

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

TUBERCULOSE DES VOIES URINAIRES (1)

Par M. le Dr. EUG. PAQUET, St-Aubert, Co. Islet, Qué.

Messieurs.

Permettez-nous de rapporter un cas de tuberculose des voies urinaires.

Il s'agit d'un garçon de 25 ans, fort, robuste, pesant 170 livres, doué d'une belle intelligence ; marchand dans notre paroisse.

Le 28 juin 1902, ce jeune homme éprouvait une vive douleur à la région lombaire gauche. Cette douleur était atroce et s'irradiait le long de l'uretère jusqu'à la vessie.

Le lendemain, notre malade ressentait la même douleur dans la même région. Cette crise dura vingt minutes et se termina par des vomissements. Le malade éprouvait le besoin impérieux d'une miction fréquente accompagnée d'une grande douleur à l'extrémité du pénis.

A la pression, les régions lombaire et vésicale étaient sensibles.

La défécation était douloureuse avec irradiations au perinée et au pénis.

A l'examen, l'urine contient de l'albumine, du pus et du sang.

(1) Travail présenté et lu par l'auteur à la Société Médicale de Montmagny ; séance tenue à Montmagny, Qué., le 19 janvier 1904.

Du 28 juin au 24 juillet, notre malade perdait vingt livres. L'état général n'était pas satisfaisant. Il y avait dégoût des aliments, perte d'appétit, mauvaise nutrition, amaigrissement considérable.

Pendant ce mois, les grands traits de la maladie consistaient dans l'affaiblissement, dans des douleurs inouïes du rein, de la vessie, du périnée, dans la fréquence du besoin d'uriner accompagné de grandes souffrances dans la marche. Comme on le voit, la douleur domine tous les symptômes.

Le 25 juillet, notre patient avait une crise nerveuse terrible. Il n'y avait pas de douleurs du côté du rein; mais elles se faisaient sentir avec la plus grande violence dans la vessie, au pénis et au périnée.

Il poussait des cris, se roulant et se tordant dans son lit, demandant la mort au milieu de ses gémissements.

La miction était incessante, impérieuse, accompagnée de ténésme rectal et les matières s'échappaient involontairement.

Le toucher rectal fait constater la sensibilité de la prostate, Elle est augmentée de volume. Le lobe gauche prédomine. Il y a des bosselures plus ou moins saillantes, mais on ne constate pas de fluctuation.

Le 2 août, l'urine de notre patient était examinée avec soin par un professeur de l'Université Laval. On ne trouva pas le bacille de la tuberculose.

Desnos le dit: "Le plus souvent un très grand nombre de préparations sont nécessaires pour permettre de découvrir dans l'urine le bacille de Koch."

Comme les accès douloureux et nerveux se répétaient tous les jours, comme notre malade se trouvait dans la situation la plus triste, nous demandons l'aide d'un spécialiste.

Notre distingué confrère voulait faire une exploration intra-

vésicale, en plaçant le patient sous l'influence du chloroforme. Notre malade refusa.

Après avoir injecté une solution de cocaïne, le Dr X tenta de passer l'explorateur métallique. Il fut impossible de réussir. Il ne put pas vaincre le spasme probablement dû à une irritation partie de la région uréthro-cervicale.

Une heure après cette tentative, le malade eut une crise terrible. La douleur était des plus violentes dans tous les organes des voies urinaires.

Le lendemain, nous faisons une instillation de 20 à 30 gouttes d'une solution de sublimé au 175000 au moyen d'un instillateur à petit calibre. Le malade ne ressentit d'abord aucun malaise.

Mais une heure après cette instillation survint encore une crise terrible. Au prix des efforts les plus constants, le patient finissait par rendre quelques gouttes d'urine.

Était-il possible d'incriminer l'explorateur métallique ou la solution de sublimé ?

Avec le consentement de notre patient, le 5 août, quelques gouttes d'eau bouillie furent instillées. Même crise une heure après !

Notre confrère fut assez heureux de constater le bacille de Koch dans l'urine de notre patient.

Ce pauvre malade était donc tuberculeux. Il n'y a aucune tare héréditaire dans la famille. Et puis nous pouvions, dans notre cas, éliminer les causes générales et prédisposantes de la tuberculose des voies urinaires : le froid, les excès de fatigue, de boisson, la blennorrhagie.

Comment expliquer l'entrée du tubercule dans les voies urinaires ?

Le bacille a dû être véhiculé par voie sanguine. Comment

ce jeune homme, si fort, si robuste, a-t-il pu être atteint de tuberculose ?

Ne l'oublions pas, notre malade étant marchand, a dû prendre la tuberculose dans son magasin. Nos tuberculeux ne se gênent pas d'étaler les produits de leur expectoration sur les planchers. Ils sont des agents actifs de la contagion. Comme Landouzy l'a écrit : "Le crachat, voilà l'ennemi."

Notre patient a dû être infecté dans sa maison de commerce.

Le Dr. Grancher insiste avec raison sur le placement de crachoirs dans les magasins où le bacille tuberculeux opère avantagement au milieu des poussières.

Ce qui nous a frappé davantage dans ce cas ; c'est la douleur.

De toutes les cystites, la cystite tuberculeuse serait la plus douloureuse.

Dans les derniers six mois, notre malade n'a pas eu de crises rénales.

La tuberculose vésicale dominait alors la situation. Les grands symptômes de la cystite : pus dans l'urine, douleurs, mictions fréquentes, ont prédominé et rejeté dans l'ombre les symptômes moins frappants, moins prononcés de la tuberculose du rein et de la prostate.

Durant le mois de mars, 1903, notre malade a souffert d'une pleurésie sèche. Notre tuberculeux miné par les altérations des organes des voies urinaires, épuisé par une hématurie continue pendant plus d'un mois, a été emporté par l'urémie comateuse. Dans les dernières semaines, il était plongé dans un état de torpeur, de somnolence qui s'est terminé par le coma et la mort le 2 mai 1903.

Nous signalons l'hématurie comme un symptôme important.

Elle survenait sans être annoncée par aucun prodrome ; apparaissant et disparaissant sans produire de douleurs.

Quelques mois avant d'être sous nos soins, notre malade, au milieu d'une bonne santé avait eu de l'hématurie. On peut la comparer à ces hémoptisies précoces qui laissent prévoir la tuberculose pulmonaire.

Dans le mois de novembre, 1903, nous avons observé deux cas d'hématurie.

Un jeune homme de 22 ans, descendant d'une mère morte de tuberculose pulmonaire, avait une hématurie considérable. Il n'a présenté aucun autre symptôme du côté des voies urinaires.

Cette hémorrhagie paraît pré-tuberculeuse et due à une congestion rénale.

Le 20 novembre, nous étions appelés auprès d'un vieillard de 82 ans.

A 4 hrs a. m., il était éveillé par une douleur atroce dans la région rénale ; s'irradiant à l'abdomen, à la vessie, à la région inguinale et au scrotum.

Une heure après ce vieillard avait une hématurie abondante due à un calcul.

Le lendemain, Mr X... avait une rétention d'urine. La masse sanguine, coagulée venait faire bouchon dans le col.

Nous introduisons vainement la sonde vésicale, nous tentons inutilement de fragmenter les caillots en promenant la sonde en tout sens. De même, les lavages demeurent insuffisants.

Nous pouvons enfin retirer des caillots en grande quantité en adaptant à la sonde vésicale un aspirateur. L'adrénaline paraît ensuite avoir contribué au rétablissement de notre malade.

A propos de l'adrénaline, le Dr Lange, de St-Louis prétend avoir arrêté une hématurie due à une tumeur vésicale en donnant 15 gouttes de la solution normale toutes les 5 heures.

L'Hématurie est un symptôme important des affections des voies urinaires. Aujourd'hui, on parle peu de l'hématurie essentielle.

Dans la plupart des cas où l'hématurie a nécessité une intervention chirurgicale, on a trouvé des lésions suffisantes pour expliquer l'hématurie. Si quelques faits semblent échapper à cette conclusion, les recherches ultérieures donneront la part qui revient aux altérations du sang, aux lésions du rein et à l'influence nerveuse.

En 1899, dans la Gazette Thérapeutique, le Dr Frank rapporte un cas d'hématurie due à la cause suivante :

"La membrane muqueuse était couverte de nombreux cristaux d'acide urique qui pénétraient profondément dans la paroi vésicale. L'hématurie cessa dès qu'ils furent enlevés."

Chez notre patient l'hématurie survenue abondamment dans la dernière période de la maladie, a précipité le dénouement fatal.

Nous l'avons constaté ; tous les organes des voies urinaires s'altèrent rapidement. Le traitement médical était pourtant suivi avec soin.

Au début la suralimentation paraissait être un puissant moyen de traitement. Tous les soins hygiéniques ont été donnés. Les préparations les plus recommandées ont été prescrites. Nous citons la Créosote, le Carbonate de Créosote, le gaiacol, le glycéro-phosphate de Calcium, les préparations de quinquina.

Nos maîtres conseillent les instillations pour combattre la douleur et arrêter la marche de la cystite.

Ils recommandent spécialement les instillations au sublimé.

On peut aussi injecter 5 à 10 centimètres cubes de la mixture suivante :

Gaïacol	5 grammes
Iodoforme pulvérisé	1 gramme
Huile d'olive stérilisée	100 grammes

Chez notre malade, la douleur était un peu calmée par les bains de siège.

La constipation était opiniâtre et la défécation produisait des douleurs terribles. Les efforts conduisaient à des crises nerveuses. Aussi les lavements glycerinés nous ont rendu de précieux services.

Tous les moyens médicaux ne donnant aucun résultat, nous avons sollicité notre patient, dès le début de la maladie, de recourir à une intervention chirurgicale. Elle a été refusée. La cystotomie aurait sûrement soulagé ses douleurs.

C'est le rein qui a d'abord été frappé. Qui sait si notre malade n'aurait pas largement bénéficié d'une intervention sur le rein ?

Motz a enlevé un rein tuberculeux. Il y avait cystite secondaire chez son malade. Il a été sauvé.

Le chirurgien doit se hâter d'intervenir. En effet, comment détruire le bacille tuberculeux quand il exerce à la fois, son activité sur le rein, la prostate et la vessie.

La cystotomie, le curetage, la cautérisation de la surface interne de la vessie ont eu de bons résultats. Mais on compte ses succès.

La tuberculose exerce des ravages terribles dans nos campagnes.

Il est souvent difficile de la guérir ; nous devons donc faire les efforts les plus sérieux pour la prévenir.

Nos ateliers, nos magasins sont dangereux. C'est un milieu de contagion. C'est là que le tuberculeux va ensemercer sa maladie. Nous allons y chercher notre paix ; nous rapportons une semence de mort ! Le médecin instruit de ce danger, doit travailler en faveur de la prophylaxie de la tuberculose.

Sans doute, on se heurte à bien des préjugés ; mais c'est un devoir social pour nous de contribuer au perfectionnement de notre race.



