

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 JANVIER 1905

No 11

A NOS LECTEURS

Parvenu à sa cinquième année d'existence le "Montréal-Médical" a vu progressivement se multiplier le nombre de ses lecteurs dans des proportions qu'il n'eut pas osé prévoir dès sa naissance.

Les nombreux témoignages d'encouragement reçus, nous prouvent que nous avons réussi à tenir le praticien au courant de la science médicale sans l'obliger à lire plus que ses moments libres peuvent lui en accorder le loisir.

Nous continuerons à faciliter la tâche du médecin en publiant des analyses succinctes, des résumés cliniques concernant des sujets pratiques et d'une utilité quotidienne.

En présentant à tous nos lecteurs nos meilleurs souhaits pour l'année 1905, nous les prions de bien vouloir accepter nos plus sincères remerciements pour leur haute considération qui fut la cause de notre succès.

LA RÉDACTION.

CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LA CHOREE

PAR L'HONORABLE DOCTEUR GUERIN,

Professeur de Clinique Médicale. (1)

Voici deux patients affectés d'une maladie dont le diagnostic est facile à faire. En voyant ce jeune homme âgé de 16 ans, qui ne peut tenir ses mains immobiles une seule seconde, et l'agitation générale et continuelle de cette malade de 18 ans, vous avez reconnu la Chorée que l'on appelait autrefois la dansomanie ou danse de St-Guy, parce qu'on faisait, pour être guéri, un pèlerinage aux lieux consacrés à ce saint. Il vous est facile d'éliminer les différentes formes de tremblement que l'on rencontre dans l'athétose, la paralysie agitante, ou les tremblements saturniens, mercuriels et alcooliques.

De ce malade Italien, nous avons peu de renseignements sur ses antécédents personnels ou héréditaires, ses troubles moteurs paraissent être le résultat de la contagion morale, il est demeuré quelque temps chez des parents où se trouvait une choréique, et comme cette petite malade était entourée de bien des soins, il trouva intéressant de l'imiter, pour recevoir les mêmes faveurs. Il a perdu graduellement le contrôle de ses mouvements volontaires; si vous lui demandez de boutonner rapidement son habit, il exécute une série de mouvements inutiles avant d'y réussir. Vous trouverez aussi que le développement de ses facultés intellectuelles est médiocre, ce sont précisément ces personnes qui subissent plus facilement la contagion morale. Il existe plusieurs théories pour expliquer la nature de la Chorée de Sydenham, c'est-à-dire, la chorée arithmique curable que l'on rencontre généralement chez les enfants, plus souvent chez les filles, entre l'âge de 5 à 18 ans, et dont la durée est en moyenne de 30 à 40 jours chez les filles et de 75 à 80 jours chez les garçons. La chorée de Huntington qui se manifeste à l'âge adulte ou avancé, est d'une évolution lente, continue et fatalement incurable et progressive. Vous rencontrerez aussi une forme de chorée généralisée qui est sym-

(1) Notes recueillies par MM. Le Moyno et Martin, E. E. M.

ptomatique de lésions cérébrales plus ou moins diffuses, comme la chorée congénitale, et l'athéose double. Il existe aussi de la chorée hystérique et épileptique. Ici nous sommes en présence de deux cas de chorée de Sydenham dont l'un a pour étiologie la cause morale de l'imitation, et l'autre une cause immorale de masturbation, sur laquelle les différents auteurs n'ont pas encore parlé. L'on a dit que la chorée est toujours précédée du rhumatisme, mais vous rencontrerez bien des cas où le rhumatisme fait défaut.

La théorie d'une névrose cérébro-spinale d'évolution ou de croissance est impuissante à expliquer toute la marche cyclique de la maladie. Depuis que l'on a pu déterminer des mouvements choréiques en injectant les toxines des cultures de staphylocoques, la théorie toxi-infectieuse a pris récemment une place prépondérante; c'est ainsi que l'on a pu expliquer la chorée de la grossesse qui a longtemps passé pour le type le plus net de chorée réflexe. Mais dans tous ces cas d'intoxications diverses qui agissent sur les neurones moteurs, vous devez rechercher dans les antécédents héréditaires, l'arthritisme, et dans les antécédents personnels, l'infection, l'évolution ou la dégénérescence. Dans la salle Ste-Vierge vous verrez une choréique qui a fait d'abord du rhumatisme, cette complication s'observe surtout chez les enfants en active période de croissance, dans des proportions de 80 pour 100, d'après certains auteurs. Lorsque vous retracez une histoire de rhumatisme, le traitement n'est plus le même que chez nos deux malades. Le salicylate de soude de méthyle, et l'antipyrine sont spécialement indiqués. Chez ce malade à chorée imitative, le traitement hygiénique est le plus important. La suggestion, l'éducation des mouvements calmes volontaires, réfléchis, le repos, l'arsénic, les phosphates, les douches écossaises donneront d'excellents résultats. Trousseau conseillait la strychnine et voulait transformer les contractions cloniques en mouvements toniques afin de fatiguer le muscle et de résoudre le spasme; il donnait des doses très élevées.

Cette grande choréique agitée depuis sept mois, présente une forme particulièrement plus grave que la précédente. Tout le corps est en mouvement, elle se place tantôt sur le dos, le ventre et les côtés, les bras, les jambes sont continuellement agités.

Le front se plisse, la bouche se contracte, les yeux se ferment et s'ouvrent rapidement, les pupilles sont dilatées; elle souffre de céphalée quotidienne, de palpitations cardiaques, les nuits sont sans sommeil; elle a beaucoup maigri.

Tous ces troubles sont survenus à la suite d'une idylle amoureuse mal terminée. La nymphomanie a succédé au coït normal et épuise chaque jour, durant plus d'une demi-heure, son système nerveux ébranlé. Le traitement doit être en rapport avec les causes qui ont déterminé cet état. Issue d'un père tuberculeux et d'une mère très nerveuse, cette malade a eu depuis l'âge de dix ans, bien des peines qui ont affaibli son caractère impressionnable. Depuis deux ans, les souffles de l'amour ont soulevé bien des tempêtes dans son âme. A la suite d'une pénible séparation, elle fut atteinte graduellement de la grande chorée arythmique que vous voyez.

Rendez à son cœur toutes les tendresses morales de l'amour et vous obtiendrez un grand succès; mais, comme il n'est pas au pouvoir du pharmacien de remplir cette ordonnance, vous devez prescrire le traitement hygiénique et médical de l'hystéro-chorée. Le calme, le repos, l'isolement est la condition essentielle d'une rapide guérison. Les soins nécessaires doivent lui être donnés par des personnes qui lui sont sympathiques.

A cause de ces prédispositions tuberculeuses, double attention doit être donnée à la propreté et la ventilation régulière de la chambre. L'alimentation doit être modérée et saine; l'on doit faire avec patience l'éducation des mouvements volontaires et réfléchis. Pour calmer son appétit génital vous prescrirez des bromures matin et soir que vous répétez la nuit s'il y a insomnie. Comme tonique, vous alternez les préparations phosphatées, ferrugineuses et surtout arsénicales, qui généralement donnent d'excellents résultats à petites doses souvent répétées et graduellement croissantes.

Dans notre pays, il est très rare de trouver une société ayant une communauté d'idées qui forment une atmosphère morale où s'épanouissent à l'aise les productions intellectuelles.

LES VARIATIONS DE LA VIRULENCE ET LA CHIRURGIE URINAIRE

PAR M. LE PROFESSEUR GUYON.

L'étude des variations de la virulence intéresse de la façon la plus directe la pratique de la chirurgie.

L'inégalité de l'action toxique des microbes se traduit par des changements, successifs ou alternatifs, dont l'expérimentateur et le clinicien doivent rechercher les causes. Les phénomènes de l'infection ne peuvent être bien observés et régulièrement interprétés qu'à cette condition.

Semblable étude soulève des questions fort nombreuses et toujours complexes ; leur exposé ne saurait trouver place dans le cadre d'une leçon. Mais les notions qu'elles fournissent sont l'un des éléments essentiels de l'éducation clinique. Les faits donnent chaque jour de nombreuses occasions de s'en assurer ; l'observateur ne peut y accorder trop de temps, d'attention et de réflexion.

Bien qu'il ne mesoit pas possible, faute de compétence, d'en parler, comme il convient, au point de vue expérimental, et que même en raccourci, je ne puisse, dans un seul entretien, l'envisager au point de vue clinique, un aperçu rapide peut n'être passans utilité.

Il est des sujets dont il suffit d'effleurer la surface pour montrer l'intérêt et l'importance de leur étude persévérante. La question des variations de la virulence est de celles où l'on doit tout considérer et peser, pour bien juger.

* * *

Les faits expérimentaux et ceux que l'observation nous fournit établissent l'influence de l'expérimentateur et celle du chirurgien sur les variations de la virulence. La pratique démontre la nécessité de connaître les conditions qui permettent de mettre les malades à l'abri de ses excès et de les faire bénéficier de tout ce qui limite ou empêche ses manifestations.

Le chirurgien doit avoir "mainmise" sur les microbes. Nous savons qu'il n'est pas, en toute circonstance, possible de les complètement détruire et que l'on n'arrive pas toujours à les empêcher de pénétrer.

Ils ont souvent, surtout chez les malades urinaires, déjà pris domicile dans les organes sur lesquels nous intervenons. Ils ne

sont plus directement à notre portée, mais les notions fournies par l'étude des variations de la virulence donnent la possibilité d'efficacement agir en les empêchant de nuire. Elles nous invitent à nous mettre soigneusement en garde, toutes les fois "qu'un opéré ou un blessé est ou peut être infecté".

Les garanties primordiales que nous donne la stérilisation absolue de tous les objets qui servent à l'opération et aux pansements nous sont plus que jamais indispensables; mais elles ne suffisent plus. Il faut prévoir des accidents plus ou moins prochains et éviter les surprises. La tactique des interventions et la direction du traitement post-opératoire doivent avoir pour objectif d'obtenir ces résultats.

L'expérimentateur a presque plein pouvoir sur les variations de la virulence. Il l'atténue, l'augmente ou l'exalte. Le chirurgien n'a pas les mêmes prérogatives et ne procède pas avec une même certitude. Mais il peut empêcher que la virulence ne se montre, il lui est possible d'apaiser ses manifestations, il arrive souvent à dominer les plus graves. Dans les situations périlleuses que créent les grandes infections, l'action directe de l'intervention opératoire a souvent donné des améliorations ou des guérisons rapides, alors que les efforts prolongés des médications les plus habiles n'avaient pu empêcher les accidents d'évoluer.

Un coup d'œil sur quelques uns des résultats de l'expérimentation sur les animaux et de l'observation des malades nous permettra d'indiquer comment le chirurgien peut exercer son influence.

Le moment où il opère, le choix raisonné de la méthode et du procédé auquel il aura recours, le détail de leur application, la manière dont il comprend et prépare le traitement post-opératoire et la façon dont il le met en œuvre ont une action bien déterminée. Nous chercherons à le montrer; mais, afin de nous limiter nous nous en tiendrons à certains faits de la chirurgie urinaire. Il suffit d'un petit nombre d'exemples pour comprendre que, malgré les conditions différentes de la recherche, les résultats fournis par l'expérimentation et l'observation se rattachent les uns aux autres; ils fournissent des démonstrations de même ordre et sont les régulateurs des actes de la pratique. L'étude scientifique et l'étude clinique de l'infection se complètent et ne peuvent être séparées; nous avons à tout moment besoin de leur direction commune.

