ils éternels et, si oui, pourquoi ? Après cela, on arrive à l'étude des causes et des effets : y a-t-il dans la nature des choses sans causes et sans but et pour

quelle raison ? On procède enfin à l'étude de la nature de l'esprit humain et on termine par l'exposé des moyens de parvenir à la sainteté de Bouddha.

Chez les Mongols, l'étudiant en médecine est donc un homme instruit par excellence, puisque aucune question de la plus ardue métaphysique ne lui est étrangère. Ainsi préparé, il va pendant trois ans suivre à la Faculté l'enseignement des maîtres.

La médecine mongole est, en grande partie, tirée de la médecine tibétaine. Pour les Mongols, le centre intellectuel et religieux est Lassa. Leur médecine a fait des emprunts assez sérieux à celle des Chinois et, partant, à celle des Européens des siècles derniers. C'est un fait bien connu que, sous les grands empereurs Kien-Long et Kan-si, les Jésuites traduisaient, en chinois, les traités de médecine européenne de l'époque et quelques-unes de ces notions passèrent très probablement chez les Mongols. Il est douteux pourtant que les idées de Paré, Baillou, Fernel y aient porté de nombreux fruits.

Les notions anatomiques des Mongols sont vaguement hypothétiques. Ils ne dissèquent pas et n'ont qu'une idée très approximative de la situation probable des organes.

Les livres médicaux lamaïstes assignent au corps humain 440 maladies, ni plus ni moins. L'étudiant doit en apprendre par cœur la symptomatologie, l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique. Ces traités, indépendamment de leur côté descriptif, renferment encore des séries d'aphorismes médicaux dont l'interprétation est souvent fort obscure, même pour les initiés.

Les livres de médecine sont, paraît-il, très nombreux. Les uns ont un haut caractère didactique et envisagent les questions médicales dans leurs grandes lignes et leurs rapports avec les livres sacrés. D'autres ne sont que des ouvrages de vulgarisation, des manuels à l'usage des étudiants et des modestes praticiens.

Entre tous ces traités, l'un jouit d'une estime générale. C'est une sorte d'encyclopédie de médecine mongole, connue sous le nom de "Khlantap." Il est divisé en 8 sections et ne renferme pas moins de 156 chapitres importants. En voici le sommaire :

Section 1. — Physiologie et pathologie de l'homme adulte.

Section 2. — Physiologie et pathologie infantiles.

Section 3. — Physiologie et pathologie de la femme.

Section 4. — Maladies nerveuses.

Section 5. — Pathologie chirurgicale.

Section 6. — Physiologie et pathologie de la vieillesse.

Section 8. — Moyens de rendre la vigueur aux vieillards.

Chacune de ces sections forme un traité de pathologie spéciale complet. Elle est partagée elle-même en un certain nombre de chapitres de pathologie générale et de pathologie spéciale aux diverses régions du corps. Ainsi, dans les premiers, on étudie les effets sur l'organisme : 1o. de l'interruption du renouvellement de la bile ; 2o. de l'interruption du renouvellement des gaz ; 3o. de l'interruption du renouvellement des mucosités. Dans les seconds, on traite : 1o. de la physiologie et de la

pathologie de la tête et de ses annexes : yeux, nez, bouche, oreilles ; 2o. de la physiologie et de la pathologie de la poitrine ; 3o. des affections du tronc partagées, d'après les organes qui composent ce dernier, en 11 paragraphes : foie, reins, poumons, cœur, rate, estomac, intestins, utérus, vésicules séminales, bile, membres.

Les procédés d'investigation sont simples ou plutôt peu nombreux. Percussion et auscultation sont autant de choses qui surprennent les Mongols quand ils voient un Européen les pratiquer. Leurs procédés, simples en apparence, sont, tout au contraire, faits de minuties, de petits détails, inutiles pour la plupart, mais dont l'étudiant doit se bourrer la tête pendant qu'il est sur les bancs de l'École.

L'examen du pouls, de la langue, de la respiration et de l'urine leur suffit pour établir le diagnostic. Les indications fournies par la langue et la respiration n'ont pas la valeur de celles que donnent le pouls et l'urine. Les médecins mongols connaissent plus de 70 variétés de pouls, qu'ils tâtent dans diverses régions, tantôt successivement, tantôt simultanément. L'examen de l'urine est capital pour établir le diagnostic. Il en faut plusieurs échantillons pour que le praticien puisse faire des observations sérieuses : urines du matin, de midi, de la soirée, de la nuit ; alors chaque urine est examinée aux différents points de vue : couleur, odeur, reflets. Puis, elle est battue avec une petite spatule de bois et le récipient est vivement porté à l'oreille. Le médecin procède, en effet, à l'auscultation de l'urine, car tantôt elle est "muette" et tantôt elle est "parlante". Ce n'est pas tout. Quand il a affaire à un client riche, le lama "goûte l'urine." Ce dernier complément d'examen doit notablement augmenter la note, car il est réservé aux patients de marque. Cet examen de l'urine a, pour les Mongols, une telle importance, qu'un bon médecin doit être capable de faire le diagnostic de l'affection et de prescrire le traitement d'un malade qu'il n'aura jamais vu, sur la seule inspection d'un échantillon de l'urine qui lui aura été envoyé.

Il paraît que certains médecins suivent très attentivement leurs malades, dont ils prennent l'observation, notent l'état de l'affection, sa marche et surtout les effets quotidiens de la médication.

La thérapeutique des lamas est surtout interne et les médicaments d'origine végétale font la base de leur pharmacopée. L'étude des plantes, de leurs propriétés curatives est très sérieusement faite et tous les ans, en septembre, les étudiants, sous la conduite de leurs maîtres, vont herboriser. Ils récoltent quantité de plantes, qui sont séchées, classées, cataloguées et rapportées à la Faculté. Plus tard, grâce à cette pratique, le médecin saura trouver dans le règne végétal les médicaments dont il aura besoin. Les plantes aromatiques, dont beaucoup, comme la cannelé, le benjoin, viennent de l'Inde, jouant un grand rôle dans leur pharmacopée.

Les règnes animal et minéral sont également mis à contribution, mais dans de plus minimes proportions.

Le médecin mongol est en même temps pharmacien, pharmacien ambulancier, dirai-je, car il a toujours des drogues sur lui. Chaque médicament desséché, trituré, est renfermé dans une petite bourse de cuir. Cer-

ainsi médecins portent plus de 300 de ces petits sacs, bien étiquetés, pour éviter toute confusion, enfermés dans un grand sac ou une boîte, dans laquelle se trouve également une petite cuillère destinée à mesurer les doses.

La chirurgie est interdite aux lamas. Ils ne peuvent abattre un membre et abandonnent, en général, le soin de ces opérations à la nature. Cependant, à la suite d'écrasements, de plaies contuses, le médecin peut juger l'intervention indispensable. Il demande l'aide d'un coolie ou d'un boucher, qui sera l'écuyer tranchant, indique le point où la section devra être faite, mais ne prend pas le couteau. Ainsi sont respectées les volontés de Bouddha.

En revanche, la thérapeutique chirurgicale est assez riche. Les lamas, de même que les Chinois, emploient souvent le massage ou plutôt les frictions poussées jusqu'à production d'œcchymoses dans les douleurs musculaires, la céphalalgie. Ils pratiquent la saignée. Ils ont recours aux émollients pour hâter la maturation des abcès et les feuilles de plantain servent à la confection de cataplasmes. Ils produisent des bains locaux par application de la peau d'un animal fraîchement dépeillé et la peau de la souris jouit de propriétés spéciales pour les furoncles et les abcès.

Les plaies récentes sont recouvertes de lichen des steppes ou de graisse de cerf.

Ils connaissent le moxa, qu'ils fabriquent avec de la laine, de la poix, des feuilles d'armoise et de centauree desséchées et pulvérisées.

La chair de serpent est conseillée dans les affections des yeux et la blennorrhagie.

La bile de poisson guérirait la cataracte.

Dans les plaies par armes de guerre, la graisse de vipère trouve son emploi pour favoriser la sortie des fragments de flèches ou de lances restés dans les tissus.

La cervelle de chèvre aurait des effets contre les varices.

Un bon traitement de l'eczéma du cuir chevelu consiste à faire lécher par un chien, la région malade ; c'est un procédé auquel les Chinois ont également recours.

Les pommades soufrées ou aux sels de plomb sont utilisées dans les maladies de peau.

L'acupuncture est très en faveur. Ils la font avec des aiguilles en acier ou en fer. Ils pratiquent également l'ignipuncture. On introduit à froid une aiguille, dont l'extrémité postérieure renflée sera ensuite chauffée sur une flamme. Cette extrémité est quelquefois terminée par une cupule dans laquelle on place un fragment de charbon allumé.

Ils connaissent également les ventouses scarifiées et leur procédé est suffisamment original pour mériter une rapide description. Sur le point où doit être appliquée la ventouse, la peau est au préalable incisée par une corne de bœuf portant un petit orifice à sa partie supérieure. L'instrument appliqué, le lama aspire l'air contenu dans la cavité de la corne. Quand il juge la pression suffisamment diminuée à l'intérieur de l'appareil, il oblitère le petit orifice au moyen d'une boulette de papier mâché

placée au préalable dans la bouche et portée au point indiqué par la langue.

De même que chez les Kalmucks et chez les Bouriates, les bains sont, chez les Mongols, tenus en haute estime, comme moyens thérapeutiques, je veux dire ; car les Mongols sont gens particulièrement sales et puants, si j'en juge d'après ceux que je vois à Pékin. Les sources chaudes et sulfureuses du plateau de l'Altaï ont une grande réputation. Aux environs de Ourga se trouvent des sources sulfureuses, où se baignent surtout les syphilitiques.

La thérapeutique médicale est plus riche et plus variée que la thérapeutique chirurgicale. Le nombre des médicaments est considérable et beaucoup pourront nous paraître singuliers. Ainsi, la bile de l'homme, de l'ours, de l'hyène entre souvent dans la composition de leurs drogues. Mais beaucoup de plantes utilisées par les Mongols sont, dans le même but, employées par la thérapeutique occidentale.

J'ai demandé à mon confrère lama quelles étaient les maladies le plus fréquemment observées par lui à Ourga et comment il les soignait. Il voit beaucoup de fièvres : typhus, typhoïde, malaria. Le choléra ou la diarrhée cholériforme s'y montrent aussi. Mais les maladies dominantes sont : la syphilis et les affections eutanées.

Les médecins mongols connaissent le mercure, mais ne le donnent pas à l'intérieur dans la vérole, le considérant comme dangereux. Ils laissent la maladie abandonnée à elle-même, soignent quelquefois les manifestations extérieures avec des pommades au cinabre et usent largement des bains sulfureux.

Dans les fièvres, ils purgent avec la rhubarbe, donnent la noix vomique qui leur vient de l'Inde et font boire des décoctions d'astragale. Quand la rhubarbe ne fait pas d'effet, ils ont recours aux lavements, soit d'eau chaude, soit purgatifs, qui sont donnés avec une " bourse à clystère," telle que feu Guy-Patin portait toujours sur lui quand il allait voir le grand Roi. Elle est formée d'un morceau de roseau ou d'un tube de bois, à l'une des extrémités duquel est attachée une vessie d'animal. Si par hasard le lavement ne peut être donné, on le remplace par un suppositoire — " châp " — formé de sel et de sucre.

La courbature fébrile est traitée par les sudorifiques, la cannelle, le benjoin et surtout le gingembre. Ce dernier donne d'excellents résultats, dont j'ai pu souvent me rendre compte sur mes malades de l'hôpital de Nan-t'ang. Tout autour du malade on brûle du genièvre.

Dans les affections de l'estomac, on préconise les feuilles de raiponce et la viande de loup. La langue de ce dernier animal donnerait de bons résultats dans les stomatites, laryngites.

La viande de mouton doit être préconisée contre les vertiges, celle de l'antilope contre la diarrhée, celle du rat d'eau contre la néphrite et l'hydropisie, celle de la marmotte dans la dysménorrhée, et celle de la loutre et du castor dans les affections de la moelle et l'impuissance. Les excréments du porc sont utilisés dans les maladies du foie.