Le "SANMETTO" dans l'Urethrite et l'Incontinence d'urine

Ayant eu d'excellents résultats avec l'emploi du "SANMETTO" dans les maladies génito-urinaires, je suis convaincu que ce remède possède des propriétés curatives depuis que je l'ai employé dans le cas d'un garçon âgé de 12 ans qui souffrait d'une rebelle urethrite accompagnée d'incontinence. Le malade avait préalablement consulté deux ou trois médecins sans résultat, et me demanda de le guérir ou sinon de ne rien prescrire pour lui. Je lui prescrivis la formule suivante :

R

Huile saïntal, ʒij.

Sanmetto g. s. ad ʒiv

m̄x.

Sig.

Un drachme toutes les 4 heures.

En même temps repos au lit et diète appropriée au cas. Dans dix jours il était bien et ne présentait plus aucun symptôme des troubles précédents. A l'avenir je connaîtrai le spécifique pour ces cas là. J'ai toujours obtenu de bons résultats, de l'emploi du "SANMETTO."

WYATT C. HATCHEN, M. D.

Brunswick, Georgie.

Revue des Journaux

MEDECINE

UN CAS DE PNEUMONIE TYPHIQUE SIMULANT UNE PNEUMONIE CASÉEUSE,

Par MM. les Docteurs GUELPA et LOUIS REGIS.

Le 3 octobre dernier, le docteur Guelpa et moi étions mandés auprès d'une malade à qui son médecin avait conseillé le séjour dans un sanatorium. C'était une femme brune, de taille moyenne, âgée de 45 ans. Interrogée, elle nous apprenait qu'à part une rougeole dans sa seconde enfance et une grippe durant l'hiver de 1900, elle avait toujours joui d'une excellente santé et que son hérédité ne présentait aucune particularité morbide digne de retenir notre attention.

Les premières atteintes de son mal remontaient au mois de juin 1903. A cette époque, elle prit un refroidissement qui l'obligea à s'aliter. Ce ne fut que 15 jours plus tard, devant la persistance d'une fièvre très élevée, d'un toux douloureuse avec point de côté à la base droite et d'une légère diarrhée qu'elle appela un docteur. Celui-ci diagnostiqua une bronchite chronique, ordonna des toniques et un régime fortifiant. Après un traitement d'un mois sans amélioration, son médecin lui conseilla d'aller à la campagne. Elle s'y rendit. Là, malgré le repos le plus absolu et les soins les plus dévoués, son état, loin de s'améliorer, empira. Elle perdit tout appétit, vit ses forces journellement décroître, sa fièvre persister toujours très élevée, sa toux devenir plus opiniâtre, la diarrhée subsister et les premières manifestations d'une intolérance gastrique apparaître. Ces résultats

peu encourageants hâtèrent son retour à Paris. Ce déplacement ne lui réussit pas davantage. Soumise à un traitement créosoté, son estomac devint intolérant au point de ne pouvoir supporter aucune nourriture sans la rejeter. Une douleur très vive s'installa au creux épigastrique, les selles augmentèrent de fréquence, enfin des accès de toux répétés et douloureux et des crises dyspnéiques aggravèrent successivement son cas.

C'est à ce moment que nous l'examinâmes; son état général était lamentable. Considérablement amaigrie et affaiblie, les yeux profondément excavés, les traits tirés et la voix cassée témoignaient de longues et vives souffrances. Les mains livides montraient des ongles hippocratiques. La malade était en proie à une fièvre intense, avait de fréquents vomissements bilieux et de la diarrhée fétide.

L'examen organique révélait : *Aux poumons.*

Poumon gauche complètement sain.

Poumon droit. En avant, sonorité exagérée dans la fosse sus-claviculaire; à la base, quelques gros râles humides.

En arrière, pneumonie massive occupant les deux tiers du poumon. Dans toute cette étendue, submatité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Pas de souffle, quelques gros râles muqueux à la périphérie de la lésion, que l'on entendait à l'expiration forcée. Frottements dans le cul-de-sac pleural. Au sommet, exagération de la respiration et de la sonorité. On notait 40 respirations à la minute. Les crachats étaient rares, mummulaires et un peu rouillés.

Au cœur, rien. Puls mon, dépressible, battant à 120.

Foie, gros, légèrement sensible à la palpation, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes.

Rate, normale.

Abdomen, souple, généralement douloureux, gargouillement le long du trajet du gros intestin.

Estomac, très douloureux, surtout dans la région épigastrique, dilaté et intolérant, vomissements fréquents, bilieux, généralement, jamais d'hématémèse.

Selles, diarrhéiques, fréquentes, fétides.

Urines, forcées, épaisses ; l'analyse montrait une profonde désassimilation et des traces d'albumine.

Température : 39° 1.

Enfin, cet état physique déplorable était complété par un moral très abattu.

Devant ce complexe morbide, quel diagnostic porter ?

Si la durée de l'affection pulmonaire, qui remontait à 4 mois, l'amaigrissement considérable, la perte de force, l'examen des urines indiquant une profonde désassimilation et révélant des traces d'albumine qui auraient pu être l'expression de cette albuminurie que l'on note presque toujours chez les tuberculeux en évolution, l'angoisse respiratoire et les ongles hippocratiques pouvaient faire songer à une lésion bacillaire ; par contre l'intégrité absolue de l'un des poulmons, la perméabilité des deux sommets et les symptômes gastro-intestinaux rendaient ce diagnostic bien improbable. Nous posâmes celui de pneumonie non tuberculeuse avec gastro-entérite.

Quant à la nature de cette gastro-entérite que laissait déjà soupçonner la clinique et qu'aurait éclaircie la marche de la maladie, le laboratoire devait l'affirmer.

En effet, la diazoréaction d'Erllich et la séroréaction de Widal furent positives. La malade étant très pusillanime, nous ne pûmes prélever sur elle les 4 centimètres cubes de sang nécessaires à un enseucement. Mais à défaut de cette dernière preuve biologique, les deux premières témoignaient d'une façon indiscutable que nous avions à faire à une fièvre typhoïde.

Cela ne nous suffisait pas, il nous restait à résoudre la question de la pneumonie. Quelle était son origine ? Après plusieurs recherches infructueuses du bacille tuberculeux dans les crachats nous découvrîmes, le quatrième jour, de l'éberth que nous retrouvâmes également dans les selles.

Sous l'influence d'un traitement tout symptomatique, l'intolérance gastrique et la douleur de l'épigastre cédèrent. Les selles restèrent liquides, mais ne se produisirent plus que deux ou trois fois par jour et diminuèrent de fétidité. La fièvre subit des fléchissements pour arriver, neuf jours après notre première

visite, à la normale; seule la lésion pulmonaire persista, aussi intense qu'au premier jour.

L'apyrexie ne dura que quatre jours. La fièvre se ralluma, atteint 38° , puis s'éleva à 40° . Concurrément, on aperçut au cœur un double souffle sans localisation, le pouls vibra plus rapidement, puis devint misérable, les urines devinrent rares, puis manquèrent; enfin, la cyanose apparut aux extrémités et la malade mourut après avoir déliré tout une nuit. Une myocardite infectieuse l'avait emportée.

Messieurs, ce cas nous permet d'attirer votre attention sur ces formes prolongées et ces complications exceptionnelles de la fièvre typhoïde. Il est regrettable que nous ne puissions préciser à quelle époque remontait cette dothiéntérie. Était-elle contemporaine de la pneumonie ou lui était-elle postérieure? Y avait-il eu substitution loco-dolente de l'éberth au pneumocoque ou l'éberth avait-il été le premier et exclusif agent pathogène? Nous ne saurions vous fixer péremptoirement à ce sujet, n'ayant pas suivi l'affection dès le principe. Pourtant, en considérant l'apparition précoces des symptômes gastro-intestinaux, la persistance de cette fièvre toujours très élevée, nous croyons que la pneumonie a été la première manifestation de l'offense éberthienne sur l'organisme de notre malade. C'est à cette circonstance qu'est due la forme prolongée et de la pneumonie et de la dothiéntérie. En effet, tandis que le traitement, antisepsie, lavages intestinaux, alimentation liquide, amendait les symptômes gastro-intestinaux, parce que l'agent causal était accessible, les symptômes pulmonaires restaient stationnaires.— le bacille typhique trouvait dans le parenchyme pulmonaire un abri sûr contre lequel nos moyens thérapeutiques étaient impuissants.

Notre cas présente aussi un autre point intéressant. Si vous considérez, Messieurs, les feuilles de température, vous constatarez que l'affection pulmonaire semble n'avoir pas participé à la production fébrile. Durant les 18 jours que nous avons suivi la maladie, que la température partant de $39^{\circ}1$ arrive après plusieurs oscillations atypiques à la normale et s'y maintienne quatre jours, ou que cette normale s'élève rapidement jusqu'à 40° , l'oscillation demeure uniforme, la lésion ne varie pas.

Il serait curieux de savoir si l'éberth, ce bacille pyrétogène par excellence, peut, dans le poumon, se comporter comme les pneumococques qui vieillissent dans la lésion ?

Nous terminerons cette communication en rapprochant notre cas de ceux dont parlait l'an dernier M. Widal dans une de ses conférences du lundi à l'hôpital Cochin. Il s'agissait de deux dothiéntériques : le premier était atteint de cette congestion du sommet encore assez fréquente dans la fièvre typhoïde, mais c'était un tuberculeux aussi ; quant au second, sa lésion était une pneumonie de la base droite qui guérit parfaitement après deux mois d'évolution, mais dont l'allure clinique avait offert la plus grande ressemblance avec celle de la pneumonie caséuse. Seules, les preuves biologiques avaient permis de préciser le diagnostic.

M. WIDAL, en matière de conclusion, disait que les praticiens devaient se souvenir de pareils faits pour s'éviter des mécomptes. Cette conclusion est celle logique de notre observation.

M. LE PRÉSIDENT.—Avez-vous fait l'examen des crachats et avez-vous pu examiner la pièce à l'autopsie au point de vue de la tuberculose possible ?

M. L. RÉGIS.—Je n'ai jamais pu trouver le bacille de Koch dans les crachats ; quant à l'autopsie je n'ai pu la faire.

Mais j'ai trouvé des bacilles d'Eberth dans les crachats.

M. LE PRÉSIDENT.—On peut faire une objection, c'est que la température est restée assez basse pour une affection typhique.

M. L. RÉGIS.—J'ai observé jusqu'à 40°, mais chose remarquable, j'ai eu, au moment de véritables vomiques, pendant quatre jours, une température normale, ce qui semblerait prouver que la pneumonie typhique peut ne pas agir sur la température.

(Journal de Méd. de Paris, 27 janv., 1901. Comte rendu de la séance du 7 janv. de la Soc. de Méd. et Chirurgie Pratiques de Paris.)