Selon la définition de Roux, la virulence est l'aptitude des microbes à se développer dans le corps des animaux et à y sécréter des toxines.

Ce sont les conditions qui les rendent pathogènes.

Il ne suffit pas qu'ils aient pénétré dans un organisme et qu'ils y habitent pour devenir nuisibles. Chacun sait que le corps humain donne asile, non seulement à la surface de ses téguments, mais dans plusieurs de ses cavités et de ses canaux, à nombre de microbes dont le pouvoir pathogène est considérable ; ils y vivent cependant en non-activité et gardent la neutralité.

C'est ainsi, pour ne donner que des exemples qui intéressent la chirurgie urinaire, que le colibacille, qui, une fois sa virulence exaltée, devient un redoutable agent pathogène, est l'hôte normal de l'intestin où il pullule sitôt après la naissance, et que l'urètre le plus sain contient, entre autres microbes, le "streptococcus pyogenes et le staphylococcus ureæ liquefaciens," à bon droit réputés dangereux pour la vessie et qui restent cependant sans action sur elle, dans l'état normal.

Il faut que des conditions particulières se présentent pour que certains microbes dangereux deviennent offensifs. En dehors d'elles, leur aptitude à la virulence reste à l'état virtuel, elle s'exalte quand elles se produisent, mais elle est de nouveau suspendue lorsqu'elles cessent d'agir. Pour devenir dangereux, il ne suffit pas que les microbes aient les moyens de vivre : ils ont besoin de conditions particulières d'existence. L'intervention de "causes favorisantes" leur est nécessaire ; il faut qu'elles entrent en jeu. L'expérimentation permet de les déterminer, mais la clinique ne les laisse pas ignorer.

Les manifestations de la vie des microbes sont influencées expérimentalement par la nature du milieu qu'ils habitent ou par des causes ambiantes. La virulence d'un microbe peut varier dans des proportions considérables et, pour certains, le pouvoir pathogène peut être conféré au plus inoffensif.

Les conditions d'exaltation expérimentale les plus sûres sont réalisées par la méthode des inoculations en série. L'introduction, dans le péritoine d'animaux vivants, de sacs renfermant des microbes, les "remontés" à tel point que le streptocoque, qui tue au centimètre cube, peut être amené à tuer au millionième de centimètre cube !

Sous l'influence de ces passages successifs "in vivo", tel saprophyte peut devenir parasite et même pathogène. Il n'est pas de meilleur terrain d'entraînement pour les microbes que l'organisme vivant.

La culture "in vitro", dans les milieux les mieux appropriés à l'espèce microbienne, loin de produire l'exaltation de la virulence, aboutit habituellement à la diminution dans des délais variables.

Diverses espèces animales et même quelques-uns de nos organes réunissent les conditions qui favorisent le développement de certaines espèces microbiennes ou qui l'empêchent.

Selon l'expression reçue, le cobaye est follement tuberculisable ; le chien et la chèvre sont beaucoup plus résistants au bacille de Koch. Le foie, dont on sait le rôle protecteur, et qui, par exemple, peut neutraliser des doses élevées de bacilles charbonneux, est un excellent milieu de culture pour le colibacille ; le streptocoque y cultive également, tandis que le poumon neutralise une dose mortelle de cet organisme ; le cerveau est un terrain très favorable pour le staphylocoque.

A côté de ces dispositions "innées", la clinique montre l'influence des dispositions "acquises". L'on voit la résistance ou l'indifférence des organes en état normal prendre fin lorsqu'ils subissent des modifications anatomiques et par le seul fait de troubles fonctionnels.

La rétention d'urine rend bientôt la vessie réceptive. La clinique me l'avait démontré et j'ai pu, avec le concours d'Albarran, en donner expérimentalement la preuve. Les rétentions intestinales fournissent les mêmes démonstrations. Elles déterminent l'hypervirulence des microbes contenus dans une anse intestinale ou dans l'appendice lorsqu'on les y enferme.

Ce n'est pas seulement du fait de la rétention des produits contenus dans les organes creux que se produisent les conditions qui déterminent l'hypervirulence ; la mise en tension de leurs parois joue aussi un rôle important.

En pareil cas, l'évacuation du foyer septique s'impose, mais elle ne met définitivement fin aux accidents que lorsque le chirurgien prend les mesures voulues pour empêcher la moindre stagnation du liquide auquel il a donné issue. La plus minime peut dans certaines circonstances, avoir les conséquences les plus graves, ainsi qu'il arrive, par exemple, quand le goutte à goutte de la sonde à demeure ne s'effectue pas très régulièrement.

La série de recherches entreprises par Charrin sur le germe pyocyanique montre, entre autres faits, qu'il suffit d'ajouter du bouillon pur pour rendre à ce microorganisme la vitalité qu'il avait perdue en épuisant le milieu nutritif où on le cultive. On sait, ainsi que nous le rappelions tout à l'heure, que l'expérimentation démontre que l'on observe fréquemment la diminution spontanée naturelle de la virulence dans les cultures artificielles et que sa rapidité est plus ou moins grande selon les espèces microbiennes. Les faits expérimentaux font comprendre que l'évacuation des foyers septiques donne au chirurgien le pouvoir de mettre ordre aux manifestations de la virulence en l'atténuant et que le drainage soit un des moyens qui puisse préserver de la réapparition des accidents infectieux.

Lister a pris soin de lui assigner un rôle important dans son pansement ; mais l'ère nouvelle de la chirurgie date de l'emploi judicieux que ce grand chirurgien sut faire de l'acide phénique.

Cette substance, comme beaucoup d'autres antiseptiques, ne tue pas tous les germes ; ils peuvent même reprendre leur action après avoir subi le contact des solutions fortes, mais, tant qu'ils sont soumis à l'action antiseptique, leur virulence est atténuée. Elle peut être maintenue de telle sorte que les plaies guérissent dans des conditions purement physiologiques. Il en est ainsi quand on ne demande aux antiseptiques que d'exercer "une action empêchante", qu'on ne leur donne à modifier que des couches minces et non stagnantes de liquides virulents, et que l'on se garde d'utiliser, "in vivo", leur pouvoir germicide. L'étude des variations de la virulence nous met en présence d'oscillations si fréquentes qu'il est besoin, dans la pratique, d'agents qui la puissent refréner pendant tout le temps nécessaire à la guérison,

Mais quelle que soit l'atténuation obtenue, l'expérimentation nous fait un impérieux devoir de ne jamais oublier que l'association d'un second microbe, suivant l'espèce animale et l'espèce du microbe, peut augmenter dans de grandes proportions la virulence du premier.

Le microbe le plus inoffensif devient particulièrement dangereux ; ceux qui possèdent un pouvoir pathogène considérable n'agissent parfois que grâce au concours d'un microbe par lui-même impuissant. Vaillard et Vincent ont montré que les spores du bacille tétanique et de la gangrène gazeuse ne peuvent évoluer chez l'homme que grâce à l'association d'aérobies vulgaires.

Toutes les mesures qui empêchent les contaminations au cours des interventions et du traitement consécutif des sujets infectés, doivent donc être prises avec le soin le plus méticuleux.

Tous les objets de pansement et tous les instruments doivent être complètement stérilisés. Dans la chirurgie que nous faisons, où les sondes et les seringues jouent un rôle si important, on ne peut réunir trop de garanties d'asepticité pour les instruments, et trop rigoureusement maintenir ses mains dans cet état de "propreté continue" qui permet de trouver dans leur purification antiseptique faite au moment d'agir, de suffisantes protections.

Il faut leur donner, avec le plus grand scrupule, les soins qui les rendent irréprochables, en les maintenant dans les "conditions empêchantes" du développement des germes retenus dans leurs plis. Quand on sait à quel point "les milieux de culture vivants" favorisent l'exaltation de la virulence et quelle formidable puissance elle peut acquérir, on doit être dominé par le souci perpétuel de ne pas souffrir la persistance de la moindre impureté sur aucun des points de la surface des mains du chirurgien.

Les lois biologiques du développement des microbes dictent notre conduite et doivent régler tous nos actes. Elles établissent que la plupart des germes ont besoin pour agir d'entretenir leurs forces ou de les augmenter; elles donnent la preuve de l'influence du milieu qu'ils habitent, de ses modifications, des associations que contractent ses hôtes; elles déterminent, en un mot, les conditions favorables à l'apparition, au maintien, à l'accroissement et à la diminution de leur virulence, et définissent son action.

Les faits du laboratoire démontrent que c'est bien à elle que nous avons affaire. La multiplication des microbes n'est pas sans effet, mais le degré de la virulence n'a pas avec elle de rapport absolu. Les curieuses expériences qui déterminent l'action exercée par leur nombre, même excessif, sur l'apparition d'accidents petits ou grands font voir que quelle que soit l'élévation de leur chiffre, la proportion numérique des microbes pour une même espèce, est bien moins importante que leur virulence. C'est la qualité et non pas le nombre qui confère le pouvoir et permet de le conserver, chez les infiniment petits.

* * *

Nous serions très insuffisamment guidés si nous ne tenions compte, dans la pratique, que des variations de la virulence. L'ex-

périmentation et la clinique nous mettent sans cesse en présence des *variations de la résistance*.

Il n'en peut être autrement. Les manifestations de la vie, sous quelque forme qu'elles se produisent, montrent qu'à l'état normal comme à l'état pathologique tout dépend de la force de l'assiégeant et de la résistance de l'assiégé.

Nous avons à tenir compte des espèces microbiennes contre lesquelles nous allons soutenir la lutte, du degré de leur action, de l'état des forces du malade et des conditions innées ou acquises dans lesquelles se trouvent ses organes.

Le rôle du chirurgien ne se réduit pas à combattre les résultats de l'exaltation de la virulence. Il a, de ce côté, de grands devoirs à remplir; il est souvent en face de véritables cas de conscience.

Mais s'il doit avoir alors la hardiesse qu'inspirent et que commandent les situations périlleuses, s'il doit accepter sans arrière-pensée les responsabilités qu'elles font peser sur lui, ne pas craindre d'affronter les défaites, ni le risque de noircir ses statistiques quand il tente de difficiles sauvetages, il a journellement à obéir à d'autres préoccupations.

Celles-là sont de tous les instants. Elles l'obligent à ne jamais cesser de prévoir le danger et de ne négliger rien de ce qui peut le prévenir. Ainsi que nous venons de le dire, il y est invité par tout ce que nous apprend l'étude expérimentale des variations de la virulence.

Si les microbes les plus aptes à la posséder au plus haut degré ne sont pas constamment en état d'agir, ils sont toujours prêts à l'offensive. Ils entrent en activité dès que le manque de résistance de l'organisme ou d'un organe le leur permet, plus sûrement encore lorsque les conditions qui, dans le milieu qu'ils habitent, favorisent leur vitalité ne sont pas scrupuleusement écartées.