Le choléra est livré à lui-même et à l'acupuncture pratiquée un peu partout, sous les ongles, à la langue, à l'anus. Le dernier traitement dans

les cas extrêmes consiste à brûler le creux épigastrique. Un peu de sel y est déposé ; on place au-dessus une mince lame de gingembre, qu'on recouvre d'armoise desséchée et imbibée d'alcool, puis on allume le tout.

Enfin, devant Brown-Séquard, la médecine mongole a essayé de rendre la vigueur aux vieillards en leur faisant ingérer des testicules de moutons.

Les Mongols connaissent aussi les propriétés parasitocides du mercure et depuis longtemps emploient les vapeurs de ce métal pour se débarrasser de leurs poux. Mais encore faut-il que ceux-ci soient très nombreux, car, d'une façon générale, on peut dire que le pou est l'ami du Mongol. Les Tartares emploient, non point la "flanelle mercurielle," telle que celle du professeur Merget, mais la "ficelle mercurielle" qui, comme on va voir, a beaucoup d'analogies avec la précédente. Voici, d'après le P. Élie (1), comment se prépare ce spécifique : "On prend une demi-once de mercure qu'on brasse avec de vieilles feuilles de thé, par avance réduites en pâte au moyen de la mastication. Afin de rendre cette matière plus molle, on ajoute ordinairement de la salive. L'eau n'aurait pas le même effet. Il faut ensuite brasser et remuer au point que le mercure se divise par petits globules aussi fins que de la poussière. On imbibé de cette composition mercurielle une corde lâchement tressée avec des fils de coton. Quand cette espèce de cordon sanitaire est desséché, on n'a plus qu'à le suspendre à son cou. Les poux se gonflent, prennent une teinte rougeâtre et meurent à l'instant. En Chine, comme en Tartarie, il est nécessaire de renouveler ce cordon à peu près tous les mois car, dans ces sales pays, il serait autrement très difficile de se préserver de la vermine."

Il existe un dieu — bouddha — de la médecine, auquel les lamas ne manquent pas de s'adresser, car l'exercice de leur art est toujours entouré d'un certain caractère religieux. Nous avons pu nous procurer une gravure qui représente le bouddha de la médecine entouré de ses aides. Ce dessin se trouve chez tous les médecins mongols.

Au centre, les jambes croisées, tenant dans la main gauche un vase et dans la main droite un rameau fleuri, trône le bouddha de la médecine : "Manla Bedüryaï Gyalpo." Au-dessus de sa tête et dans une attitude à peu près identique, on voit : "Chakya-t'ub-pa" ; au-dessous, l'air satanique, "Fyan-louong-dordye-doudoul". A droite et à gauche sont disposés les collaborateurs de bouddha : à droite, "Ngontchin-Gyalpo", "Gersang-demit", "Sanloung" ; à gauche, "Dayang-Gyalpo", "Sersang", "Tchoidag-tzanitzo".

Telles sont les notes que nous avons pu recueillir sur la médecine mongole. Il y aurait probablement quelque chose à glaner dans cette thérapeutique faite de l'empirisme de nombreux siècles, mais la lecture des livres mongols est encore l'apanage d'un petit nombre d'élus et ceux qui jouissent de ce privilège sont très indifférents aux choses de la médecine.

OUVERTURE DES COURS À LA FACULTÉ DE PARIS

C. 2. 2. 2.

COURS DE M. MATHIAS DUVAL.

Ainsi que nous l'annoncions dans notre précédent "Bulletin," la série des cours a recommencé à la Faculté, et il n'est pas indifférent de donner, selon notre habitude annuelle, un aperçu de cette reprise de l'activité et de la vie scolaires, de façon à montrer comment y participent, chacun de leur côté, éducateurs et élèves, sur ce théâtre de l'enseignement, où ils sont appelés à se rencontrer et à se pénétrer, pour ainsi dire, tous les jours.

—C'est l'"Histologie" qui a ouvert le feu, avec le professeur Mathias-Duval, qui est toujours l'incomparable professeur que l'on sait, et dont tout éloge nouveau est devenu un hors d'œuvre. Les applaudissements nourris et d'une évidente sincérité qui, comme par le passé — un passé déjà riche d'un succès, sans défaillance, de neuf années — ont accueilli l'apparition du professeur dans cet amphithéâtre, où au moment de sa leçon il ne reste plus de place que pour lui, ont bien montré en quelle estime, en quelle sympathie, et aussi en quelle reconnaissance le tiennent les élèves auprès desquels, de génération en génération, sa réputation d'éducateur et de vulgarisateur de premier ordre se transmet, en s'accroissant de plus en plus, comme elle le mérite. Car il ne faut pas s'y tromper, les élèves savent faire un choix judicieux parmi leurs professeurs, choix dicté par une saine et instinctive appréciation des services réels qui leur sont rendus, et une véritable conscience des intérêts de leur instruction : ce choix est précisément marqué par ce que nous appelons, à l'instant, la sincérité de l'accueil et des applaudissements adressés au professeur, sincérité qui se mesure non aux apparences, au nombre et au bruit d'une première mise, à une première leçon, pure manifestation de circonstance, parfois de simple curiosité qui ne se produira plus, grâce à la désertion consécutive d'un enseignement qui n'a pas su les retenir : mais bien à la fidélité inébranlable de l'assistance, qui, du premier au dernier jour, ne faillira pas un seul instant et ne laissera pas, comme au cours du professeur Mathias-Duval, une seule place vide dans un amphithéâtre trop étroit en pareil cas, et où l'on s'estime heureux d'avoir cette place, même sans les coudées franches.

Toujours modeste comme le vrai mérite, M. Mathias-Duval qui saisit, dans ces applaudissements, l'occasion de son entrée en matière, en fait honneur non à lui-même, mais à la science qu'il vient enseigner, à l'histologie : "C'est à l'histologie, dit-il en substance, que vous faites si bon accueil, je vous en remercie pour elle, et c'est d'elle, de son histoire, que je veux aujourd'hui vous entretenir. Il est bon que vous sachiez ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle est appelée à devenir.

"Ce qu'elle a été, son passé, il peut être exprimé d'un mot, l'"anatomie générale"; aujourd'hui elle est l'"histologie"; demain elle sera l'"histogénèse."

Et le professeur refait alors, toujours avec un nouvel intérêt, l'esquisse historique de l'évolution de l'anatomie générale qui, pour se constituer à l'état de science, doit remonter à Bichat.

Avant Bichat, Fallope avait bien écrit un livre des "parties semblables" où il distinguait avec grand soin, par exemple, les substances "chaudes" et les substances "froides." Bordeu avait disserté longuement sur un tissu muqueux de tissu conjonctif lâche d'aujourd'hui; mais ce n'étaient là que des conceptions "a priori," qui n'avaient point l'observation pour base.

Bichat paraît, et avec lui l'anatomie sort du chaos. Ce jeune savant de génie compare les organes; il voit des substances semblables, des systèmes. Il étudie avec grand soin les réactions de ces tissus avec des acides, des alcalis, des changements de température, la putréfaction. Il conçoit même l'idée que chacun des 21 tissus qu'il a trouvés possède des réactions différentes en présence d'un même agent modificateur.

Enfin, et ce n'est pas là son moindre titre de gloire, il est conduit à battre en brèche les doctrines spiritualistes. Il fait table rase du fameux principe vital, immatériel, qui, selon la vieille doctrine, gouvernait les organes, et, pour lui, la vie est un résultat fonctionnel, un ensemble de vies, un concert où chaque organe joue sa partie.

Et cependant Bichat n'avait fait là que de la microscopie. Jamais il n'avait eu recours au microscope inventé depuis longtemps déjà en Hollande, merveilleux instrument de recherche qui avait déjà subi nombre de perfectionnements, en particulier de la part du napolitain Fontana (1647).

Mais il faut bien le reconnaître, si le microscope existait, il n'était pas encore venu à l'esprit de personne d'en faire l'instrument journalier de recherches suivies, vraiment scientifiques. Il était aux mains d'amateurs, et c'était pour eux un "amusement" d'examiner le tartre de leurs dents, les globules de leur sang, les dépôts de leur vin. Heureux encore quand l'imagination ne se mettait pas de la partie et quand ils ne décrivaient pas au spermatozoïde, à "l'homunculus", comme quelques-uns l'ont fait, une moustache et des bras.

Il faut arriver au botaniste allemand Schleiden et au français Schwann pour voir inaugurer l'ère de l'"histologie"; le microscope va devenir le grand instrument de la recherche. Alors la notion de "cellule" et de "fibre" se substitue à celle de tissu et de système.

Au lieu des 21 tissus de Bichat, Schwann en compte 5; ceux où les cellules sont tassées côte à côte; ceux où les cellules sont écartées les unes des autres par une substance qui peut être amorphe ou figurée; les tissus composés à la fois de fibres et de cellules; et enfin ceux qui sont constitués par des cellules superposées en chapelet, appelées à se fusionner et à former ainsi une fibre.

Schwann fut à l'histologie ce que Bichat fut à l'anatomie générale; c'est la voie qu'il a tracée qu'on suit encore aujourd'hui, en cherchant à se rendre un compte exact de l'élément anatomique; on l'étudie dans sa forme, et cette morphologie a conduit à des déductions imprévues, tant au point de vue de la théorie que des applications journalières de la médecine légale en particulier.

On l'étudie aussi dans sa fonction, et c'est ainsi qu'on a déterminé l'influence générale et de l'histologie se crée et se développe, sous l'influence générale de Claude Bernard, la "physiologie générale" qui étudie les actes intimes, essentiels, d'une fonction, quels que puissent être les mécanismes l'"oxyde de carbone" sur le globule rouge. En sorte qu'à côté de l'anatomie du "curare" sur la terminaison nerveuse motrice, celle de accessoires, préparatoires, qui, chez les divers êtres, viennent assurer cette fonction. C'est grâce à cette physiologie de la cellule que nous concevons la respiration du fœtus, "ce poisson de l'amnios", comme étant analogue à celle de sa mère. C'est elle encore qui nous montre l'épithélium intestinal comme l'agent véritable de l'absorption, de même que le tégument du ténia est pour ce parasite le véritable organe de la nutrition.

En somme, la préoccupation de la science contemporaine c'est de connaître exactement la morphologie de la cellule et son mode de fonctionnement. En sorte qu'à côté de l'anatomie générale et de l'histologie se crée et se développe, sous l'influence générale de Claude Bernard la "physiologie générale" qui étudie les actes intimes.

L'histologie de l'avenir ira plus loin, en s'orientant vers la science du développement. Elle recherchera les origines "blastodermiques," et montrera l'identité d'origine des téguments, du système nerveux et des organes sensoriels. Elle nous indiquera pourquoi tel groupe de tissu offre des réactions différentes de tel autre groupe à l'égard d'un traumatisme ou d'une infection. Elle donnera enfin des solutions satisfaisantes à plus d'un problème de biologie humaine et comparée. Toute jeune qu'elle est, l'"histologie" a fourni déjà de hauts enseignements, son champ, de plus en plus exploré, s'agrandit chaque jour d'horizons nouveaux, elle est la science de l'avenir.

Pichat, créateur de l'anatomie générale, s'arrête à la notion du tissu, et décrit 21 systèmes.

Schwann, le premier histologiste, étudie la fibre et la cellule. Il donne droit de cité à 5 tissus.

Les embryonistes poussent plus loin leur investigation : la cellule, quelle que soit sa différenciation, provient d'un des feuilletts du blastoderme, et le nombre des tissus diminue encore quand on se place au point de vue de leur origine. Il ne reste plus que trois grands ordres de systèmes, et chacun répond à l'un des feuilletts "primordiaux" de l'embryon : feuilletts externe, moyen et interne. A l'histogénèse d'établir désormais leur arbre généalogique.

Telle a été cette magistrale leçon d'entrée en matière, présentée avec une méthode et une clarté parfaites, et écoutée dans un religieux silence, que le bruit seul des plumes courant sur les cahiers de notes troublait, de façon à montrer mieux encore l'attention et l'intérêt des assistants.

