

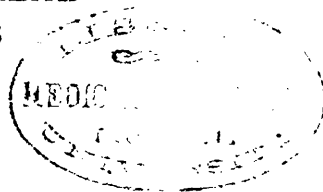
MONTREAL-MEDICAL

REVUE MENSUELLE D'HYGIÈNE; DE
THÉRAPEUTIQUE, DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE PRATIQUE

TOME TROISIÈME

MONTREAL

1903



MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 MARS 1903

No 1

A NOS LECTEURS

Multa paucis

Le MONTREAL-MÉDICAL, à l'aurore de cette troisième année, profite de l'occasion pour remercier ses lecteurs de leurs sympathies agissantes et des paroles trop élogieuses d'un certain nombre à notre adresse, pour l'œuvre médico-scientifique que nous nous efforçons d'accomplir.

Encouragé par ces témoignages de hautes considérations qui nous donnent une vie plus active, nous continuerons à marcher dans la même voie et à faciliter la tâche du praticien en lui présentant la solution des différents problèmes de la science sous la forme la plus claire, la plus méthodique, la plus condensée et la plus agréable possible, afin de pouvoir connaître *multa paucis*.

Fidèle aux principes de notre début, nos colonnes sont fermées à toutes coteries et à toutes discussions d'intérêt personnel, mais largement ouvertes, pour l'étude des intérêts généraux de notre profession, à tous les confrères qui veulent apporter une pierre fondamentale à la formation d'une littérature scientifique, médicale et nationale. Celui qui nous instruit est notre collaborateur.

LA RÉDACTION.

L'EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE ¹

PAR SIR WILLIAM HINGSTON, F. R. C. S.

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Ce fut pour moi un devoir d'accepter votre gracieuse invitation, et c'est maintenant un plaisir de vous remercier de la faveur que vous me procurez de prendre la parole en présence d'un auditoire aussi distingué, réuni pour rendre hommage aux vénéreux donateurs de ce splendide édifice.

Je ne crois pas que mon nom seul avec ses perfections ou ses imperfections, soit la seule raison de cet honneur ; j'attribue plutôt votre choix au fait que depuis 42 ans j'ai consacré tous mes efforts aux travaux d'enseignement clinique auquel cette magnifique bâtisse est destinée.

Après bien des modifications apportées à l'instruction médicale, les études cliniques doivent encore occuper la première place. Plus les événements enrichissent mon expérience plus je suis convaincu du rôle excessivement important des cliniques et du mode de perfectionnement qu'on ne saurait trop apporter.

Si nous remontons à la naissance de cette partie de la science médicale, et si nous regardons autour de nous dans cette cité reine de l'Ouest, les facilités d'études, et les améliorations que vous faites chaque jour à l'enseignement, nous pourrions constater le chemin parcouru, l'immense progrès réalisé.

Depuis que la race humaine a commencé à souffrir, c'est-à-dire, depuis qu'elle existe, la médecine et la chirurgie ont été pratiquées; nous possédons encore certains traités des écoles de médecine de la Grèce et des Iles Ioniennes, ainsi que les grands principes immortels d'Hippocrate enseignés à Athènes 250 ans avant l'ère chrétienne. En ce temps là, la médecine n'était pas considérée comme une étude assez importante pour occuper toute une vie, et le médecin était en même temps philosophe, physicien et souvent théologien.

(1) Discours prononcé à Chicago lors de l'inauguration de l'hôpital Clinique de Senn.

Ces différentes études, plus spéculatives que pratiques, donnaient au médecin un tempérament particulier qui l'élevait bien au-dessus des considérations matérielles. L'observation continuelle des malades ne tarda pas à révéler à ces travailleurs à l'esprit ouvert à tous les sujets des secrets pratiques d'une haute valeur. C'était la naissance de la clinique. Mais quelle est l'origine du mot clinique? C'est une expression dérivée du mot grec: *Klinikos* le *klino*—être couché. C'est au lit des malades que les dieux de la médecine, la célèbre famille des *Asclepiade*, ensuite *Hippocrate*, puisèrent leurs premières notions dans l'art de reconnaître les maladies et de les traiter. Les recherches anatomiques commencèrent plus tard, et la chimie ou plutôt la science occulte des alchimistes apparut après. La physiologie, qui jusqu'à cette époque était demeurée stationnaire, devint le sujet d'étude de ces esprits observateurs qui appliquèrent à la médecine leurs nombreuses connaissances philosophiques et physiques. Platon fut frappé de la lenteur des progrès de notre art et décrit dans un dialogue entre *Phèdre* et *Socrate*,¹ les nombreuses qualités que devrait posséder un médecin pour être utile à l'humanité; plus loin² il ajoute: "Les docteurs deviendraient plus habiles s'ils commençaient plus tôt leurs études, non seulement touchant l'art de guérir, mais concernant l'état des personnes en santé et des malades, même si, n'étant pas trop robustes, ils souffraient de temps à autre de différentes affections". Lorsque *Glaucus* lui demande si les médecins sont nécessaires à la société, il répond comme nous répondrions aujourd'hui: "Oui! les bons" et quand on lui demande: "Où sont les bons?" il nous laisse à penser que ce sont ceux qui, dès leur enfance, ont vu, observé et étudié la plus grande variété de maux qui affligent le genre humain. Près de seize siècles se sont écoulés et les paroles de *Socrate* n'ont pas vieilli, tellement la vérité est immuable et immortelle. Durant plusieurs siècles le progrès de la science médicale fut à peine sensible. Au temps de *César* et de *Cicéron* le soin de traiter et de guérir les malades était laissé aux esclaves, mais c'étaient des esclaves grecs. Au moyen-âge, chez certains peuples arrivés à l'apogée de leur grandeur, l'instruction recevant plus d'attention, l'enseignement médical prit un

(1) Livre (III) sur la République 108 lettres P. et E.

(2) Livre (IX) de la loi, parag. 410, lettres P. et E.

nouvel essor. Plusieurs universités, plusieurs écoles de médecine furent fondées en Espagne, à Séville, Toledo, Cordova, etc. Mais on était loin d'atteindre la perfection des Grecs, et dans ces somptueux édifices universitaires on négligeait le plus important des cours, l'étude des cliniques. L'exemple donné par l'Espagne fut suivi en France et en Italie; au treizième siècle, l'instruction médicale consistait en longs cours didactiques multipliés, où les professeurs enseignaient des vérités douteuses en formules malades et en propositions variables. C'était le début sombre d'une science qui portait en elle-même de lumineuses révélations, qui nous éblouissent aujourd'hui. L'on n'avait pas encore découvert la circulation du sang, l'on se perdait dans de savantes discussions sur l'anatomie, et les notions les plus élémentaires de physiologie étaient inconnues; en thérapeutique l'empirisme régnait en maître, et la théorie fataliste était érigée en système. L'instruction pratiquée au lit des malades était encore ignorée. N'est-il pas étonnant et incompréhensible de voir qu'au commencement du 15ème siècle, alors que les travaux des auteurs grecs circulaient en grand nombre, qu'il fallait attendre encore deux cents ans avant de voir renaître l'enseignement pratique et clinique auprès des malades. Ce qui faisait dire à Pinel que les innombrables controverses avaient occupé beaucoup trop de place dans les études de la médecine; que les intelligences avaient dépensé beaucoup trop d'énergie à classer, grouper et *théoriser* sur tout au lieu d'orienter leurs efforts vers l'observation et le récit d'événements vécus, qui auraient servi de bases aux découvertes que nous pourrions faire si nous avions été aidés par nos prédécesseurs!

En Hollande, au 17ème siècle, apparaissent quelques cliniques; c'est là où l'on trouve Sylvius. Hambourg et quelques autres villes allemandes font de même. Cullen, l'élève de Boerhave, fonde à Edinbourg un enseignement clinique; mais on s'attachait, dit un écrivain, beaucoup plus à de subtiles questions théoriques sur l'organisme, qu'à l'observation raisonnée de l'évolution des maladies dont souffrait les patients. Il faut arriver à Vienne pour retrouver, dans toute sa splendeur, la réapparition si longtemps désirée des leçons pratiques que les savants de la Grèce avaient données bien des siècles auparavant. L'école viennoise fut la première à donner une

instruction clinique dans les murs d'une petite infirmerie d'où sortit plusieurs médecins illustres. D'autres pays suivirent de près l'Autriche et formèrent des savants, non moins célèbres, mais il appartient à l'école de Vienne l'honneur du retour à la simplicité de l'enseignement des Grecs de la science médicale.

Pinel écrivait: "Dans ses démonstrations à l'hôpital, par ses lectures auprès des malades, Vanswieten approche de l'enseignement idéal". C'était à l'hôpital que Starck étudiait et déterminait ce qui constitue une maladie aiguë et une maladie chronique; c'était à l'hôpital que De Haen rendait clair et précis tous les dogmes de la médecine grecque en apparence compliqué et inintelligibles. Stohl, en maître habile, remontant aux causes de différentes affections, perfectionna la classification jusqu'alors suivie. C'était à l'hôpital que Hildrenbrand, retraçant les principaux caractères des maladies, établit les nombreuses influences extérieures (l'air, la température, l'humidité, le climat, etc.) qui en modifiaient la marche. La faculté de Vienne montrait ainsi la voie à suivre pour donner une instruction nécessaire et pratique; son organisation clinique jouissait des considérations et de la confiance de toute la profession médicale. Mais Vienne ne pouvait continuer d'être à la tête d'un aussi grand progrès scientifique. Chez les autres nations la culture des arts et des sciences était parvenue à un trop haut degré de perfection pour croire que la médecine restât seule inactive. La Grande-Bretagne fit tout ce qu'une nation sérieuse et pratique devait faire pour améliorer son éducation médicale au lit des malades. En Irlande apparut Graves et Stokes, pendant que l'Allemagne concourrait largement au progrès de la chirurgie et de la médecine. Aux Etats-Unis, ce pays pratique par excellence, on créait de nombreux départements où l'enseignement était donné par l'observation personnelle. Entre toutes les nations celle qui brilla au premier rang ce fut la France, où plus tard le génie de Pasteur répandit une si vive lumière dans le monde des infiniment petits.

(à suivre)

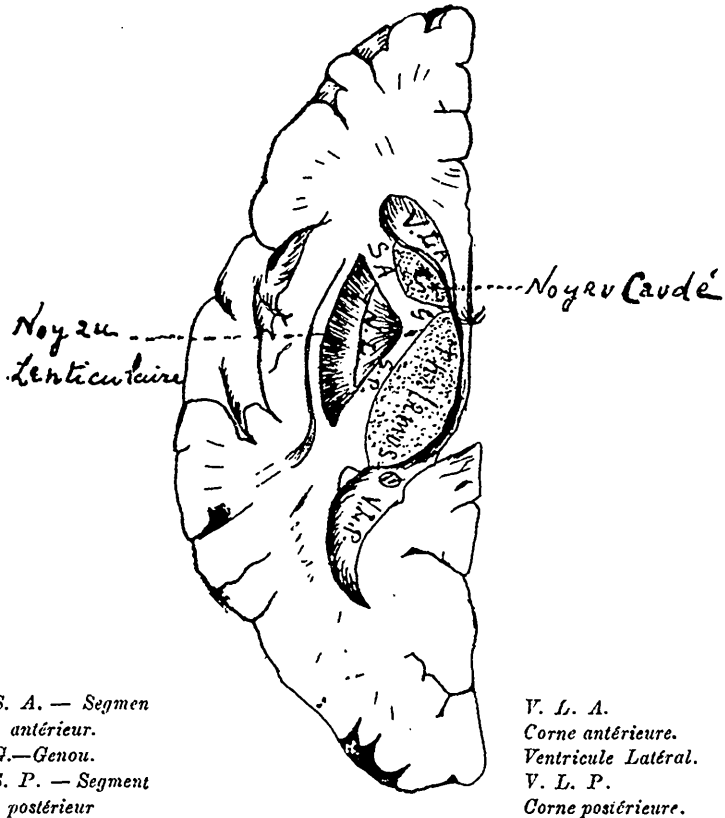
La vie est l'uniformité constante des phénomènes avec la diversité des influences extérieures.—(Treviranus).

QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU.

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

Professeur d'Anatomie à l'Université Laval, à Montréal.

Les cellules qui reçoivent les arborisations terminales des fibres sensibles sont chargées de transmettre à l'esprit les impressions venant de la périphérie. Nous avons déjà vu que ces impressions sont celles du sens tactile, de la chaleur, de la dou-



S. A. — Segmen
antérieur.
G. — Genou.
S. P. — Segment
postérieur

V. L. A.
Corne antérieure.
Ventricule Latéral.
V. L. P.
Corne postérieure.

leur, du sens musculaire, etc., et que la zone sensitive, sans être superposée à la zone motrice, lui correspond d'une manière générale.

Comme lorsqu'il s'est agi de la stimulation des cellules motrices par la volonté, nous nous trouvons encore en présence

d'un phénomène psychologique que nous ne pouvons pas expliquer, tout en étant parfaitement certain qu'il a lieu. En effet, l'âme humaine, du moins sous les circonstances actuelles, ne peut pas prendre connaissance des impressions qui lui viennent des choses matérielles, sans l'aide d'abord des sens, et des terminaisons corticales des fibres sensitives. Je sais que quelques auteurs plus versés dans la métaphysique que dans la physiologie et la pathologie se sont efforcés de démontrer que l'âme perçoit directement les impressions sensitives au moyen des organes extérieurs des sens, comme par exemple pour la vision, l'âme recevrait ses impressions visuelles directement de la rétine.

Si on leur objecte la présence des nerfs optiques et leur connexion bien établie avec le lobe occipital, ils invoquent ce qu'ils appellent l'*afflux* nerveux pour expliquer la présence de ces nerfs, comme s'il fallait tout un appareil très compliqué pour animer seulement la rétine.

Je n'entreprendrai pas à discuter ici cette question, car cela prendrait trop d'espace, et je me borne à affirmer de nouveau que le centre de perception de l'âme est toujours le cortex cérébral.

Le manteau cortical est relié au bulbe rachidien et à la moëlle épinière par des fibres qui passent à l'intérieur de l'hémisphère en se dirigeant vers sa partie interne et inférieure, et qui s'appellent les *fibres à projection*. Dans leur trajet elles se mêlent aux fibres commissurales et d'association et forment ainsi cette masse de substance blanche qui porte le nom de *centre ovale*.

Autour de la grande circonférence du noyau lenticulaire, ces fibres à projection constituent un faisceau compact que l'on a comparé à un éventail largement ouvert, dont les rayons convergeraient vers le noyau, disposition qui a fait donner au faisceau en question le nom de *couronne rayonnante*.

Les fibres constitutives de la couronne prennent diverses voies pour se rendre à destination, et pour cette raison, on les a divisées en faisceaux spéciaux ou *segments*. Le chemin que ces segments doivent suivre n'est pas une route très large, car il faut ce rappeler que du côté interne et inférieur de l'hémisphère, se trouvent deux ganglions, le corps strié, avec le noyau caudé et le noyau lenticulaire et la couche optique. Entre ces

ganglions et ces noyaux, la voie est très étroite précisément comme le chenal du St-Laurent se rétrécit parfois en passant entre les îles, et ce lieu de passage porte le nom plus ou moins approprié de *capsule interne*.

Étudiée sur une coupe horizontale du cerveau pratiquée au niveau de la partie inférieure de l'hémisphère, la capsule interne se présente sous la forme de deux faisceaux ou segments qui s'unissent de manière à former un angle dièdre, appelé le genou. Le segment antérieur est court et large, le segment postérieur est plus étroit et plus long.

Étudions maintenant les rapports de la couronne rayonnante avec la capsule interne.

Le segment antérieur de la couronne est tributaire du lobe frontal (faces externe, interne, inférieure et extrémité antérieure), ses fibres passent par le segment antérieur de la capsule et servent à relier les régions précitées avec les noyaux opto-striés, et avec la protubérance. Outre celles-ci, le segment antérieur de la capsule renferme des fibres qui servent à relier entre eux les noyaux du corps strié et la couche optique.

Le segment moyen de la couronne rayonnante contient les fibres qui proviennent des circonvolutions rolandiques et de la partie adjacente des circonvolutions frontales et pariétales, du lobule paracentral et de la partie moyenne de la circonvolution du corps calleux. Les fibres étudiées dans la capsule interne ne se groupent pas ensemble, car celles qui descendent de l'opercule rolandique, et du quart inférieur des mêmes circonvolutions se trouvent dans le genou et constituent plus bas le *faisceau géniculé* dont les fibres se terminent autour des noyaux des nerfs crâniens. Le genou contient en outre des fibres cortico-thalamiques et lenticulo-thalamiques. Selon Déjerine, quelques fibres provenant du lobe orbitaire s'y trouvent aussi ; ces dernières, cependant, s'épuisent dans le locus niger ou dans la région sousthalamiques.

Les fibres des autres régions que nous venons de nommer occupent les deux-tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule, mais elles ne se rendent pas toutes au péduncule cérébral, car bon nombre d'elles se terminent autour des cellules de la couche optique ou du noyau rouge.

Les fibres que je viens de décrire, c'est-à-dire celles qui se trouvent dans le genou et la partie antérieure du segment pos-

térieur de la capsule proviennent, en grande partie, des cellules motrices du cortex et ce sont celles-ci qui forment des faisceaux. Tant qu'aux fibres sensitives, qu'elles se soient renouvelées dans la couche optique ou non, comme le fait remarquer Déjerine, elles ne constituent pas, comme on le croyait autrefois, un faisceau sensitif dans la partie postérieure du segment postérieur, mais elles se "mélangent intimement dans ce segment avec les fibres motrices pour aller s'arboriser dans les territoires corticaux."

Appliquons maintenant ces données anatomiques à la pratique.

D'abord, une lésion intéressant les trois-quarts antérieurs du segment antérieur de la capsule, ne donnera pas lieu à un trouble moteur appréciable, car les fibres de cette région servent surtout aux communications cortico-thalamiques.

Par contre, lorsque le genou et la partie adjacente du segment postérieur sont lésés, il se produit aussitôt une paralysie de la face et de la langue du côté opposé. La paralysie faciale est rarement complète comme celle qui s'observe lorsque le nerf facial est affecté à sa sortie du trop stylomastoïdien, mais elle existera toujours à un degré plus ou moins prononcé. Si la lésion siège du côté gauche, il y aura aussi une aphasie motrice, car on sait que le centre de la parole articulée est unique et unilatérale. D'un autre côté, si la lésion est du côté droit il y aura paralysie linguale et faciale, mais pas d'aphasie.

L'aphasie peut être complète ou partielle selon l'étendue de la lésion. Parfois, le malade pourra dire quelques mots, comme oui ou non, et dans d'autres cas il sera absolument muet. Chez ceux qui parlent plusieurs langues, il peut se faire qu'ils les oublient presque toutes, ne pouvant se servir que de leur langue maternelle. J'ai vu ainsi un cas chez un vieil italien qui, à la suite d'une hémorragie cérébrale, produite apparemment par un choc nerveux, avait perdu complètement la faculté de parler le français, qu'il savait pourtant antérieurement très bien. Il comprenait parfaitement les questions qu'on lui adressait en cette langue, mais il répondait toujours *en italien*.

La vie est l'alliance temporaire du sens intime et de l'agrégat matériel, alliance cimentée par une cause de mouvement dont l'essence est inconnue.—(Lordat).

UN CAS DE RETROVERSION DE L'UTERUS GRAVIDE AU TROISIEME MOIS

PAR M. LE PROFESSEUR ANSALONI (BLOIS)

La rétroversion de l'utérus au cours de la grossesse est une complication connue, mais très rare.

A cause de cette rareté, je crois intéressant de relater l'observation récente d'une rétroversion de l'utérus gravide que j'ai pu réduire dans mon service d'accouchement de l'Hôtel-Dieu, de Blois.

Em... C..., 27 ans, sans antécédents pathologiques, a été réglée à 14 ans; deux grossesses antérieures normales: la première à 18 ans, la deuxième à 20 ans, toutes deux terminées par des accouchements en présentations céphaliques sans incidents.

Cette femme, qui se livre habituellement aux travaux les plus durs, prétend que trois mois après son deuxième accouchement, alors qu'elle faisait un effort violent pour enlever un fardeau, elle ressentit tout à coup une douleur vive dans le bas-ventre. Depuis, cette douleur revenait par intermittence, et surtout plus intense récemment.

Les règles furent régulières et normales jusqu'au 10 juin 1902.

En juillet, suppression des règles, qui fit penser à Em... C... qu'elle était enceinte.

Vers le 15 août survinrent des besoins fréquents d'uriner, avec miction longue et pénible.

Cet inconvénient augmentait progressivement chaque jour, en même temps que la constipation et la difficulté de la défécation.

Le 16 septembre 1902, Em... C... qui, depuis cinq jours, ne rendait plus que quelques gouttes d'urine à chaque miction, fit appeler une sage-femme parce que son ventre avait pris un développement anormal et qu'elle souffrait beaucoup. Elle croyait une fausse-couche imminente.

La sage-femme, déroutée et effrayée de voir un ventre aussi volumineux pour une grossesse de trois mois, se retira en conseillant d'appeler immédiatement un médecin. L'entourage en fit appeler deux, et peu après, le Dr Mornet et moi nous nous trouvions près de la malade.

Em... U... était très agitée par la souffrance. Son ventre offrait un aspect spécial: il avait le développement d'un ventre de femme enceinte à terme, mais plutôt saillant en avant sur la ligne médiane, et pas du tout étalé vers les flanes.

Par le palper, on sentait une tumeur renitente, très tendue, partant du pubis, remontant jusqu'au creux épigastrique, à quatre travers de doigts de l'appendice xyphoïde.

Il n'était pas douteux que cette tumeur était formée par la vessie, qui ne se vidait pas depuis cinq jours.

Immédiatement, l'idée nous vint d'une rétroversion de l'utérus gravide, cause de la rétention d'urine, car cette femme, certaine qu'elle était enceinte, nous avertit aussitôt.

Il était urgent, avant tout, de sonder cette malheureuse qui souffrait atrocement. Le cathétérisme avec une sonde uréthrale en gomme fut facile et donna quatre litres (très exactement mesurés) d'urine de couleur presque normale, un peu foncée, mais nullement hémorrhagique ni purulente.

Aussitôt après, le toucher vaginal nous permit de constater que l'excavation tout entière était occupée par une tumeur lisse, de consistance spéciale, qu'on sentait à travers la paroi vaginale postérieure et qui ne pouvait être que le corps de l'utérus gravide en rétroversion. En outre, on trouvait le col de l'utérus en haut et en avant, derrière et un peu au-dessus du corps du pubis.

Par le palper, on sentait nettement le col immédiatement en arrière du pubis; on ne percevait rien au niveau du détroit supérieur.

Il me fut facile de convaincre cette pauvre femme qu'elle devait entrer aussitôt dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Entrée dès le lendemain, 17 septembre, on la sonde toutes les six heures, sans difficulté.