L'expérimentation démontre, de la façon la plus positive, l'influence de la résistance du terrain sur la gravité des infections; l'observation ne permet pas d'en douter. La thérapeutique chirurgicale peut être très efficacement préventive quand elle utilise les curieuses particularités que révèle l'étude de la vie des microbes; elle parvient ainsi à s'opposer à tout ce qui peut favoriser leur action en mettant en œuvre tout ce qui la peut empêcher. Elle les rend inoffensifs quand elle les maintient en état d'hypo-virulence.

La direction et la combinaison des incisions, le drainage, la pose raisonnée et "raisonnable" des points de suture, l'emploi judicieux et modéré des antiseptiques, le choix d'un pansement sec ou d'un pansement humide et même leur confection doivent viser le même but: *empêcher la constitution d'un milieu capable d'accroître la vitalité des microbes*. Chacune des belles acquisitions de la recherche scientifique doit être utilisée; elles sont mises admirablement en valeur dans le cadre de la clinique.

Il devient plus difficile, quand les accidents éclatent, de déterminer la ligne de conduite qui en conjure les conséquences. On ne peut exactement apprécier la part qu'il convient de faire à la résistance organique et à l'action de virulence, dans leur genèse et dans leur évolution. Mais le résultat des interventions nous prouve chaque jour: que tout ce qui peut être fait pour modifier favorablement le terrain, tout ce qui a directement prise sur le foyer principal de l'infection est la condition la plus essentielle du succès.

Cela seul suffit pour que nous ne puissions douter que, dans ces situations critiques, le danger vient de l'accroissement de la virulence: c'est l'adversaire.

On ne peut le combattre sans tenir compte du degré de résistance de l'organisme. Et comme elle ne peut être en aucune façon mesurée, il importe de lui faire la part la plus large. Le chirurgien doit, en pareil cas, donner toujours la préférence au mode d'intervention qui expose le moins à ce que l'on a coutume de dénommer le *shock opératoire*. C'est pour toute espèce d'intervention une obligation stricte. Il faut agir, mais ne pas se laisser conduire à d'imprudentes résolutions.

Cette règle s'impose dans bien des circonstances en chirurgie urinaire. On ne triomphe pas de suite, mais on éloigne le péril. Tout n'est pas dit lorsque l'opération a été choisie et bien conduite. Il est indispensable, pendant d'assez longs jours, de veiller avec la plus scrupuleuse attention sur ce qui pourrait, à nouveau, faire entrer en ligne le pouvoir pathogène des microbes.

Il faut beaucoup redouter leur retour offensif. Ils sont encore présents, nous n'avons pu les détruire, et nous ne devons pas nous fier à l'accroissement apparent de la résistance. Elle peut être retardée ou empêchée par des causes qui nous échappent. Elles sont en effet, fort nombreuses.

à suivre

SUR LE "MICROCOCOCCUS NEOFORMANS" ET LA THERAPEUTIQUE DU CANCER

PAR M. LE DOCTEUR DOYEN.

MM. Metchnikoff, Borel et Burnet ont étudié l'existence de *micrococcus neoformans* si vivement contestée, et voici les principales conclusions du rapport de M. Metchnikoff:

"1° Dans plusieurs séries de tubes dans lesquels M. Doyen avait introduit en ma présence des fragments de cancers opérés par lui, j'ai pu obtenir des cultures pures d'un microbe, identique à celui décrit par M. Doyen sous le nom de "micrococcus neoformans". Dans un cas, les tubes sont restés stériles, mais dans plusieurs autres ils ont donné des cultures. De beaucoup le plus souvent, c'étaient des cultures du microbe de Doyen, tandis que dans quelques cas les cultures étaient constituées par un streptocoque, le bacille pyocyanique, et quelques autres microbes (cas ulcérés).

"Bien entendu, il a été pris toutes les précautions nécessaires pour s'assurer de la stérilité des milieux de cultures employées et de la non-contamination des fragments des tumeurs introduits dans les tubes;

"2° Sur les cultures du microbe de Doyen, nous avons pu observer tous les caractères décrits par M. Doyen au sujet du "micrococcus neoformans". La question de la spécificité de ce microbe n'a pas été définitivement résolue. C'est un problème très difficile, car les espèces bactériennes sont en général très délimitées. Il est utile, par exemple, d'appliquer, pour leur distinction, des méthodes perfectionnées, et les que l'agglutinabilité des microbes par des sérums spécifiques. Nous sommes en train de préparer de tels sérums, mais les résultats ne pourront être obtenus que dans deux ou trois mois.

"D'après l'aspect des cultures du "micrococcus neoformans", il présente une grande analogie avec celles du "coccus polymorphe" de la peau, mais l'examen des cultures sur gélose accuse une certaine différence entre les deux microbes;

"3° L'étude de l'action pathogène du microbe de Doyen sur les animaux demande un temps beaucoup plus long que celui que j'ai eu jusqu'à présent à ma disposition;

“ 4° Mon rôle de bactériologiste se limite aux trois premiers paragraphes de cette note. Mes connaissances microbiologiques ne m'autorisent nullement à aborder le côté clinique, et ceci d'autant plus que je ne suis ni chirurgien ni même médecin. Je n'ai aucune compétence pour porter un jugement, mais comme, à l'occasion de mes recherches bactériologiques, j'ai pu examiner à plusieurs reprises et pendant près de deux mois un grand nombre de cancéreux de la clinique de M. Doyen, j'ai subi cette impression que plusieurs malades atteints de cancers très graves ont été améliorés par les injections de M. Doyen.”

Après avoir donné lecture de cette note, M. Doyen résume devant la Société de nombreuses observations de cancers les plus divers, anciens ou récents, opérés ou non opérés, auxquels il a appliqué son traitement anti-cancéreux, puis il présente un certain nombre de malades qui sont guéris depuis plus ou moins longtemps ou qui sont encore en traitement. Il conclut:

1° Le “micrococcus neoformans” a été retrouvé avec tous ses caractères dans des cancers aseptiques de diverses provenances. La présence habituelle de ce microbe dans les tumeurs cancéreuses est donc un fait acquis;

2° Le traitement anti-cancéreux détermine habituellement en deux ou trois semaines dans les néoplasmes malins, des modifications favorables susceptibles de réduire leur volume, de les mobiliser, de rendre opérables des tumeurs qui étaient inopérables avant le commencement du traitement.

Les autres points concernant la spécificité du “micrococcus neoformans” et son action pathogène sont encore à l'étude, et cette étude demande plusieurs mois et même plusieurs années pour être menée à bien, car les expériences sur les animaux sont très longues.

Quant à la guérison définitive d'un certain nombre de cas traités par sa méthode M. Doyen estime qu'elle est déjà démontrée cliniquement pour les premiers cas traités, depuis deux ans, trois ans, et, pour l'un d'eux, près de quatre ans; elle ne sera prouvée scientifiquement que par l'observation ultérieure de tous les cas traités et qui devront être suivis pendant plusieurs années.

LE DIABÈTE CONJUGAL EXISTE-T-IL ?

PAR M. LE DOCTEUR MARTINET.

Le diabète conjugal existe-t-il ? En d'autres termes, est-on en droit d'admettre avec vraisemblance l'existence du diabète du mari et de la femme en dehors d'un fait de pure coïncidence ?

La méthode statistique, si défectueuse le plus souvent parce que défectueusement appliquée, nous paraît ici pouvoir entraîner la conviction.

Pour admettre l'existence du diabète conjugal, il est nécessaire et suffisant que, dans une série homogène d'observations recueillies dans des conditions de pratique médicale générale non spécialisée, le taux des diabètes conjugaux par rapport au nombre des diabètes observés soit hors de proportion avec le taux des diabètes observés par rapport au nombre total des observations recueillies. Les exemples concrets suivants feront mieux saisir le caractère de la démonstration et sa valeur.

Nous avons fait la statistique personnelle suivante : dans une période de temps déterminée suffisamment longue de pratique citadine générale, nous avons recueilli 858 observations diverses; dans ce nombre se trouvaient 25 observations de diabète dont 5 cas de diabète conjugal. *Le taux de fréquence du diabète par rapport à la morbidité générale* est donc dans notre statistique $25/858 = 1/34$ environ; *le taux du diabète conjugal par rapport à la morbidité diabétique totale* est $5/25 = 1/5$. Nous croyons pouvoir en conclure à la réalité du diabète conjugal en dehors de toute coïncidence; en effet, en appliquant le taux de probabilité du diabète $1/34$ obtenu aux 25 conjoints des diabétiques observés, nous trouvons moins d'une chance ($25/34$) de coïncidence de diabète chez le mari et la femme; l'observation nous fournit 5 cas : ce nombre oblige à admettre, en dehors de la coïncidence possible par simple fréquence, l'existence d'un diabète conjugal par liaison morbide vraie, en vertu d'un lien étiologique encore obscur mais certain.

Nous n'avons pas trouvé d'autre statistique inspirée par la même idée directrice, c'est-à-dire cherchant à mettre en évidence, à la fois — dans des conditions d'observation médicale générale non spécialisée — la fréquence relative du diabète par rapport à la morbidité générale et du diabète conjugal par rapport au diabète.

En revanche, relativement nombreuses sont les statistiques établissant — pour un observateur donné — le taux des diabètes conjugaux par rapport au nombre total des diabètes observés ;

nous n'en rappellerons que 3 que nous emprunterons à la thèse de notre excellent confrère et ami M. Hutinet relative justement à la contagion du diabète, et nous y joindrons la nôtre.

	Morbidité générale.	Cas de diabète.	Cas de diabète conjugal.	Pourcentage
I. Schmitz.	"	2 320	26	1,12 0/0
II. Deléage.	"	478	17	3,55 0/0
III. Debove.	"	50	6	12 0/0
IV. Martinet.	"	25	5	20 0/0

Les écarts de pourcentage suivant les observateurs sont si considérables que beaucoup penseront que, comme la femme de la chanson, souvent statistique varie et que bien fol est qui s'y fie. Le commentaire possible est intéressant en ce qu'il fait toucher du doigt l'erreur la plus fréquente commise dans la méthode statistique, qui consiste à comparer ce qui n'est pas comparable, savoir des faits recueillis par des observateurs variés dans des conditions d'observation non identiques.

Remarquons donc :

1° Que le taux des diabètes conjugaux par rapport à la totalité des diabètes observés n'a de signification au point de vue spécial qui nous occupe que s'il est comparé à celui de la morbidité générale et que ce facteur *essentiel* de comparaison n'existe que dans notre statistique ;

2° Que l'écart énorme existant entre le pourcentage des statistiques de Schmitz et Deléage d'une part, de M. Debove et de la nôtre d'autre part, a vraisemblablement une explication simple. Les deux premiers exercent dans des villes d'eaux (Neuenahr, Vichy) particulièrement fréquentées par des diabétiques, — le nombre considérable des diabètes observés (2.320-478) l'indique assez; les deux derniers observent à Paris, où les diabétiques ne sont pas particulièrement et artificiellement rassemblés. De ce fait les conditions de recherche du diabète conjugal ne sont pas identiques : les premiers n'observent en général leurs malades que pendant une période de temps limité (21 jours en général), après laquelle ils perdent habituellement leurs malades de vue, — ils n'ont donc chance de constater que les diabètes conjugaux synchrones, contemporains, et encore dans les cas plutôt rares où mari et femme se soumettent à leur examen; les derniers observant dans leur milieu habituel les deux époux pendant une période toujours longue ont beaucoup plus de chances de dépister un plus grand nombre relatif de diabètes conjugaux. Là est

vraisemblablement la cause de l'écart. En supposant que nous ayons exercé à Vichy, par exemple, et que nos 25 diabétiques et leurs conjoints se soient soumis à notre examen pendant une moyenne de 21 jours, nous n'aurions constaté qu'un ou peut être deux cas de diabète conjugal, car dans un seul de nos cas, deux peut-être, le diabète a été contemporain chez les conjoints.