Les mêmes applaudissements qui avaient accueilli le professeur à son entrée l'ont accompagné à son départ, plus enthousiastes encore, si possible, et exprimant le plaisir et la reconnaissance de l'avoir entendu et de l'entendre encore, avec le profit certain d'apprendre à sa grande école. Et

Il en sera ainsi jusqu'à la fin de ces leçons auxquelles on s'est donné un rendez-vous inmanquable.

Que n'en est-il ainsi et que n'en pouvons-nous dire autant de tous les autres cours magistraux ? Mais s'il n'est pas donné à tous d'atteindre à ce résultat et à ce succès exceptionnels — "*est modus in rebus*" — beaucoup, la plupart même, il faut le reconnaître, s'efforcent d'y approcher, et il est juste de rendre hommage à leurs efforts, ainsi que nous nous proposons de le faire dans la suite de cette revue.

("Tribune Médicale", Paris)

Le rapport annuel du Women Hospital de la ville de New-York nous montre que 927 patients ont été internés à l'hôpital durant l'année dernière, sur ce nombre 295 seulement étaient des patients pauvres qui ont reçu les soins gratuitement. Qu'il y a eu en plus 4,704 non internés qui ont été traités ; que l'on a donné 9365 consultations. Tout de même il a fallu \$73,889.21 pour soutenir l'hôpital pendant les 12 derniers mois. Si nous comparons ces chiffres avec ceux de l'hôpital Notre-Dame de Montréal nous voyons la différence énorme qui existe en faveur de l'hôpital Notre-Dame. Comparons :

Womans Hospital		Hopital Notre-Dame
Malades aux dispensaires et consultations.		
14,069		16,567
927	Malades internés.	1,624
\$73,889.21	Dépenses	\$25,925.51
\$79,257.67	Recettes.	\$24,450.82

Imitons l'exemple de nos voisins Américains, en ce qu'il a de bon, et souscrivons un peu plus généreusement au fond de l'hôpital Notre-Dame.

SUCCESSEUR DE PASTEUR.—MM. Moisan et Josias ont été élus membres du conseil d'hygiène et de salubrité de la Reine en remplacement de MM. Pasteur et Baron Lare.

Le six novembre 1895 a été organisé "Le Saint Louis Academy of Medical and Surgical Sciences". Le nombre des membres est limité à 50. Nul ne peut devenir membre de l'académie à moins qu'il n'ait une réputation d'homme scientifique bien établie. Celui qui veut être admis membre, doit faire accompagner sa demande d'une thèse. Le jury décide de son admission. Deux votes hostiles font refuser un candidat. Voici la liste des officiers : Président, Geo. W. Cole, jr. M.D., F. R. M. S., London ; premier vice-président, James Moores Ball, M.D. ; deuxième vice-président, Arthur E. Mink, M.D. ; secrétaire, Emory Lampher, M.D., Ph. D. ; président des séances, Thomas O. Summers, A.M. B. S. M. R. C. S. Eng. M. D. ; curateur, Geo. Thompson, A. M. M. D.

Clinique Médicale.

2024

URÉMIE À FORME CONVULSIVE

Par M. le docteur RENOY, de l'Hôpital Necker.

Le fait dont je veux vous entretenir aujourd'hui est des plus intéressants au point de vue du diagnostic et du traitement, car il est un des rares exemples de ces cas dans lesquels l'issue de la maladie dépend en grande partie de l'intervention du médecin. Le malade qui fera l'objet de cette leçon est un homme de 23 ans, très vigoureux, qui a été amené dans notre service le 29 avril, en pleine crise d'accès épileptiformes : à son entrée, nous savions seulement que les attaques convulsives avaient débuté brusquement le jour même, et qu'elles s'étaient renouvelées quatre fois en moins d'une heure. Nous nous trouvions en présence d'un malade absolument sans connaissance, dans le decubitus dorsal, présentant même un léger degré d'opistotonus ; la face était rouge, vultueuse, les paupières baissées, agitées de mouvements spasmodiques ; en les soulevant, on constatait que les globes oculaires étaient animés d'oscillations rapides ; il y avait un véritable nystagmus. Les pupilles très largement dilatées étaient tout à fait insensibles à la lumière. C'est là un fait très important sur lequel je reviendrai. Ajoutons que les lèvres étaient cyanosées, que les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre, s'abaissaient par moments et laissaient s'écouler une bave sanguinolente, que les mouvements de déglutition étaient presque impossibles et qu'on ne pouvait faire avaler au malade quoi que ce fût. Le pouls était très lent, la température absolument normale.

Cet état comateux était par instant brusquement interrompu par des attaques convulsives que je vais vous décrire. Ces attaques, survenant sans que le malade en eût le moins du monde conscience, rappelaient assez bien les crises subintrantes de l'épilepsie vulgaire. Elles débutaient tout d'un coup sans avoir été précédées d'une aura, sans que le malade poussât un cri, par de la raideur de la nuque et de la rotation de la tête, tantôt à droite, tantôt à gauche ; en même temps, il y avait de la déviation conjuguée des yeux, de la trémulation des paupières et une courte période d'immobilité du globe oculaire à laquelle succédait une phase de nystagmus. Puis se montraient, au bout d'un temps très court, les convulsions cloniques : secousses brusques des mâchoires, morsures de la langue, coloration bleuâtre de la face, et enfin une respiration stertoreuse marquant la fin de l'abcès, sans que cependant la rigidité musculaire disparut complètement. Pendant tout ce temps, la sensibilité était presque tout à fait abolie, l'incontinence des urines absolue.

En face d'un malade présentant les symptômes que je viens de vous décrire, le diagnostic paraît d'abord très conjectural ; on peut hésiter soit

entre une hémorragie cérébrale ou une hémorragie méningée, soit entre une des nombreuses variétés de coma, urémique, saturnin, diabétique, soit enfin entre des manifestations névrosiques pures comme celles de l'épilepsie ; les hypothèses qui se présentent à l'esprit sont nombreuses, mais je vais vous montrer qu'une analyse exacte des symptômes doit permettre de les éliminer presque toutes. Dans l'"hémorragie cérébrale," il est rare que les phénomènes convulsifs soient aussi accentués sauf quand il y a une inondation ventriculaire complète ; mais alors, les pupilles sont ordinairement contractées ; de plus, il y a un ralentissement extrême des mouvements respiratoires ; le voile du palais étant d'ordinaire paralysé, la respiration est bruyante, véritablement stertoreuse. Enfin, la résolution musculaire n'est jamais uniforme ; en soulevant un bras du malade et en le laissant retomber on peut s'assurer qu'elle est plus marquée d'un côté que de l'autre, même quand le coma est complet. En outre, dans l'hémorragie cérébrale, la température centrale s'élève rapidement après l'attaque.

L'"hémorragie méningée" sous-bulbaire présente des symptômes presque analogues ; on y observe des convulsions, de l'opistotonos, des vomissements et de la dilatation pupillaire, mais le visage est d'une pâleur extrême, ce qui n'existe pas ici, où, au contraire, la face est rouge et vultueuse ; de plus, la dyspnée est toujours assez marquée dès le début, la respiration prend rapidement le type bulbaire ; il y a fréquemment une hyperthermie très accentuée et la mort survient au bout de peu de temps, due à une asphyxie progressivement croissante. L'"embolie cérébrale" n'existe pas sans une lésion des gros vaisseaux d'ordinaire assez facile à constater ; surtout, elle a pour caractère fondamental de donner lieu à des accidents limités à une moitié du corps, la lésion étant toujours unilatérale, sauf dans le cas d'embolie du tronc basilaire, mais alors la mort survient en quelques instants.

Restent l'épilepsie et les différentes variétés de comas, d'origine toxique. L'"épilepsie" vulgaire à crises subintrantes, simule absolument au premier abord l'état dans lequel se trouve notre malade ; mais il y a deux caractères différentiels importants dont on ne saurait tenir trop de compte, l'existence d'un myosis habituel avec injection des globes oculaires et une élévation progressive de la température allant jusqu'à l'hyperthermie. Le "coma d'origine saturnine" est toujours assez facile à reconnaître ; la face est très pâle, les pupilles sont dilatées au maximum, les lèvres décolorées ; on trouve le liséré saturnin sur les gencives, un foie habituellement petit et le ventre rétracté. Le "coma alcoolique" et le "coma absinthique" surtout, se distingueront par la contraction habituelle des pupilles et au premier chef par l'odeur caractéristique qu'exhale l'haleine du malade.

Ici, nous avons été amenés, par exclusion, à soupçonner l'"origine urémique" des accidents : un indice important, l'œdème des jambes, assez prononcé le jour où ce malade était amené à l'hôpital venait, à l'appui de cette hypothèse, que confirmait d'une manière absolue la constatation dans les urines d'une quantité considérable d'albumine. Le diagnostic

était donc celui d'urémie à forme convulsive" ayant débuté par une crise apoplectiforme.

Le traitement a consisté immédiatement dans l'application de cinq sangsues derrière l'oreille et l'administration d'un lavement purgatif. Dans la journée, les accès convulsifs se sont répétés avec une intensité et une fréquence extrêmes ; on a fait au malade une saignée de 150 grammes à la suite de laquelle ils ne se sont plus reproduits. Le lendemain, la somnolence du malade était toujours très prononcée, le réflexe pupillaire absolument nul ; les urines étaient émises en très petite quantité. Vingt-quatre heures plus tard, le coma avait disparu ; le malade était en état de répondre, quoique d'une manière très imparfaite, aux questions qu'on lui posait ; il se plaignait de très violents maux de tête. Mais surtout, on constatait chez lui l'existence d'une cécité complète, l'impossibilité absolue de distinguer le jour et la nuit ; les pupilles étaient dilatées au maximum comme dans un glaucome aigu ; il n'y avait aucune douleur à la pression du globe oculaire.

D'ailleurs, cette cécité n'a pas persisté longtemps ; dès le lendemain, 2 mai, on assistait déjà à un retour partiel de la vue ; le malade pouvait distinguer la lumière de l'obscurité, mais les pupilles étaient encore très dilatées et réagissaient lentement à l'action de la lumière. Quarante-huit heures plus tard, les troubles oculaires avaient presque entièrement disparu ; il ne persistait plus qu'un léger degré de dilatation pupillaire ; en même temps, le malade recouvrait presque complètement l'intelligence : il répondait bien aux questions et se rendait un compte assez exact de l'accident qui lui était survenu. Malgré la persistance de la céphalée et de l'albuminurie, on pouvait, dès lors, le considérer comme en pleine voie de guérison.

Le fait que je viens de vous rapporter très brièvement me paraît intéressant à plus d'un titre. Il démontre d'abord que des accidents urémiques peuvent éclater brusquement en pleine santé apparente. Des cas analogues ont été publiés par Guéneau de Mussy sous le nom d'albuminurie latente ; il a observé des vieillards athéromateux pris subitement de troubles urémiques. Récemment enfin, mon maître et ami M. Guyot, rapportait des observations tout à fait typiques d'accidents urémiques ayant débuté chez des individus qui paraissaient bien portants jusque là sous le masque d'attaques apoplectiques. Mais en réalité, cette intégrité de la santé au moment où les accidents éclatent n'est qu'une apparence. Presque toujours, l'apoplexie qui survient dans de pareilles circonstances n'est qu'un épiphénomène au cours d'une néphrite chronique dont il faut savoir retrouver les traces. À cet égard nous avons reconstitué l'histoire de notre malade. Nous avons appris que cet individu, robuste, bien bâti, dont tous les parents sont d'ailleurs exceptionnellement vigoureux, s'était toujours parfaitement bien porté, il n'avait été atteint d'aucune maladie infectieuse, il ne s'était exposé à aucune intoxication (d'alcool par exemple) susceptible de déterminer une altération quelconque des reins. Il y a cinq ans, il a été pris brusquement d'une crise nerveuse, caractérisée par une chute subite, une perte de connaissance absolue et des convulsions ;

cette attaque qui avait été attribuée alors à de l'épilepsie, ne s'est pas renouvelée depuis, ce qui n'est guère dans les allures du mal comitial ordinaire. Au mois de septembre dernier, il rapporte qu'il fut très fatigué pendant plusieurs jours, ses jambes enflaient le soir ; il eut plusieurs saignements de nez. Nouvelle rechute au mois de février, se traduisant par de la courbature, de l'anorexie, de petits frissons, de l'œdème des jambes, pour lequel il fut soigné pendant deux semaines à l'hôpital ; il en sortit tout à fait bien portant.