CLINIQUE MÉDICALE

LA FORME LIPOMATEUSE DE L'ADIPOSE
DOULOUREUSE

Par le Prof. DEBOVE

Je veux vous parler aujourd'hui d'une affection rare ou plutôt passant encore pour telle : c'est l'adiPOSE douloureuse. Or, il est singulier qu'à quelques mois d'intervalle seulement, j'aie pu vous montrer dans le service trois cas de cette maladie.

La malade dont il s'agit actuellement s'éloigne assez notablement des deux précédentes qui représentaient pour ainsi dire le type classique de l'affection ; mais je ne puis m'empêcher d'attirer votre attention à nouveau sur ce fait, souvent vérifié dans notre carrière, d'une maladie qui paraissait rare quand elle commençait seulement à être connue et décrite, et qui, au fur et à mesure d'une connaissance plus certaine de son identité, devient de plus en plus fréquente.

Ceci reporte involontairement mes souvenirs vers cette époque, déjà lointaine pour vous, où je débutais dans mes études médicales, vers 1863 ; à ce moment-là, DUCHENNE (de Boulogne) venait de décrire l'ataxie locomotrice. C'était une nouveauté médicale sensationnelle, et tous les médecins étaient alors très curieux de chaque nouveau cas d'ataxie qui pouvait s'offrir dans un service hospitalier : on allait le voir comme une curiosité : on admirait le génie de DUCHENNE, qui avait su démêler la vraie nature de cette affection et créer une nouvelle entité morbide ; on s'extasiait sur cette forme bizarre de paralysie, dans laquelle la force musculaire était conservée intacte et cependant ne permettait pas au sujet de marcher et de se diriger convenablement. De nos jours, est-ce qu'on se déplace pour voir des ataxiques ? Si on ne peut pas dire qu'ils courent les rues, il est exact qu'ils abondent dans les hôpitaux, et particulièrement à la Salpêtrière et à l'hospice de Bicêtre, où des salles entières leur sont spécialement consacrées. L'ataxie est donc, somme toute, une maladie d'une fréquence extraordinaire, banale, comme de

tous, et on ne s'intéresse plus qu'aux cas frustes, qui augmentent le cadre du tabès dans des proportions considérables.

L'histoire de l'adipose douloureuse sera peut-être plus tard comparable à celle du tabès. Nous sommes encore au début de son étude; or, voici le troisième exemple que je vous montre, en l'espace de quelques mois, de cette curieuse affection. Sait-on ce que l'avenir nous réserve? Qui nous dit qu'à une certaine époque, l'adipose douloureuse ne sera pas devenue aussi commune que le tabès.

La malade que je vous présente aujourd'hui s'éloigne assez notablement, vous disais-je, de celles que je vous ai déjà montrées.

L'adipose douloureuse est une affection caractérisée par ces deux phénomènes: 1° l'adiposité; 2° la douleur.

Or, dans les deux cas précédents, il s'agissait du type classique, c'est-à-dire d'*adiposité diffuse*, ou segmentaire. Les bras et les avant-bras, d'une part, une partie des membres inférieurs, cuisses et jambes, d'autre part, étaient pris, les extrémités, les mains et les pieds, étaient absolument respectés par la maladie: ceci est un caractère que nous retrouverons dans la forme actuelle. Une partie du thorax était également intéressée. Tel est le caractère typique du premier symptôme, l'adiposité. Le deuxième symptôme consiste dans les douleurs: celles-ci peuvent être soit spontanées, soit provoquées lorsqu'on exerce une certaine pression sur les parties atteintes.

Ici, nous avons affaire à une variété différente du type en ce sens que les dépôts graisseux affectent une *disposition nodulaire*, c'est-à-dire sont réparties sous forme de nodules, de véritables tumeurs ou lipômes; auesi proposerai-je d'appeler cette variété: "lipomatose douloureuse".

Voici brièvement l'histoire de la malade:

C'est une femme âgée de 69 ans, qui fait remonter le début de sa maladie à une dizaine d'années; mais elle ne peut pas bien préciser cette date, ce qui tient à un certain degré de *débilité mentale* et d'amnésie qu'elle présente et qui constitue précisément, comme nous le verrons, un des symptômes de son affection. Je signale dès maintenant ce fait comme étant un obsta

de aux renseignements fournis par l'interrogatoire de la malade.

Cette lipomatose douloureuse est surtout caractérisée par des tumeurs liposiques, de la douleur, de l'asthénie ou faiblesse générale, et certains troubles mentaux. Nous allons examiner successivement chacun de ces quatre symptômes cardinaux.

Les tumeurs.—Les tumeurs lipomatenses sont, en partie, visibles entièrement, en partie, invisibles. Ainsi, sur l'avant-bras, on voit manifestement les saillies formées par un certain nombre de nodosités. La peau, à leur niveau, ne présente aucune espèce d'altération, ni érythème, ni éruption squameuse; pas le moindre phénomène dermatologique.

Le volume de ces tumeurs est très variable. Beaucoup sont de petits lipômes de la grosseur d'une olive ou d'une noisette, mais si on pratique la palpation dans la même région, on s'aperçoit qu'à côté de ces tumeurs relativement volumineuses, il en existe une série d'autres de moindres dimensions, semblables à des granulations.

Le palper rend compte en même temps de la consistance molle de toutes ces tumeurs, quel que soit leur volume: il s'agit bien manifestement de lésions de nature graisseuse, de lipômes; ce diagnostic est basé, non-seulement sur cette consistance molle spéciale, mais encore sur ce fait que les tumeurs ne sont pas adhérentes à la peau ni aux parties voisines.

Voyons maintenant quelle est la distribution topographique de ces tumeurs. C'est aux avant-bras qu'on les observe en plus nombre; mais on les trouve seulement dans la région des deux tiers supérieurs de ce segment du membre; elles font défaut dans le tiers inférieur; il n'existe pas non plus de tumeurs à la main, non plus du reste qu'au pied: aussi bien dans cette forme que dans l'adipose diffuse, les extrémités sont toujours absolument respectées; c'est là un caractère de l'adipose douloureuse qui a une importance considérable et sur lequel j'insiste.

Ces tumeurs de l'avant-bras sont, ainsi que je vous le faisais remarquer dès le début, visibles à l'extérieur, et vous les apercevez facilement à distance.

Il n'en est pas de même à la région du bras. C'est en pal-

pant,—avec douleur,—la région postérieure de celui-ci, que l'on sent une masse lipomateuse, au niveau du muscle triceps.

Ces tumeurs sont symétriques ; on les retrouve sur le membre du côté droit comme sur celui du côté gauche que nous avons examiné en commençant. Cette symétrie des lésions est un des caractères de l'adipose douloureuse.

Aux doigts, il y a bien aussi certaines nodosités, mais elles sont d'une tout autre nature : c'est ce qu'on appelle les nodosités d'Héberden, affection rattachée au rhumatisme chronique ; elles n'ont, par conséquent, rien à voir avec l'adipose.

Sur le thorax, on trouve quelques nodosités graisseuses au niveau des insertions inférieures des muscles grands pectoraux, de chaque côté.

Sur les parties latérales de la colonne vertébrale, il n'existe pas encore de nodosités du côté droit, mais on en constate une à gauche. Cette tumeur latérale gauche de la région dorsale est particulièrement sensible et le moindre frôlement exercé à ce niveau cause à la malade une douleur des plus vives.

A l'abdomen, de chaque côté de la ligne médiane, il y a quelques tumeurs ; il y en a un assez grand nombre sur les parties latérales, tumeurs roulant sous le doigt, ayant les caractères des lipômes comme les autres régions.

La douleur.—Dans l'adipose douloureuse, il y a des douleurs spontanées et des douleurs à la pression. Certaines formes ne présentent que ces dernières. Chez la malade actuelle, la douleur spontanée n'existe pas. La douleur provoquée par la pression existe seule, et elle n'est pas la même sur tous les points, il y a une grande variabilité dans sa répartition.

L'asthénie.—Ces malades, habituellement, sont asthéniques ; ils ne sont point paralysés ; la résistance musculaire est conservée ; mais ils sont enclins à l'inaction.

Troubles psychiques.—Ils consistent surtout dans la perte de la mémoire ; il y a un certain degré d'infantilisme. La malade que nous interrogeons ne peut dire ni le jour, ni le mois, ni l'année annuelle.—Elle présente des crises de larmes.

Il s'agit donc d'une adipose, ou plus exactement d'une lipomatose douloureuse, différant de l'adipose douloureuse type par

sa disposition nodulaire. On a pu, à son sujet, *discuter le diagnostic de neuro-fibromatose.*

Celle-ci se distingue par des tumeurs plus dures, fibreuses, ordinairement confluentes et plus petites et ne respectant pas comme ici les extrémités; habituellement, la douleur fait défaut. Enfin ce qu'on trouve encore dans la maladie de Recklinghausen et qui manque ici, ce sont des taches pigmentaires de la peau, avec lesquelles il ne faudrait pas confondre les taches jaunes de xanthélasma des mains et du visage (angle de l'œil) qu'on voit chez la malade et qui sont l'apanage des gens âgés.

Au point de vue *pronostic*, il est évident que nous devons considérer comme sérieuse une affection douloureuse, accompagnée d'asthénie et de débilité mentale et incurable.

Quelles sont les *causes de l'adipose douloureuse*?

D'abord le sexe féminin y est particulièrement prédisposé: les trois malades que je vous ai montrées sont des femmes. En second lieu, il s'agit des femmes ayant dépassé la ménopause. On sait qu'en général, à cette période, la femme, d'ailleurs naturellement plus riche en tissu graisseux que l'homme, prend alors un développement adipeux considérable qui se traduit surtout par une saillie exagérée du ventre, d'une part, et d'autre part, de la région des fesses. L'arrêt des fonctions génitales a pour résultat de pousser à l'embonpoint, témoin les eunuques et le procédé d'engraissement des animaux par l'ovariectomie.

La femme est donc prédisposée à l'adipose par son sexe et par la ménopause.

Maintenant, parmi les autres causes de la maladie, y a-t-il lieu d'invoquer le rhumatisme? Je ne le crois pas. D'abord, si l'on prenait cette malade comme exemple, on ne pourrait se baser, pour émettre cette hypothèse, que sur la présence des nodosités d'Héberden qu'elle présente aux doigts. Mais c'est là une lésion toute particulière qui, à vrai dire, n'a rien à voir avec le rhumatisme. Remarquons à ce propos, qu'on a fait pour le rhumatisme un cadre trop élastique et que l'on y fait entrer une foule d'affections dissemblables, qui doivent demeurer séparées.