Nous croyons donc pouvoir conclure à la réalité du diabète conjugal par liaison morbide. D'aucuns penseront que c'est enfoncer là une porte ouverte : puisse-t-elle rester dès lors bien ouverte, suffisamment pour laisser passer les disciples encore nombreux de la pure et simple coïncidence.

LE TRAITEMENT DES VARICES ET DES PHLEBITES PAR LA MARCHÉ ET LE MASSAGE MÉTHODIQUE

À l'Académie de médecine, M. Reynier s'est élevé nettement contre l'opinion de M. Lucas-Championnière d'après qui : "le mouvement n'est pour rien dans l'embolie des phlébites", et il insiste au contraire sur le danger de la mobilisation et de la contraction musculaire qui augmentent la pression sanguine dans les veines et facilitent, par conséquent, la migration du caillot.

Il rappelle à cet égard deux observations, dont une personnelle. Il était couché, au quinzième jour d'une pneumonie, ne se doutant pas d'une phlébite, qui devait apparaître le lendemain, lorsque quittant un instant son lit il fut terrassé par une embolie dont il guérit heureusement. L'autre cas a trait à une embolie mortelle qui se produisit au cours d'une phlébite de la saphène, à l'occasion d'un mouvement de malade. Donc, dans tous les cas de phlébite, le moindre mouvement doit être interdit et cela d'une façon prolongée, tant que la douleur persiste le long de la veine et que le caillot n'est pas transformé. L'immobilité agit ici comme pour tous les tissus, elle décongestionne et localise la poussée inflammatoire.

Quant à la marche, M. Reynier dit qu'elle peut être bien supportée s'il s'agit de varices non enflammées et à condition que les malades aient les jambes bandées. Mais il n'en est pas tout à fait de même chez les malades ayant eu anciennement une phlébite. La marche prolongée, ramène alors de l'œdème, des douleurs et des crampes, indices de phlébites partielles et d'une augmentation de tension dans le système veineux.

**APPLICATIONS INTRAVAGINALES DE PRÉPARATIONS
HYDRARGYRIQUES, CHEZ LES SYPHILITIQUES EN-
CEINTES POUR PRÉVENIR L'AVORTEMENT.**

Depuis sept ans, MM. les docteurs Rishl, professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne, et Hans Vorner (de Leipzig) ont recours à des applications intravaginales de préparations mercurielles, chez les femmes enceintes présentant des phénomènes de syphilis virulente, afin de prévenir l'avortement. Dans ce but, ils se servent d'un mélange à parties égales d'axonge et de lanoline renfermant de 12 à 15 p. c. de mercure, proportion qui ne doit pas être dépassée sous peine d'exposer la malade à des phénomènes d'irritation locale au niveau de la muqueuse vaginale : 3 grammes de cette pommade suffisent généralement pour une application ; il est rarement besoin de pousser la dose jusqu'à 4 ou 5 grammes, du moins lorsque—ce qui est la règle—on soumet la femme à un traitement quotidien : mais quand il n'est pas possible de répéter les applications chaque jour, on peut ne les pratiquer que tous les deux ou trois jours, en ayant alors soin d'augmenter proportionnellement la dose. On place le topique dans le vagin en contact immédiat de l'orifice externe de l'utérus, et on le fixe par un tampon bien appliqué. Pour éviter que celui-ci n'absorbe la pommade qu'il est simplement destiné à maintenir en place, il est indispensable de l'imperméabiliser au préalable en l'imprégnant d'un mélange de 2 parties de glycérine pour 1 partie de tamin, ou encore de glycérine alluée.

Les applications locales dont il s'agit, sans aucunement remplacer le traitement hydrargyrique général, présenteraient au point de vue de la natalité une action réellement favorable : sur un total de 40 femmes, en effet, que comprend actuellement la statistique de M. Vorner, 36 sont arrivées à terme.



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



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

COGNAC

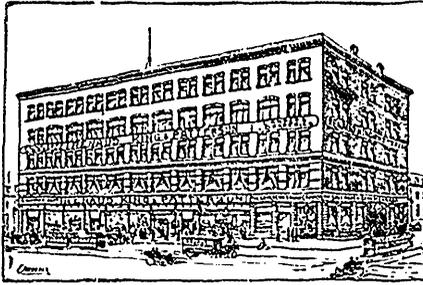
Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RÉCOLTerez

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St.-Jacques, Montréal.



Meubles, Literie, Tapis,
Draperies, Etc.

Installation moderne et de premier ordre.

Renaud, King & Patterson

COIN STE - CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infailible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

LACASSE ROUSSEAU,

Tel. Up 971

Directeur-Gérant.

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

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Limitée

107, RUE ST-JACQUES, MONTREAL

LES GANGRENES PHÉNIQUES

Voici deux malades atteints de gangrène produite par l'emploi de l'acide phénique. Chez l'un d'eux, une femme, les accidents sont déjà guéris et un large tissu de cicatrice recouvre le pouce droit qui était complètement sphacélé. M. Lucas-Championnière n'a pas pratiqué l'amputation. Les plaies des doigts offrent cette particularité de guérir quand tout espoir de conservation était perdu. Le praticien ne doit jamais se presser d'amputer les doigts, si gravement compromis paraissent-ils. Ici le pouce avait été écrasé et pansé fréquemment à l'eau phéniquée. C'est en suite de ce traitement que la gangrène s'était déclarée.

Même complication pour un homme, qui ayant subi un écrasement de son médius et de son annulaire gauches, n'avait usé, lui, que d'un seul pansement à l'eau phéniquée forte, pansement humide laissé en place 24 heures. La phalangine et la phalange sont transformées en baguettes noires, sèches. Dans ce cas également, M. Lucas-Championnière ne juge pas à propos d'intervenir chirurgicalement, mieux vaut attendre l'élimination spontanée. Plus tard on pourra régulariser les lambeaux quand le détachement des masses sphacélées commencera à s'opérer.

Ces deux malades représentent des types de gangrène phéniquée. L'accident se produit toujours au doigt et, fait curieux, c'est fréquemment à la suite de faibles doses d'acide phénique (solution de 1 à 5 p. c.) que le sphacèle paraît. D'ordinaire il faut des pansements fréquents; il est assez rare que la gangrène suive comme chez un des malades précédents, l'application d'un pansement unique.

M. Lucas-Championnière qui use dans son service de solutions fortes d'acide phénique, n'en a jamais éprouvé d'inconvénients; ni accidents caustiques, ni accidents toxiques. Ces derniers ont, il est vrai, été fréquemment observés. Volkmann, en Allemagne, les a reproduits souvent chez ses opérés. La raison de pareils échecs est bien simple: Volkmann, non plus

que d'autres chirurgiens, n'était très entendu dans le manie-
ment de l'acide phénique. L'acide phénique ne doit jamais
être employé plusieurs jours de suite; en useriez-vous à solu-
tion très faible, pourvu qu'on la renouvelle, le danger est à
craindre. On a signalé des intoxications chez des accouchées
à la suite d'injections vaginales à 1-100. Au bout d'une huit-
taine, les urines devenaient noires, l'appétit se perdait, annon-
çant, du fait de ces désordres, les premiers signes de l'empois-
onnement phéniqué.

C'est donc là une première condition de l'emploi de cet anti-
septique; se montrer sobre de ses applications. La deuxième
condition est d'avoir sous la main un produit pur: les phar-
maciens vendent souvent de l'acide phénique impur et irri-
en solution aqueuse d'emblée, ou alcoolique. Mise au contact
pures; il est exceptionnel qu'on livre au public un produit
qui échappe aux reproches.

Une troisième condition doit être remplie pour que le spha-
cèle soit évité. L'acide phénique ne doit jamais être employé
en solution aqueuse d'emblée, ou alcoolique. Mise au contact
des tissus, l'eau ou l'alcool s'évaporent; la concentration de la
solution augmente, des brûlures se peuvent produire. Au
surplus, dans ces solutions aqueuses ou alcooliques, l'acide
phénique, surtout quand il est impur, se dépose volontiers au
fond du flacon. Quand on utilise ce fond de flacon, l'action
caustique se manifeste.

Ce qu'il faut recommander, ce sont les solutions glycerinées
d'acide phénique. Celles-ci sont bien moins irritantes. L'a-
cide phénique est incorporé à parties égales dans la glycérine.
Cette solution-mère sert ensuite à préparer les solutions clas-
siques à 2 1-2 p. c. et à 5 p. c. De pareilles solutions peuvent
produire parfois des lésions très superficielles, un blanchiment,
un peu d'agacement de l'épiderme, pas autre chose. Harring-
ton, en Amérique, estime même que les solutions faibles sont
plus dangereuses, car elles imbibent les tissus et les pénètrent
peu à peu, en sorte que les accidents toxiques éclatent, tandis
que, selon lui, les solutions fortes atteignent l'épiderme et le
corrodent, mais arrêtent là leur action et ne sont pas absor-
bées comme les solutions faibles.

L'usage prolongé de l'acide phénique, alors même qu'il n'entraîne pas de lésions graves, n'en agit pas moins défavorablement sur les plaies, altère leurs surfaces bourgeonnantes, arrête leur vitalité, retarde leur cicatrisation. Use-t-on d'un bain permanent? Ce sont en outre des complications articulaires et des gains qui sont à redouter.

Aussi bien ces bains permanents ne sont d'aucune utilité. Désire-t-on nettoyer une plaie? Un bain en solution alcaline (bicarbonate de soude) suffit. Les bains phéniqués ne valent rien et peuvent devenir dangereux, tout comme les bains de sublimé. A propos de ces derniers, M. Lucas-Championnière révoque d'abord en doute leur action antiseptique. Le sublimé n'est-il pas détruit par son contact avec les substances organiques et ces magmas de pus et de chairs tuméfiées auxquelles on l'oppose? Il est donc à craindre qu'il agisse mal.

Quand il agit et qu'il échappe à sa décomposition, un danger, cette fois très grave, surgit: les risques d'intoxication. Très loyalement, Tarnier a jadis reconnu qu'il avait empoisonné et perdu trois femmes récemment accouchées, par l'usage externe du sublimé. D'autres accoucheurs ont eu des résultats tout aussi déplorables; seulement ils ne parlent pas de semblables catastrophes.

Ceci pour dire que tous les antiseptiques doivent être maniés avec prudence. L'iodoforme provoque des accidents, le salol est irritant, engendre des eczémas, est susceptible de se transformer en acide phénique.

Tous ces produits demandent une main experte et prudente et il convient de n'administrer l'acide phénique que suivant les règles énoncées plus haut.