Deux jours avant son entrée dans notre service, il fut pris assez brusquement de troubles de la vue ; il se plaignait d'avoir constamment un brouillard devant les yeux et de distinguer avec peine les objets ; le lendemain, il eut de la fièvre, des frissons avec sensation d'étouffement et il dut passer la journée au lit. Il se décida alors à retourner dans son pays ; c'est dans la voiture qui le conduisait au chemin de fer qu'il eut sa première attaque convulsive ; ces accès se renouvelèrent plusieurs fois en une heure ; le coma n'était interrompu que par des convulsions épileptiformes. Quand le malade fut amené devant nous, il était tout à fait sans connaissance.

Vous le voyez, messieurs, ce sont bien là les étapes d'une néphrite chronique, marquées d'abord par de la fatigue, de la courbature, de l'œdème des jambes, puis par des épistaxis, enfin par de la céphalée et l'apparition de phénomènes oculaires. Dans cette histoire, absolument classique, il y a cependant quelques points saillants sur lesquels je veux appeler votre attention. C'est d'abord l'absence de céphalée habituelle ; ce symptôme est d'une extrême fréquence parmi les accidents ordinaires de la petite urémie ; ici, il ne s'est montré qu'à deux ou trois reprises, et dans l'attaque à laquelle nous assistons aujourd'hui, ce sont les phénomènes oculaires qui sont prédominants. Notez aussi l'absence de phénomènes dyspnéiques, de troubles cardio-vasculaires ; il n'y a ni hypertrophie du ventricule gauche, ni dureté de pouls, ni excès de tension artérielle ; enfin, l'œdème des paupières, que l'on rencontre si souvent au cours de la néphrite chronique, a fait ici complètement défaut.

Peut-on avec les données que nous possédons sur ce malade remonter à l'origine des lésions et en préciser la nature ? Habituellement, l'urémie cérébrale est l'effet du petit rein contracté, plus commun, vous le savez, chez les vieillards, les athéromateux, les goutteux. Elle se présente tantôt sous la forme comateuse, et on lui a alors donné le nom d'apoplexie séreuse, tantôt sous la forme convulsive, quand elle est caractérisée par des crises d'épilepsie plus ou moins nette, plus ou moins généralisée. Ici, nous sommes plutôt en présence d'une néphrite parenchymateuse, ou tout au moins d'une néphrite mixte à prédominance épithéliale ; peut-être même s'agirait-il d'un rein kystique (1). Les raisons qui militent en faveur de l'hypothèse d'une néphrite parenchymateuse — car le rein kystique est chose très rare — sont la jeunesse du sujet, la faible tension du pouls, la régularité des battements du cœur, la présence d'œdèmes des jambes, et enfin les caractères des urines qui sont pâles, d'une

densité faible, peu abondantes et qui contiennent une proportion notable d'albumine.

La pathogénie des accidents urémiques est toujours très difficile à établir. Sont-ils dus exclusivement à une intoxication chronique, faut-il invoquer, pour les expliquer, un processus congestif ou œdémateux ? C'est là une grosse question à peu près insoluble, dans l'état actuel de la science du moins. Les théories qui veulent rendre compte des accidents de l'urémie sont multiples : elles peuvent se diviser en deux grands groupes. Les unes sont d'ordre anatomique ; elles font intervenir soit l'œdème et l'anémie du cerveau avec l'hydrocéphalie ventriculaire, soit la congestion cérébrale. Les autres, d'ordre chimique, sont encore plus nombreuses ; c'est ainsi qu'on a incriminé successivement diverses substances qui peuvent être contenues dans l'urine, l'urée (Wilson), le carbonate d'ammoniaque (Frerichs), la créatine (Scherer, Schottin), les ptomaines, les sels de potasse (Feltz et Ritter), les chlorures alcalins (Picot), les matières extractives.

Je ne veux pas discuter en détail chacune de ces opinions ; je vous rappellerai seulement les belles recherches de M. Bouchard, qui a montré quelle part d'erreur contenait chacune de ces théories exclusives. C'est ainsi que l'urée, non seulement est très peu toxique, mais que même elle agit comme diurétique ; pour intoxiquer un animal, il faut lui injecter 82 grammes d'urée par litre de sang. De même, l'acide urique est presque inoffensif ; on peut en injecter trente centigrammes par kilogr. d'animal sans amener la mort ; ne sait-on pas d'ailleurs qu'au moment des accès, le sang des goutteux en renferme une très notable quantité sans qu'il survienne alors chez eux aucun accident rappelant l'intoxication urémique ? La créatinine, non plus, n'est pas toxique, sauf à de très fortes doses. Par contre, les matières colorantes de l'urine et les pigments sanguins sont loin d'être aussi inoffensifs ; l'urine décolorée par le charbon (qui d'ailleurs retient une partie des matières organiques) est à peine toxique, tandis que l'injection des matières pigmentaires donne très rapidement lieu à du myosis. Quant aux matières extractives, elles sont de deux sortes ; les unes solubles dans l'alcool produisent chez les animaux en expérience de la somnolence, du coma et de la salivation, les autres, insolubles dans l'alcool, déterminent des convulsions et du myosis. Enfin, les substances minérales contenues dans l'urine, sont peu toxiques, sauf les sels de potasse et peut-être les chlorures.

Si nous appliquons ces données au cas actuel, nous voyons que, jusqu'à un certain point, on y trouve confirmée la théorie de M. Bouchard, à savoir que l'urémie est un empoisonnement mixte dû non pas à l'urine mais aux substances qui devaient entrer dans sa composition. Nous avons fait chez notre malade l'analyse du sang ; nous y avons trouvé une quantité considérable d'urée puisqu'il en renfermait 1 gr. 50 par litre au lieu de 12 centigr., chiffre qui représente la proportion normale ; l'urine de ce malade injectée à un lapin a paru très peu toxique : il a fallu 164 centim. cubes pour le tuer. Il est donc permis d'admettre que si l'urée est retenue en aussi grande quantité dans le sang, il y a grande chance

pour que les autres matériaux qui doivent entrer dans la composition de l'urine, y soit de même accumulés en excès ; c'est ce que paraît prouver d'ailleurs la toxicité moins grande des urines.

Les conditions d'intoxication signalées par M. Bouchard se trouvent donc ici réunies ; cependant, il y a deux points par où la clinique est en désaccord avec la théorie. En premier lieu, l'injection de sérum renfermant les produits de la désassimilation globulaire doit, d'après M. Bouchard, entraîner de l'affaiblissement musculaire, de la salivation et des convulsions sans jamais produire de coma ni de stertor ; en deuxième lieu, dans ce cas, il y a toujours du myosis. Chez notre malade, au contraire, le coma a été prédominant et la dilatation pupillaire constante. Si nous analysons d'un peu plus près ces phénomènes oculaires, nous voyons que la cécité est survenue très rapidement, en quelques heures, qu'elle a été absolument complète, s'accompagnant de dilatation pupillaire et d'anesthésie rétinienne ; le réflexe lumineux était absolument aboli. Ce n'est pas là un fait habituel dans l'urémie toxique où les pupilles sont d'ordinaire punctiformes et où le réflexe lumineux persiste.

N'y a-t-il pas là une certaine analogie avec un fait que je vous ai rapporté, il y a quelques semaines, de cécité subite accompagnée de dilatation pupillaire survenant au cours de la grippe et où l'examen ophtalmoscopique révélait l'existence d'un œdème pérpapillaire considérable ? Dans ce cas comme dans celui qui fait l'objet de cette leçon, il y a compression des filets nerveux et suppression fonctionnelle sans dégénérescence du nerf. Chez notre malade il paraît y avoir eu un processus fluxionnaire et je ne puis — du moins pour ce fait particulier — partager l'opinion de M. Bouchard, qui explique tous les accidents de l'urémie par l'intoxication ; je crois qu'il faut faire jouer un certain rôle à l'œdème cérébral et que l'ancienne théorie de Traube ne doit pas être absolument rejetée.

Les auteurs — et M. Bouchard en particulier — ont fait à l'hypothèse de Traube cette objection qu'à l'autopsie on ne trouvait ni œdème cérébral ni anémie de l'encéphale, ni hydroisie ventriculaire, et que, au contraire, il y avait presque toujours une congestion excessive des centres nerveux. Ils lui opposent également ce fait que les accidents urémiques surviennent quelquefois chez des individus qui urinent largement et qui éliminent même par le filtre rénal une quantité d'eau supérieure à la normale. Pour moi, je crois que ces défenseurs de l'origine purement toxique des accidents urémiques ne tiennent pas suffisamment compte des phénomènes de fluxion localisée survenant pendant l'urémie et capables d'expliquer les paralysies que l'on peut quelquefois observer en pareille circonstance. Rappelez-vous à ce propos la très intéressante expérience de MM. Raymond et Arthaud qui, après avoir fait la ligature des deux urétéres chez un chien, ont excisé un des deux ganglions cervicaux supérieurs et ont vu survenir quelques heures après des convulsions urémiques localisées dans la moitié du corps correspondant à l'hémisphère cérébral privé de ses ganglions. Donc, si la théorie de l'œdème passif de Traube est difficile à défendre, il n'en est pas de même de celle qui fait jouer un rôle important à l'œdème actif du cerveau : c'est là une hypo-

thèse qui est conforme aux données de la clinique et à celles de l'expérimentation.

Ici, dans le cas particulier qui nous occupe, elle trouve une entière justification. Ce coma est un état vultueux de la face, une coloration presque bleuâtre des lèvres, rappelle bien le coma qui succède d'habitude à la congestion cérébrale ; ces convulsions, un peu spéciales, avec stertor, lenteur du pouls et de la respiration sont bien celles qui résultent d'une congestion du bulbe ; enfin, n'est-ce pas dans l'œdème périrapillaire que l'on observe cette cécité complète, passagère, avec dilatation des pupilles ? En résumé, je crois que chez notre malade, les accidents urémiques recourent à une double origine ; l'une part, la diminution progressive de l'élimination urinaire, d'où intoxication par les substances extractives qui doivent entrer dans la composition de l'urine ; d'autre part, un œdème aigu localisé du cerveau qui, comme d'ailleurs dans l'éclampsie puerpérale, ne s'est pas accompagné d'œdème palpébral ; mais c'est cette dernière cause qui me paraît avoir joué ici un rôle prépondérant.

Cette discussion sur l'origine des accidents urémiques a un intérêt pratique capital, car, d'après la théorie qu'on accepte, on est conduit à une thérapeutique bien différente. Si l'on admet leur origine toxique, on ne sait guère quels sont les moyens capables de supprimer les effets du poison ; on se contentera de favoriser l'action des émonctoires, de faciliter la diurèse, de faire transpirer le malade ; on aura recours aux inhalations d'oxygène, aux injections de caféine ou d'éther pour combattre les symptômes nerveux et le collapsus cardiaque. Au contraire, la théorie de l'œdème cérébral conduit à un traitement beaucoup plus actif ; on pratiquera de larges saignées, on donnera des purgatifs drastiques de manière à provoquer des spoliations sanguines ou liquides abondantes. Et de fait, les excellents résultats que l'on obtient en saignant le malade, en lui soustrayant seulement trois ou quatre cents grammes de sang, s'expliqueraient difficilement, si la saignée n'avait d'autre objet que de retirer du sang une substance toxique qui y serait contenue. Au contraire, une saignée, même légère, se traduit par une diminution de la pression sanguine qui a des effets immédiats sur la circulation et les fonctions du cerveau.

La conclusion pratique est donc de saigner largement les urémiques et de recourir fréquemment aux purgatifs (15 ou 20 grammes d'eau-de-vie allemande, tous les deux jours, par exemple). Par contre, on s'abstiendra des vésicatoires, des badigeonnages iodés ; l'alimentation azotée sera réduite de manière à mettre en liberté une quantité aussi petite que possible de résidus toxiques que le rein malade ne pourrait plus éliminer.