Y a-t-il des maladies infectieuses qui puissent expliquer l'apparition de l'adipose douloureuse chez cette femme? Je rappel-

lerai qu'elle a eu quatre grossesses ; or, si la grossesse n'est pas un état infectieux, c'est du moins un état où l'organisme est particulièrement apte à contracter diverses infections. La malade a eu la rougeole, la scarlatine ; elle a fait une tuberculose ganglionnaire de la région sous-mentonnière chirurgicale, dont il resta la cicatrice. Elle a fait une pleurésie, et on sait que, presque 99 fois sur 100, celle-ci est une manifestation de la bacilleuse. Elle est enfin atteinte d'une bronchite chronique. On n'a pas trouvé de bacilles dans l'expectoration, mais on peut admettre une tuberculose latente. En outre, elle a attrapé autrefois, vers l'âge de 15 ans, il y a cinquante-quatre ans, les fièvres intermittentes dans des circonstances assez particulières. Son père, qui a fait dix-huit années de campagne dans les bataillons d'Afrique, comme clairon, souffrait des fièvres. Il n'est pas invraisemblable de supposer qu'il y ait eu transmission de la maladie du père à la fille, aujourd'hui que nous sommes fixés sur la contagiosité de la maladie et le rôle des moustiques comme propagateurs de son agent.

La malade a eu aussi un zona, un ictère, et a été soumise à différentes intoxications ; d'abord à l'éthylisme, puis elle s'est adonnée à l'éther.

En somme, il est possible qu'à une quelconque des infections énumérées se rattache la genèse de sa maladie actuelle. Mais le fait dominant dans son histoire est plutôt d'ordre psychologique, et c'est sur le rôle important de ce facteur de morbidité, trop négligé par quelques médecins imbus de matérialisme à outrance, que je veux attirer votre attention. En effet, sans revenir à cette notion philosophique élémentaire et indiscutable de l'action réciproque du moral sur le physique, on sait combien les chagrins répétés, ce qu'on pourrait appeler des chagrins chroniques, sont susceptibles de retentir sur le système nerveux et d'amener des troubles considérables. Or, cette femme nous apprend qu'elle était blanchisseuse à Arcueil, près Paris ; c'est un centre d'établissements de blanchisseries très importantes, et représentant un commerce lucratif. Pendant le siège de 1870, un obus mit le feu dans sa maison, qu'elle avait achetée 25,000 francs. Elle plaça 14,000 francs qui représentait le reste de

sa fortune en actions de Panama. Bref, la guerre et la spéculation malheureuse l'ont ruinée de fond en comble. Elle a été obligée pour vivre de se faire marchande des quatre-saisons.

Il est aisé de concevoir la souffrance morale de cette malade, surtout obsédée par le souvenir de sa prospérité passée. C'est le poète italien qui l'a dit : "Rien n'est plus pénible qu'un souvenir heureux dans un jour de malheur."

En résumé, il s'agit d'une maladie nerveuse, déterminée sous l'influence de la ménopause et des émotions morales. Si l'on n'admettait point son origine nerveuse, il serait difficile d'expliquer la symétrie des lésions, de même que les autres symptômes manifestement d'ordre nerveux de la maladie, comme la douleur, l'asthénie et les troubles psychiques.

Cette affection doit donc être classée parmi celles du groupe neuropathique.

Journal de Méd. Interne, Paris, 1er fév. 1901



LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, LA CYSTITE, LE DIABÈTE, LA BLENNORHAGIE ET L'IMPUISSANCE

Le SANMETTO m'a rendu des services signalés dans plusieurs maladies génito-urinaires, comme de la prostatite, la cystite, la blennorrhagie, l'impuissances et le diabète. Avec un grand plaisir je sigue le certificat attestant l'efficacité de ce médicament merveilleux dans le traitement de toutes les maladies génito-urinaires. Dans ma pratique il a été d'un grand succès. Les médecins ignorant son efficacité devraient faire une expérience de ce médicament, et bientôt ils se rendraient compte de ces grandes qualités curatives dans toutes les affections rebelles des reins et de la glande prostatique.

Vincennes, Ind.

DR. T. L. LEE.

CHIRURGIE

TRAITEMENT DES CYSTITES TUBERCULEUSES

Par M. le Dr E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux de Paris.

D'une manière générale la thérapeutique est aussi puissante en présence d'une cystite au début qu'elle l'est peu lorsque la maladie est confirmée et a eu le temps de produire des lésions qui, on le sait, envahissent successivement toutes les tuniques de la vessie et y produisent les plus profondes altérations. Aussi est-il bon d'établir la nécessité d'un traitement prophylactique de cette cystite confirmée, bientôt rebelle à toute thérapeutique.

Plus peut-être qu'aucune autre la cystite tuberculeuse réclame un traitement précoce : par un ensemble de moyens à la fois externes et internes, il est possible dans bien des cas d'empêcher l'évolution de la production bacillaire. Je dirai peu de chose du traitement général qui est celui de toute tuberculose, en rappelant seulement qu'une hygiène sévère est des plus efficaces et qu'en soumettant les tuberculeux urinaires à un régime analogue à celui des phléisiques, on obtient des résultats aussi beaux que chez ces derniers.

Le traitement local a la plus grande importance, à quelque période que ce soit de la maladie. Un diagnostic topographique précis des lésions, de leur étendue, de leur localisation doit être rigoureusement établi avant toute intervention ; car, dès le début, deux formes comportent deux thérapeutiques différentes, suivant qu'il existe ou non une rétention incomplète. Cette dernière est très fréquente, et dans beaucoup de cas se montre dès le début de l'infection bacillaire de la vessie : cette forme passe pour être moins classique, moins fréquente que la cystite douloureuse par contractures ; elle est peu connue peut-être parce

qu'on ne la recherche pas assez, mais pour le dire en passant, beaucoup d'insuccès dans la thérapeutique du début s'expliquent par l'existence d'une rétention inéconnue.

Lorsque la vessie ne se vide pas, il est nécessaire de pratiquer l'évacuation du résidu à des intervalles plus ou moins rapprochés, en ayant soin de se servir d'une sonde aussi peu offensive que possible : la sonde de Nélaton est donc celle qui convient le mieux ; l'urine évacuée, un lavage vésical n'est utile que si le dépôt purulent est abondant dans le bas fond, et encore doit il être très peu copieux pour ne pas réveiller des contractions douloureuses de la vessie. Mais ce ne sont là que des manœuvres préliminaires pour permettre à un pansement intra-vésical d'agir, ce pansement consiste à introduire et à abandonner dans la vessie une certaine quantité d'huile ou d'un liquide emollient contenant des antiseptiques en solution ou en suspension. L'iodoforme dans une solution gommeuse stérilisée, et surtout le gaiacol et le gomenol (1) en solution à 5 0/0 dans l'huile d'olives.

(1) M. le Pr Guyon, dans le traitement des cystites douloureuses, considère le gomenol comme supérieur au gaiacol (*Journ. des Pratic.*, 1903, no 48). stérilisée ont une action des plus efficaces : la mixture reste longtemps dans la vessie d'où elle n'est évacuée qu'avec ou plutôt après l'urine ; aussi est-il bon de conseiller au malade ne pas uriner complètement et de s'arrêter dès qu'il voit quelques gouttes d'huile apparaître au méat.

Cette médication dont M. G. Collin a été le promoteur, est aujourd'hui bien connue ; il n'en est pas de même de l'emploi des acides picrique et pyrogallique en instillations. Ces dernières avaient été quelque peu abandonnées dans le traitement de la tuberculose vésicale, parce que, pratiquées autrefois avec du sublimé ou du nitrate d'argent, elles produisaient, avec de vives douleurs, souvent une recrudescence momentanée de la maladie et déterminaient des hématuries. Il n'en est pas de même avec l'acide picrique, dont M. Paul Guillou et moi avons fait connaître les propriétés. La tolérance des malades pour cet agent est toujours très grande ; il produit une sensation assez vive au moment où les gouttes tombent sur la muqueuse malade, douleur dont la durée ne dépasse pas quelques secondes.

L'effet salutaire se manifeste d'abord par une diminution de la fréquence et de la douleur ; la disparition du pus ne vient qu'après.

À côté de cet agent, je place l'acide pyrogallique dont les indications sont à peu près les mêmes : il est peut-être moins puissant et peut être employé lorsque la maladie est tout à fait à son déclin, seul ou alternant avec l'acide picrique ; dans d'autres cas il trouve son application contre les formes très-douloureuses, celles où le moindre attouchement de la muqueuse produit une réaction violente.

Ces moyens thérapeutiques, ces petits moyens suffisent souvent pour enrayer le processus tuberculeux ; presque toujours une amélioration se produit, souvent rapide ; dans beaucoup de cas également la douleur diminue et le *statu quo* s'établit. Mais il n'en est pas toujours ainsi : il arrive que la muqueuse est tellement friable que le passage de la sonde fait tomber l'épithélium qui recouvre le nodus tuberculeux, le met à nu, provoque une hématurie et une recrudescence de douleurs ; dans ces cas, bien entendu, tout cathétérisme doit être suspendu. Ailleurs les topiques, quels qu'ils soient, ne font aucun effet, sans produire cependant d'aggravation. Enfin il est de cystites tuberculeuses qui sont rebelles d'emblée et contre lesquelles toute manœuvre échoue.

C'est alors qu'une intervention chirurgicale trouve ses indications : elle est indiquée dans deux conditions : quand le muscle vésical excité par l'hyperesthésie de la muqueuse se contracte spasmodiquement, s'hypertrophie et devient la cause de douleurs vives ; ou bien quand le bas fond vésical ne peut expulser toute l'urine et qu'une rétention incomplète s'établit. Lorsque tous les moyens thérapeutiques ont échoué, on est autorisé à inciser la vessie pour y établir une boutonnière, une fistule par laquelle l'urine s'écoule constamment sans que la contractilité vésicale entre en jeu ; cette cystotomie supprime la vessie physiologiquement, pour rappeler l'heureuse expression du professeur Guyon : pendant ce temps les parois sont au repos, les douleurs dues aux contractures qui sont toujours les plus pé-

nibles, cessent ou diminuent d'intensité ; le réservoir vésical reprendra peu à peu ses dimensions normales.

Par quelle voie faut-il pratiquer cette boutonnière ? Chez la femme on peut passer par la voie vaginale et créer ainsi très simplement une fistule. Celle-ci, ordinairement, fonctionne bien et le drainage est bon, mais il arrive que l'anneau vulvaire empêche le libre écoulement de l'urine qui peut s'accumuler dans le vagin et y déterminer une vive inflammation ; de plus tantôt la boutonnière vésico vaginale se rétrécit et s'oblitére malgré tous les moyens mis en œuvre pour la maintenir ouverte ; tantôt au contraire, lorsqu'on veut la fermer après la guérison de la cystite, l'oblitération artificielle en est impossible.

Chez l'homme, la voie périnéale est utilisable et les fistules établies par cette voie amènent une évacuation régulière et continue, mais elles aussi peuvent échapper à toute direction chirurgicale ; elles tendent à se refermer rapidement et le drainage devient insuffisant. Ailleurs aussi ce travail d'oblitération s'arrête : un trajet fistuleux persiste, qui, sans permettre à l'urine un libre écoulement, entretient un suintement d'urine continu qui crée une infirmité répugnante.