La politique et la science tiennent, de plus en plus, la première place sur la scène du monde; l'art et la littérature vont-ils subir une éclipse?

ALBUMINURIE ET CURE DE DECHLORURATION DANS LE BRIGHTISME

PAR M. OLIVIÉRO.

La cure de déchloruration dans le cas de brightisme, mise en honneur à la suite des remarquables communications de M. Widal, donne lieu à certaines anomalies de réaction de l'albumine dans les urines.

C'est ainsi qu'une urine de malade, renfermant 1 gr. 53 d'albumine sérique par litre, ne précipitait plus par la chaleur, en milieu légèrement acide.

Quelques gouttes d'acide acétique dilué avaient déterminé la formation d'une acétoalbumine soluble à chaud.

Or, chacun sait que c'est là un procédé général et classique de recherche et de dosage de l'albumine.

Chose remarquable, l'urine en question ne renfermait que 2,40 de chlorure de sodium par litre. Si, par l'addition de sel marin, on ramenait l'urine à sa chloruration normale, l'albumine reprenait ses caractères habituels et précipitait par la chaleur en milieu acide.

L'urine avait une densité de 1010; l'addition d'un sérum artificiel composé de

Chlorure de sodium.....	4
Phosphate de soude.....	1
Sulfate de soude.....	1

ajouté en quantité suffisante pour élever la densité urinaire à 1020, faisait également apparaître l'albumine avec ses caractères classiques.

Il conclut que la déchloruration ou la déminéralisation de l'urine peut masquer la présence de l'albumine, lorsqu'on se sert du seul réactif habituellement employé (chaleur et milieu acide).

Il y a donc lieu, dans le cas de recherche de l'albumine chez les brightiques soumis à la cure de déchloruration, de ne pas s'en tenir au simple examen habituel et de poursuivre les essais par l'emploi des réactifs généraux.

Un réactif qui donnerait toute satisfaction en pareil cas, serait le suivant (à employer en lieu et place d'acide acétique):

Solution de chlorure de sodium à saturation...	10 parties.
Acide acétique cristallisable.....	1 —

LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES RAYONS DU RADIUM ET LEURS APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

PAR M. SCHOLTZ (DE KÖNIGSBERG).

I. Les effets physiologiques des rayons du radium égalent ceux des rayons Röntgen.

Ils s'en distinguent en ce que :

1° Les rayons du radium exercent une plus forte action sur les vaisseaux ;

2° Ils ont une action plus profonde ;

3° Ils ont une remarquable action bactéricide

II. Au point de vue thérapeutique, l'action des rayons du radium correspond exactement à celle des Rayons X.

L'action des rayons du radium dépasse celle des rayons X dans les cas suivants :

1° Les rayons du radium agissent de façon plus intense et plus efficace sur les néoplasmes malins de la peau, principalement les carcinomes ;

2° Ils agissent mieux sur les télangiectasies et les petits angiomes ;

3° Les rayons du radium sont d'une application plus facile sur certaines régions du corps, spécialement dans les cavités (bouche, larynx, œsophage, rectum, vagin, urètre, vessie, etc.), où les rayons de Röntgen ne peuvent pas être appliqués.

L'ICHTYOL CONTRE LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Il y a une dizaine d'années, M. La Torre (de Rome) a signalé les bons effets qu'il obtenait, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, par l'emploi du glycérolé d'ichtyol porté sur le col au moyen de tampons vaginaux. Ce même moyen thérapeutique a récemment donné à un autre confrère italien, M. le docteur A. Pettazzi (de Turin), un excellent résultat dans un cas de grossesse au début où une métrite cervicale ulcéreuse avec rigidité du col paraissait constituer la cause essentielle des vomissements. Des tampons imbibés d'un glycérolé d'ichtyol à 10 ou 20 p. c. ayant été placés dans le vagin au contact du col, les vomissements s'arrêtèrent d'une façon pour ainsi dire immédiate et ne reparurent plus pendant le reste de la grossesse.

L'HUILE D'OLIVES A FORTES DOSES DANS LES AFFECTIONS GASTRIQUES

D'après l'auteur, M. Cohnheim, les fortes doses d'huile d'olives, 100 à 150 grammes par jour, peuvent facilement guérir ou améliorer les cas de gastrectasie qui ne dépendent pas d'un obstacle organique, mais relèvent d'un ulcère ou d'une fissure de la région pylorique;

Dans le cas de sténose pylorique avec dilatation secondaire, le traitement secondé par une hygiène sévère peut éviter complètement la douleur aux malades; l'huile agit alors mécaniquement en atténuant le frottement le long des parties rétrécies;

On peut obtenir la guérison complète ou une remarquable amélioration dans les cas de sténose relative du pylore et du duodénum. Celle-ci se manifeste en clinique quelques heures après le principal repas par une hypersécrétion continue et par un spasme douloureux du pylore;

Le spasme du pylore diminue ou disparaît même lorsqu'il y a sténose carcinomateuse du pylore.

Les ulcères du pylore avec ou sans hyperchlorhydrie produisent généralement d'une à quatre heures après le repas des crampes douloureuse très intenses. On obtient rapidement la guérison par l'huile d'olives et d'amandes, s'il n'est pas survenu de complications telles que la périgastrite.

Le meilleur mode d'administration de l'huile consiste à l'introduire par la sonde gastrique trois fois par jour, une demi-heure ou une heure avant les repas. En général, il suffit d'une dose matinale d'un verre à vin et d'une dose de deux cuillères à soupe l'après-midi. Dans les cas légers ou dans ceux qui sont déjà améliorés, il est bon d'employer l'émulsion d'amandes.

L'huile d'olives répond admirablement à trois indications: la cessation du spasme du pylore, la diminution du frottement et de la résistance opposée au passage des aliments; enfin elle augmente la nutrition, car, quelle que soit la sténose, le liquide arrive dans l'intestin.

LE MASSAGE CONTRE LA CHUTE DES CHEVEUX

Un médecin américain, le docteur Elliot, vient de donner une explication de la calvitie, qui, sans être nouvelle, n'en est pas moins intéressante. En voici le résumé :

La peau du crâne sur laquelle sont implantés les cheveux ne fait point d'exercice. Il y a des muscles sous cette peau, mais ils ne fonctionnent pas; la peau est insuffisamment nourrie et les cheveux ont une tendance plus ou moins grande à dépérir. C'est pour cette raison que, sur certaines têtes, ils "meurent" prématurément et disparaissent.

Un fait paraît donner une éclatante confirmation à cette théorie; c'est que les femmes ne deviennent chauves que très rarement. Pourquoi? — Exercent-elles plus que les hommes les muscles qui recouvrent leur crâne? — Non; seulement, par les exercices multiples que nécessitent les opérations de leur coiffure, elles imposent à la peau de leur crâne et aux muscles sous-jacents un exercice passif, qui produit une influence bien-faisante analogue à celle de l'exercice actif.

La théorie et le fait indiquent à l'auteur la méthode à suivre pour empêcher la chute des cheveux et même pour les faire pousser de nouveau lorsqu'ils commencent à tomber : c'est le massage. Ainsi, par un massage raisonné du cuir chevelu, on oblige le sang à circuler davantage et les cheveux, abondamment nourris, restent vigoureux et tenaces: et comme le bulbe pileux n'est pas encore "mort" au moment où le cheveu tombe, on comprend facilement que dans certains cas, les têtes chauves puissent se recouvrir d'une abondante chevelure.

A mesure que la démocratie monte, le goût de l'idéal baisse, de nouvelles mœurs, des penchants au matériel se généralisent; nous vivons dans un milieu tumultueux, brillant et sonnant qui nous détournent des préoccupations élevées.

INJECTION UTERINE DANS L'ÉTAT PUERPERAL

PAR M. LE PROFESSEUR BONNAIRE.

INSTRUMENTS	INDICATIONS	TECHNIQUE OPERATOIRE	DIFFICULTES, ACCIDENTS ET CONTRE-INDICATIONS
<p><i>Bacil</i> à injections de trois litres, en métal émaillé. Tube en caoutchouc de 1 mètre de long, au puits, sans robinet.</p> <p><i>Canule</i>. — Dans les heures suivant l'accouchement tant que le segment inférieur est flasque et le col très court, la <i>canule vaginal</i>, en cristal, longue, droite, à bout obtus, perforé sur les côtes de l'olive seulement, peut servir.</p>	<p>Deux indications principales: 1^o Injection hémostatique; 2^o Injection désinfectante et detersive.</p> <p>1^o Injection hémostatique</p>	<p>Préparation de la malade. — Evacuation de la vessie et du rectum, si on a le temps. Si on n'a que du temps, on se contente de vider le vagin à ce solution de salin à 1 pour 1000.</p> <p>Attitude de la malade. — Avec quelque entraînement, on pratique aisément l'insertion en bismant la femme dans l'attitude suivante favorable: le siège est élevé sur un bassin plat, le dos est dressé, la tête à l'arrière, les pieds à l'avant, sur un lit ou sur un matelas fortement sur le côté. À l'extrémité, on préfère pour les hémorragies consécutives à la délivrance, alors que le col utérin est très béant et qu'il y a menace imminente de syncope.</p> <p>La position obstétricale est plus commode. La malade est disposée en travers du lit, le bord de celui-ci étant garni d'une toile crue couverte d'une alène, dont l'extrémité, faisant gouttière, plonge dans un vaste récipient. Les pieds de la malade portent sur deux chaises, ou mieux sur les deux genoux croisés de l'opérateur assis sur un siège bas.</p>	<p>Difficultés. — <i>Le col est trop mou</i> (aussitôt après l'accouchement) les doigts ne distinguent pas sa paroi de celle du Vagin, et la canule force dans les sub-osses de ce dernier ou sur un repli du col. La difficulté est introduisant quatre doigts jusqu'à l'anneau de rétraction. (Orbite interne clinique.)</p> <p><i>Le col est fermé.</i> — En général, quand le col est fermé à la canule, dans les suites de couches, l'accoucheur n'a rien à faire dans l'utérus (l'utérus est béant tant qu'il est infecté). On n'a des doutes, à l'égard le col à l'aide des bougies de Hegar. Se délier de la fausse membrane du col qui tient à la <i>con. lèvre de l'utérus</i>. L'abaissement à la pince entraine la voie à la canule en ce cas.</p> <p><i>Le col est dévié</i> et la canule ne peut pénétrer suivant l'axe de l'utérus; redresser ce dernier, soit par manœuvre si supubienne (antéversion), soit par reculement au-dessus du col, à l'aide de la pince (retroflexion) par voie vaginale, ou mieux par abaissement à la pince.</p> <p><i>La malade est incohérente</i>, et par sa dévotion, désordonnée expose à la perturbation utérine. Recourir à la narcose.</p>
		<p>Introduction de la canule (<i>sans abaissement préalable de l'utérus à la pince</i>). — Deux doigts de la main gauche, face palmaire en avant, vont à la recherche du col. Ils l'abordent par sa libre portion et restent en contact avec lui. La canule, toujours soigneusement épurée d'air, tenue légèrement de la main droite, la concavité vers le pubis, glisse sur la gouttière interdigitale de la main gauche. Dès que son extrémité arrive au col, abaissement fort et l'extrémité extérieure de la canule et pénétration</p>	<p>Accidents. — <i>Préparation de l'utérus</i>, soit au niveau du segment inférieur; ne pas forcer l'obstacle quand on bute sous l'anneau de contraction; abaisser fortement le talon de la sonde; taper, frotter le bec de l'instrument avec les doigts; soit au niveau du fond; l'utérus très infecté, surtout aussitôt après l'accouchement, a perdu toute tonicité et est d'une friabilité extrême. En pareil cas, ne jamais pousser la sonde avec force; la laisser en quelque sorte glisser par son propre poids et la soutenir mollement entre l'index et le pouce.</p> <p><i>Bruiture</i>. — Le liq. de injecté est à une température évitant 38°; La main gauche sert d'inserteur.</p>

2° InJECTION désinfectante et détersive

A. *Traitement prophylactique de l'injection puerpérale*. — Injection intracervicale, dès l'issue du foetus, dans tous les cas de putridité du villosus amniotique (fausseté, légers liquides amniotiques purgés par suite de la rupture anormale des membranes). Infection aussitôt après la délivrance, en cas d'intervention obstétricale, de rétention de lambeaux membranoux, ou quand il y a eu rupture prématurée des membranes, ou toucher suspect au point de vue de l'infection.