L'urine, examinée, est reconnue très albumineuse.

Le 18, la malade est purgée, avant toute tentative de réduction, car elle vide aussi très difficilement son rectum.

Le 19, à la visite du matin, je fais une première tentative de réduction, après cathétérisme vésical.

La femme est placée dans la position *genu pectorale*. J'introduis dans le vagin les quatre doigts et la main droite jusqu'à la commissure du pouce, qui reste en dehors.

La face dorsale des doigts refoule la paroi postérieure du vagin, en suivant la courbure sacrée, tandis que la pulpe des doigts exerce une pression lente et soutenue en avant sur la tumeur utérine.

Cette manœuvre est douloureuse, mais la femme la supporte avec patience.

Je sens que je gagne du terrain, mes doigts pénètrent plus profondément et ma main est plus au large dans l'excavation qui devient libre.

Après huit à dix minutes de la même pression, je retire ma main et je recommande à la femme de rester couchée exactement sur le ventre le plus longtemps qu'elle pourra.

Le 20 septembre, la maîtresse sage-femme m'apprend qu'elle a été obligée de sonder la femme comme les autres jours et que la rétroversion s'est reproduite.

Le soir même, après avoir vidé vessie et rectum, je recommence exactement la même manœuvre de réduction, avec la même technique. Après dix minutes, je retire progressivement ma main droite du vagin en même temps que j'introduis avec la main gauche le gros ballon de Champetier de Ribes, monté sur les pinces spéciales; avant de désarticuler les pinces, je fais injecter une première seringue de 125 grammes d'eau, puis une deuxième après les avoir retirées.

Le ballon gonflé a rempli l'excavation, remplaçant ma main, qui refoulait l'utérus.

Je recommande à la malade de rester encore couchée sur le ventre.

Il est convenu que le ballon restera 24 heures en place, à moins qu'il survienne des douleurs de contractions utérines.

La malade supporta le ballon sans trop souffrir, mais on dut la sonder toutes les huit heures.

Enfin, vingt-quatre heures après son introduction, le ballon fut vidé et retiré. Aussitôt après, première miction spontanée, ce qui n'était pas arrivé depuis dix jours.

Par le palper abdominal, je sens le fond de l'utérus en place normale, un peu au-dessous de l'ombilic.

Je trouve, par le toucher vaginal, le col revenu presque en position normale.

La réduction est donc complète.

La femme reste, malgré cela, quelques jours encore couchée sur le ventre.

Régime lacté contre l'albumine.

Chose curieuse, la proportion d'albumine a diminué considérablement dès le lendemain de la réduction.

Le 15 octobre 1903, Em... C... quitte le service. L'utérus est en place normale et l'urine ne contient plus que des traces d'albumine.

Le 15 janvier 1903, je revois pour la première fois Em... C... depuis sa sortie.

Cette femme a repris sa vie pénible et ses durs travaux.

Elle est à la fin de son septième mois de grossesse; en effet, le fond de l'utérus remonte bien à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Les mictions sont faciles et complètes depuis la réduction et l'urine ne contient plus d'albumine, bien qu'elle n'ait suivi aucun régime spécial.

Sa grossesse suit donc un cours très régulier.

Cette observation offre ceci de particulier, c'est que la rétroversion de l'utérus, dans le cours du troisième mois, a été aussi complète que possible, produisant une rétention d'urine extraordinaire.

La vessie, en effet, a été distendue au maximum, remontant jusqu'au creux épigastrique et contenant quatre litres d'urine.

Sans doute ce phénomène n'a existé aussi excessif, qu'en raison du peu de soins que cette femme, dans la plus profonde misère, prenait de sa personne.

Peut-être, aussi, cette rétroversion lente de l'utérus n'a-t-elle eu d'autres causes que les travaux violents auxquels cette femme continuait de se livrer malgré son début de grossesse.

En effet, son bassin est normal et elle n'a eu que deux grossesses antérieures.

Un autre symptôme intéressant dans le cas actuel, c'est la présence de l'albumine dans l'urine en proportion très notable avant la réduction de l'utérus et qui disparaît presque complètement aussitôt après.

L'albumine gravidique ne serait donc pas toujours le résultat d'une *hépato-toxémie* et pourrait donc être occasionnée aussi par une compression des uretères, amenant le ralentissement de la circulation rénale et la transsudation de l'albumine ?

La disparition rapide de l'albumine, dans cette observation,

après la réduction de l'utérus, permettrait d'admettre cette hypothèse.

Détail à noter, Em... U... n'a pas eu un seul vomissement durant son état de rétroversion de l'utérus. Cependant, on a signalé cette complication comme étant la cause de vomissements incoercibles.

M. le Dr Marc Clerc a rassemblé de nombreuses observations où des vomissements incoercibles cessèrent aussitôt après la réduction de l'utérus gravide.

La perversion de la statique utérine pourrait donc produire, aussi bien que l'auto-intoxication, des vomissements pendant la grossesse ?

J'arrive au traitement qui est la partie intéressante.

Toute rétroversion de l'utérus gravide doit être réduite, sinon c'est l'avortement spontané fatal.

Mais, avant d'en arriver là, la femme est exposée à des complications très graves, telles que la cystite gangréneuse et la perforation de la vessie.

Pour réduire la rétroversion de l'utérus gravide il faut commencer par mettre en œuvre les moyens dits "de douceur".

Le plus simple de ces moyens est la réduction digitale ou manuelle, aidée de la position *genu pectorale* (à moins qu'on ne soit obligé d'user du chloroforme).

La main est bien préférable, à mon avis, à l'emploi d'instruments préconisés, tels que tampon d'ouate monté sur une tige rigide ou branche de forceps recouverte de compresse.

J'ai choisi la voie vaginale plutôt que la voie rectale conseillée par certains. Il est bien facile d'introduire la main entière dans le vagin, même sans chloroforme, et de la faire évoluer facilement; il n'en serait pas de même dans le rectum.

Pour la même raison, j'ai préféré le gros ballon de Champetier de Ribes, remplaçant immédiatement ma main dans le vagin plutôt que d'introduire, dans le rectum, petits ballons de Champetier, de Tarnier, ou pessaires de Gariel, comme le conseillent les traités classiques.

Sans doute la voie rectale a été préconisée dans la crainte que la présence d'un corps étranger dans le vagin ne provoque prématurément la contraction utérine. Je crois qu'il suffit de surveiller la femme pour éviter ce danger. Dans le cas actuel, il avait été convenu que le ballon de Champetier serait retiré

si les douleurs devenaient plus vives, régulières et intermittentes.

Par les moyens et la manœuvre décrits plus haut, j'ai donc pu réduire et maintenir facilement en place normale l'utérus en rétroversion.

Le cas était urgent, tant à cause des phénomènes vésicaux que des phénomènes douloureux dus à la compression.

Quelle aurait été ma conduite si je n'avais pas réussi ?

Jusqu'à ces dernières années les traités classiques déclarent que si les moyens dits "de douceur" échouent, il faut provoquer l'avortement.

Mais, plus récemment, il a été démontré par des observations suivies d'un succès complet, qu'il n'est plus permis, même dans les cas irréductibles, de sacrifier le produit de la conception.

Le Dr Mouchet, de Sens, a, le premier en France, traité de parti pris, par la laparotomie, deux cas de rétroversion de l'utérus gravide diagnostiqués et reconnus irréductibles.

Peu de temps après, le Dr Guignard, chirurgien des hôpitaux, pratiqua la laparotomie chez une femme atteinte de vomissements incoercibles et d'albuminurie persistante, qu'il attribuait à une grossesse extra-utérine.

Au cours de l'opération, le Dr Guignard s'aperçut qu'il s'agissait d'un utérus gravide en rétroversion, fixé solidement par des adhérences qu'il eut de la peine à détruire.

L'utérus fut remis en place et, de plus, hystéropexié par sa face antérieure au moyen d'un fort fil de soie. La malade se rétablit et accoucha à terme.

Dès 1894, Schwartz, chirurgien des hôpitaux, avait fait une laparotomie, sans diagnostic positif, chez une femme qui souffrait énormément du ventre.

Il reconnut alors que l'utérus gravide de deux mois et demi était en rétroflexion dans le cul de sac de Douglas. Facilement, l'utérus fut redressé et non fixé à la paroi abdominale.

La malade, à partir de ce moment, n'eut plus de douleurs et accoucha à terme.

Ces observations démontrent donc absolument que dans les cas où la rétroversion de l'utérus gravide résiste aux moyens dits "de douceur", c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours et non plus à l'avortement.

La laparotomie permet de conserver la vie au fœtus et libère l'utérus.

Elle remplit donc les deux indications formelles qu'offre la rétroversion irréductible chez une femme enceinte.

L'utérus sera fixé ou non à la paroi abdominale (suivant sa face antérieure et non par le fond), suivant que l'utérus sera petit, (prêt à retomber en position vicieuse), ou gros.

LA SECRETION DES SUCS DIGESTIFS

M. le professeur Paulow imagina de combiner sur le même chien l'opération de la fistule gastrique avec l'œsophagotomie, c'est-à-dire la section de l'œsophage à la région du cou, les deux bouts de l'œsophage sectionné étaient fixés aux angles de la plaie et s'ouvraient à l'extérieur. De cette façon la cavité buccale et l'estomac n'étaient plus reliés l'un à l'autre, la salive, les aliments introduits dans la bouche tombent à l'extérieur par le bout supérieur de l'œsophage.

Les animaux sont nourris en introduisant les aliments soit directement par la fistule, soit par le bout inférieur du tube œsophagien. Ils peuvent vivre ainsi opérés pendant plusieurs années dans un parfait état de santé.

Si, à de pareils animaux, on donne par la bouche des morceaux de viande, ils les mangent avec avidité, mais les morceaux qu'ils avalent retombent à l'extérieur par le bout supérieur de l'œsophage. Rien ne pénètre dans l'estomac. On observe alors un phénomène intéressant: l'estomac, bien que les aliments n'y pénètrent pas, se met à sécréter abondamment du suc gastrique, qui coule par la fistule. Cette sécrétion ne dure pas seulement tant que dure le repas, mais se prolonge un certain temps après lui. Du coup était résolu le problème d'obtenir du suc gastrique à l'état pur.

Pour étudier la marche de la sécrétion au cours même des digestions, pour observer les variations de la composition du suc sous l'influence des divers aliments, Paulow a modifié le procédé d'Heidenhain (formation d'une poche stomacale secondaire obtenue en découpant un segment de l'estomac), qui avait le désavantage de sectionner les filets du pneumogastrique. Il forme un cul de sac isolé, dans lequel la muqueuse seule est sectionnée et suturée à elle-même. Le fonctionnement de ce

petit estomac est la fidèle reproduction du fonctionnement du grand estomac.

En même temps que Heidenhain, Paulow parvint à établir des fistules permanentes du canal pancréatique permettant d'obtenir au cours de la digestion du suc pancréatique à l'état pur.

Grâce à ces procédés, Paulow a obtenu des résultats très intéressants, que nous résumerons dans des propositions, preuves décisives de faits admis des physiologistes ou constatations nouvelles.

Les glandes gastriques commencent à sécréter quand les aliments pénètrent dans le tube digestif et continuent à sécréter tant que dure la digestion. Cette sécrétion subit des variations dans sa quantité et sa composition suivant la quantité et la nature de l'aliment ingéré. Elle suit une marche nettement définie toujours la même pour le même aliment, différente d'un aliment à l'autre, aussi bien pour la glande pancréatique que pour les glandes gastriques.