Ici, le pronostic me paraît grave. Au premier abord il est impossible d'affirmer que les lésions rénales soient définitives ; on voit quelquefois apparaître des accidents urémiques dans les congestions aiguës du rein, dans celles de la scarlatine par exemple et la guérison survient sans que plus tard on puisse constater les symptômes d'une néphrite chronique. Malheureusement, notre malade a présenté, il y a cinq ans, des accidents analogues ; cela doit nous faire craindre que la lésion ne soit constituée de longue date et que nous n'assistions aujourd'hui à un épisode aigu au cours d'une néphrite déjà ancienne et peut-être irrémédiable.

NOUVELLES

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LES LAVAGES AU PARMANGATE DE POTASSE

Cette méthode quoique récente paraissait à tous ou presque tous, bien établie sur des bases solides. Elle fut étudiée avec le plus grand soin et consciencieusement, sous la haute direction du savant maître, le professeur Guyon par plusieurs de ses élèves dont je suis, à sa clinique de Neker.

Après de longues recherches ; après des observations nombreuses ; après des modifications, nombreuses aussi, la méthode fut enfin considérée comme tout à fait inoffensive ; éminemment active ; supérieure à toute autre que ses résultats immédiats et éloignés ; vient d'être reconnue ; enseignée ; recommandée.

Il ne faut pas croire cependant qu'elle fut acceptée sans conteste cette pauvre méthode. Oh que non ! On lui fit force objections ; des mauvaises des passables et des bonnes. Toutes elles furent réduites à néant chacune à son tour. Il en restait encore lorsque je soutins ma thèse de doctorat sur le sujet en juillet 1894. Je parvins à les réfuter bien qu'elles me fussent posées avec une malveillance qui devint évidente même pour les amis qui me firent l'honneur d'assister à ma dernière épreuve.

J'avais donc raison de croire que les lavages antiseptiques allaient enfin jouir de la gloire qu'ils méritent ; c'est-à-dire de la faveur de la profession. Eh bien non ce beau temps n'est pas encore arrivé, pour eux. Il est même étonnant de voir avec quelle facilité on leur découvre de nouvelles objections (des mauvaises je vais en citer une) et avec quel entrain on les fait valoir devant les malades (même ceux de ses confrères).

Un client que j'ai traité il y a quatre mois pour une troisième blennorrhagie, et que je guéris parfaitement, causait il y a peu de jours avec un confrère qu'il ne m'a pas nommé, et dont j'aime mieux ignorer le nom à tout jamais. Il causait entre autres choses des lavages. Je laisse de côté les réflexions aigres-douces à mon égard, j'arrive à l'objection que voici : " Pourquoi faire pénétrer les lavages dans la vessie ? Ils ne peuvent avoir aucun effet car le permanganate se décompose en présence de l'urine et dès lors ne peut plus agir comme tel. Vous voyez donc que ces lavages n'ont pas le sens commun " Oh ! candeur j'ai dit que je laissais de côté les aménités à mon adresse. Oh ! candeur, car je sais bien que ce ne peut être par mauvaise foi que mon confrère parlait ainsi. J'aime mieux croire à une ignorantissime candeur. Eh bien nous faisons pénétrer le permanganate dans la vessie parce que nous voulons laver l'urètre postérieur ; parce que pour arriver à ce résultat, il faut vaincre le sphincter membraneux de l'urètre et que celui-ci vaincu, le permanganate entre librement dans le réservoir urinaire. Nous faisons aussi pénétrer la solution de permanganate dans la vessie, dans le but de noyer dans une très grande masse de liquide antiseptique les microbes contenus au fond de l'urètre et pour que ces derniers soient ensuite rejetés avec force par la

vessie, car le premier temps de l'opération consiste à faire vider la vessie. Et la preuve que le permanganate ne se décompose pas c'est qu'il est expulsé ayant la même couleur qu'à son entrée. Et l'on sait (on doit savoir) que la solution se décolore en se décomposant. Et cette décomposition est moins à craindre qu'on ne pourrait croire au premier abord, car une solution au millième mélangée avec un volume égal d'urine très riche en chlorure de sodium et a forte odeur ammoniacale n'est entièrement décolorée qu'après 24 heures.

Ceux qui ont pratiqué les lavages, savent qu'il arrive souvent que le malade ne peut uriner son permanganate. Il y a rétention. Il doit donc partir avec, ce que je laisse faire sans crainte, au premier coin de rue, après cinq ou dix minutes, le malade laisse sortir la solution. Or toujours dans ces conditions, la couleur du permanganate persiste.

Voilà ce que j'ai à répondre à cette furieuse attaque. Et maintenant tout en souriant, je me demande pourquoi mon très honoré confrère n'a pas profité de "La Clinique" pour faire ses objections, ou n'est pas tout simplement venu m'en parler, au lieu de discourir médecine devant des gens qui n'en sont pas.

ADELSTAN DE MARTIGNY,

20 décembre, 1895.

Extrait des minutes du Conseil de l'Association Médicale des Etudiants, Université Laval :

Le Conseil de l'Association Médicale des Etudiants est heureux d'enregistrer l'offre gracieuse de LA CLINIQUE d'une jolie prime, à titre d'encouragement, pour être décernée à l'auteur du meilleur travail fait par un étudiant et donné devant l'association, durant l'année universitaire 1895-96.

Elle a chargé son secrétaire de transmettre les remerciements sincères de l'Association aux donateurs, et de les assurer du plaisir causé aux membres par cette marque d'intérêt à eux portée par leurs aînés de la profession

Quant aux conditions du concours, elles ont été arrêtées comme suit :

1. Le sujet du travail devra être un point de médecine (médecine, en tant que comprenant tout l'Art Médical).
2. Le travail devra couvrir de 6 à 8 pages de papier "foolscaps".
3. La manière dont le travail sera donné de vive voix à l'association devra aussi être prise en considération.
4. Ont été choisis pour juges du concours : MM. les directeurs de La CLINIQUE : M. le docteur Hervieux, directeur de l'Association, et M. le professeur de Pathologie Interne, M. le docteur Demers.
5. Tous les manuscrits devront être remis au président de l'Association avant le 1er mars 1896.

EUGENE ST-JACQUES,
Président.
EUGENE VIROLLE,
Secrétaire.

Montréal, Novembre, 1895.

Vendredi le 13 décembre a eu lieu la cinquième séance régulière de la "Montreal Medico-Chirurgical Society" la séance promettait d'être très intéressante et a tenu ses promesses.

La discussion sur le cancer a laquelle ont pris part MM. les docteurs Adami, C. F. Martin, Shepherd, Armstrong, et James Bell, à été un véritable succès.

Monsieur le docteur Adami a lu un travail très important sur l'anatomie pathologique du cancer, s'attachant à montrer les relations étroites qui unissent au point de vue histologique, le tissu cancéreux et le tissu inflammatoire "dans les deux cas, dit-il même cellule embryonnaire, même activité de multiplication cellulaire et souvent le diagnostic histologique est des plus difficile car, entre les deux ce n'est qu'une question de degrés." Pour lui le cancer est tout d'abord une lésion locale. Les cellules irritées se livrent tout à coup à une suractivité de production.

Ce n'est que plus tard que les métastases ou migration des cellules feront de la maladie une affection constitutionnelle.

Le docteur Martin attribue le cancer à une affection parasitaire. Le parasite, dit-il, est rond ou ovale à corps transparent ou rayonné. On le retrouve dans toutes les cellules cancéreuses, tantôt, et le plus souvent, dans le protoplasma de la cellule, tantôt dans le noyau cellulaire. Il forme un être distinct, avec son noyau propre et son protoplasma. Il est limité par une enveloppe à double contour qui semble indiquer que la cellule se défend contre son action. Il se sert des illustrations faites par Monsieur le docteur Adami, pour appuyer son dire, et y décrit les diverses variétés de corps qu'il croit des agents infectieux.

Les docteurs Shepherd, Armstrong et Bell traitent la question au point de vue clinique.

Nous rapportons en entier, à cause de sa très grande utilité clinique et pratique, la note trop courte du docteur Shepherd que nous devons à la gracieuseté du distingué professeur.

Notre ami et collaborateur, Monsieur le Docteur Marien a présenté à la société de Biologie de Paris un travail important dont nous sommes heureux de pouvoir donner un résumé fidèle.

TUBERCULOSE DES GLANDES SALIVAIRES.—MM. Legueu et Marien.—Sur une petite tumeur enlevée de la parotide gauche d'une jeune fille de treize ans, nous avons trouvé des lésions tuberculeuses absolument manifestes. La topographie des lésions constatées est la marque de l'infection canaliculaire. Au point de vue pathogénique, l'analogie est complète avec les autres infections salivaires. Au point de vue clinique, au contraire, elle en diffère par ce fait que l'infection tuberculeuse s'est produite très lentement : elle a mis en effet trois ans à se développer, jusqu'au jour où nous sommes intervenus.

Un nouveau journal de Médecine, "The Journal of Experimental Medicine," qui s'occupera de physiologie, pathologie, bactériologie, pharmacologie, chimie, hygiène, et surtout de médecine pratique paraîtra en janvier. Le docteur William H. Welsh un nom bien connu dans le monde médical aux États-Unis en sera le rédacteur en chef. Le docteur Welsh est professeur de pathologie à l'Université Hopkins de Baltimore. Il sera assisté par un comité de douze rédacteurs. Le journal paraîtra tous les quatre mois. Nous ne doutons pas que ce nouveau journal qui remplit une lacune aura un succès bien mérité.

On sait que le séjour prolongé dans l'obscurité est une cause d'anémie. Non seulement le visage a besoin de lumière, mais le reste du corps s'en trouve aussi fort bien. Se basant sur cette considération, on a eu l'idée, en Suisse, de faire prendre des bains de soleil aux personnes anémiques. A cet effet, on ét, dans un endroit désert et non exposé au regard, on dresse des tentes sans toit, dans lesquelles on place complètement nues, sauf la tête et les mains couvertes de voiles et de gants, les personnes affaiblies. Le soleil, agissant sur la peau de tout le corps, revivifie les globules du sang et combat avec succès l'anémie.

M. le Dr Hurteau, de Villeneuve, a annoncé dernièrement, dans une intéressante communication sur le traitement de l'anémie par l'insolation électrique, que le procédé suisse venait d'être perfectionné en Amérique.

On a créé, à Philadelphie, un établissement d'insolation électrique, à la portée des malades de la ville et applicable aussi bien en hiver qu'en été. On place le malade dans une petite chambre fortement éclairée par les lampes électriques, on couvre la tête d'un voile pour préserver les yeux d'une lumière trop intense et empêcher la peau de brunir, et les mains de gants jusqu'aux coudes.

Afin que le malade ne soit exposé à aucun danger de refroidissement, la chambre est chauffée à une température convenable et, comme exercices musculaires, si favorables dans le traitement de l'anémie, on lui fait soulever des haltères et exécuter différents exercices de gymnastique. Au bout d'un certain nombre de séances, on voit la peau du corps rougir comme sous l'influence d'un coup de soleil, puis se hâler, tandis que le visage et les mains ne brunissent pas. Les globules du sang deviennent plus nombreux et la santé générale s'améliore.

L'auteur de cette communication conseille la création d'établissements du genre de celui de Philadelphie, comme complément naturel des établissements de gymnastique et d'hydrothérapie. Il voit dans cette utile institution un excellent moyen non seulement de guérir l'anémie, mais encore d'améliorer la tuberculose au 1er degré.

(Ext. de la "Presse Médicale.")

par J. L. KÆER, analyste public.

Rappelons que le lait consiste en une multitude de cellules à beurre suspendues dans un sérum et en cellules nucléées de la nature des corpuscules blancs du sang. Le sérum contient en dissolution du sucre de lait, de l'albumine, divers sels et surtout de la caséine. Les cellules, à l'exception des globules à beurre, sont vivantes et retiennent leur vitalité longtemps après que le lait a été extrait de la glande.

Le lait peut rester plusieurs jours sans devenir aigre, mais le goût et l'apparence se modifient ; les parties moins solides tendent à se séparer du serum et à gagner le fond du vase. Ces changements sont dus à la mort des leucocytes du lait.