Injection titrée avec l'eau iodée (3 pour 1000), la solution de permanganate à 1 pour 1000, l'eau chlorée (trois cuillerées de liqueur de Labarraque par litre), etc.

B. *Thérapeutique*. — Dès le début de l'infection (fièvre, rétention ou félicité des loquies). Même solution que ci-dessus, très chaude (sauf pour l'iodé). A partir du quatrième ou cinquième jour, on peut employer l'eau oxygénée à cinq volumes.

A renouveler une ou deux fois par jour, de quatre à six litres chaque fois, tant que dure la fièvre, la félicité des loquies, la béance du col.

Le curage et le curetage de l'utérus doivent se faire entre deux injections utérines antiseptiques.

lentement et doucement. C'est un cathétérisme délicat. Au besoin, de petits mouvements répétés de flexion de l'extrémité des doigts guides, dirigent et reportent en avant le bec de la canule.

Au moment où celui-ci atteint le fourreau épais qui constitue la frontière du corps de l'utérus, la main gauche quitte le vagin et se porte sur l'hypogastre. Elle empêche le fond de l'utérus, en faisant glisser de celle façon que la lumière des trompes soit effacée par la pression de la paume et des extrémités digitales.

La main redresse l'utérus s'il est antéflexé et abaisse l'organe en le chassant sur la canule en même temps que celle-ci pénètre doucement. Si l'utérus est flasque et la paroi abdominale mince, on sent nettement le bec de la canule par le dehors.

Le liquide doit couler lentement et à très faible pression. Le bœck, toujours tenu à la main par un aide attentif, ne doit jamais excéder un élèvement de plus de 50 centimètres. Pendant l'injection, quand l'utérus est déjà revenu sur lui-même, imprimer de légers mouvements de torsion à la canule, pour répartir en tous points le contact du liquide et prévenir l'obstruction du col par des caillots ou débris. Cesser l'injection avant l'évacuation complète du récipient.

Injection intra-ovulaire. — Quatre doigts de la main gauche sont introduits à travers la vulve béante jusque dans le col, en suivant le cordon. La canule glisse entre les doigts et le cordon.

Injection hémostatique de la délivrance. — L'injection est faite dans le creux de la main, profondément introduite dans l'utérus. La canule glisse au long de la gouttière cervicenne. L'injection continue jusqu'à ce que l'utérus on se rétractant et se contractant accouche de la main qui guide la canule.

Injection avec abaissement de l'utérus à la pince. — Le col est amené à la vulve et l'abaissement suffit à porter l'utérus en rectitude, en effaçant tout repli sur lequel pourrait buter le bec de la canule. Celle-ci est introduite directement sous le contrôle de la vic-

Hémorragie. — Le bec de la sonde a fait tomber une tête de caillot et débouché en des sinus de l'arcus placentaire. Le liquide revient mélangé de sang rouge. C'est plutôt une menace d'accident — mais moins faire abaisser aussitôt le bœck — sur faire siphon et aspirer le contenu médicamenteux de l'utérus.

Pénétration du liquide dans le périnée par les trompes. — Accident dont la possibilité est discutée; ne peut se produire, qu'en cas de béance anormale des ostia-utérina. Ne jamais excéder la hauteur à 30 centimètres du bœck à injection, pour modérer la pression intra-utérine.

Pénétration du liquide dans les sinus veineux. — Accident non douteux et grave, cause des intoxications suraigues par injections de sublimé, de sulfate de cuivre ou d'acide phénique. Les causes en sont: l'inertie aussitôt après la délivrance (animaux d'injection, toxyques en pareil cas); l'écoulement traumatique d'un sinus qu'indique le retour du liquide mélangé de sang. Abaisser le bœck aussitôt.

Pénétration de l'air dans les veines. — Quand la canule n'est pas expulsée d'un ou deux utérus est morte, quand la malade fait une forte inspiration, quand un moineau s'empare de l'embout. Pour éviter, toujours tenir le fond de l'utérus par le trait qui coale le liquide. Pour cette raison, nous désignons l'emploi de l'air oxygéné, après délivrance, tant que les sinus ne sont pas déformés (même quatre ou cinq jours). La mort subite par embolie gazeuse peut être le résultat de cet accident.

Accidents nerveux. — Ils se produisent soit au cours de l'injection même, et, souvent alors, on ne sait dès l'abord s'ils tiennent à la pénétration d'air ou de liquide dans les veines, ou à une perforation utérine, ou simplement au contact de la canule avec le col. On les voit parler avec la simple injection vaginale. Ils tiennent souvent à un excès de pression et à la projection violente du liquide, ou à son défaut de retour dans le vagin. Ce sont: frissons violents, dyspnée, angoisse avec anxiété précordiale allant jusqu'à la syncope et à la mort subite, tremblement prolongé, convulsions hystériques, troubles visuels, hallucinations, délire, etc. Retirer aussitôt la canule, mettre la malade en position décubite, appliquer le traitement du shock, et, au cas extrême, recourir à la respiration artificielle.

Contre-indication. — Rupture et perforation de l'utérus préexistante ou simplement soupçonnée (avortement de cause suspecte. Intervention obstétricale violente avec état de shock et écoulement de sang noir possible); s'abstenir alors de toute injection qui pourrait devenir injection intra-péritonéale. Accidents nerveux lors d'une précédente injection.

LA CONTAGION TUBERCULEUSE PAR LE MOBILIER DES PHTISIQUES

PAR MM. H. BLOC ET A.-F. PLIQUE.

La notion de la possibilité de la contagion tuberculeuse par le mobilier ayant appartenu à des personnes atteintes par la phtisie est très ancienne, à preuve qu'au XVII^e siècle, Fracastor la mentionnait de façon très précise. Encore qu'aujourd'hui personne ne doute plus du danger réel qu'il peut y avoir pour la transmission de la maladie, à faire usage d'objets mobiliers ayant appartenu à des tuberculeux, on ne semble pas, le plus souvent, prendre toutes les précautions qui seraient nécessaires. Celles-ci, cependant, s'imposent. MM. Bloc et Plique ont, en effet, remarqué en étudiant une catégorie d'individus, les porteurs de l'Hôtel des ventes de Paris, qui, par état, sont astreints à manipuler constamment des meubles mis en vente à la suite de décès, que la tuberculose pulmonaire est extrêmement fréquente chez ces travailleurs, et cela bien qu'ils jouissent en général d'une vie confortable, qu'ils fassent peu d'excès et qu'ils soient recrutés dans des conditions exceptionnelles de vigueur physique.

La statistique des deux auteurs s'étend sur une durée de vingt années et porte sur les 240 porteurs qui, durant ce temps, se sont succédé dans les charges.

Sur ces 240 sujets, 110 ont quitté Paris, 90 sont encore en fonctions et 40 ont succombé. Or, sur les 40 décès, on en compte 20 dus à la tuberculose. Parmi les 110 rentrés au pays, un certain nombre sont partis pour raison de santé et une vingtaine au moins paraissent avoir été eux aussi atteints de la tuberculose.

Des documents réunis par les deux auteurs, il apparaît que la mortalité tuberculeuse chez les porteurs de l'Hôtel des ventes s'élève à 72 pour 100, c'est-à-dire qu'elle est notablement plus élevée que celle des professions qui donnent les chiffres les plus considérables de décès, 11 pour 100 chez les médecins, 58 pour 100 chez les infirmiers, 27 pour 100 chez les religieuses hospitalières.

La conclusion pratique de ces remarques est qu'il est de toute nécessité de procéder systématiquement à la désinfection de tout mobilier provenant d'un phtisique.

SUR LE TRAITEMENT DES MÉTRITES PAR L'EAU
OXYGÉNÉE

PAR M. LE DOCTEUR RITCHER.

En employant l'eau oxygénée, chimiquement pure, Ritcher a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des métrites subaiguës ou chroniques (50 cas). Il ne se sert pas de la solution à 30 pour 100 tous les huit jours, mais préfère employer, tous les quatre jours, une dilution à 15 pour 100. Le procédé consiste, non pas à cautériser la muqueuse avec un tampon d'ouate, mais bien à injecter dans la cavité utérine, avec un spéculum à circulation, 1 ou 2 centimètres cubes d'eau oxygénée. Il faut, auparavant, enlever tous les exsudats qui recouvrent la muqueuse, mais d'une façon prudente pour ne pas faire saigner.

Quand l'eau oxygénée produit une hémorragie on voit aussitôt l'orifice du spéculum se remplir de bulles de gaz; le sang décompose l'eau oxygénée en eau et en oxygène. L'eau oxygénée en solution concentrée ne possède pas, en effet, l'action hémostatique qu'on lui attribue; on peut essayer d'arrêter le sang avec une dilution à 2 c. à 5 pour 100.

Mais, même sans hémorragie, le contact avec la muqueuse de l'eau oxygénée produit le dégagement de bulles gazeuses en petite quantité. L'introduction d'un tampon d'ouate, à travers le spéculum, dans la cavité utérine remplie de liquide augmente le développement des bulles aux endroits touchés; c'est donc là un moyen d'augmenter à volonté l'effet caustique; il suffit, en général, d'enfoncer et de sortir le tampon une douzaine de fois; à chaque reprise on attend que l'orifice du spéculum soit redevenu libre de bulles gazeuses. Quand on juge la cautérisation suffisante, on tamponne la cavité utérine avec de l'ouate sèche pour absorber tous les liquides; des traces blanchâtres apparaissent sur les endroits cautérisés.

Quand la métrite est guérie, on peut introduire aussi souvent que l'on veut un tampon imbibé d'eau oxygénée, il ne se forme plus de bulles gazeuses; on ne voit plus apparaître de traces blanchâtres sur la muqueuse utérine.

Dix à douze cautérisations suffisent en général; le traitement ne dure donc même pas deux mois. Cette méthode n'ex-

clut pas les lavages, les tampons à l'ichtyol, les bains de siège ni le traitement général.