Il y a encore des modifications dans la composition chimique des sucs, dans leur puissance digestive. Suivant les moments considérés d'une même digestion les glandes fournissent des sucs présentant des teneurs différentes en ferments, qui n'ont pas de rapport avec la vitesse de la sécrétion. Ainsi le suc pancréatique est tantôt plus riche en ferment proteolytique, tantôt en ferment amylolytique. Il est vraisemblable que ces variations dans la richesse en ferment, s'exercent dans un sens favorable au processus digestif, d'après des lois encore inconnues.

A chaque espèce d'aliment correspond un suc de composition déterminée, laquelle est vraisemblablement le mieux appropriée à l'aliment considéré. Ainsi le pain provoque la sécrétion d'un suc gastrique à force digestive très grande, la viande un suc moins actif, le lait, un suc plus faible encore. L'acidité totale est la plus élevée pour la viande, la plus basse pour le pain.

Pour le pancréas on constate aussi la même adaptation des sucs sécrétés aux aliments ingérés. Le fonctionnement des glandes paraît, suivant l'expression de Paulow, en quelque sort intelligent.

Les pneumogastriques sont les véritables nerfs sécréteurs du suc gastrique. A côté des fibres sécréteurs, ce nerf contient

encore des fibres d'arrêt antagonistes des premiers. L'existence de ces fibres est démontrée pour le pancréas seulement.

Le rôle de la salive a été particulièrement étudié par Paulow. Tous les excitants en général provoquent la sécrétion de la glande sous-maxillaire. La parotide ne répond qu'à certains excitants bien déterminés; le plus important est la siccité des aliments.

Quels sont les excitants de la sécrétion gastrique? Paulow, en donnant un repas fictif à des chiens à œsophage sectionné, arrive à démontrer que l'introduction des aliments dans la bouche, provoque une abondante sécrétion de suc gastrique doué d'un pouvoir digestif intense. Les substances acides, salées ou amères, le poivre, la moutarde, l'extrait de viande, placés sur la muqueuse buccale, ne produisent pas de sécrétion gastrique. Il en est de même de l'excitation produite par la déglutition de pierres, d'éponges imbibées des substances excitantes précitées. Au contraire le repas fictif (lait, viande ou pain) fait apparaître après une période latente de cinq minutes, une abondante sécrétion de suc gastrique. Ce suc, sécrété sous l'influence du désir des aliments et du sentiment de jouissance qui accompagne le repas, est dénommé par Paulow: "suc d'appétit" ou "suc psychique".

Ce suc joue un rôle important dans la digestion. C'est l'appétit qui est l'excitant de la sécrétion gastrique au début du repas. Il préside à la mise en train de la sécrétion. S'il fait défaut, certains aliments séjournent dans l'estomac pendant longtemps en ne provoquant qu'une sécrétion peu abondante qui tarde à paraître et dont la puissance digestive est faible.

La sécrétion gastrique mise en train par le suc psychique, est entretenue non par une excitation mécanique, mais par des agents spécifiques électifs.

Les agents propres à provoquer dans l'estomac la sécrétion du suc gastrique sont d'après Chigin les suivants :

L'eau pure, en quantité suffisante, est un excitant faible.

Le bouillon de viande, le jus de viande, et les solutions d'extrait de viande produisent toujours une sécrétion abondante.

Le lait, les solutions de gélatine, sont aussi des excitants.

La viande crue produit la sécrétion en 15 à 20 minutes.

Les solutions aqueuses de chlorure de sodium, d'acide chlorhydrique, d'albumine, produisent le même effet que l'eau elle-même.

Le pain, l'albumine cuite, l'amidon cru ou cuit, les graisses, les sucres de canne ou de raisin ne produisent aucune sécrétion.

Comment expliquer alors la digestion de ces aliments qui ne produisent aucune sécrétion ? Une fois l'action psychique finie, il faut admettre que le suc psychique en agissant sur le pain ou l'albumine y produit des substances chimiques capables d'entretenir la sécrétion. En effet les produits liquides de la digestion de l'albumine, retirés de l'estomac et portés par la fistule dans l'estomac d'un autre chien y déterminent la sécrétion.

L'importance du suc d'appétit est donc bien mise en relief.

La graisse seule ou mélangée à d'autres aliments a une action inhibitive très nette sur la sécrétion gastrique. La quantité du suc diminue, son pouvoir digestif s'affaiblit. Cette action de la graisse fait comprendre la lenteur de la sécrétion au début et le faible pouvoir digestif du suc, après un repas de lait.

En somme la sécrétion gastrique est d'origine nerveuse. Elle débute à la suite d'une excitation centrale, automatique, d'origine psychique, qui s'épuise au bout d'un temps plus ou moins long, à laquelle succèdent des excitations réflexes, à point de départ au niveau de la muqueuse gastrique; sur les extrémités périphériques des nerfs centripètes.

Pancréas.—De même que l'estomac, la glande pancréatique a ses excitants spécifiques. Les solutions acides excitent énergiquement la sécrétion, en agissant seulement au niveau de la muqueuse du duodenum et la sécrétion pancréatique est d'autant plus alcaline que la solution excitante est plus acide, pour permettre l'action des ferments pancréatiques qui n'agissent qu'en solution alcaline.

La richesse de la teneur en ferments du suc pancréatique, tient à la nature de l'alimentation.

A côté des solutions acides, la graisse, même neutre, excite énergiquement la sécrétion pancréatique, qui est alors riche en ferment lypolytique.

Les solutions irritantes (poivre, moutarde), sont sans action.

Le facteur psychique a une influence moindre que pour les sécrétions gastriques.

Les solutions salines, surtout alcalines et le sucre exercent une action d'arrêt.

Conséquences pratiques.—Le canal digestif a ses excitants spé-

cifiques, il fonctionne comme un mécanisme précis, admirablement adapté au but qu'il se propose. De cette proposition découlent de nombreuses conséquences pratiques et thérapeutiques.

L'existence de la sécrétion psychique montre l'importance au point de vue de la digestion des mets appétissants, l'inconvénient de manger sans goût, avec inattention ou absorbé par ses affaires.

L'usage des bouillons, de potages au début du repas est parfaitement rationnel.

L'acide n'est pas seulement nécessaire pour l'action du ferment gastrique; c'est l'excitant le plus puissant de la sécrétion pancréatique. Par des solutions acides, nous pouvons activer le fonctionnement du pancréas, et limiter son activité par des solutions alcalines.

La graisse, aliment lourd, est contre-indiquée pour un estomac faible hyposécrétant; elle pourra être utile aux hypersécrétants hyperchlordriques.

Le lait est un aliment de digestion facile parce qu'il ne demande qu'un suc gastrique faible, un suc pancréatique peu abondant.

Au point de vue thérapeutique, il est admis que les alcalins ont une action excito-sécrétoire. Or, les expériences prouvent qu'ils ont, au contraire, sur les glandes de l'estomac et sur le pancréas une action inhibitrice. Ils agissent en arrêtant la sécrétion et mettent les glandes au repos.

Les résultats de Paulow permettent d'expliquer la façon dont les différents individus réagissent vis-à-vis de tel ou tel aliment, parce qu'à chaque aliment correspond un travail digestif approprié.

La vie est, dans la partie d'un corps qui la possède, cet état de choses qui permet les mouvements organiques et ces mouvements qui constituent la vie active résultent d'une cause stimulante qui les excite.—(Lamarck).

La vie est une série de changements définis et successifs, à la fois de structure et de composition qui se présentent chez un individu sans détruire son identité.—(Lewes).

ARTHRITE TRAUMATIQUE*(Amyotrophie consécutive — Guérison rapide)*

PAR M. LE DOCTEUR STAES-BRAME

Le nommé X... âgé de 47 ans, employé au chemin de fer, m'est adressé, le 17 janvier, par un de mes confrères.

Cet homme, robuste, bien constitué, sans antécédents de rhumatisme, ou autres maladies, a fait une chute sur le genou gauche le 10 septembre.

Dès le lendemain, se développait une arthrite traumatique avec gonflement de la région du genou et hydarthrose, qui fut traitée par la compression et l'immobilisation.

Le membre fut immobilisé pendant trois semaines environ — à cette époque il y avait encore un peu de gonflement, mais l'hydarthrose avait disparu et le malade essaya de reprendre son service, quoiqu'il éprouvât encore de la faiblesse et de la raideur dans les mouvements.

Mais, la difficulté de soulever la jambe augmente de plus en plus; et vers le milieu du moins d'octobre, ayant à traverser une voie, pour affaire de service, il se trouve dans l'impossibilité de remonter sur le quai — les quais, à cette époque, étaient bien moins élevés qu'ils ne le sont aujourd'hui, — et il est forcé de se coucher et de se rouler sur le quai pour échapper à un train qui entrait en gare sur cette voie.

A la suite de cet incident, il cesse complètement son service; depuis lors la faiblesse du membre ne fait qu'augmenter, et au moment où je le vois — le 17 janvier — il lui est impossible de monter un escalier. Il se traîne péniblement appuyé sur deux bâtons, il lui semble, dit-il, que lorsqu'il veut faire un pas, son genou s'ouvre. Au repos, les douleurs sont nulles.

A l'examen, les mouvements provoqués paraissent libres, un peu douloureux surtout pendant la flexion de la jambe sur la cuisse, l'articulation est légèrement empâtée; plus de traces de liquide; le genou a perdu sa forme normale, il est presque rond, les saillies de la rotule ont disparu; la cuisse, elle aussi, a changé d'aspect, elle est plus petite que l'autre et accuse 3 centimètres en moins à la mensuration de la circonférence; on n'aperçoit plus les saillies musculaires; elle paraît ronde, légèrement conique, elle ressemble à une cuisse de femme.

La sensibilité n'est pas altérée; pas de points douloureux à la pression.

Etat général satisfaisant.

Le malade accuse, lorsqu'il s'appuie sur cette jambe, une sensation d'arrachement au niveau de la rotule et une douleur vive qui s'étend dans toute la cuisse. Dans la station droite, tout le poids du corps se porte sur la jambe droite, d'où fatigue rapide.

L'exploration électrique nous montre que les muscles de la région antérieure et externe de la cuisse ne répondent presque pas aux courants continus et pas du tout aux courants d'induction.

L'excitation du nerf crural ne donne aucun résultat.

L'absence de douleurs au repos et à la pression, de gonflement, nous permet d'éloigner l'idée de myosite; le défaut d'augmentation de l'excitabilité galvanique et la présence de la "réaction franklinienne" nous font exclure la dégénérescence; nous diagnostiquons: Atrophie des muscles de la région antérieure et externe de la cuisse, occasionnée, à la fois, par le traumatisme, la compression et l'immobilisation.

Dès le 19 janvier, nous commençons le traitement.

Le 19 janvier — Franklinisation. Les groupes musculaires qui ne répondaient ni à la galvanisation, ni à la faradisation, se contractent dès le début de la séance, mais assez faiblement.

Le 20 — Le malade se sent plus solide. Même traitement.

Le 21 — Idem. Le malade accuse encore moins de gêne dans la marche. Il a pu venir assez facilement de chez lui. Les muscles répondent tous énergiquement à l'excitation franklinienne.

Le 23 — Nous commençons la galvanisation du genou et nous continuons par la galvanisation par courants faibles des muscles de la cuisse. La contraction galvanique apparaît franchement.

Le 24 — Le malade a pu monter son escalier; la force est revenue; il a pu venir chez nous sans effort et sans fatigue: le genou commence à reprendre sa forme normale; la rotule s'accuse; même séance. Nous engageons le malade à se promener et à pousser l'exercice jusqu'à la fatigue.