Kerr suppose qu'après l'ingestion de lait frais, les cellules vivantes sont absorbées directement, emportées par le courant circulatoire et utilisées pour le développement des tissus. La caséine du lait est digérée de manière ordinaire par le suc gastrique et absorbée sous forme de peptone. Il y a aussi absorption par osmose de l'albumine du sérum.

L'ébullition tue les cellules vivantes du lait et coagule tous les constituants albuminoïdes ; elle le rend ainsi plus épais. D'où il advient que tous les éléments du lait doivent subir la digestion avant leur absorption. Les leucocytes du lait frais ne peuvent plus pénétrer directement dans la circulation comme protoplasme vivant pour former directement les tissus, comme ils le feraient si le lait était frais et non bouilli.

Dans la pratique, on aura remarqué que la vitalité des enfants nourris au lait bouilli laisse à désirer. Chez eux, l'absorption est plus lente ; ils ont besoin d'une quantité de lait plus considérable pour obtenir le même développement que l'enfant nourri au lait frais.

(Brit. Med. Journal.)

Nous empruntons au "Concours Médical" le résumé de l'excellente thèse de M. le Dr Ducoste, de Brionne, (Eure), sur les principaux avantages de l'eau chaude.

A 45° et 50°, l'eau chaude est un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse. A cette température, le calorique exerce une action locale sur les vaisseaux, qui se traduit tantôt par la contraction immédiate du vaisseau avec persistance pendant un certain temps, mais jamais de réaction, tantôt par une dilatation vasculaire momentanée et consécutivement d'une phase réactionnelle caractérisée par la contraction des vaisseaux. D'où les effets thérapeutiques si évidents qu'exerce l'eau chaude à la température de 45 et 50°.

L'eau froide ne détermine une contraction vasculaire que dès le début de son application— contraction suivie rapidement d'une réaction ayant pour effet la dilatation paralytique des vaisseaux, l'hypérémie de l'organe ; de son emploi peut résulter une hémorrhagie plus importante que celle que l'on cherche à éviter, lorsqu'il s'agit d'obtenir une hémostase ou une décongestion.

Aussi bien dans ces cas, l'eau chaude est-elle préférable.

L'emploi de l'eau chaude en injections dans les inflammations de

l'utérus et de ses annexes est une erreur anatomique : mieux vaut, pour obtenir un contact efficace avec les organes pélviques, les aborder par l'ampoule rectale au moyen des lavements chauds.

L'eau à 40 et 45° sous forme de lotions compresses, vaporisations, irrigations, est utile dans toutes les affections oculaires, où il y a arrêt de la circulation et tendance à la suppuration ; elle a pour résultat de faciliter la vascularisation et de faciliter la résorption des cellules de nouvelle formation.

L'emploi à 55° "intus et extra" détruit les hémorroïdes dans la plupart des cas.

Les bains à haute température sédèrent les phlegmons, anthrax, panaris, abcès et toutes les phlogoses en général. Concomitamment avec le massage, ils hâtent la guérison des entorses et des fractures incomplètes.

Les lavements très chauds répétés, 2 ou 3 fois par jour, modèrent heureusement les inflammations de la vessie et de la prostate. Enfin, les injections très chaudes intra-rectales bi-quotidiennes à 50 degrés améliorent rapidement les métrites et les metro-salpingites, même sans l'adjonction de médicament.

Dans un ouvrage publié récemment, M. le Dr Dubergé, ancien médecin principal de la marine, consacre quelques chapitres à l'étude de l'emploi de la quinine et de ses inconvénients. Vu la compétence personnelle de l'auteur, il n'est pas sans intérêt pour nos lecteurs de reproduire ici l'excellent résumé qu'en donne M. Milliau, interne des hôpitaux de Paris, dans un des derniers numéros de la "Gazette des Hôpitaux."

1. En ce qui concerne d'abord le mode d'administration du quinquina et de ses dérivés, la poudre de quinquina jaune ou quinquina callsaya, dont on se servait surtout autrefois à cause de sa richesse en alcaloïde (1 gramme de sulfate de quinine pour 8 grammes de poudre), est aujourd'hui de moins en moins employée, bien que son amertume puisse être facilement dissimulée par la glyzine, qui, jointe à un sirop aromatique, en fait une préparation agréable.

Le quinium et la quinine brute sont encore moins en usage ; il est cependant facile d'administrer chez les enfants cette dernière substance, qui n'est pas très amère et peut aisément, sous forme de petits grains être assimilée dans un potage quelconque.

Parmi les sels de quinine figurent au premier rang le chlorhydrate et particulièrement le bichlorhydrate, à cause de leur solubilité, leur teneur en alcaloïde et la conservation des solutions. Néanmoins, grâce à l'avantage qu'ils possèdent de se rencontrer partout et de se conserver indéfiniment, les sulfates peuvent suffire à tous les besoins et particulièrement pour les approvisionnements de l'armée et de la marine.

On administre les sels de quinine par toutes les voies :

1. Par la voie stomacale, principalement en cachets ou dans du café, mélangé intimement avec la poudre de glyzine dans la proportion de 1 à 3 et en n avec le sucre, le sirop de confitures, qui, sans remédier à l'amertume

tume au médicament, empâtent la bouche et prolongent la sensation désagréable.

Les pilules ont généralement pour excipient le miel, une gélée de fruits ou un extrait quinquina-gingembre, ményanthe, etc. On y ajoute de l'acide tartrique, en vue de favoriser la dissolution du sel.

Sulfate de quinine.....	1 gr.
Acide tartrique.....	0 gr. 40 cent.
Miel.....	q. s.
Poudre de réglisse.....	

Pour 8 pilules.

DYBERGEM.

Le montant de souscriptions nécessaires pour assurer la publication de "L'Index Médicus" est souscrit. Seule dans la province de Québec, l'Université McGill est au nombre des souscripteurs. Nous espérons que l'Université Laval suivra l'exemple de McGill et souscrira à cette magnifique et indispensable publication.

Du "Bulletin Médical", —C'est depuis janvier 1895 que la connaissance et l'usage du serum antidiphthérique se sont de plus en plus répandus en France ; aussi la statistique accuse-t-elle depuis lors une diminution toujours croissante du nombre des décès par la diphtérie.

Voici les chiffres :

Dans la population de 108 villes de France comptant plus de 20,000 habitants—les seules dont la statistique parvient régulièrement à l'administration centrale, et pendant le premier semestre des sept années antérieures à 1895, c'est-à-dire de 1888 à 1894, le nombre des décès par diphtérie a été de 2627.

Pendant le premier semestre de 1895, ce nombre a été de 904. La diminution est de 65,6 o/o.

La diminution n'est pas seulement continue ; elle est croissante, comme le prouve la statistique par mois. Il serait intéressant de rapprocher le nombre des décès de celui des cas, et l'on devrait pouvoir le faire puisque la diphtérie figure dans la liste dressée par l'Académie de médecine dont la déclaration est obligatoire. Malheureusement l'exécution de la loi se heurte à de nombreuses difficultés et, en tous cas, n'offre pas toujours des données suffisantes pour qu'elle puisse servir de base à un travail statistique.

La diphtérie frappe les campagnes au moins autant que les villes. Il ne serait donc pas téméraire d'évaluer à 15,000 le nombre des existences épargnées annuellement en France par l'emploi du serum antidiphthérique.

Nous lisons dans le "Medical Progress," Il n'y a rien de comparable à la préparation suivante, pour empêcher l'ecchymose de se produire, dans les cas de contusions,

RA.— Mêlez ensemble partie égale de teinture de capsicum minimum et de mélange de gomme arabique, et ajoutez quelques gouttes de glycérine. Appliquez avec un petit pinceau, une couche du mélange sur la partie contusionnée, laissez sécher, puis appliquez une seconde, et même une troisième couche. Si cette application est faite peu après la blessure, la couleur bleue ne se produira pas.

Nous apprenons avec un vif regret que l'atelier de l'un de nos plus estimés confrères, le "National Druggist," de St-Louis, a été totalement détruit par les flammes, dans la matinée du 1 courant, ainsi que l'édition complète de son numéro de décembre, qui était prête à être expédiée à ses nombreux souscripteurs. Son habile secrétaire, H. R. Strong, Esq., a pu cependant par un miracle de travail et d'énergie, faire réimprimer à temps le numéro détruit, et l'expédier à ses abonnés, de sorte que les propriétaires seuls ont eu à souffrir d'un désastre que personne ne déplore plus que nous.

Nous prions le "National Druggist" d'accepter l'expression de notre sympathie, et les vœux que nous formons pour que le malheur qui le frappe, soit promptement réparé. Ce serait une perte vivement ressentie par tous ceux qui s'intéressent à l'art médical, que la disparition d'un journal aussi important à tous les points de vue, que le "National Druggist."

Les gradués de l'Université McGill qui sont établis près de la ville de New-York, viennent de fonder une société scientifique de protection et de secours qui sera connue sous le nom de "New-York graduate Society of McGill University."

Pour honorer la mémoire de Pasteur la ville de Paris a décidé de changer le nom de l'avenue de Vaugirard en celui d'avenue Pasteur. Cette avenue est tout près de l'Institut.

Notre excellent confrère, "The Archives of Pediatrics" entre dans sa treizième année avec son numéro de janvier. Le rédacteur en chef abandonne son poste et est remplacé par le docteur Floyd M. Grandall.

Au nombre des nouveaux décorés en France nous voyons que : M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur et M. le professeur Potain sont créés commandeurs de la Légion d'honneur.

Que M. d'Arsonval et M. le professeur Lancereaux sont créés officiers. Que M. le professeur Lubet-Barbon de Paris est créé chevalier.

Nous offrons nos félicitations empressees aux nouveaux décorés et particulièrement à notre distingué collaborateur M. le docteur Lubet-Barbon.

"The Canadian Medical Association" tiendra sa prochaine assemblée annuelle à Montréal, durant l'été de 1896.

DES ÉMOTIONS VIVES CHEZ LA FEMME ENCEINTE, COMME
CAUSE DE LA MONSTRUOSITÉ

J'ai appris, par hasard, que certains confrères m'attribuaient la paternité de l'article paru sous ce titre dans le numéro de novembre de "La Clinique", et qu'ils étaient, à juste titre étonnés, pour ne pas dire plus, que j'aie déjà rencontré tant d'exemples de ces cas rares dans ma pratique encore jeune.

Je tiens à les désabuser. N'ayant pas encore trente ans, je ne saurais avoir à mon crédit une expérience de quarante années et plus.

Non, qu'on se rassure, je ne suis pas le père, mais bien tout au plus frère aîné de cet article, dont mon père est l'auteur.

ADELSTAN DE MARTIGNY.

Nous lisons dans le "St-Louis Medical and Surgical" qu'à une récente assemblée du congrès pénitencier international, la discussion a porté sur le meilleur moyen de protéger la société contre les criminels irresponsables, ou ceux qui ont été reconnus mentalement irresponsables de leur crime, au moment où il a été commis. Après discussion, les résolutions suivantes ont été adoptées : 1o. Des asiles spéciaux ou un département spécial, dans un asile d'aliénés, devaient être construits, pour y incarcérer les criminels qui ont été acquittés, ou dont la sentence a été suspendue par la cour, en raison du dérangement de leurs facultés mentales ; 2o. Ces irresponsables ne peuvent être libérés que par l'autorité judiciaire administrative, sur recommandation de l'autorité médicale.

D'après le recensement des Etats-Unis d'Amérique, sur chaque 10,000 la mort serait causée une fois par les calculs, 35 fois par l'albuminurie, 40 fois par les fièvres, autres que les fièvres typhoïdes, 59 fois par le rhumatisme, 70 fois par la scrofule, 130 fois par le cancer, 140 fois par l'apoplexie, 148 fois par la coqueluche, 160 fois par la dyssentérie, 190 fois par la méningite, 220 fois par la scarlatine, 246 fois par les fièvres intermittentes, 250 fois par les convulsions, 310 par les fièvres typhoïdes, 750 fois par les maladies de cœur, 480 par la diphtérie, 880 par la diarrhée, et 1420 fois par la phthisie pulmonaire. Sur ce nombre 2210 sont dues à la phthisie pulmonaire, aux fièvres typhoïdes et à la diphtérie, que l'on peut prévenir par l'hygiène, et si l'on ajoute à ces maladies, la coqueluche, la dyssentérie, la scarlatine et la diarrhée, nous verrons qu'au-delà du tiers des morts pourraient être prévenues par des mesures sanitaires.