Aussi la voie hypogastrique est-elle généralement préférée. Chez l'homme comme chez la femme, une cystotomie sus-pubienne assure la continuité et la persistance de l'écoulement et de la dérivation de l'urine, bien que l'ouverture de la vessie ne soit pas au point le plus déclive. Elle a l'avantage de permettre, pendant l'opération, une exploration complète de la vessie et par le doigt et par la vue. Enfin on est bien plus maître des fistules de la région hypogastrique que de celles des autres régions ; on peut les maintenir ouvertes pendant le temps voulu et dans la mesure désirée. On sait que dans les cystostomies M. Poncet s'est efforcé de créer non seulement un méat, mais une sorte de sphincter hypogastrique et qu'il a réussi souvent. On peut surtout en obtenir l'oblitération facile, soit simplement en maintenant pendant un certain temps une sonde urétrale à demeure, soit en suturant directement.

Cette dérivation de l'urine donne au muscle vésical un repos salutaire, diminue ou supprime les douleurs. Doit-on cher-

cher au delà et s'attaquer directement, par cette voie ouverte, à la lésion tuberculeuse? Un certain nombre de chirurgiens pensent et surtout ont pensé de la sorte. On a pratiqué des cautérisations ou le curettage de la muqueuse, ou plus encore une excision totale. Quelques bons résultats ont été obtenus et, soit qu'on ait refermé la vessie aussitôt, soit qu'on ait créé une fistule, la marche des lésions s'est arrêtée; dans plusieurs cas, rares il est vrai, une guérison plus ou moins durable a été obtenue.

Mais il faut s'empresser de reconnaître que les résultats nuls ou mauvais sont plus nombreux. Le tubercule reparait bientôt dans la vessie; souvent une sorte de coup de fouet est donné à la maladie qui prend une allure plus rapide: une poussée suraiguë rapidement fatale a été souvent observée. Il est facile d'expliquer ce processus en considérant la diffusion des lésions tuberculeuses; celles-ci existent ou peuvent exister dans beaucoup de points de la muqueuse vésicale; à l'état de développement complet et appréciable à l'œil nu; ailleurs il est impossible de le découvrir pendant l'opération. Même une excision complète de la muqueuse ne donne pas de garanties à ce point de vue, car le tubercule envahit ordinairement en même temps ou préalablement les organes voisins, en particulier la prostate et les vésicules, ainsi que les voies supérieures. Même dans les cas où on a pu détruire tous les foyers d'infection de la vessie, on laisse dans celle-ci une plaie plus ou moins grande, une surface dénudée qui constitue un terrain d'ensemencement très propice pour les germes provenant des régions voisines.

Sans proscrire absolument toute action directe portée sur les lésions tuberculeuses de la vessie, on ne les attaquera que dans de rares circonstances, avec beaucoup de prudence, et qu'après avoir constaté que les organes voisins ne présentent pas de lésion ou tout au moins que ces lésions ont atteint un très faible degré de développement.

Journal des Praticiens, Paris, 30 janvier 1904.

PEDIATRIE ET HYGIENE

HYGIÈNE DE LA VILLE DE PARIS

STATISTIQUES

Le service de la statistique municipale a compté pendant la première semaine de 1904, 1,005 décès, au lieu de 982 pendant la dernière semaine de 1903 et au lieu de la moyenne 964. La fièvre typhoïde a causé 6 décès ; rougeole 12 ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 1 et la diphtérie, 8. La variole n'a causé aucun décès. Il y a eu 25 morts violentes, dont 8 suicides. On a célébré à Paris, 453 mariages. On a enregistré la naissance de 1,024 enfants vivants (503 garçons et 521 filles), dont 738 légitimes, et 286 illégitimes. Parmi ces derniers, 33 ont été reconnus séance tenante.

Gaz. Méd. de Paris, 23 janv. 1904.

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE AUX INDIGÈNES D'ALGÉRIE.

Nous avons eu, à diverses reprises, l'occasion de signaler les mesures arrêtées ou projetées par le gouverneur général de l'Algérie pour assurer l'assistance médicale gratuite aux indigènes. On sait notamment que M. Jonnart s'est préoccupé de combattre par des moyens relativement très simples les ophtalmies qui sont si communes chez les Arabes. Il nous paraît intéressant de donner aujourd'hui quelques indications sommaires sur l'organisation adoptée à cet égard dans les territoires militaires du département de Constantine, où les ophtalmies sont particulièrement redoutables. Dans le cercle de Biskra, notamment, ce sont les cheikhs qui seront chargés de procéder ou de faire procéder, au moyen d'une solution tiède d'acide borique,

au lavage des yeux de tout indigène atteint d'ophtalmie ; ces chefs, par leur influence et leur autorité, sont, en effet, placés dans les meilleures conditions pour décider leurs coreligionnaires à des pratiques nouvelles pour eux et dont ils n'ont pas encore pu apprécier les bienfaisantes conséquences. Chaque cheikh recevra une notice contenant les instructions nécessaires ainsi que des paquets d'acide borique, renouvelables suivant les besoins. Les officiers de bureau arabe en tournée et les caïds auront à s'assurer que les cheikhs apportent, dans l'accomplissement de leur nouvelle mission, tout le zèle désirable et ils useront de leur ascendant pour propager l'usage de l'eau boriquée. Dans le cercle de Tébessa, les cheikhs des villages sahariens de Négrine et de Ferkane ont déjà en dépôt de l'eau boriquée et un léger collyre de sulfate de zinc pour les yeux, ainsi que du permanganate de potasse pour les piqûres de scorpion : les instituteurs de Négrine et de Cheria ont, d'autre part, une petite provision de médicaments usuels fournis par la commune indigène et remis par eux aux personnes qui en font la demande. L'usage des solutions boriquées sera généralisé, et les indigènes pourront même en emporter chez eux pour les femmes et les enfants qu'ils ne voudraient pas faire soigner par les étrangers.

M. Jonnart attend beaucoup de bien de cette organisation, en définitive très simple et très peu coûteuse. Il y a lieu de penser, en effet, que les indigènes qui se portent avec empressement au devant du médecin du service de vaccination, ne tarderont pas à accueillir avec une égale faveur les mesures de prophylaxie récemment prescrites et destinées à les protéger contre un mal dont ils ont eu, jusqu'ici, tant et si généralement à souffrir.

Gaz. Méd. de Paris.

LE SANMETTO DANS LES TROUBLES GÉNITO-URINAIRES.

En ordonnant le SANMETTO dans les troubles génito-urinaires j'ai toujours la conviction d'obtenir des résultats sûrs et rapides. Cette confiance se base sur une expérience de plus de quatre années

St. Louis, Ma.

DR. J. J. HOFFMAN.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SYPHILIS CONCEPTIONNELLE (1)

Par le professeur CHARMÉIL.

Messieurs,

La malade que je vous présente est une femme de vingt ans, exerçant la profession de domestique et qui avait toujours joui d'une excellente santé avant l'apparition des accidents qui l'amènèrent à l'hôpital, le 10 novembre 1903. Elle est enceinte de quatre mois et demi ; sa grossesse qu'elle a fort bien supportée ne l'a en aucune manière empêchée de vaquer à ses occupations habituelles. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels qu'avec le même homme ; celui-ci lui a toujours paru se bien porter et elle n'a jamais remarqué rien de suspect chez lui au point de vue de l'existence de la syphilis. Le premier coït a eu lieu vers la mi-mars 1903 ; et depuis lors jusqu'au 27 septembre les relations ont été fréquentes.

Le 15 octobre, la malade commence à éprouver une céphalée très marquée, surtout pendant la nuit, elle se sent abattue, a des douleurs vagues, de l'inappétence, en même temps qu'elle remarque sur son abdomen l'apparition de quelques taches, et dans la région vulvaire quelques petites excoりiations. Comme elle est très soigneuse de sa personne, malgré l'insignifiance apparente de son mal, elle va trouver un médecin qui l'engage à se faire admettre dans notre service. L'examen complet auquel nous nous livrons nous révèle une roséole discrète sur l'abdomen et les flancs, des plaques muqueuses érosives discrètes de la face interne des grandes lèvres, quelques ganglions tuméfiés, plus particulièrement dans la région de la nuque, une angine érythémateuse, bref, de quoi affirmer l'existence de la syphilis. D'après les dires de la malade, il semble bien que nous avons sous les

(1) Leçon faite le 21 Novembre 1903.

yeux le tableau de "l'explosion secondaire". La recherche la plus attentive, et l'interrogatoire de la malade n'ont pu nous déceler le siège d'un accident primitif, non plus qu'une adénopathie satellite de cet accident. J'insiste sur le fait que la malade est intelligente, très propre et très soigneuse d'elle-même, que sa sincérité ne nous paraît pas douteuse ; et les renseignements qu'elle nous a donnés en tête à tête alors que nous insistions sur l'avantage qu'il y aurait pour elle-même à nous faire une confession complète nous ont semblé sincères.

L'utérus remonte à un grand travers de main au-dessus de la symphyse pubienne. Les battements du cœur fœtal sont facilement perçus et bien frappés.

Nous sommes donc en face d'une syphilis ayant "apparemment" débuté par l'explosion secondaire chez une femme enceinte de quatre mois et demi. Deux hypothèses peuvent être faites : ou bien sa grossesse n'a joué aucun rôle dans la contamination, et nous serions en face d'un de ces cas dans lesquels il est impossible de déceler l'accident primitif, soit qu'il ait siège dans un point inaccessible à la malade, tel que le col utérin, cas où l'adénopathie satellite pelvienne est également inaccessible, il ait été assez insignifiant pour passer inaperçu de même que le bubon concomitant ; ou bien la grossesse a permis un mode tout particulier d'infection, ce que l'on appelle la syphilis conceptionnelle.

La syphilis par conception, suivant la définition de Diday, c'est "celle que le produit de la conception, infecté par le père, transmet à sa mère durant la vie intra-utérine, ou plus brièvement, la syphilis qui va du père à la mère par le fœtus."

Au point de vue de son évolution générale, une syphilis ainsi contractée ne diffère pas de la syphilis ordinaire ; seul le mode du début est dissimblable. Elle se caractérise cliniquement par la série des phénomènes observés chez notre malade à savoir : 1° Grossesse ; 2° Accidents généralisés de la période secondaire, roséole, plaques muqueuses, etc. 3° Absence du chancre initial et de son bubon satellite.

C'est Ricord le premier qui émit l'hypothèse de la syphilis conceptionnelle en 1841 dans les termes suivants : "Des obsea

vations aussi précises que possible semblent prouver que la syphilis peut être transmise de l'enfant à la mère pendant la gestation". Mais c'est Diday qui, dans une série de publications qui s'échelonnent de 1854 à 1895 s'est fait l'apôtre convaincu de la "Syphilis par conception", ainsi qu'il la dénomma. A son tour le professeur Fournier, soit dans ses écrits, soit dans des thèses inspirées à ses élèves, en a rendu tout à fait classique la notion.