Le 27 — L'amélioration est visible; le genou a son aspect normal, les culs de sac latéraux et le tendon rotulien sont bien accusés; les masses musculaires de la cuisse se dessinent; le malade a pu faire sans fatigue des promenades assez lon-

gues. Faradisation de tous les muscles de la cuisse, séparément par l'extra-courant; tous répondent.

Le 29 — Le malade a pu, hier, faire à pied 6 kilomètres et revenir sans fatigue et sans douleur; l'aspect du membre est normal; la différence entre les deux cuisses n'est plus que de 1 centimètre 1-2. Je pratique une dernière séance de faradisation par l'extra-courant; — le malade est guéri; — il reprend son service dans les premiers jours de février.

Quoique de pareils faits soient fréquents en électrothérapie, nous avons voulu vous soumettre cette observation, remarquable par la gravité apparente de la lésion, et par la courte durée du traitement (10 jours).

La genèse de ces phénomènes morbides, que nous retrouvons accompagnant presque toutes les affections articulaires, nous paraît avoir été bien définie par le professeur Charcot, qui la trouve "dans une irritation spinale, provoquée par la propagation du processus morbide par l'intermédiaire des nerfs articulaires qui se trouveraient en connexion dans la moelle avec les nerfs moteurs et trophiques des marches correspondant à l'articulation intéressée."

En effet, la rapidité avec laquelle les accidents ont disparu ne nous permet pas de croire à une altération dans la constitution même des éléments nerveux ou musculaires; et le mot: irritation, qui n'entraîne avec lui que l'idée d'une pure altération fonctionnelle, nous paraît être bien en rapport avec les symptômes observés ainsi qu'avec leur prompt disparition.

En résumé: nous avons voulu appeler votre attention d'abord, sur ces lésions musculaires qui succèdent soit au traumatisme, soit à l'inflammation aiguë ou chronique des articulations, — alors même que ces accidents ont paru très bénins au début; — sur la localisation fréquente de ces lésions aux muscles extenseurs, — le triceps fémoral pour le genou, les fessiers pour la hanche, le deltoïde pour l'épaule.

J'ai pu observer ce dernier cas sur moi-même — à la même époque — à la suite d'une fracture de l'humérus, un peu au-dessus de 1-3 inférieur, et qui avait été accompagnée d'une forte contusion de tout le membre. Je pus, en effet, constater, après la consolidation, une paralysie des faisceaux moyens et postérieurs du deltoïde avec atrophie manifeste de ce muscle; accidents qui cédèrent, du reste, très facilement à quelques séances de Franklinisation.

EXAGERATION DES REFLEXES DANS LA CARCINOSE

(Nouveau signe de diagnostic des tumeurs malignes)

PAR D. DE BUCK ET VAN DER LINDEN, DE GAND

La cachexie est un symptôme d'intoxication profonde et continue de l'organisme. Un des systèmes organiques les plus sensibles à l'action des toxines est sans conteste le système nerveux. Celui-ci est atteint plus que tous les autres tissus dans la syphilis, tant acquise qu'héréditaire, aussi bien par les syphilotoxines que par les parasyphilotoxines. Il n'existe guère d'infection ni d'intoxications qui ne donnent lieu à des complications nerveuses.

Une des dyscrasies sanguines dont on ignore encore le plus les facteurs étiologiques, qui sont à n'en pas douter néanmoins de nature toxique; l'anémie pernicieuse, s'accompagne à son tour très fréquemment de complications du côté du système nerveux, auxquelles on a reconnu un caractère dégénératif et qui affectent de préférence la forme clinique tabétique ou la forme d'une sclérose combinée (cordons postérieurs et cordons antéro-latéraux de la moelle).

Anatomiquement les lésions médullaires de l'anémie pernicieuse, se présentent sous la forme d'une dégénérescence diffuse et non sous forme d'une affection parenchymateuse systématique.

Non seulement la moelle, mais le système nerveux périphérique et le cerveau, même les centres psychiques, subissent très fréquemment des atteintes plus ou moins profondes dans les dyscrasies. La carcinose ne fait pas exception à la règle générale et à part les métastases proprement dites de cellules cancéreuses au niveau du système nerveux périphérique et central, la dyscrasie carcinomateuse s'accompagne encore de lésions toxiques, dégénératives de ce système, qui au point de vue anatomique ne s'écartent guère des lésions y produites par les autres dyscrasies et notamment par l'anémie pernicieuse.

M. de Buck a publié l'année dernière un cas remarquable de dégénérescence diffuse de la moelle à la suite d'un carcinome du sein, où le tableau clinique ressemblait à s'y méprendre au tableau de la compression médullaire par une métastase cancéreuse.

Depuis lors nous avons dirigé particulièrement notre atten-

tion sur l'étude clinique du système nerveux dans tous les cas de carcinose, et nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas là à glaner l'un ou l'autre caractère diagnostique, qui aurait pu avoir une certaine valeur dans les cas douteux, surtout de carcinose viscérale, où nous ne possédons guère trop d'éléments de diagnostic.

L'étude de la motilité, de la coordination, de l'équilibre, de la sensibilité, des réactions électriques des nerfs et des muscles, ne nous a pas mis en mains des éléments de quelque valeur. Mais il en est tout autrement de l'étude des "réflexes", comme nous voulons le démontrer par l'histoire succincte de quelques malades.

Un homme de quarante-six ans, se plaignant de troubles digestifs, est examiné par nous au mois de février 1902. Dyspepsie, ectasie gastrique. Certains signes de sténose pylorique. Hypochlorhydrie. Exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs et supérieurs. Réflexes cutanés normaux. Pas encore de cachexie évidente. Soupçon grave de carcinome débutant du pylore. Or lui recommande de laisser faire une laparotomie, suivie de pylorectomie ou de gastro-entérostomie, selon les circonstances. Refus.

Le malade se représente le 17 octobre 1902: Cachexie évidente. Vomissements de marc de café. Sténose pylorique. Exagération générale des réflexes tendineux, clonus du pied et de la rotule. Réflexes cutanés normaux, à part les abdominaux qui sont forts. Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité.

Dame de quarante-six ans, atteinte de carcinome utérin (diagnostic microscopique) avancé, durée environ un an. Réflexes achilliens exagérés; réflexes rotuliens très exagérés. La percussion du tendon rotulien provoque une véritable épilepsie spinale. Clonus de la rotule. Réflexes tendineux des membres supérieurs exagérés. Réflexe massétérin exagéré jusqu'au clonus. Le frôlement de la plante du pied donne lieu au réflexe paradoxo-normal. Pas de Babinski. Réflexes abdominaux: supérieurs, peu accusés; inférieurs, abolis. Motilité et sensibilité indemnes.

Dame de trente-huit ans. Carcinome rectal (diagnostic anatomique), remontant à huit mois. Réflexes tendineux: rotuliens et achilliens exagérés, surtout à gauche. Clonus des

rotules. Réflexes tendineux du membre supérieur exagérés. Réflexes cutanés: plantaire faible des deux côtés; pas de Babinski; abdominaux inférieurs et supérieurs exagérés. Motilité et sensibilité normales.

Dame de cinquante-neuf ans. Cancer du sein droit, remarqué depuis sept à huit mois. Tumeur adhérente, diffuse, s'accompagnant de gros ganglions dans l'aisselle. Exagération très forte des réflexes tendineux des membres inférieurs.

Dame de quarante-un ans. Tumeur du volume d'un poing dans le sein droit, nombreux ganglions à l'aisselle; début il y a quatre mois. Exagération des réflexes tendineux. Opération. Diagnostic anatomique: carcinome glandulaire.

Depuis le sixième jour après l'opération, la femme se plaint de douleurs violentes dans le dos. En même temps les réflexes rotuliens et achilliens s'exagèrent à l'extrême.

Etat actuel: douleur dans le dos et dans les membres. Réflexes rotuliens exagérés; réflexes achilliens idem; par le clonus. Réflexe massétérin exagéré. Réflexes cutanés: plantaire faible, pas de Babinski; abdominaux normaux. La marche est possible.

Nous arrêtons ici cette énumération. Ajoutons seulement que dans presque tous les cas de cancer avéré, quel que soit le siège de celui-ci, nous avons trouvé une exagération plus ou moins forte des réflexes tendineux, allant jusqu'au clonisme, et un état variable des réflexes cutanés, qui cependant se montraient aussi quelquefois exagérés, surtout les abdominaux. Dans aucun cas, nous n'avons pu observer le phénomène des orteils de Babinski.

Mais cette exagération des réflexes, surtout tendineux, n'est pas une propriété exclusive du cancer; elle appartient aussi au sarcome. A preuve nous citons le cas d'un jeune homme qui portait un sarcome inopérable de la tête de l'humérus droit. L'évolution du processus avait été très rapide, et cependant la cachexie semblait peu prononcée. Urines normales. Aucuns troubles de la station, de la marche, de la sensibilité, à part ceux déterminés localement par la lésion. Et cependant il existait dans ce cas une exagération des réflexes tendineux, allant jusqu'au clonisme, et également des réflexes crémastériens et abdominaux.

Nous sommes donc d'avis que l'examen des réflexes dans les

cas de tumeurs malignes mérite toute l'attention du clinicien, et nous sommes convaincus que dans les cas de diagnostic douteux, notamment d'une lésion d'un viscère profond, l'exagération des réflexes est un élément précieux qui plaide pour la malignité de l'affection.

Mais il y a lieu de se demander si cette exagération des réflexes n'est pas un symptôme d'une portée trop générale, et s'il n'existe pas également dans les dyscrasies et toxinémies qui prêtent le plus à confusion avec la carcinose et la sarcomatose, par exemple la septicémie chronique, les dyscrasies syphilitique et tuberculeuse, l'anémie pernicieuse ?

Pour autant que nous ayons pu l'observer jusqu'ici, il s'agirait dans l'espèce d'un caractère relativement spécifique, en ce sens qu'il ne faut pas que la dyscrasie carcinomateuse ou sarcomateuse soit très prononcée ou que la tumeur soit vaste et ait déjà infecté le système lymphatique. Le phénomène existerait dès les débuts du processus malin et cela ne se retrouverait pas dans les autres dyscrasies précitées.

Même quand la dyscrasie carcinomateuse devient profonde, l'exagération des réflexes fait place à la diminution, voire l'abolition des réflexes d'abord cutanés puis tendineux.

L'exagération des réflexes serait donc un symptôme diagnostique précieux, surtout par ce fait qu'il appartient en propre aux premières phases du processus malin et qu'on ne le retrouve nullement, avec la même intensité, avec la même régularité et la même constance, au début d'autres toxinémies. Ajoutons que l'élimination de ces dernières pourra généralement être faite en se basant sur une série de caractères anamnestiques et objectifs.

Quelle est la pathogénie de cette exagération des réflexes ! Il ne peut s'agir, nous semble-t-il, que d'une action stimulante exercée par les toxines des néoplasmes malins sur l'appareil nerveux réflexe, action que se rapproche de celle de la strychnine et d'autres agents excito-réflexes. Nous ne pouvons pas admettre une diminution de l'inhibition réflexe par altération nutritive du faisceau pyramidal, car il est certain que, dans cette éventualité, nous aurions, du moins dans les cas avec clo-nisme, dû retrouver le syndrome du trouble du faisceau pyramidal: hypertonie musculaire, abolition des réflexes cutanés (van Gehuchten), phénomène des orteils de Babinski. Le fait

clinique en question confirme jusqu'à un certain point le concept anatomique d'après lequel l'affection carcinotoxique du système nerveux central serait constitué par une dégénérescence diffuse et non une soi-disant sclérose combinée systématique.