(" Canadian Practitioner ")

On admet maintenant les femmes aux facultés de Médecine et de pharmacie de Buda-Pest. Elles ont aussi le droit de prendre leurs diplômes et de pratiquer la médecine et de tenir pharmacie,

M. Phillip Miall écrit au "Brit. Medical Journal" qu'une solution concentrée de tannin, préparée en faisant dissoudre au moyen d'une douce chaleur une once de tannin, dans six dragmes d'eau, soulage immédiatement et améliore l'état des corps mous, situés entre les orteils, ou sous la plante des pieds, si on l'applique "loco dolendi", une couple de fois par jour, après avoir bien lavé les pieds.

(" Medical Brief ").

Du "Journal of Materia Medica" :

Francis Mellon, qui vient de mourir à l'hôpital de Blackwell Island, a pu vivre trente ans avec un clou dont une partie, après avoir perforé le crâne, était logée dans le cerveau. L'autopsie seule a révélé la présence de ce clou, qui n'avait jamais incommodé Mellon pendant sa vie. Le crâne, avec le clou qui le traverse, forme aujourd'hui partie du musée de l'hôpital de Blackwell Island.

Il résulte de la statistique du Dr Groenberch, de Copenhague, qui embrasse 192 cas de végétations adénoïdes du nasopharynx, opérés en 1892, que 13 par 100 des patients étaient atteints d'incontinence nocturne d'urine. Sur les 23 derniers malades opérés, 12 furent guéris immédiatement ou peu de temps après l'opération, d'une incontinence nocturne d'urine, qui existait depuis plusieurs années, 5 furent notablement améliorés, 2 légèrement, et un était encore sous observation neuf jours après l'opération. Dans trois cas seulement, l'opération n'eut aucun résultat. Suivant l'auteur, l'embarras de la respiration nasale aurait une influence incontestable sur l'incontinence nocturne d'urine, qui diminuerait quand la respiration nasale s'améliore, et augmenterait quand la respiration devient plus gênée. Il est donc très important d'examiner le pharynx des enfants qui mouillent leur lit, la cause la plus fréquente de l'incontinence nocturne d'urine étant les végétations adénoïdes du nasopharynx.

(" Medical Bulletin ")

Gurit de Berlin donne la statistique suivante pour les cinq dernières années écoulées. Sur 201,224 cas d'anesthésie par le chloroforme, il y a eu 88 morts, soit 1 pour 2,286. La statistique pour l'anesthésie par l'éther n'est donnée que pour les années 1893-94, et 1894-95, durant lesquelles on a donné l'éther à 27,490, le nombre des morts ayant été de sept, soit 1 sur 3,927. Le chloroforme et l'éther combinés ont été donnés à 10,162 avec un seul cas de mort. Le chloroforme, l'éther et l'alcool à 5,744, avec aussi un seul cas de mort. Le bromure d'éthyle 8,967, deux morts, et le pental 631 et 3 morts. Ces dernières statistiques ont, croyons nous, peu de valeur, en raison du petit nombre de cas sur lesquels elles sont basées.

En vertu de sa nouvelle charte, l'université de Durham est aujourd'hui autorisée à conférer des diplômes aux femmes.

Les abcès qui se forment sur une partie ordinairement découverte de la peau laissent souvent, en s'ouvrant, une cicatrice particulièrement désagréable, pour les jeunes filles surtout. Depuis assez longtemps les abcès froids ont été traités par l'aspiration et l'injection subséquente d'un liquide antiseptique. Le Dr Riéchaud, de Bordeaux, vient d'inaugurer le même traitement pour les abcès chauds ou aiguës. Au lieu de l'incision classique, il pratique l'aspiration du pus, au moyen de l'aspirateur ordinaire, puis il injecte dans le foyer, soit une solution d'acide phénique à un pour cent, soit une émulsion d'iodoforme à dix pour cent. D'après le Dr Riéchaud, qui a ainsi traité un assez grand nombre de malades, la guérison serait plus rapide, le procédé moins douloureux, et la cicatrice à peine perceptible.

Convaincu que l'Eczéma est de nature parasitaire, le Dr Zeisler recommande l'emploi des germicides, dans les manifestations diverses de cette maladie, et affirme que même ses variétés les plus rebelles cèdent d'ordinaire à un traitement bien conduit. Il recommande en particulier le mélange de Cutler, composé de parties égales de chloral, d'iode et d'acide carbolique que l'on peut incorporer à la vaséline, en différente proportion, suivant les cas. La créoline est aussi, quelquefois, très utile.

(" Montreal Med. Journal ").

L'"Apotheker Zeitung" met les médecins en garde contre la gaze iodoformée, qui se trouve aujourd'hui assez souvent dans le commerce, et qui, lieu de contenir 25/100 d'iodoforme, comme on le prétend, en contient à peine 1/6/100, ce qui dans certains cas peut avoir un effet désastreux pour le patient. Cette gaze, qui est d'une belle couleur jaune brillant, est colorée avec l'aurantine, et rien dans son apparence ne peut faire soupçonner la fraude. Pour s'en assurer, il suffit d'agiter la gaze suspecte dans une certaine quantité d'eau tiède. L'aurantine se dissout et colore l'eau en jaune.

(" Medical Age ")

Six mille médecins ont assisté à la dernière réunion de la " British Medical Association."

avoir vidé la vessie et au besoin débarrassé le rectum, il est de première nécessité de mettre le sujet dans une position telle que la glande soit, pendant le toucher, comprise entre la pulpe du doigt explorateur et un plan résistant de situation fixe, tel, dans l'espèce, que la face postérieure de la symphyse pubienne. Suivant l'usage de son maître Reliquet, M. Guérol a fait placer le sujet dans l'attitude dite "à quatre pattes", le siège élevé, la tête venant au contact du plan du lit.

L'hypertrophie passagère et guérissable que l'on observe chez les jeunes gens se retrouve chez les vieillards où, par suite du mauvais état local

des tissus, elle acquiert sa gravité et sa ténacité. La prostate longtemps dilatée, longtemps enflammée, ne peut plus revenir sur elle-même ; elle est sclérosée. M. Guépin rappelle ici la pathogénie de cette sclérose qu'il considère comme la cause la plus ordinaire du développement pathologique de la prostaté chez le vieillard, de la prostate sénile (Reliquet) avec toutes ses conséquences.

Après une série de considérations sur la marche du processus sclérogène et les causes qui favorisent son développement, l'auteur résume son étude en ces lignes :

L'hypertrophie sénile de la prostate, la prostate sénile, reconnaît ordinairement pour cause première la stagnation des sécrétions dans les glandes prostatiques. Elle est caractérisée, anatomo-pathologiquement parlant, par une " sclérose périglandulaire qui aboutit à la déchéance fonctionnelle des muscles propres de la glande. La sclérose est favorisée dans son développement avant tout par l'âge ; puis par le tempérament ; enfin, par les désordres génitaux, les excès de toutes sortes, en un mot, soit par ce qui congestionne habituellement le petit bassin, soit aussi par ce qui provoque une suractivité anormale de la glande, surtout par ce qui agit dans les deux sens à la fois. Viennent en dernier lieu la bonne chère, la constipation, la stagnation d'urine, dont l'auteur a expliqué le mode d'action et apprécié la valeur dans la pathogénie de la sclérose prostatique.

Le médecin ou le chirurgien étant appelé auprès d'une patiente en train d'avorter, quelle conduite doit-il tenir ? Telle est la question que résoud d'une façon pratique M. le Dr Jacob, dans un de ses entretiens gynécologiques (1). Si l'on peut acquérir rapidement la certitude que l'enfant est mort, on s'abstiendra de s'opposer par un moyen quelconque à sa sortie. Au delà de 4 mois de grossesse, l'absence de bruits cardiaques, de mouvements actifs du fœtus seront des signes certains de la mort. Avant le terme de 4 mois, il est difficile d'avoir la certitude de la mort de l'enfant. On se basera sur la cessation brusque des phénomènes sympathiques de la grossesse, l'arrêt de développement du ventre, la montée laiteuse. S'il y a eu écoulement de liquide, on s'assurera immédiatement de sa nature, sanguine ou aqueuse. On examinera soigneusement les lignes, les lites, les caillots ; la température pourra renseigner sur l'état de l'œuf. En cas de rupture, il a perdu toute résistance. Les contractions utérines qui suivent la rupture sont un signe pathognomonique.

De légères hémorragies, la dilatation du col, les douleurs et même l'engagement partiel de l'œuf n'indiquent pas absolument un avortement inévitable.

Le médecin considérera " a priori " l'avortement comme évitable, quand le fœtus n'est pas mort et que le sac n'est pas rompu. Il cherchera alors, malgré tout, à empêcher la fausse couche, sans se préoccuper des dires du marade ou de l'entourage.

La patiente sera mise au lit dans l'immobilité la plus complète. La toux, les vomissements, le hoquet seront calmés, s'il y a lieu ; les dou-

leurs utérines violentes seront combattues par une injection de 2 centigrammes de morphine. On rassurera la malade et on lui épargnera toute cause d'émotion. Un grand lavement d'eau tiède sera pratiqué dans l'intestin et rendu dans le decubitus dorsal, puis un petit lavement contenant XX gouttes de laudanum. Dans les cas graves, les lavements laudanisés pourront être répétés toutes les deux ou trois heures, même après que tout sera rentré dans l'ordre. On veillera à amener tous les matins l'évacuation de l'intestin par un lavement à l'eau glycéroinée. Vu l'action calmante de l'antipyrine sur les contractions utérines, on peut l'associer aux lavements de laudanum contenant 1½ gr. d'antipyrine pour XX gouttes par lavement, que l'on renouvellera deux fois à une heure d'intervalle et même, au besoin, toutes les deux ou trois heures.

On a vanté les heureux effets du viburnum, qui serait plus inoffensif que le laudanum et l'antipyrine. On le prescrit en potion

Extrait fluide de viburnum.....	4 à 6 gr.
Sirup d'écorces d'oranges.....	5 —
Eau distillée.....	90 —

A prendre en quatre fois en diminuant progressivement la dose.

M. Jacob a obtenu de beaux résultats depuis plusieurs années par l'emploi de "l'extrait fluide d'*hyarastis canadensis*", à la dose de XX à XXX gouttes trois à quatre fois par jour, dans de l'eau, du lait ou du Malaga.

Dans "l'avortement inévitable", il s'agit pour le praticien d'aider la sortie de l'œuf hors de l'utérus.

La fausse couche, qui a lieu pendant les deux premiers mois et qui, souvent inaperçue, s'accompagne dans quelques cas par une hémorrhagie plus ou moins abondante, sera traitée par le repos au lit et quelques soins aseptiques locaux anti-infectieux. Après l'expulsion, on fera une injection vaginale à la formaline ou au sublimé, et pour prévenir tout déplacement ultérieur de l'utérus, on forcera l'accouchée à rester sept à huit jours dans le decubitus dorsal.

Il arrive parfois que, par suite de trop grande rigidité du col, l'œuf ne parvienne pas à le franchir tout à fait ; le praticien doit alors favoriser au plus tôt son expulsion complète, en employant, d'après M. Jacob, l'injection hypodermique de ½ à 1 c. c. d'ergotamine.

Contrairement à l'opinion de Cordès, la quinine, selon lui, n'agit que dans les cas d'avortement lent et ne peut guère être prescrite qu'à titre d'essai, à la dose de 50 centigrammes toutes les heures.

Dans les formes graves, rebelles aux différents moyens thérapeutiques, on aura recours aux irrigations vaginales chaudes et au tamponnement vaginal. Les irrigations seront faites avec de l'eau bouillie de 40 à 50o dans le decubitus dorsal, le siège légèrement relevé.