L'eau oxygénée offre en pareil cas plus de sécurité et de garantie que le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, le protargol à 20 pour 100, l'alcool iodé à 5 pour 100.

LA SANTONINE COMME ANTISPASMODIQUE

Bien que les propriétés anthelminthiques de la santonine soient à peu près seules utilisées en thérapeutique, on tend cependant à reconnaître à ce médicament une certaine efficacité dans quelques affections nerveuses. C'est ainsi qu'il y a quatre ans, M. F. G. Lydston (de Chicago) vantait les bons effets de la santonine contre l'épilepsie, et que, plus récemment, M. C. Negro (de Turin), puis MM. Combemale et de Chabert (de Lille), ont déclaré s'être bien trouvés de son emploi contre les douleurs fulgurantes des tabétiques (Voir *Union*, 1901, p. 305; 1902, p. 313).

De son côté, M. le Dr. Molle (d'Aubenas) a eu l'occasion de constater que la santonine, dont la médecine populaire fait un usage très général et quelque peu inconsidéré, agit chez certains sujets à la façon d'un antispasmodique d'une efficacité non douteuse, et cela en dehors de toute action anthelminthique.

L'auteur cite en particulier le cas d'un enfant qui, au cours d'accidents fébriles d'origine gastro-intestinale, se trouvait dans un état d'agitation extrême, faisant constamment des efforts pour s'échapper de son lit; or, sous l'influence de 0 gr. 05 centigr. de santonine — administrés par les parents à l'insu de M. Molle, — il se produisit une sédation immédiate des phénomènes nerveux. Par la suite, ce petit malade fut repris d'accidents analogues à plusieurs mois d'intervalle, et chaque fois la santonine fit tout rentrer dans l'ordre, sans que l'examen le plus attentif révélât jamais la présence de vers intestinaux dans les garde-robes.

Dans deux autres cas, relatifs l'un à des convulsions réflexes dues à des corps étrangers intestinaux (noyaux de cerise), l'autre à des troubles gastriques d'origine émotionnelle, la santonine détermina également la cessation rapide de tous les accidents nerveux.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORROIDES, LEUR
TRAITEMENT PAR L'HAMAMELIS VIRGINICA ET
PAR L'ADRENALINE

PAR M. DEVILLIERS.

On peut, par des moyens médicaux, arriver à la résolution complète des hémorroïdes qui, dans certains cas, semblaient être seulement du ressort de la chirurgie.

L'hamamelis virginica par son action vaso-constrictive en fait un hémostatique indiscutable.

Voici la formule employée:

Extrait fluide d'hamamelis	50 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	50 "
Teinture de vanille.....	XX gttes.

M. à prendre par cuillerées-à café.

La teinture de feuilles se donne à l'intérieur à la dose de 0 gr. 20 à 1 gramme.

Une formule de pommade assez pratique est la suivante:

Teinture d'hamamelis (écorce).....	3 gr.
Vaseline.....	30 "

M.

L'adrénaline est plus énergique et moins maniable que l'hamamelis; elle est indiquée dans les cas d'hémorroïdes rebelles à la réduction, fluentes et douloureuses.

La solution suivante a été employée en pulvérisations chaudes:

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000.....	25 gr.
Eau distillée.....	250 "

On peut aussi employer la solution à 1 p. 1000 en applications locales à l'aide d'un tampon de coton hydrophile imbibé de cette solution.

Municipalisation du service médical à Zurich. — Elle a été effectuée ces jours-ci: quarante médecins, aux appointements de 2,500 piastres, sont chargés de donner des soins médicaux à toutes les classes de la population. Bien entendu toute liberté est laissée à chaque bourgeois de Zurich de s'attacher, à ses frais, un médecin traitant de son choix.

MYOPATHIE HYPERTROPHIQUE CONSECUTIVE A LA
FIEVRE TYPHOIDE (ASSOCIATION DES DIVERSES
PROPRIETES DES MUSCLES).

Voici une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde il y a cinq ans, a été atteinte d'une affection du membre supérieur droit, qui se serait atténuée depuis le début, mais est encore fort gênante et se manifeste ainsi : une hypertrophie musculaire vraie de tout le membre, sauf la main, prédominant à la racine, et associée, à l'avant-bras, à une atrophie de quelques muscles postérieurs ; une augmentation de la consistance des muscles, qui sont plus durs que du côté sain ; une déformation du membre qui paraît liée à l'atrophie des muscles qui étendent la main sur l'avant-bras, à la raideur et à l'hypertrophie des autres ; une diminution de la contractilité électrique des muscles sans D. R. ; une hyperexcitabilité musculaire vis à-vis des incitations volontaires, d'où dérive une exagération de la synergie physiologique ; une augmentation de la puissance des muscles hypertrophiés ; une gêne dans l'accomplissement de la plupart des mouvements (de l'extension de la main par atrophie des muscles correspondants, des autres mouvements par exagération de la synergie physiologique, d'où contracture des muscles antagonistes).

Je ne trouve chez cette malade aucun des signes objectifs qu'on trouve dans l'hémiplégie ou dans la monoplégie brachiale par lésion centrale, et j'estime que l'affection doit dépendre d'un trouble périphérique. Il s'agit d'un cas de myopathie primitive ou consécutive à une altération musculaire typhique qu'il convient de nommer hypertrophique.

Celui-ci a ceci de remarquable qu'il montre qu'une myopathie est capable de dissocier les diverses propriétés des muscles d'affaiblir les unes, de suractiver quelques autres, rompant ainsi l'harmonie des fonctions élémentaires, et amenant une perturbation dans le fonctionnement général des muscles atteints. Je rappellerai à ce sujet un phénomène paradoxal analogue que j'ai fait connaître, l'exagération de l'équilibre statique coïncidant avec l'affaiblissement de l'équilibre cinétique dans certains cas de lésion de l'appareil cérébelleux.

LA VISCOSITE DU SANG ET L'ACTION DES IODURES DANS L'ARTERIO-SCLEROSE

Il n'est pas d'artério-scléreux auquel, à un moment donné, on n'ordonne de l'iodure de potassium. Les considérations qui guident le médecin dans le choix de ce médicament dépendent de l'idée qu'il se fait du mode d'action de ce sel. Les uns ne sont pas loin de penser que les iodures favorisent la résorption des produits pathologiques. D'autres admettent, avec Huchard, que ces sels amènent la dilatation des petits vaisseaux, diminuent la pression sanguine et réalisent ainsi une meilleure irrigation des tissus. D'autres encore font intervenir une alcalinisation des tissus ou même une action indirecte sur les vaisseaux par emmagasinement d'iode dans la glande thyroïde.

Comme toujours, cette multiplicité des théories — car nous n'avons cité que les principales — veut dire que nous ne savons pas au juste comment les iodures agissent dans l'artério-sclérose. Cependant cette incertitude est près de prendre fin, à en juger du moins par les expériences très précises de MM. Muller et Inada, assistants du professeur Romberg, (de Tubingen). Pour eux, *les iodures agiraient dans l'artério-sclérose en diminuant la viscosité du sang.*

Ces expériences ont été faites d'abord sur des individus bien portants (étudiants en médecine), ensuite sur des artério-scléreux. On commençait par déterminer la viscosité du sang, c'est-à-dire la valeur, le coefficient du frottement interne du sang — lequel coefficient est désigné par la lettre n — et cette viscosité était de nouveau déterminée quinze jours plus tard, pendant lesquels les individus en expérience prenaient 1 gramme à 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour, en trois fois. Pendant cette période, ils ne changeaient rien à leurs habitudes ni à leur régime, si ce n'est qu'ils s'astreignaient à ne pas prendre d'aliments ou de boissons acides ni à boire de trop grandes quantités de bière.

L'examen du sang au point de vue de sa viscosité, fait après quinze jours d'iodure de potassium, montre alors ceci :

Sur douze personnes bien portantes mises en expériences, six ont présenté une diminution de la viscosité de 4,4 à 8,3 pour 100. Chez trois autres, cette diminution a été respecti-

vement de 0,48 de 1,6 et de 1,7 pour 100. Enfin, dans deux cas, la viscosité du sang n'a pas changé, et, dans un cas, elle a même augmenté de 5 pour 100. Seulement de ces trois personnes, deux prenaient irrégulièrement leur iodure et c'était encore le cas de deux autres individus qui ont présenté une faible diminution de la viscosité (de 0,48 et 1,6 pour 100), tandis que l'augmentation de la viscosité de 5 pour 100 a été notée après l'ingestion d'une forte quantité de bière. Ajoutons enfin que, chez deux artério-scléreux, l'emploi de l'iodure de potassium a également fait diminuer la viscosité du sang de 5 pour 100 dans un cas, de 10 pour 100 dans l'autre.

Il semble donc que l'iodure de potassium produit assez régulièrement une diminution de la viscosité du sang. Mais quel est le mécanisme de cette action? MM. Muller et Inada n'ont pu établir, d'autant moins que la viscosité du sérum seul n'est pas influencée de la même façon et que souvent même elle augmente tandis que celle du sang diminue. Les globules rouges ne paraissent non plus influencés par l'iodure de potassium, si bien que MM. Muller et Inada se demandent s'il ne s'agit par là d'une action spéciale sur les éléments fibrinogènes.

En tout cas, le fait que ces auteurs ont pu établir, c'est que la diminution de la viscosité du sang marche de pair avec une augmentation de la vitesse de circulation dans les capillaires. C'est ainsi qu'en se servant de tubes capillaires en verre, ils ont constaté qu'avec une diminution de la viscosité de 8,3 pour 100, un centimètre cube de sang met quatre secondes de moins à traverser le tube capillaire (quarante-cinq secondes au lieu de quarante-neuf). Cependant, si l'on se rapporte au tableau dans lequel sont consignées toutes les expériences, on constate que, chez la personne chez laquelle on a constaté cette augmentation de la circulation capillaire, l'iodure de potassium avait justement amené une diminution de la viscosité du sérum de 2 pour 100. Mais la vitesse de la circulation capillaire augmente-t-elle encore quand la viscosité du sérum s'élève, comme c'est quelquefois le cas? MM. Muller et Inada ne citent pas d'autres cas et leur travail est muet sur ce point fort important.

* * *

C'est le professeur Romberg lui-même qui s'est chargé de tirer les conclusions pratiques qui découlent de cette action

particulière de l'iode de potassium et de préciser *les indications et les contre-indications thérapeutiques* de ce médicament.

Le seul effet de l'iode de potassium consistant à améliorer les conditions de la circulation capillaire par une diminution de la viscosité du sang, M. Romberg en conclut que ce sel est incapable d'influencer les lésions franchement constituées telles qu'on les trouve dans la néphrite interstitielle, la myocardite scléreuse ou le ramollissement cérébral. Tout au contraire on s'explique, d'après M. Romberg, que l'iode de potassium agisse d'une façon très remarquable dans les syndromes déterminés plutôt par des troubles circulatoires, notamment, au début de l'artério-sclérose, dans certaines formes qui, cliniquement, se manifestent comme une neurasthénie ou toute autre psychose (sclérose commençante des artères du cerveau), dans l'angine de poitrine légère ou d'intensité moyenne, dans la claudication intermittente, dans la dyspnée provoquée par des mouvements ou des exercices peu fatigants, etc.