CONTRE LA MIGRAINE

Le traitement que préconise le Dr Whitehead, chirurgien de l'infirmerie royale de Manchester, ne conviendra guère aux migraines ordinaires, peu graves et surtout peu fréquentes comme récidives. Le chirurgien anglais a soin d'indiquer qu'il l'applique aux cas de migraines graves et rebelles; depuis vingt-cinq ans qu'il y a recours il n'a pas vu d'insuccès. C'est l'application d'un séton à la nuque.

Le procédé n'a rien de moderne, rien d'antiseptique et ne sera guère goûté de la génération des chirurgiens actuels. Mais enfin, s'il réussit, là où toutes les drogues échouent, les malades n'hésiteront pas à y avoir recours, d'autant que le chirurgien qui le conseille est loin d'être le premier venu.

Le séton est un vieux reste de la chirurgie et de la médecine de nos aïeux. A l'aide d'une forte aiguille que je comparerais volontiers à la vulgaire aiguille à emballage, on embroche un pli épais de la peau de la nuque et on glisse dans cette plaie une lanière de fil de coton. C'est une variété de cautère; la plaie irritée par les corps étrangers et infectée par les microbes suppure et forme un dérivatif; tous les sujets aux congestions, tous les sanguins du siècle passé ont connu ce traitement. Il heurte trop de front les données modernes de l'asepsie pour avoir quelques chances de se propager. On pourrait peut-être le remplacer par une cautérisation ponctuée, par un révulsif instantané soigné avec des pansements propres et antiseptiques.

Quoi qu'il en soit, Whitehead cite le cas d'un Américain et celui d'une dame sujets à des attaques terribles de migraine, revenant à des intervalles de quelques jours avec céphalées, nausées, prostrations telles que la vie était un long martyre. Leur guérison fut rapide et définitive. En pareil cas le mal est assez pénible et la santé assez gravement compromise pour qu'on puisse essayer. Whitehead garantit le succès.

ARGENT COLLOIDAL DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

PAR M. LE DOCTEUR NETTER

Credé, de Dresde, a introduit en 1897 dans la thérapeutique l'argent colloïdal ou collargol, état allotropique de l'argent sous lequel il est soluble dans l'eau et dans les humeurs de l'organisme.

L'argent colloïdal est surtout employé en frictions sous forme de pommade à 15 pour 100 et en injections intraveineuses de solutions à 1 pour 100 ou 200. La quantité d'onguent employée dans une friction est de 1, 2 ou 3 grammes, suivant qu'il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte. Pour les injections intraveineuses, la quantité habituelle de collargol varie de 3 à 5 centigrammes.

Le collargol peut être manié sans danger l'intoxication. Le cheval supporte 1 gramme en injection intraveineuse. Un lapin sain a pu recevoir 10 centigrammes.

Depuis les premières communications de Credé, le collargol a été employé avec succès par un grand nombre de médecins et de vétérinaires de divers pays dans des maladies très diverses. On a cité nombre de guérisons merveilleuses.

Wenckebach, de Groningue, a rapporté l'histoire de deux malades guéris au moyen de ces injections d'une endocardite infectieuse très grave. Les injections ont amené un arrêt immédiat de la fièvre, quarte dans un cas, biquotidienne dans l'autre. Elles n'ont pas seulement fait disparaître les accidents généraux d'infection; elles ont été suivies du retour *ad integrum* des altérations de l'endocarde.

Klotz (de Dresde) a obtenu un résultat aussi merveilleux dans une endocardite septique.

Encouragé par ces exemples, j'ai employé à mon tour cette médication et j'en communique les premiers résultats.

J'ai choisi 10 observations d'ordre très différent. J'ai pratiqué les injections intraveineuses dans une péricardite généralisée grave et dans une pneumonie avec épanchement purulent. Dans la péricardite j'ai obtenu un abaissement immédiat de la fièvre qui avait disparu trois jours après l'injection. Les bruits de frottement ont rétrogradé très vite et l'état général s'est rapidement rétabli.

La pneumonie chez la deuxième malade a pris fin le sixième jour, et à ce moment l'épanchement purulent était résorbé.

Une méningite cérébro-spinale suppurée a été modifiée avec la même soudaineté: apyrexie le sur'lendemain de la friction et convalescence très rapide.

Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants dans une scarlatine grave, dans deux angines diphtériques toxiques, dans trois fièvres typhoïdes adynamiques. Dans une tuberculose aiguë ulcéreuse à forme bronchopneumonique, les frictions ont fait rapidement disparaître la fièvre en même temps qu'elles amenaient une modification notable de l'état général avec retour de l'appétit et des forces.

La dernière observation, d'ordre médico-chirurgical, est celle d'un médecin atteint de pyohémie à manifestations graves et multiples chez lequel l'amélioration a été presque instantanée à la suite d'une friction unique au collargol. Le malade et la religieuse qui avait fait la friction ont ressenti au bout de six heures un goût métallique très marqué. Le retour des forces, de l'appétit, la liberté des mouvements ont fait leur apparition dès le lendemain. Le collargol dans ce cas a paru à la surface de la plaie de la néphrotomie et dans l'urine.

Ces cas si divers donnent une idée des applications variées qui pourront être faites de cette médication. Nous y voyons la pyohémie côtoyer la tuberculose aiguë ulcéreuse, la méningite cérébro-spinale figurer en face de la pneumonie et de la pleurésie, l'endocardite et la péricardite en même temps que la diphtérie grave, la scarlatine et la fièvre typhoïde. La liste peut être singulièrement allongée. Il faut y faire figurer tout au moins les suppurations diverses, les manifestations puerpérales, le rhumatisme, le charbon, etc.

On ne devra pas s'attendre à guérir tous les malades et nous avons rencontré des cas moins favorables. Le collargol n'est pas une panacée et son emploi ne fera pas renoncer dans chaque maladie à l'usage des médications consacrées par l'expérience. Mais c'est un agent précieux que nous ne saurions trop recommander.

La pathologie expérimentale ne nous a pas encore donné une explication satisfaisante du mode d'action du collargol. Credé avait été amené à l'employer en raison du pouvoir antiseptique considérable des composés à l'argent et de leur absence de toxicité.

Le collargol a un pouvoir bactéricide assez faible. Une solution à 1 pour 30 met dix heures à tuer le staphylococcus aureus.

Il a une action empêchante marquée. 1 de collargol pour 6,000 s'oppose au développement de l'aureus dans les milieux de culture. Les injections de collargol ont le plus souvent échoué dans le traitement des infections expérimentales. Il est vrai que l'on ne peut conclure de celles-ci à la pathologie humaine où le nombre des bactéries en circulation dans le sang est infiniment plus faible. Il n'est pas certain du reste que le collargol agisse comme antiseptique. Peut-être y a-t-il neutralisation des toxines, ce qui cadrerait avec la rapidité remarquable des modifications de l'état général. Il y a peut-être stimulation du pouvoir défensif de l'organisme ou action catalytique.

Si le mécanisme de l'action du collargol reste vague, son action favorable n'en est pas moins établie dans beaucoup de maladies et il convient d'en profiter.

L'ULMARENE DANS LES AFFECTIONS RHUMATISMALES

Depuis plusieurs années la médication salicylique s'est développée encore du fait de la substitution possible, dans nombre de cas du moins, de la médication externe à la médication interne. Cette dernière, en effet, difficilement acceptée par certains malades, devait être abandonnée par d'autres qui ne pouvaient la tolérer en raison de la susceptibilité de leur tube digestif. Le salicylate de méthyle, permettant le traitement externe fut donc accueilli avec faveur. Par son usage, il fut possible d'arriver à des résultats thérapeutiques analogues à ceux de la médication interne, et d'autre part, l'effet analgésique recherché parut se manifester dans certains cas plus rapidement qu'avec les salicylates pris à l'intérieur. Malheureusement le salicylate de méthyle est doué d'une odeur assez désagréable et tenace, qui le rend difficilement supportable, non seulement par le malade, mais aussi par son entourage. Les chimistes et les pharmacologistes cherchèrent donc parmi les éthers salicyliques des corps qui, tout en possédant les propriétés physiologiques et thérapeutiques du salicylate de méthyle, fussent dépourvus de son odeur forte et tenace. On

proposa tour à tour le salicylate d'éthyle, le salicylate d'amyle, mais ces substances n'eurent aucun succès en pratique: l'odeur était modifiée, elle n'en restait pas moins désagréable.

Poursuivant ses investigations en ce sens, dans le laboratoire du professeur Gautier, M. Bourcet est parvenu à fabriquer un mélange en quantité déterminée d'éthers salicyliques d'alcools aliphatiques à poids moléculaire élevé, auquel il a donné le nom d'ulmarène.

Propriétés chimiques.—L'ulmarène est un produit qui se présente sous l'aspect d'un liquide lourd, réfringent, légèrement jaune rosé. Sa densité est de 1,06 à 15° C. Sous 760 millimètres de pression, il bout entre 237° et 242°.

Son odeur est agréable, peu prononcée, surtout peu tenace; elle rappelle un peu celle du salol. Sa saveur est brûlante. Il contient 75 pour 100 d'acide salicylique combiné, alors que le salicylate d'amyle n'en contient que 61 pour 100.

Il est totalement insoluble dans l'eau, soluble dans deux fois son volume d'alcool à 96° et dans son propre volume de benzine cristallisable, peu soluble dans l'éther, très peu soluble dans le chloroforme chimiquement pur.

En suspension dans l'eau, il ne doit pas donner de coloration violette avec le perchlorure de fer; en solution dans l'alcool, il donne au contraire cette coloration. Il est saponifié à chaud par les alcalis; à froid il ne l'est que partiellement et donne avec des solutions étendues de soude et de potasse des composés iodés et potassiques solubles dans l'eau, cristallisés en aiguilles, malheureusement facilement dissociables et encore peu étudiés.

On peut dire qu'en règle générale, il possède toutes les réactions et toutes les propriétés des éthers de l'acide salicylique.

Pharmacodynamie.—Une étude pharmacodynamique très complète de l'ulmarène a été faite dans le laboratoire de M. le professeur Pouchet, par MM. Bardet et Chevalier. M. Hibert, qui en a fait le sujet de sa thèse, arrive aux conclusions suivantes :

L'action toxique de l'ulmarène est faible;

Son action physiologique est en tous points comparable à celle des autres éthers salicyliques;

Son absorption se fait rapidement par la peau; dans l'économie, il se dédouble dans le foie. L'acide salicylique mis en

liberté circule dans le sang et est éliminé par la bile et l'urine.

Mode d'emploi. Doses.—1o L'ulmarène peut être employé à l'intérieur en capsules gélatineuses de 0 gr. 50, étant donné son innocuité parfaite sur la muqueuse gastrique; mais c'est un mode d'emploi d'exception, et c'est surtout en applications sur la peau qu'il rendra des services au praticien.

2o En badigeonnages sur la ou les parties malades, il peut être employé à des doses de 10 à 20 grammes par jour. Dans la pratique, une dose de 10 à 15 grammes, et même moindre encore, est largement suffisante au point de vue thérapeutique, et l'emploi de doses supérieures devra toujours être surveillé par le médecin en raison de l'accumulation possible.

Voici le procédé d'application: après avoir lavé la peau au savon et à la brosse, on frotte doucement pendant quelques minutes la partie malade avec un tampon de ouate imbibé de la quantité d'ulmarène qu'on veut administrer. Ce tampon est ensuite étalé sur la peau, recouvert d'une couche de ouate sèche puis d'un taffetas gommé. Le tout est maintenu en place par un bandage. Ce pansement doit être laissé pendant une douzaine d'heures et est parfaitement toléré.