Ce n'est pas que des objections ne puissent être élevées à cette manière d'envisager les choses et le pourquoi des doutes émis se conçoit aisément : toute la doctrine de la syphilis conceptionnelle repose en effet sur une négation, à savoir la non-observation, chez une femme enceinte, de l'accident primitif et de son tubercule satellite. Or, on connaît la fragilité scientifique de ce mode de démonstration. Néanmoins la grande majorité des syphiligraphes s'étaient rangés à l'opinion de Ricord, Diday et Fournier, quand, il y a quelques années, le professeur Pinard s'est élevé contre les idées régnantes.

Des deux côtés, les arguments ont été fournis nombreux et sérieux et il me semble intéressant de les exposer et de les discuter devant vous.

Notons tout d'abord que cette malade ne présente pas le seul type de syphilis conceptionnelle qui ait été décrit, en nous mettant dans l'hypothèse où il s'agirait bien pour elle d'une syphilis par conception. Ce type constitue la syphilis conceptionnelle immédiate. Dans bon nombre de cas, peut-être la majorité, les choses ne se passeraient pas de la sorte : la femme, fécondée par un homme syphilitique, abriterait dans son sein un enfant syphilitique, ce que démontreraient surabondamment les manifestations spécifiques observées chez celui-ci au moment de sa naissance, ou quelques jours après. Et cependant la mère, au cours de la grossesse et ultérieurement, pourra ne présenter absolument aucune manifestation syphilitique. Elle diffère néanmoins d'une femme normale en ce fait que, non syphilitique en apparence, elle pourra impunément allaiter son nouveau-né, lequel contaminerait sûrement une autre nourrice non syphilitique (loi de Baumès). Bien mieux, d'après les inoculations expérimentales faites par Caspary et Neumann, une femme qui vient de donner

le jour à un enfant présentant des manifestations syphilitiques, alors qu'elle-même est toujours restée indemne, peut subir des inoculations expérimentales de matière syphilitique virulente, sans qu'en voie aucun accident se manifester au point d'inoculation.

Qu'est-ce à dire sinon que cette femme n'est non-syphilitique, qu'en apparence, puisque la seule manière de ne pas attraper la syphilis en pareil cas, c'est d'en être déjà atteint. Cette femme est donc vaccinée contre la syphilis, il semble que chez elle, les échanges avec son enfant pendant la vie intra-utérine de celui-ci ont été suffisants pour immuniser la mère sans provocation externe de manifestations syphilitiques. On a donné à ce mode particulier d'immunisation syphilitique le nom de "syphilis conceptionnelle latente". Ce qui justifie ce nom, c'est que, dans un certain nombre d'observations, cette latence n'a été que passagère, et que l'on a vu au bout d'un laps de temps variable des manifestations tertiaires se produire, témoignant que l'on n'avait affaire qu'à une sorte de sommeil et non pas d'inexistence de la maladie. Ces derniers cas ont reçu le nom de "syphilis conceptionnelle tardive", par opposition à la syphilis conceptionnelle immédiate. En résumé, syphilis conceptionnelle immédiate, syphilis conceptionnelle latente, syphilis conceptionnelle tardive seraient les trois expressions cliniques que pourraient revêtir la syphilis par conception.

Cette digression nécessaire faite, revenons à l'étude du problème posé par notre malade, à savoir, la syphilis conceptionnelle immédiate.

L'argument fondamental sur lequel repose la doctrine de la syphilis conceptionnelle, c'est l'absence de tout accident primitif décelable, et de l'adénopathie satellite. Assurément, il n'est pas rare, chez des femmes qui n'ont jamais été enceintes, de n'avoir l'attention appelée sur la syphilis qu'au moment de l'explosion secondaire, et l'exploration la plus attentive est incapable, parfois, de déceler les traces de l'accident primitif. Mais le fait est incomparablement plus fréquent, affirment les partisans de la syphilis conceptionnelle, chez les femmes enceintes, et ils refusent énergiquement de se rallier à l'explication de l'accident primitif

inaperçu et ne laissant pas de traces Fournier, tout particulièrement, s'élève contre une pareille prétention dans les lignes suivantes : "Admettre une pareille hypothèse, se réfugier, pour récuser la syphilis conceptionnelle derrière la possibilité d'erreurs incessantes, d'erreurs invariablement commises par tout le monde et dans tous les cas, aboutir à dire ceci : "Autant d'observations, autant de cas mal vus par des médecins, qui, ayant à trouver un chancre, ne l'ont pas trouvé" ; opposer un tel argument à une doctrine qui repose déjà sur un nombre considérable de faits bien étudiés, ce n'est pas seulement dépasser les limites tolérables d'une critique bienséante, c'est aller à l'encontre du vraisemblable et du bon sens."

Il est pourtant indiscutable qu'il existe des cas où le chancre syphilitique n'a pu être décelé non seulement lors de l'explosion secondaire, mais lors que les sept semaines qui constituent normalement la seconde incubation ont laissé en quelque sorte à l'accident primitif le temps de se cicatrifier, mais même lorsque craignant une contamination, à la suite de coït suspect, on l'a cherché de jour en jour, et cela jusqu'à ce que la survenance d'une roséole ait témoigné que le chancre avait été si peu de chose qu'il a passé inaperçu. Nous citerons du fait une observation remarquable rapportée par Verchère : Il s'agit d'un mari qui, dans une escapade extra-conjugale, attrape la syphilis. Justement effrayé il va consulter Verchère qui lui interdit tout rapport sexuel avec sa femme tant qu'il est porteur d'accidents contagieux. Au bout de quelque temps, sur ses instances, le coït est autorisé, mais à condition que le mari viendra se faire examiner pour qu'une lésion suspecte ne passe pas inaperçue : c'est seulement si l'examen médical est négatif qu'il aura *licentia coeundi*. En outre, Verchère pendant le temps où se pratiquaient ces rapports autorisés par lui, examina régulièrement la femme, sous prétexte d'une métrite imaginaire. Quelle ne fut pas sa surprise, au bout de trois mois, de constater chez elle "une superbe roséole qui s'accompagna rapidement de plaques muqueuses au niveau de l'anus, de chute de cheveux et de syphilitides buccales." Verchère termine son récit par ces lignes : "Jamais le mari n'eut de rapports avec sa femme, étant atteint de

lésions capables, d'après les auteurs, d'être transmises directement. J'ai examiné Madame X... très régulièrement pendant trois mois, pendant toute la période qui s'est étendue du moment où son mari était syphilité, jusqu'au jour où elle-même a été atteinte de manifestations dites secondaires. A aucune période, il ne m'a été donné de constater l'existence d'une lésion, d'une érosion qui ait pu me donner le change. La première manifestation a été une roséole. A aucun moment, il n'y eut de retard de règles qui ait pu faire songer à un début de grossesse ; jamais il n'y eut d'hémorrhagie utérine."

De toute évidence, cette observation est exceptionnelle, mais est-on en droit de considérer comme anormaux des cas où le premier examen de la femme se fait sept semaines au moins après le début du chancre, et où celui-ci passe inaperçu. Reportons-nous à la description que Fournier lui-même donne du chancre utérin, qu'y voyons-nous ? "Traité ou non, le chancre utérin guérit vite. Parfois même, il se modifie et change absolument d'aspect en quelques jours... Est-ce assez dire que ce chancre utérin, à moins d'être surpris au cours de la courte période où il conserve sa physionomie distinctive, a toutes les chances de passer inaperçu... finalement il se cicatrise sans laisser de stigmates." Joignez à cela l'absence de l'adénopathie satellite dans des lieux explorables cliniquement, et vous comprendrez aisément que les adversaires de la syphilis conceptionnelle aient une tendance (thèse de Merger, inspirée par Pinard) à déclarer que les cas de syphilis conceptionnelle ne sont autres que des cas où le chancre siégeant au niveau du col utérin, a disparu sans laisser de traces, quand le médecin est appelé à constater les phénomènes de l'explosion secondaire.

La doctrine de la syphilis par conception implique qu'un homme, inoffensif pour une femme dans les relations sexuelles, peut être nocif pour elle, dès qu'il la féconde et les cas dans lesquels un syphilitique a pu cohabiter pendant des mois, voire même des années avec une femme sans l'infecter, alors qu'il suffit que cette femme devienne enceinte de ses œuvres pour voir apparaître parfois des manifestations d'emblée générales de sy-

philis, ne constituent pas un des moindres arguments en faveur de la syphilis conceptionnelle.

Pour un homme syphilitique, en dehors du mécanisme de la conception, la seule façon de transmettre la syphilis dans les rapports sexuels consiste dans l'inoculation de sécrétions de lésions spécifiques ; le sang serait également nocif au début de la vérole, tandis que le sperme, qui n'a pas été souillé par des exsudations morbides, est incapable de provoquer, par inoculation, l'éclosion de la syphilis. De ce fait un grand nombre d'inoculations expérimentales, dont les dernières sont dues à Mireur, font foi.

Mais ce sperme inoffensif, s'il est inoculé au niveau des téguments, devient syphilogène s'il vient à imprégner un ovule. Tel est le fait affirmé par les partisans de la syphilis par conception. La chose est faite pour étonner le prime-abord : assurément, si nous ignorons encore aujourd'hui quelle est la nature de l'agent causal de la syphilis, on peut néanmoins, en raisonnant par analogie avec les autres maladies infectieuses, affirmer qu'il s'agit d'un contagé animé, appartenant à quelque une des catégories des agents pathogènes. Or, ni en pathologie comparée, ni en pathologie humaine, on ne connaît d'exemple d'infection qui, inoffensive quand elle est portée par toute autre voie, devient dangereuse quand le spermatozoïde se fait dans l'ovule le vecteur de la contagion. On a bien parlé de la pébrine des vers à soie où l'agent pathogène peut résider dans les organes générateurs et où l'on a par conséquent un exemple d'infection directement héréditaire. Mais recueillez quelques éléments dans les cellules génératrices, et inoculez-les sous le tégument de vers sains, et vous verrez la maladie évoluer chez le ver inoculé.

On voit que les choses sont toutes différentes de ce qui se passe dans la syphilis, où il serait nécessaire d'admettre, dans l'intérieur de la cellule spermatique, une forme de parasite tout à fait spéciale puisque, incapable de proliférer sur le tégument par inoculation, elle ne trouverait ses conditions de développement que dans le seul ovule. C'est ce que Daring tend d'expliquer dans ces termes : "Nous devons admettre que le parasite de la syphilis est contenu

comme tel ou sous une forme de repos dans la cellule spermatique, et n'entre en action qu'au bout d'un temps plus ou moins long, après la fécondation de l'œuf. . . . En effet, une femme n'est jamais infectée par le sperme seul d'un homme en état de syphilis latente." Quant à Fournier, il se contente de déclarer que "fécondation et inoculation sont choses qui ne se ressemblent en rien, qui ne sauraient être mises en parallèle. Le sperme peut fort bien n'être pas apte à conférer la syphilis par l'inoculation et être apte à la conférer à l'ovule par imprégnation génératrice. Aucune corrélation; aucune parité à établir entre ces deux phénomènes." Vous vous en rendez compte, il n'y a dans ce passage qu'une affirmation, mais pas de tentative d'explication. Du reste, sur le terrain clinique, la constatation impartiale des phénomènes doit primer avant tout, dût leur interprétation rester douteuse, et si les faits sont rigoureusement observés, il est sage de se contenter de les enregistrer, en laissant à l'avenir le soin d'en élucider le mécanisme.