Le tamponnement au moyen de boulettes de coton hydrophile, de gaze stérilisée ou antiseptisée, sera maintenu en place vingt-quatre heures. En général, on trouve l'œuf dans le vagin, quand on procède à l'enlèvement. Parfois, mais exceptionnellement dans les trois premiers mois, le fœtus est entraîné, mais les enveloppes restent dans la cavité ; l'avorte-

ment a lieu ainsi exceptionnellement en deux temps ; à partir du 4e mois, les deux temps deviennent la règle, ce qui explique sa lenteur, les hémorragies plus considérables et les chances plus grandes d'infection. Aussi le traitement devra-t-il être énergique d'emblée.

Dès le 5e mois, l'avortement ressemble à un accouchement à terme ; il a lieu normalement en deux temps ; mais la rétention prolongée des annexes est chose rare. En cas d'hémorragie, le tamponnement du vagin s'impose.

Les femmes qui ont avorté réclament absolument les mêmes soins qu'après les couches : vulve à l'abri des infections extérieures par une bande de coton stérilisée, changée souvent ; surveillance de la température, purgatif lors de la montée du lait ; nourriture de digestion facile. Décubitus pendant une huitaine au moins.

La rétention des annexes pouvant amener des dangers d'une très grande gravité, que faut-il faire ?

Contre l'hémorragie produite par la rétention placentaire, M. Jacob emploie les irrigations intra-utérines chaudes (50°) d'eau stérilisée, de 6 à 10 litres, répétées toutes les deux heures. Y a-t-il apparence de septicémie, une légère solution de sublimé trouvera son indication. Peu partisan du tamponnement vaginal devant l'obligation d'agir promptement, le savant gynécologue de la polyclinique recommande chaudement l'emploi méthodique, réglé, de la curette, à laquelle il a consacré en 1903 une étude. "Mieux vaut prévenir, dit-il, que de réprimer." Nous sommes de cet avis.

— "Gazette Médicale de Liège."

Depuis peu d'années seulement, on a réussi à préciser cette entité morbide, résultat de la civilisation avancée, connue sous la dénomination de neurasthénie.

Le diagnostic de cette nouvelle affection n'est pas sans offrir quelques difficultés. Il est compliqué d'une agglomération de symptômes que le malade expose pêle-mêle et sans méthode, en même temps que d'une association de phénomènes avec des maladies organiques du cerveau et de la moelle, qui empêche une exacte délimitation entre des affections communes.

Pour jeter un peu de lumière sur cette confusion possible, nous empruntons à une revue de neuropathologie, publiée par "l'Indépendance Médicale", les principaux points de repère suivants :

1. La céphalée neurasthémique.—Ce premier symptôme est des plus fréquents et des plus pénibles : le malade éprouve la sensation d'un casque lourd et étroit qui lui enserre la tête, surtout en arrière (casque neurasthémique) ; il se plaint d'un étai circulaire, d'un cercle de fer, d'un bandeau de métal, d'une bague énorme, d'une calotte de plomb avec resserrement douloureux de la tête ; d'autres fois, la sensation est celle d'une plaque douloureuse dans l'occiput ou sur le front. Elle est généralement diurne et peut se localiser à un seul côté.

Elle est parfaitement distincte de la céphalée syphilitique, beaucoup

plus violente, localisée au sommet de la tête, accompagnée ordinairement d'accidents spécifiques, atteignant son maximum d'intensité pendant la nuit ; de la névralgie faciale caractérisée par une douleur beaucoup plus vive, siégeant sur le trajet des branches nerveuses ; de la migraine nallatérale avec vomissements et phénomènes oculaires propres ; enfin, de la céphalée urémique, facile à distinguer par l'analyse des urines.

2. L'insomnie ou mieux les troubles du sommeil, avec visions pénibles, cauchemars, rêves fatiguants, ou bien somnolence, tantôt nocturne, tantôt diurne, laissant de l'accablement au réveil. Ce symptôme n'est nullement pathognomonique, mais peut aider à découvrir la cause de l'insomnie persistante, surtout quand celle-ci est survenue à la suite d'excès de travail ou de chagrins profonds.

3. La rachialgie ou hyperesthésie spinale.—endolorissement de la colonne et des téguments qui la recouvrent ; pression douloureuse au niveau des apophyses épineuses, surtout à la région supérieure supérieure de l'axe vertébrale (plaque cervicale de Charcot) et à la région sacrée (coccydinie de Beard) ; d'autres fois, brûlure, picotement, fourmillement, ecoubature.

4. Les vertiges.—Très fréquents, tantôt sous forme d'un simple étourdissement, tantôt d'un véritable vertige plus ou moins intense, tantôt d'un état vertigineux permanent ; diffère du vertige de Ménière en ce qu'il est rarement accompagné, comme celui-ci, d'entraînements et d'impulsions brutales, violentes, et de la sensation horrible d'une chute dans la terre entrouverte comme une trappe de théâtre.

5. Un anéantissement profond, un état d'esprit tout particulier résultant de la déchéance fonctionnelle du système nerveux, un facies et un habitus déprimés.

6. Enfin, on rencontre encore dans la neurasthénie un ensemble de symptômes communs à une foule d'autres maladies, savoir : dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hypo-chlorhydrie ; diminution de la puissance génitale précédée d'une période d'hyperexcitabilité ; troubles de la sensibilité générale et des sens spéciaux ; troubles de la circulation générale se traduisant par des palpitations ou des accès d'angine de poitrine ; enfin, troubles vaso-moteurs périphériques.

Se basant sur l'ensemble des symptômes ci-dessus, il serait difficile de confondre la neurasthénie avec la mélancolie, l'hypocondrie, l'anémie, la chlorose, l'atrophie musculaire progressive, le goître exophtalmique.

Quant aux maladies qui peuvent prêter à la confusion, ce sont :

1. La paralysie générale, bientôt appréciable par les conceptions délinquantes, les idées de grandeur et de persécution, la perversion du sens moral, l'inégalité permanente des pupilles, l'anosmie, les troubles de la parole, de l'écriture, de la mémoire.

2. Les tumeurs cérébrales, au sujet desquelles l'hésitation n'est pas durable, dès que des signes de compression cérébrale apparaissent (névrite optique, paralysie des nerfs crâniens).

3. L'ataxie locomotrice, où l'on observe l'abolition des réflexes, des troubles pupillaires, le signe d'Argyll-Robertson, l'atonie gastro-intesti-

nale, une démarche particulière, ainsi que les troubles moteurs de la maladie de Duchesne.

4. La myélite chronique subaiguë, avec asthénie, abolition des réflexes, atrophie musculaire, troubles tropiques de la peau, troubles de la vessie et du rectum.

5. Les phobies.—On les considère, soit comme symptômes, soit comme complications, soit enfin comme des entités morbides ayant un caractère propre. Gelineau établit une différence notable entre le phobique et le neurasthénique.

MONTRÉAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

La sixième séance régulière de la société a eu lieu le 27 décembre, à 8.30 heures.

Les docteurs N. E. Chevalier, de Saint-Jean, P. Q. et F. X. de Martigny, de Montréal, ont été élus membres.

Le docteur J. G. Adami présente des spécimens.

Le docteur James Bell présente une vessie à compartiments et fait l'historique du cas.

La discussion sur le cancer, ajournée à la dernière séance, est reprise.

Le docteur Buller parle du cancer en général et de celui de l'œil en particulier. Pour lui, le cancer est une maladie parasitaire et contagieuse.

Le docteur Rodčick se rattache à l'opinion que le cancer est d'abord une maladie locale et que si on a le soin d'opérer à bonne heure, on peut avoir guérison complète. L'irritation et surtout une irritation souvent répétée peut amener le développement du cancer. C'est ce qu'on voit souvent dans le cancer de la lèvre, dit cancer des fumeurs.

Il dit que le cancer se rencontre aussi plus fréquemment chez les pauvres que chez les riches et que les rechutes sont beaucoup plus fréquentes chez les premiers que chez les seconds. L'hérédité joue aussi un grand rôle. Pour lui, le cancer est de nature parasitaire et il est tout porté à croire qu'il est contagieux. Il cite le fait de quatre personnes n'ayant aucun rapport de parenté qui ont habité la même chambre les uns après les autres et qui, les uns après les autres, ont eu des cancers.

Dans le cancer de la langue, on doit opérer toujours; quelquefois il suffit d'enlever la moitié de la langue seulement. Il préfère l'écraseur au couteau et croit par ce moyen éviter les accidents de septicémie plus facilement. On doit nourrir les malades par le rectum pendant plusieurs jours, de crainte, en les nourrissant par la bouche, de suite après l'opération, d'infecter la plaie.

Dans les cancers du sein, on doit toujours opérer et répéter l'opération quatre, cinq fois ou plus. Toutes les tumeurs du sein douteuses doivent être enlevées immédiatement. On doit faire la toilette du creux axillaire. Dans tous les cas il faut faire la désarticulation du bras, où, parce que tout est pris, il vaut mieux laisser faire la nature et ne pas intervenir.

L'âge est aussi à considérer. Chez les vieillards il ne faut pas opérer parce que le choc opératoire et le chloroforme peuvent faire mourir le malade.

Sh William Hingston. — Le cancer est une maladie malheureusement trop commune. Il est contagieux et non héréditaire, car en invoquant l'hérédité, on va du père au grand-père et ainsi de génération en génération jusqu'au commencement des siècles. C'est le cancer du sein qui se rencontre le plus fréquemment. Il est contre l'école qui conseille d'opérer toutes les tumeurs du sein. Il a plusieurs malades qui sont en parfaite santé ayant aux seins des petites tumeurs qui remontent à 25 ou 30 ans. Il faut opérer quand on est bien convaincu que la tumeur est cancéreuse et opérer encore et encore 5, 6, 7 fois ou plus au besoin. Il ne voit pas la nécessité de faire la toilette du creux axillaire, car les lymphatiques allant de gauche à droite et de droite à gauche, on ne peut tous les enlever, et que, d'ailleurs, le cancer récidive toujours dans la cicatrice et non dans les glandes lymphatiques. Dans les cancers de la langue, il ne voit pas la nécessité d'enlever toute la langue ou même la moitié, un seizième suffit ordinairement. Dans le cancer du rectum, l'utilité de l'opération est bien démontrée et l'on peut enlever plusieurs pouces du rectum sans grands désavantages pour les malades. Il n'est pas contre l'emploi des caustiques. La potasse caustique donne de bons résultats, principalement dans les cancers de la face.

Le docteur Adami dit que le cancer n'est pas une maladie parasitaire et pas contagieuse, et que les cas rapportés sont des cas si rares dans la science, que ce sont plutôt des coïncidences que des cas de contagion.

Le docteur C. T. Martin dit que chez les animaux il est très difficile de distinguer au microscope le cancer de l'inflammation.

Le docteur F. S. Sheppard admet que dans certains cas rares les caustiques peuvent rendre des services; on doit les réserver presque exclusivement aux cancers de la face. Il est contre l'emploi du nitrate d'argent ou de l'acide nitrique.

Le docteur Armstrong soutient que toutes les tumeurs du sein doivent être opérées et que le docteur Hingston prend une très grave responsabilité en laissant des femmes avec des tumeurs du sein sans les opérer.

Le docteur Bell est de l'opinion du docteur Armstrong et dit qu'il faut toujours opérer les tumeurs du sein; il croit que l'hérédité joue un rôle prédominant dans le cancer.

Le docteur L. Smith dit que les cancers de l'utérus doivent être opérés à bonne heure et avec toute l'aseptie et antiseptie imaginable. Le meilleur mode d'opération des cancers de l'utérus est l'opération avec le galvano-cautère. Ce moyen supprime l'hémorrhagie, est aseptique, et l'électricité paraît avoir un effet destructif sur les microbes du cancer. Que d'après les statistiques des médecins américains, les récidives seraient moins fréquentes en employant ce mode d'opération.

Le docteur Proudfoot rapporte deux cas de guérison de cancer de la face à l'aide de la potasse caustique et croit que dans les cancers de la figure, presque toujours, les caustiques sont supérieurs au bistouri.

La séance est levée à 11,30 heures p. m.