3o Dans certains cas, il peut être avantageux de formuler une pommade à l'ulmarène.

Voici une formule que nous recommandons et qui se présente sous l'aspect de miel jaune foncé, et dont l'odeur est fine et même agréable :

Ulmarène.	15 grammes
Lanoline.	35 —
Menthol.	2 gr. 50

F. S. A. une pommade.—Usage externe.

En onctions deux fois par jour, suivies d'un enveloppement ouaté.

Indications thérapeutiques.—Ces indications sont celles de la médication salicylée. L'ulmarène peut donc être utilisé dans des cas de rhumatisme articulaire aigu; dans le rhumatisme subaigu et chronique; dans le rhumatisme déformant; dans les arthropathies blennorragiques; dans divers cas d'arthrite sèche douloureuse; dans les cas de myalgies comme le lumbago, dans des névralgies comme la sciatique, les névralgies suites de zona, dans la goutte comme nous en avons observé récemment un exemple chez un confrère.

Dans tous ces cas, l'ulmarène était fort bien toléré par la peau, et les malades, loin d'être incommodés par son odeur, manifestaient hautement leur satisfaction d'être délivrés de celle du salicylate de méthyle lorsqu'ils avaient été traités antérieurement par ce médicament.

Comme le montrent les observations publiées dans la thèse de M. Hibert, à des doses de 4 à 12 grammes et même 16 grammes par jour, l'ulmarène a donné sensiblement les mêmes résultats que le salicylate de méthyle.

Son action analgésique se fait sentir dès les premières heures qui suivent son application et est persistante. L'action résolutive des exsudats est plus longue à se manifester, mais a été réelle. L'action spécifique et l'action sur la nutrition et les échanges organiques correspondent à celles que provoquent les préparations salicylées prises à l'intérieur. L'élimination, qui fut suivie de très près chez divers malades, montre qu'à la suite d'un traitement de quelques jours les effets de l'ulmarène ne sont pas seulement passagers, mais que l'élimination se prolonge quatre et même cinq fois vingt-quatre heures après la cessation du traitement.

Enfin la toxicité est peu à redouter: à la suite de l'application de fortes doses d'ulmarène, — 15 et même 20 grammes pendant plusieurs jours consécutifs — aucun accident n'a pu être constaté.

* * *

En résumé, on peut conclure que l'ulmarène semble appelé à remplacer le salicylate de méthyle dans ses diverses applications, en raison de son odeur moins désagréable, de sa toxicité moindre, de sa forte teneur en acide salicylique et de son action thérapeutique au moins équivalente.

P. ARSENE MESNARD.

La vie est l'ensemble des opérations, de nutrition de croissance et de destruction.—(Aristote).

La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.—(Bichat).

DE LA CONDUITE A SUIVRE EN CAS D'EMPOISONNEMENT

Lorsque le médecin est appelé pour combattre un empoisonnement, son rôle est d'autant plus difficile que, presque toujours, il n'a rien sous la main de ce qu'il lui faudrait et qu'il est obligé d'improviser au moins les premiers secours en utilisant les ressources banales que le hasard lui met sous la main et de créer, en quelque sorte, un traitement médical d'urgence.

Dans tout empoisonnement, il y a quatre indications principales: 1o débarrasser le plus rapidement et le plus complètement possible l'économie du poison qui n'a pas encore été absorbé; 2o neutraliser quand on le peut, définitivement ou tout au moins temporairement, l'effet du poison par l'action d'un antidote ou contre-poison approprié; 3o favoriser l'élimination du poison qui a déjà été absorbé; 4o combattre les troubles que le poison a déterminés dans l'organisme. Voici comment l'on peut répondre à ces indications:

1o *Débarrasser l'économie du poison non absorbé.*—Le plus souvent, les empoisonnements se font par la voie stomacale; il faut donc tout d'abord s'appliquer à l'évacuation de ce viscère; pour cela deux moyens: les vomitifs et le lavage de l'estomac; ce dernier doit constituer la méthode de choix, car il est de beaucoup supérieur aux vomitifs; ceux-ci, en effet, alors même qu'ils déterminent des vomissements très violents, sont fréquemment incapables d'amener le rejet des grumeaux de matière vénéneuse, qui adhèrent parfois avec une grande force aux parois de l'estomac; c'est ce qui arrive pour le vert de Schweinfurt, le phosphore (têtes d'allumettes). Le lavage, au contraire, quand il est rapide, énergique et copieux, a toute chance de débarrasser l'estomac aussi complètement qu'il est possible.

Dans la majorité des cas, on n'a pas sous la main les instruments construits pour le lavage de l'estomac; point n'en est besoin du reste, car le plus simple tube de caoutchouc d'un calibre moindre que celui de l'œsophage peut servir; chez l'enfant, une sonde urétale réussit parfaitement: on peut aussi se servir d'un tube de caoutchouc guidé par un mandrin quelconque, aussi souple que possible bien entendu; chez l'adulte on peut employer une sonde œsophagienne, un tube de caoutchouc quelconque. Au cas où la contracture des mâchoires ou la résistance du malade rendrait l'introduction par la bouche impossible ou trop difficile, il ne faut pas hésiter à introduire par les narines.

Le lavage doit être copieux: on doit faire passer plusieurs litres de liquide, alors même que le poison paraîtrait évacué; pour cela, le doucheur ou bock à injections remplit toutes les conditions voulues; on peut aussi recourir à un entonnoir que l'on ferait au besoin d'une façon extemporanée avec du papier un peu fort roulé en cornet. Le lavage doit être énergique, et, pour cela, il faut élever le flacon laveur, pour donner un maximum de pression; le liquide venant de l'estomac s'écoule le plus souvent le long des parois du tube sans qu'il soit nécessaire d'interrompre le lavage; dans le cas contraire on cesserait momentanément et l'on évacuerait par siphon.

Quel liquide faut-il employer pour le lavage! Si l'on ignore la nature du poison ingéré, il vaut mieux recourir à l'eau simple; mais il ne faut jamais employer d'eau chaude où même tiède, qui dissout davantage les poisons et par conséquent en facilite l'absorption, d'autant plus qu'elle excite, en la réchauffant, les fonctions de la muqueuse gastrique; l'eau sera employée froide ou tout au moins à la température ordinaire, glacée même, en cas d'irritation trop vive de la muqueuse; s'il se produit une hémorragie, on peut ajouter à l'eau du perchlore de fer. En place d'eau simple, on peut se servir d'eau albumineuse qui sert d'antidote à nombre de poisons.

Si on est fixé sur la nature du toxique absorbé, on doit, autant que possible, recourir à des liquides jouissant de propriétés neutralisantes.

S'il est impossible de pratiquer le lavage de l'estomac, on doit recourir sans hésitation aux vomitifs: gorger le malade d'eau pure ou albumineuse et provoquer les vomissements par la titillation de la luette; émétique (de 0,05 à 1,10 centigrammes); ipeca (2 grammes); sulfate de cuivre (0,50 centigr. en solution); farine de moutarde blanche (une cuillerée à soupe dans un verre d'eau); injection hypodermique de 2 centigrammes d'apomorphine. Se garder de donner de l'eau tiède dans ces conditions, pour les raisons exposées précédemment.

2o *Neutraliser l'effet du poison qui se trouve dans la cavité gastrique.*—Après un lavage de l'estomac, si prompt et si complet fût-il, on doit faire absorber les substances antitoxiques capables de neutraliser ce qui reste du poison. Aux acides, on opposera les alcalins (eau de chaux, magnésie délayée dans l'eau, solutions de carbonate de soude ou de chaux; à défaut,

eau de savon blanc (15 grammes pour 2 litres d'eau), puis on donnera du lait en abondance, des boissons mucilagineuses, émoullientes; aux alcalis, l'eau vinaigrée, solutions d'acide tartrique, citrique, etc.; puis, pour calmer l'irritation, lait, émoullients. Dans l'empoisonnement par le phosphore: solution étendue de sulfate de cuivre, essence de térébenthine (15 à 20 grammes émulsionnés avec un jaune d'œuf); poudre de charbon; puis lait, boissons mucilagineuses, eau albumineuse avec de la magnésie; surtout pas d'huile. Arsenic: hydrate de sesquioxyde de fer ou protosulfure de fer: magnésie calcinée, puis boissons émoullientes, eau albumineuse. Emétique, eau albumineuses, tannin, quinquina, ratanhia, cachou, café, thé, sulfure de fer. Sels de mercure (sublimé, calomel): blancs d'œufs en quantité, farine et eau, sulfure de fer hydraté, fer réduit. Sels de plomb: sulfates de soude ou de magnésie, limonade sulfurique; lait, eau albumineuse. Sels de cuivre: eau albumineuse, lait, sulfure de fer, laudanum, morphine, émoullients. Acide plénique et ses dérivés: sulfate de soude ou de magnésie, eau savonneuse, eau vinaigrée.

En somme, dans les empoisonnements par les sels métalliques on peut, d'une façon générale, recourir au protosulfure de fer hydraté, puis gorger les malades d'eau albumineuse et de lait.

Pour l'iode et les iodures, le brome et les bromures, il faut, après lavage, donner de l'eau amidonnée (décoction) en b isson et en lavements.

Dans l'empoisonnement par le chlore, il faut faire respirer de la vapeur d'eau, de l'air pur, de l'hydrogène sulfuré, de l'oxygène, mais pas d'ammoniacque qui peut former des produits dangereux.

30 *Favoriser l'élimination du poison absorbé.*—Il ne faut pas, dans ces conditions, perdre son temps dans la recherche et l'administration d'un antidote; il vaut mieux concentrer ses efforts sur l'élimination, aussi rapide et complète que possible, du toxique ingéré: donc, employer des purgatifs énergiques, sulfate de soude, de magnésie, sulfovinat de soude, huile de ricin; au besoin, on peut recourir aux drastiques, eau-de-vie allemande, même huile de croton tiglium (une à deux gouttes); les lavements devront être utilisés *largà manu*; l'entéroclyse est ici toute indiquée. Les purgatifs ou lavements sont effi-

caces surtout dans les empoisonnements par les fleurs, semences ou sucs de plantes vénéneuses. Après les purgatifs, recourir aux diurétiques (nitrate et acétate de potasse, scille, lactose, tisanes diverses); aux sudorifiques (jaborandi et pilocarpine), boissons chaudes aromatisées, bourrache, sureau, tilleul, pensée sauvage, etc.; si on le peut, bains d'air chaud ou de vapeur.

40 *Combattre les troubles déterminés par le poison.*—Devant l'affaiblissement des contractions cardiaques, donner des excitants, des stimulants diffusibles (cognac, café, thé, éther, liqueur d'Hoffmann, teinture de musc, acétate d'ammoniaque, liqueur ammoniacale anisée), quoique la circulation périphérique soit déjà entravée le plus souvent, recourir sans hésitation aux injections hypodermiques (huile camphrée, caféine, éther, sérum artificiel); les lavements excitants (ammoniaque, 30 gouttes dans deux verres d'eau, café) peuvent être utiles; les inhalations de nitrite d'amyle trouvent aussi leur indication.

S'il y a tendance à la parésie des centres respiratoires, ablutions froides sur la nuque, inhalations d'oxygène, respiration artificielle; ne pas faire respirer d'acide acétique, d'ammoniaque, qui exerce une action dépressive sur les mouvements de la respiration, déjà affaiblis; frictions générales, sinapisation, électrisation des pneumogastriques.