Admettons donc pour le moment la réalité de la contamination de l'ovule par le spermatozoïde, que va-t-il se passer? Si nous nous en rapportons aux recherches de Francotte, qui a étudié de très près les phénomènes d'infection ovulaire expérimentale, il faudrait conclure comme lui "qu'il paraît impossible qu'un œuf puisse conserver des microbes même à l'état latent, et qui pourraient ensuite se développer dans l'individu provenant de cet œuf. En d'autres termes, les maladies microbiennes ne peuvent se transmettre par l'ovule." Ajoutons que les recherches de Francotte ont été faites sur les œufs de la trémellaire, et à l'aide d'inoculations de schizomicètes dans l'ovule. Or, peut-on conclure de ce qui se passe dans l'ovule trémellaire à ce qui se passe dans l'ovule de la femme? et d'autre part, rien ne prouve que le parasite de la syphilis soit un schizomicète.

Par hypothèse, l'ovule contaminé va se développer et devenir un embryon. A quel moment pourra se faire la communication nécessaire entre l'embryon infecté et la mère vecteur de l'embryon, pour que la mère puisse à son tour être contagionnée? En effet, dans les

premiers jours qui suivent la fécondation, l'œuf humain est libre de toute adhérence à la muqueuse des voies génitales maternelles ; ce n'est que vers le douzième jour que la membrane vitelline se couvre de villosités qui plongent dans la caduque ; mais les vaisseaux de l'embryon n'atteignent pas encore le chorion. Ce n'est guère que du trentième au trente-cinquième jour que les échanges nutritifs par des connexions vasculaires commencent à se faire entre la mère et l'embryon.

On connaît fort bien depuis un certain nombre d'années quelles sont les altérations placentaires qui permettent à la mère, quand c'est elle qui est syphilitisée primitivement, de contaminer le fœtus qu'elle a dans son sein. Il paraît évident que, si c'est l'embryon qui est primitivement malade, les choses vont se passer *mutatis mutandis*, absolument de la même manière et que là aussi ce sont les altérations placentaires qui vont permettre à l'agent infectieux de pénétrer dans la circulation maternelle. Si les choses se passent de la sorte, il faudra un laps de temps qu'aucune donnée positive ne nous permet d'apprécier pour que l'organisme maternel infecté vers le trentième jour au plus tôt, réagisse sous la forme d'accidents généraux, qui décèleront à l'observateur la contamination syphilitique. Ce que l'on sait des quelques tout à fait rares observations (Jullien en particulier), où une infection s'est faite indirectement par la voie sanguine, nous permet de supposer que quatre semaines environ sont tout au moins nécessaires pour l'apparition des accidents. En se basant sur ces données, tout imparfaites qu'elles sont, une femme en puissance de syphilis conceptionnelle ne pourrait présenter les manifestations secondaires d'emblée qui sont la caractéristique de son infection, qu'une soixantaine de jours au plus tôt après la fécondation. Or, si l'on consulte les observations réunies par Diday, l'on constate qu'un certain nombre de femmes considérées comme atteintes de syphilis conceptionnelle ont vu leurs accidents évoluer dès les premières semaines de leur grossesse. Il est juste d'ajouter que Diday semble avoir singulièrement élargi le cadre de la syphilis par conception, puisque pour lui il n'est pas nécessaire

qu'il existe entre la mère et l'enfant des relations vasculaires pour que la contamination puisse s'effectuer ; lors d'une perte ovulaire datant de quelques semaines, voire même de quelques jours après la fécondation, on aurait le droit de supposer que la contamination a pu se faire.

Des différences considérables entre la circulation placentaire maternelle et fœtale sont peut-être susceptibles de nous rendre compte de la disparité des résultats de la contamination suivant qu'elle s'exerce de la mère au fœtus, ou du fœtus à la mère. Dans le premier cas, la contamination est en quelque sorte fatale et souvent funeste pour l'enfant, alors, comme le démontrent les cas de syphilis conceptionnelle latente, il est loin d'en être de même quand la contagion se fait de l'enfant à la mère ; la syphilis maternelle est bénigne, dans ce cas, si bénigne que l'on peut parler plutôt de vaccination que d'infection.

En effet, les microbes charriés par le sang maternel arrivent dans les lacs sanguins du placenta, et là trouvent toutes les conditions réunies favorables à la colonisation : grande masse de sang, vitesse très faible du courant sanguin, pression peu élevée, abondance de fibrine, nombreuses aspérités constituées par les ramifications des villosités choriales dont le chevelu baigne dans les lacs placentaires. Au contraire, du côté des villosités fœtales, masse sanguine très faible, pression élevée, vitesse considérable, fibrine rare, nulle aspérité au niveau des anses capillaires pouvant servir de point d'implantation à une colonne microbienne. Ces conditions anatomiques se trouvent donc à l'avantage d'un passage éventuel de la mère au fœtus, plutôt que du fœtus à la mère.

La discussion dont je viens de vous exposer les éléments, sans aboutir à une conclusion ferme que les données du problème telles que nous les possédons ne me semblent pas autoriser, n'a pas une valeur seulement théorique, mais hautement pratique : nous avons vu que dans la doctrine de la syphilis conceptionnelle, le père peut être nocif pour la mère non seulement directement mais par l'intermédiaire de l'enfant. Si un jeune marié insuffisamment blanchi par

le traitement spécifique s'observe avec soin et évite d'avoir des rapports avec sa femme au moindre accident suspect qu'il présente, il a de fortes chances de ne pas la contaminer, mais s'il ne prend pas de précautions contre l'éventualité d'une grossesse, l'infection, pour suivre une voie détournée, n'en sera pas moins à redouter.

D'autre part, quand un de nos malades nous demande l'autorisation de se marier après trois ou quatre ans de traitement exactement pratiqué, que faisons-nous? Nous l'engageons à discontinuer toute administration thérapeutique, à s'observer scrupuleusement pendant cinq ou six mois, puis, si pendant ce laps de temps, aucune manifestation ne se produit, nous le considérons comme susceptible de ne pas donner la syphilis à sa femme. Cette conclusion est justifiée en ce qui concerne les chances de contamination directe, mais pour la contamination indirecte conceptionnelle, nous n'avons plus aucune base sérieuse d'appréciation. Il semble qu'en fait, les risques que court la mère par l'intermédiaire de son enfant syphilitisé par le père, subsistent à une échéance où une contamination directe n'est plus guère à redouter.

Vous le voyez, la notion de la syphilis conceptionnelle vous entraînera à un excès de prudence au point de vue de l'autorisation du mariage chez les syphilitiques, et c'est là une raison qui n'est pas une des moindres qui doivent faire pencher la balance en faveur de l'adoption des idées soutenues par Diday et Fournier, et auxquelles restent rattachés la plupart des syphiligraphes.

L'Echo Médical du Nord, Lille, 21 janvier 1904.

ELECTRO-RADIOTHERAPIE

LES RAYONS DE BLONDLOT

— RAYONS N —

Depuis quelques semaines, à la suite de communications vraiment sensationnelles faites à l'Académie des sciences, communications vite répandues dans le public par la presse quotidienne et dont nous avons ici même sommairement enregistré les grandes lignes, un grand mouvement d'intérêt s'est créé au sujet des radiations spéciales découvertes par le professeur Blondlot, de la Faculté des sciences de l'Université de Nancy, qui leur donna le nom de rayons N, en mémoire de la ville de Nancy où se trouvent sa chaire et son laboratoire.

Aussi bien, n'est-ce pas sans de très légitimes motifs que l'opinion s'émut de la sorte. Ces radiations, en effet, semblent posséder des qualités tout à fait particulières, très remarquables, notamment celle-ci, bien propre à exciter les curiosités, à savoir qu'elles sont produites par presque toutes les sources lumineuses courantes, et qu'elles sont susceptibles d'être emmagasinées par la grande majorité des corps exposés à l'action de ces dites sources. Ainsi les cailloux du chemin, les briques des murailles, parce qu'ils ont été illuminés par le soleil, les parois de métal d'une lanterne à l'intérieur de laquelle brûle et brille une lampe au pétrole, un bec Auer, émettent des rayons N.

Bien plus, les organismes vivants, tels chacun d'entre nous comme les animaux les plus divers, émettraient ces mêmes rayons N, d'après les observations d'un collègue de M. Blondlot à l'Université de Nancy, le professeur Augustin Charpentier, de la Faculté de médecine, relatées dans plusieurs notes adressées à l'Académie des sciences.

Que sont donc ces radiations N ? comment se caractérisent-elles ? quelles sont leurs essentielles propriétés ? Nous allons nous efforcer de répondre, aussi succinctement et aussi clairement que possible, à ces diverses questions, en nous plaçant au point de vue des médecins

sur la pratique desquels les nouvelles découvertes auront peut-être un jour une influence que l'on ne peut encore préciser.

* * *

C'est en étudiant les radiations émises par l'ampoule de Crookes que Blondlot, il y a quelques mois, découvrit les rayons N; ceux-ci, à l'inverse des rayons X, de Röntgen, sont polarisables, réfrangibles et soumis aux lois de la réflexion.

Comme les rayons X, les rayons N traversent nombre de corps opaques, entr'autres le papier d'étain, le cuivre, le laiton, l'aluminium, l'acier, l'argent, l'or, sous de faibles épaisseurs, ou encore le papier, la paraffine, le bois; mais sont arrêtés de façon complète par le sel gemme sous une épaisseur de 3 millimètres, par le plomb sous une épaisseur de deux dixièmes de millimètre, par le platine sous une épaisseur de quatre dixièmes de millimètre, et par l'eau, si bien qu'une feuille de papier à cigarette parfaitement transparente quand elle est sèche, devient absolument opaque lorsqu'elle se trouve imbibée de ce liquide.

N'agissant point directement sur la plaque photographique, les rayons N sont cependant susceptibles d'exciter certaines substances et de déceler de la sorte leur présence. C'est ainsi qu'en venant rencontrer une petite étincelle, ils accroissent notablement son état, et c'est là justement le phénomène qui permet à M. Blondlot de les caractériser; c'est ainsi qu'ils excitent pareillement des écrans recouverts d'une substance fluorescente lumineuse dans l'obscurité, comme ceux obtenus avec les enduits au sulfure de zinc, au sulfure de calcium, écrans qui s'illuminent, comme on le sait, la nuit à la condition d'avoir été préalablement exposés à la lumière du jour.