La diminution de la viscosité du sang explique également les cas dans lesquels l'iode de potassium fait plus de mal que de bien. M. Romberg cite comme tels, la néphrite interstitielle avec myocardite scléreuse et œdème urémique du poumon, la maladie de Basedow avec sclérose cardiaque, le goitre avec phénomènes du côté du cœur.

Quant à la posologie de l'iode de potassium, M. Romberg estime que les petites doses (1 gr. à 1 g. 50 par jour en trois fois), continuées pendant longtemps, suffisent à l'effet thérapeutique qu'on recherche. Ces doses sont généralement bien supportées et ne provoquent pas de troubles digestifs, à la condition que les malades prennent en même temps des alcalins et s'abstiennent des aliments et des boissons acides.

LES ECHANGES NUTRITIFS DANS LA CHLOROSE

PAR M. VANINI.

Le travail très complet de Vanini donne des indications importantes sur les échanges dans la chlorose. Un premier point qui mérite d'être mis en lumière est la rétention de l'azote, dont le mécanisme reste cependant encore très obscur. La résorption intestinale est normale, aussi bien pour les matières protéiques que pour les hydrocarbures et les graisses.

Les urines ne subissent, dans la grande majorité des cas, que des modifications insignifiantes. La densité, la quantité, la concentration moléculaire et l'acidité urinaires frisent souvent la normale. Les corps azoturiques de l'urine inscrivent des oscillations considérables, notamment en ce qui concerne l'ammoniaque et l'urée. Les acides sulfoconjugués n'augmentent par dans la plupart des cas, alors que le soufre neutre se montre souvent en excédent. Le soufre alimentaire est éliminé par les matières fécales dans la proportion de 13 à 15 pour 100 ; le reste passe dans les urines.

Il est cependant fréquent de constater une rétention de soufre ou même une perte, suivant que l'albumine organique est retenue ou détruite.

Les phosphates terreux sont souvent diminués ; il résulte que le rapport entre les phosphates terreux et ammoniacaux dépasse la normale. Le phosphore alimentaire apparaît dans les fèces en plus grande quantité que dans les cas ordinaires ; du côté du phosphore ordinaire, on constate quelquefois soit une rétention, soit une véritable déperdition.

Les cendres excrémentielles et leur contenu en chaux, magnésie, soude et potasse sont conformes à la normale ; mais les matières fécales contiennent toujours peu de chlore, alors que les urines en éliminent des quantités, tantôt supérieures, tantôt inférieures à celles fournies par les substances alimentaires.

Le bilan magnésie-calcaire est souvent normal ; quelquefois, on constate dans l'organisme des déperditions ou des rétentions, phénomènes dissemblables dus aux faits que dans la chlorose le tissu osseux est tantôt détruit et tantôt reconstitué.

Les troubles dans les rapports de la soude à la potasse, observés dans un certain nombre de chloroses, sont provoqués par les modifications des échanges osmotiques entre le sang et les tissus.

L'urétrite non gonococcique — Le Dr. Waelsch, de Prague, en a observé neuf exemples, dont cinq concernaient des étudiants en médecine. Tous se sont distingués par la durée relativement longue de la période d'incubation, par une marche chronique d'emblée, par la faible intensité des manifestations subjectives et objectives, par l'absence de gonocoques dans la sécrétion morbide, par l'inefficacité des divers traitements institués, en raison de quoi le pronostic de cette forme d'urétrite est assez fâcheux. L'étiologie est assez obscure.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1904.)

Présidence de M. O. P. Mercier.

M. FOUCHER attire l'attention de la Société sur la communication faite par M. le Dr. Roy, à la séance précédente, sur l'évidement pétro-mastoidien, et spécialement sur cette partie de la communication où il est dit: " Cette opération est encore assez peu connue, puisque le Dr. Lassalle et moi avons fait, je crois, les sept premiers évidements à Montréal, et même au Canada, si je puis m'en rapporter à certaines revues médicales anglaises." M. Foucher proteste énergiquement contre cette assertion; il déclare avoir pratiqué souvent cette opération.

Il pense que les autres confrères du pays, surtout ceux qui font du service dans les hôpitaux sont au courant de cette opération, surtout depuis les travaux de Stacke en 1890. Il ne croit pas que les spécialistes ignorent cette opération et soient incapables d'opérer un évidement pétro-mastoidien; ne pas avoir trouvé aucun cas rapporté dans les revues anglaises, ne constitue pas, dit-il, une preuve que l'opération n'a pas été faite dans le pays.

M. ST-DENIS approuve les remarques de M. Foucher. Il a pratiqué trois évidements pétro-mastoidiens d'après la méthode de Lubet-Barbon.

Il a fait encore trois autres de ces opérations, d'après la méthode de Lermoyez, qui ont tous très bien guéri.

M. MARIEN présente devant la Société une malade âgée de 5 ans, opérée par la méthode de Lorenz, pour une double luxation congénitale. Les résultats sont excellents, la malade est très bien, l'ensellure a disparu, les grands trochanters sont dans la ligne de Nélaton et tous les mouvements s'exécutent normalement.

M. MARIEN rapporte en son nom, et au nom de M. St-Jacques, l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine chronique, (variété abdominale, avec lithopædion).

Ces cas, sans être exceptionnels, sont cependant assez rares. Le diagnostic d'une grossesse *chronique* extra-utérine n'est pas

facile. Dans ce cas, les faits cliniques ne permettent pas de remonter au début de cette grossesse et de nous donner l'âge de ce lithopædion.

SÉANCE D' 20 DÉCEMBRE 1901.

Présidence de M. Marien.

M. ROY demande la parole pour répondre aux remarques de M. le docteur Foucher à la dernière séance.

Il prouve, par les rapports de l'Hôpital Général et de l'Hôpital Victoria, des dix dernières années, qu'il n'est fait aucune mention de l'évidement pétro-mastoïdien. S'appuyant sur les écrits du Dr. Lermoyez, un des maîtres les plus brillants de l'Europe, M. Roy prouve que cette opération date de 1891, et qu'en conséquence, elle se fait seulement depuis treize ans.

Quant aux rapports officiels du service de M. le docteur Foucher, il n'est fait absolument aucune mention de l'évidement pétro-mastoïdien.

Ces derniers rapports servent aussi de réponse à M. le docteur St-Denis. En donnant l'historique de cette opération par le Dr. Lermoyez, M. Roy prouve qu'il n'y a pas de méthode de Lubet-Barbon, ni de méthode de Lermoyez.

M. FOUCHER, en réponse, dit que dans les rapports de l'Hôpital Notre-Dame, sous le nom de trépanation mastoïdienne, on a toujours compris toutes les variétés de trépanations qui se font sur cette région.

L'absence de mention d'évidement pétro-mastoïdien ne prouve pas que ces opérations n'ont pas été pratiquées déjà.

M. DUCHAMEL ajoute quelques remarques relativement à l'origine de cette opération.

M. LASSALLE se rappelle très bien que le Dr. Foucher lui a demandé quelques mois avant le congrès de juin dernier, s'il avait quelques observations de cas d'iritis rhumatismale traités par les injections sous-conjonctivales de salicylate de soude. Il ne lui a pas donné d'observations parce qu'à ce moment, il n'avait sous ses soins aucun malade atteint d'iritis rhumatismale.

Il ajoute que M. Foucher ne l'a jamais chargé de demander au Dr. Roy des observations pour sa communication.

M. Roy trouve étrange d'entendre dire par M. le docteur Foucher que les rapports officiels de son service n'ont aucune importance, et qu'ils ne sont pas toujours exacts. Il est d'autant plus étonné que quelques-uns de ces rapports sont signés par M. Foucher.

M. Roy fait remarquer qu'on ne saurait vraiment lui reprocher d'avoir réclamé la priorité de cette opération chez les Canadiens, puisque les statistiques officielles de tous les hôpitaux de la ville sont absolument muettes au sujet de cette opération de haute spécialité, dont se réclame, avec une légitime satisfaction, même les maîtres en otologie.

M. MERCIER (A.) présente des pièces anatomiques provenant de la salle d'autopsie de l'Hôpital Notre-Dame.

M. ST-JACQUES présente aussi un anévrysme considérable de la crosse de l'aorte, pris au laboratoire d'anatomie pathologique.

M. ST-JACQUES fait une communication sur deux cas d'appendicite à évolution atypique.

M. DE MARTIGNY appuie les conclusions de M. St-Jacques, et fait remarquer que dans certains cas, le symptôme de la douleur malquant au point de McBurny, n'est pas suffisant pour faire rejeter le diagnostic d'appendicite.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

M. Ballet a vu une femme qui, à la suite de crises épileptiformes peut-être comitiales, peut-être d'origine urémique, croit reconnaître formellement des personnes, des locaux, des objets qu'elle n'a certainement jamais vus antérieurement. Ce trouble se présente chez des individus en état de fatigue cérébrale et doit s'expliquer par une altération de la perception.

Un homme blessé d'une balle de revolver au cœur eut le ventricule gauche perforé de part en part. M. Launay sutura les deux orifices ventriculaires, antérieur et postérieur, et la guérison suivit; ceci en mars 1902.

En 1903, vingt-trois mois après l'opération, mort de fièvre typhoïde. Les cicatrices du cœur sont déprimées du côté exté-

rieur, mais ne laissent aucun point de faible résistance. Sur la paroi ventriculaire, cicatrice blanche du trajet projectile; elle pénètre à la base du pilier antérieur mitral pour sortir au niveau de l'insertion de la valve mitrale gauche sur l'orifice auriculo-ventriculaire.

Le regretté professeur Tillaux, dont le testament vient d'être ouvert, a fait un legs particulièrement intéressant par l'importance du capital qu'il représente (il s'agit, dit-on, d'un demi-million) et par sa destination, hautement humanitaire.

“ Pour contribuer dans la mesure où je le puis, écrit le testateur, à la paix et à la justice sociales, je donne ce capital à la caisse des retraites ouvrières, ou, si cette caisse n'existait pas lors de mon décès, à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse.”

Tillaux laisse 10,000 francs à l'Association des médecins de la Seine et 2,000 francs à l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris, et dispose, en outre, de diverses sommes importantes en faveur d'œuvres ou d'établissements auxquels il s'intéressait.

Les animaux malades de la peste. — Les rats cultivent le bacille pesteux et le transmettent à l'homme. Mais le bacille peut-il aussi se transmettre à d'autres animaux et en particulier à ceux qui vivent à l'état sauvage?

A cet égard, l'Inde est un champ fertile d'expériences, et la réponse devrait être facile. Un journal de Bombay nous apprend qu'un éléphant et un jeune bœuf viennent de prendre la peste et que l'éléphant en est mort.

Il ajoute que les éléphants, les daims, les léopards et autres animaux sauvages périssent en grand nombre dans les forêts de la province. La cause réelle de cette épidémie n'est pas établie. Mais on suppose qu'il s'agit de la peste, cette maladie ravageant actuellement un grand nombre des villages qui avoisinent ces forêts.

Brosses à dents pour militaires. — Le gouvernement des Indes fournira dorénavant des brosses à dents à tous les soldats anglais dans ce pays.