En cas de convulsions, inhalations d'éther, de chloroforme, lavements à la valériane, au musc, au castoréum, aux bromures; éviter le chloral qui exerce une action paralysante sur le cœur.

En cas de syncope, frictions, sinapismes, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, marféau de Mayor, faradisation.

Enfin, s'il y a une altération grave du sang, pratiquer une saignée copieuse suivie d'une injection intra-veineuse de sérum (lavage du sang).

La vie est l'évolution déterminée d'un corps organisé susceptible de se reproduire et de s'adapter à son milieu.

La vie est une collection de phénomènes qui se succèdent pendant un temps limité dans un corps organisé.—(Reicherand)

La vie est une forme servie par la matière.—(Flourens).

RESULTATS CLINIQUES FOURNIS PAR UNE NOUVELLE METHODE DE RECHERCHE DU BACILLE TUBERCULEUX : L'INOSCOPIE

M. André Jousset préconise une nouvelle méthode permettant de retrouver facilement le bacille tuberculeux dans tous les liquides tuberculigènes de l'économie en quelque petit nombre qu'ils y soient.

L'inoscopie, c'est le nom du procédé, s'applique notamment au sang et aux épanchements séro-fibrineux des séreuses où le bacille est pour ainsi dire introuvable par l'examen direct. Elle consiste essentiellement à pratiquer l'examen du coagulum fibrineux. Il suffit pour cela de dissoudre, à l'aide d'un suc gastrique artificiel fluoré, le caillot qui a mécaniquement aggloméré par une sorte de collage toutes les particules suspendues dans le liquide, et de centrifuger. On collecte ainsi sous un très petit volume toutes les substances solides, inattaquables au suc gastrique, contenues souvent dans de grandes masses de liquide; tous les bacilles sont ainsi rassemblés dans ce dépôt et on peut les y colorer par les méthodes usuelles. Par cette méthode qui fournit en quelques heures un résultat que les inoculations mettraient plusieurs semaines à donner, l'auteur a pu déceler vingt fois le bacille de Koch dans vingt épanchements séro-fibrineux de la plèvre, six fois dans des péritonites tuberculeuses et deux fois dans le sang de granuliques.

La méthode sera particulièrement précieuse pour le diagnostic rapide des tuberculoses latentes ou à évolution anormale.

TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE PAR LES SELS DE CALCIUM

Ayant constaté, chez un certain nombre d'épileptiques, un défaut d'absorption du calcium, MM. les docteurs E. Audenino et A. Bonelli, assistants de M. le docteur C. Lombroso, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Turin, ont eu l'idée de traiter le mal comitial par diverses préparations de calcium. Ils instituèrent, à cet effet, une série d'essais cliniques sur 10 épileptiques, dont l'âge variait entre quatorze et trente-sept ans, et auxquels ils administrèrent, pendant un certain laps de temps, soit de l'eau de chaux, soit, de

préférence, du bromure de calcium, ou encore du lactophosphate et du carbonate de chaux. Sous l'influence de ce traitement, on constata, à peu près dans tous les cas, une diminution dans la gravité et la fréquence des accès convulsifs, voire même leur disparition complète pendant une période assez longue (quarante jours dans un cas et cent cinquante-six jours dans un autre). Néanmoins, l'absorption de calcium par l'intestin étant quelquefois très insuffisante, sinon nulle, MM. Audenino et Bonelli ont eu recours, dans une seconde série d'essais, à des injections sous-cutanées d'une solution de chlorure de calcium à 1 % (à la dose quotidienne de 0 gr. 02 centigr. à 0 gr. 05 centigr. de sel) ou de lactophosphate de chaux à 1 pour 30 (0 gr. 33 centigr. à 0 gr. 99 centigr. par jour). Sur quatre malades traités de la sorte, trois ont vu leurs accès disparaître pendant la durée de la cure.

Sans vouloir généraliser la portée de ces faits, MM. Audenino et Bonelli estiment que les sels de calcium, administrés par la voie gastrique ou en injections sous-cutanées, diminuent le nombre des accès épileptiques, ce qui cadre bien, du reste, avec les recherches de M. le professeur Sabbatani, d'après lequel ce métal exercerait une action modératrice sur l'activité des centres nerveux.

Dr ELLE.

LE SUÇON BORIQUE CONTRE LE MUGUET

M. le Dr Escherich obtient chez les enfants atteints du muguet des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 centigr. environ d'acide borique en poudre, puis on le renferme dans un petit sac de soie ou de batiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles de tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'*oïdium albicans*. Le lendemain on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales, d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés la guérison ne se produit qu'avec un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon borique des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale; mais l'affection guérit très bien, même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe pour ainsi dire plus de sécrétion salivaire.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR DUBÉ

Séance du 17 février 1903

M. FOUCHER, au nom du comité chargé de l'organisation du prochain congrès de médecine, qui doit avoir lieu à Montréal, rapporte progrès.

M. ASSELIN, secrétaire-trésorier, fait rapport que le banquet du 27 janvier a coûté \$303.68, que les recettes furent de \$314.50, laissant en caisse un surplus de \$10.82.

M. FOUCHER félicite les organisateurs et propose un vote de remerciements.

M. ASSELIN attire l'attention des membres de la Société sur les remarques faites envers les médecins, par M. le recorder Poirier, en rendant jugement contre un étudiant en médecine, et demande si la Société doit laisser passer inaperçues ces insinuations malveillantes pour le corps médical.

M. LECAVELIER fait remarquer qu'avant d'intervenir il serait préférable d'avoir une copie officielle du jugement rendu, car il est toujours dangereux de croire tout ce que les journaux politiques publient.

M. Décarie est chargé de se mettre en communication avec le greffier de la cour du Recorder pour copie conforme du dit jugement.

M. CORMIER fait une communication sur un cas de gangrène du sein, observé chez un bébé âgé de six semaines, qui succomba huit jours plus tard, malgré un traitement local au bichlorure.

rure et à l'antiseptie intestinal commencé à une période trop avancée de l'affection.

Né à terme, d'une mère qui avait souffert durant sa grossesse d'une fièvre typhoïde, l'enfant fut sevré trop tôt et contracta une gastro-entérite amenant des troubles de nutrition graves qui furent la cause de la marche rapidement fatale de la gangrène du sein.

M. MARIEN croit que cette gangrène à évolution rapide, a pour cause le streptocoque, qu'il a eu l'occasion de trouver dans deux cas de gangrène du scrotum.

M. O. F. MERCIER rappelle que l'an dernier il a rapporté un cas de gangrène de la peau à la suite d'une opération pour appendicite qui fut guérie par des injections sous-cutanées de peroxyde d'hydrogène. Dans un autre cas de gangrène foudroyante du scrotum le microscope n'a laissé voir aucun microbe spécial.

M. ÉTHIER lit l'observation d'un malade porteur de 21 lipomes parsemés sur tout le corps (dos, poitrine, jambes, avant-bras). Ceux des bras étant plus douloureux furent enlevés les premiers, il compare ce cas au malade présenté devant la société de Chirurgie de Paris, qui portait 18 petits lipomes.

M. O. F. MERCIER dit que généralement cette lipomatose est symétrique et cite Broca qui a compté chez un malade 35 lipomes et chez un autre 2,080.

M. ÉTHIER parle de " " heureux résultat qu'il a obtenu à Paris, dans le service de M. le docteur Recamier, au moyen du chlorure de calcium en injection intra-utérine, comme traitement des infections puerpérales. Il injecte 5 à 6 litres à toutes les quatre heures d'une solution de chlorure de calcium, à 2 p. 100, l'injection doit être faite très lentement et durer près d'une heure. Il rapporte, par ce traitement, la guérison d'une femme très faible, curée sans anesthésie, qui souffrait de congestion pulmonaire grave.

M. DE MARTIGNY croit plutôt que la guérison est due au curettage qu'à l'effet du chlorure de calcium comme antiseptique.

M. ST-JACQUES dit que le chlorure de calcium était l'antiseptique de choix, en 1897, dans certains hôpitaux de New-York.

M. LECAVELIER attribue plutôt les heureux effets du chlo-

rure de calcium en injections intra-utérines aussi lentes, à son action générale sur toute l'économie, après absorption par la muqueuse utérine qu'à ses propriétés antiseptiques locales; à dose de 30 centigrammes à 1 gramme par jour, le chlorure de calcium agit très bien dans la pneumonie qui est une maladie où l'élimination des chlorures est considérablement diminuée, et M. Crombie a guéri 22 pneumonies au moyen de ce traitement. Si dans la fièvre puerpérale il existe de l'hypochlorurie ou de l'achlorurie qui est l'indice d'une mort prochaine, le chlorure de calcium spécialement indiqué, donnera d'aussi bons résultats administré par voie stomacale que par voie utérine.

Séance du 3 mars 1903

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR DUBÉ

M. F. X. DE MARTIGNY rapporte trois cas d'avortement criminel chez lesquels il fut appelé à traiter l'infection consécutive. Dans le premier cas il fit le curettage et trouva une perforation utérine, l'avortement avait eu lieu 15 jours auparavant, la malade se rétablit rapidement. Dans les deux autres cas il traita les premiers symptômes inflammatoires par des applications locales de glace et des injections vaginales au permanganate de potasse et fut obligé de faire le curettage pour obtenir la guérison.

M. HARWOOD fait remarquer qu'il est très rare de rencontrer une perforation utérine existant depuis 15 jours qui ne s'est pas fermée et qui n'a pas été infectée.

Il est d'opinion que dans ces cas le curettage doit être fait avant d'attendre l'infection.

M. DE COTRET croit que le curettage est indiqué que quand la quinine n'a pas réussi à faire disparaître l'élévation de la température, alors il préconise l'intervention au moyen d'une large curette triangulaire qu'il a fait faire spécialement pour éviter tout danger de perforation de l'utérus.

M. DE MARTIGNY est en faveur de l'intervention, le plutôt possible, afin de préserver les annexes de l'infection; il emploie la curette de Doleris à grande dimension, qui n'offre aucun danger de perforer l'utérus.

NOUVELLES

Un décret présidentiel de la République française fixe la liste des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1o La fièvre typhoïde; 2o le typhus exanthématique; 3o la variole et la varioloïde; 4o la scarlatine; 5o la rougeole; 6o la diphtérie; 7o la suette miliaire; 8o le choléra et les maladies cholériformes; 9o la peste; 10o la fièvre jaune; 11o la dysenterie; 12o les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé; 13o la méningite cérébro-spinale épidémique.

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

14o La tuberculose pulmonaire; 15o la coqueluche; 16o la grippe; 17o la pneumonie et la broncho-pneumonie; 18o l'érysipèle; 19o les oreillons; 20o la lèpre; 21o la teigne; 22o la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

M. Carnegie offre \$10,000 au collège des médecins de New-York pour une bibliothèque, à condition que le collège fournisse \$50,000; M. Vanderbilt a déjà souscrit \$10,000 et M. Griscomb, \$5,000.

On vient de découvrir dans la pellicule du grain de café, un alcaloïde cent fois plus puissant que la quinine. . .

Cette découverte est due au docteur Restreps, de Médellin, en Colombie.

M. Henry Phipps a donné un million de piastres pour fonder une institution où l'on cherchera les meilleurs moyens pour prévenir et guérir la tuberculose; M. le docteur Flick est chargé de la direction.

M. Schwab donne \$300,000 pour construire un sanatorium pour les pauvres tuberculeux de la ville de Philadelphie.

M. le docteur N. Gingras, de St-Nicolas, comté Lévis, P. Q., abandonnant l'exercice de sa profession, vendrait à très bonne condition, une jolie propriété et une clientèle d'au moins 2,500 âmes,