Cependant après avoir reconnu que les sources de lumière les plus diverses, le soleil, l'arc électrique, le bec Auer, la flamme de la lampe à pétrole, par exemple, émettent des radiations N M. Blondlot ne devait pas tarder à constater que ces dites radiations sont susceptibles de s'emmagasiner dans un certain nombre de corps tels l'or, le plomb, le platine, l'argent, le zinc, le fer, le silex placés en présence de ces diverses sources lumineuses, et qui deviennent alors eux-mêmes des centres d'émission de radiations N, mais pas dans tous: l'aluminium, le bois, le papier sec ou mouillé, par exemple, ne pouvant servir à emmagasiner les dits rayons.

Bientôt, continuant ses recherches, M. Blondlot reconnaissait que les phénomènes de compression moléculaire étaient des plus fa-

variables à la production des rayons N, si bien que, du seul fait qu'ils sont comprimés, les divers corps deviennent des générateurs de rayons N. Un morceau d'acier trempé, de verre trempé, émet en permanence des rayons N, et cela de façon indéfinie, tant que son état moléculaire n'est point modifié et quel que soit le temps écoulé. Ainsi M. Blondlot a constaté que la lame d'acier d'un couteau trouvé au cours de fouilles, et datant de l'époque gallo-romaine, émettait des rayons N avec une même activité qu'un objet d'acier trempé récemment.

A ces constatations de M. Blondlot, pour imprévues et intéressantes qu'elles soient, ne le céderaient en rien celles qu'a faites au cours de recherches toutes récentes M. Augustin Charpentier.

M. Charpentier aurait établi de façon positive que les rayons N peuvent avoir une autre origine que les sources de lumière indiquée par M. Blondlot. D'après de délicates expériences qui auraient été, en partie du moins, contrôlées par M. le professeur d'Arsonval, l'organisme de l'homme, celui des animaux les plus divers, ceux à sang froid comme la grenouille et les poissons, aussi bien que ceux à sang chaud tels que les oiseaux et les mammifères, émettent de ces radiations. Celles-ci seraient produites encore pareillement par les végétaux, à ce que prétend avoir constaté M. Edouard Meyer dont les observations ont d'ailleurs été vérifiées par M. Charpentier.

Chez les animaux en particulier, qui produisent bien eux-mêmes les rayons N qu'ils émettent et ne se contentent pas de les rayonner après les avoir emmagasinés, puisqu'ils fournissent des rayons N avec une abondance toujours égale, et même après un séjour prolongé dans une complète obscurité, c'est au tissu musculaire et au tissu nerveux que reviendrait le privilège de fabriquer des rayons N.

En se contractant, les muscles émettraient les dits rayons en plus grande abondance que lorsqu'ils sont à l'état de repos ; et de même les nerfs et les centres nerveux lorsqu'ils sont le siège d'une excitation. Ainsi, en promenant le long du corps un écran explorateur formé d'un petit disque de papier recouvert d'un enduit de sulfure phosphorescent par une excitation préalable à la lumière, on voit cet écran—disposé à l'une des extrémités d'un tube de plomb mesurant de 5 à 10 centimètres de longueur et dont l'objet est de concentrer les rayons émis qui doivent suivre sa lumière pour agir sur l'écran—s'illuminer plus ou moins vivement suivant qu'on l'appro-

che d'un muscle en état de contraction ou de repos, d'un nerf ou d'un centre nerveux.

Opérant de la sorte, M. Charpentier a pu délimiter de façon précise la place occupée par le cœur dans la poitrine; il a pu suivre le trajet d'un nerf superficiel; il a pu reconnaître la topographie de certaines zones psycho-motrices de l'écorce cérébrale. Il a vu, en effet, que si le sujet servant à l'expérience vient à parler, l'écran révélateur approché à ce moment de la région du crâne correspondant à la zone dite de Broca, qui est le centre du langage articulé, s'illuminait davantage que lorsqu'il garde le silence.

Les recherches de M. Charpentier ont encore donné lieu à une autre remarque importante: à savoir que les radiations dénommées rayons N ne sont point toutes semblables, mais doivent en réalité résulter d'un assemblage de radiations de qualités diverses suivant leur origine, les unes étant émises en particulier par les éléments du tissu nerveux et les autres par ceux du tissu musculaire.

Cette constatation est en accord avec les observations physiques de M. Blondlot. Des expériences datant déjà de plusieurs mois ont en effet montré à cet éminent physicien que les faisceaux de rayons N déviés par un prisme s'étaient en une sorte de spectre, ce qui établit sans réplique que tous les rayons déviés — rayons dont la longueur d'onde mesurée tout récemment, oscille entre $0m0085$ et $0m017$ et est par suite incomparablement plus petit que celle des rayons lumineux, — sont inégalement réfrangibles et par suite possèdent chacun des qualités particulières.

Ces très curieux phénomènes dus à l'action des radiations N émises par les êtres vivants se manifestent très nettement, quel que soit l'agent révélateur mis en œuvre, écran ou sulfure phosphorescent, étincelle électrique ou lumière physiologique produite par le ver luisant ou lampyre noctilique ou encore par une culture de bacilles phosphorescents. Dans tous ces cas, l'on voit toujours semblablement l'éclat de l'étincelle ou de la lueur produite par l'agent lumineux s'accroître sous l'excitation des radiations émises par le sujet.

De telles recherches, est-il besoin de le dire, sont extrêmement délicates à réaliser, si bien qu'avant de voir, M. Mascart, président de l'Académie des sciences, qui s'est rendu à Nancy en compagnie de M. Cailletet et d'un autre de ses collègues, aux fins de répéter avec M. Blondlot ses principales expériences, dut faire un véritable

apprentissage. En particulier, les observations exigent un calme et un silence parfaits, encore que M. Jean Macé de Lépinay ait observé que les vibrations sonores constituent une source de radiations N.

On le voit, malgré les multiples observations déjà faites sur les rayons N, nous n'en sommes encore que tout à fait aux débuts de leur étude. Cependant, l'importance des faits constatés et déjà dit-on établis, nous permet de juger au point de vue scientifique de la valeur considérable de la découverte du professeur Blondlot.

GEORGES VITOUX.

Presse Méd. Paris, 30 janvier, 1901.

LA RADIOTHÉRAPIE, MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE THÉRAPEUTIQUE DE CERTAINS FIBROMES

M. FOVEAU de COURMELLES, présenté par M. D'ARSONVAL.

Dans un traité de radiographie qu'il a publié en 1897, l'auteur a mentionné des cures de cancer par les rayons X. Dans tous les cas, il a vu, en dehors de la sédation de la douleur, une diminution des hémorrhagies, des ganglions et de la tumeur elle-même. D'autre part, il existe dans la science, l'opinion, vérifiée d'ailleurs, que certaines tumeurs abdominales, des fibromes notamment, peuvent dégénérer en carcinomes. Il a appliqué les rayons X à deux malades qui ne voulaient pas entendre parler d'opération et dont le teint jaunâtre, les douleurs, l'aspect cachectique pouvaient donner à penser à une tumeur maligne future. Les bons résultats obtenus permettent de penser que la Radiothérapie pourrait ainsi fournir un élément de diagnostic, en même temps qu'agir curativement. L'auteur cite alors les deux observations de ces malades et il conclut que les rayons X, quasi-spécifiques du cancer en tant qu'amélioration tout au moins, et sûrement anesthésiques, s'imposent comme moyen thérapeutique dans les cas de tumeurs douteuses où les malades ne veulent pas recourir à l'intervention chirurgicale. L'amélioration obtenue permettra de penser à un néoplasme.

Académie des Sciences, Paris, séances des 4 et 11 janvier 1904.

EPITHÉLIOMA DE LA FACE GUÉRI PAR LA
PHOTOTHERAPIE

MM. BÉCLÈRE et HARET.

Il s'agit d'un malade atteint d'un épithélioma de la face qui a été très rapidement amélioré et, pour ainsi dire, guéri par la radiothérapie. C'est une observation à rapprocher de celle de M. Tuffier à la Société de Chirurgie. Le résultat ici est bien meilleur.

Société Méd. des Hôpitaux de Paris, séance du 15 janvier 1904.

— 000 —

EPITHELIOMA GUERI PAR LA RADIO'THERAPIE

C'est un malade de soixante-quatre-ans que nous ont présenté MM. Haret et Desfosses, porteur d'un épithélioma de la face depuis dix ans.

Lorsque le malade a été examiné pour la première fois par les auteurs de la communication, il avait toute l'aile gauche du nez rongée par la tumeur. La plaie mesurait 3 c. 5 de haut sur 2 c. 5 de largeur. L'examen après biopsie confirma le diagnostic épithéliome localisé.

Le malade est soumis au traitement radiothérapique. Pendant le premier mois il absorbe six unités de l'instrument de Holzkecht, rayons no 5 au radiochronomètre de Benoist ; pendant le deuxième mois il absorbe seize unités. Le résultat a été le suivant : au bout de deux semaines, chute de croûtes, arrêt des hémorragies ; à la fin du premier mois, disparition des douleurs, à la fin du deuxième mois, cicatrisation complète.

Soc. Méd. des Hôpitaux, Paris, Séance du 15 janvier 1904.

ACTUALITES ET VARIETES

LA FEMME CHINOISE

Mme H. Gervais-Curtellemont, a publié, dans le *Temps*, des notes sur la femme chinoise. Nous-en extrayons les passages suivants :

Usage.—Les jeunes filles et les jeunes femmes sont souvent d'un physique agréable, très blanches de peau : ce qu'en terme d'atelier, on appelle "rondouillardes". Mais les beautés appréciées là-bas ne sont pas toutes les mêmes que celles recherchées ici. Les yeux très grands paraissent effrayants : on les compare à ceux des oiseaux de nuit. On les voit longs et bridés, peu ouverts, figurant un coup de pinceau. Il est repoussant d'avoir le moindre cheveu sur la figure : chaque poil est minutieusement recherché par la pince dans le nez, les oreilles, le coin des yeux. Pas un cheveu ne doit s'égarer sur le front, tout est avec soin collés et lissés. La figure est crûment peinte de blanc et de rose, et un petit trait rouge vertical fait paraître la bouche menue ; comme nous, les Chinoises aiment qu'elle soit garnie de dents *blanches* et régulières.

Pieds.—Mais la capitale beauté, celle dont s'informe le jeune fiancé, ce sont les *petits pieds*, siège de la pudeur féminine, qu'on ne doit pas regarder, dont il est inconvenant de parler, qui, pour le mari seul, sortiront des hanchelettes qui les enserment. Petits pieds enfermés dans de minuscules souliers de satin brodé faits par les femmes elle-mêmes, — car cet objet intime ne peut sortir de mains étrangères, ni, sans scandale, être vendu par des marchands, — petits pieds dont, à la longue, j'ai perçu les élégances, longtemps encore vous défendrez la Chinoise contre la contagion de notre vie agitée.

Cette mode singulière est à peu près générale. Des classes riches, elle a gagné le peuple ; dans l'intérieur de la Chine, on voit toutes les plus pauvres femmes vaquer à de dures besognes, travailler aux champs, porter de lourds fardeaux, en faisant des

prodiges d'équilibre sur les maigres fuseaux de leurs jambes atrophiées, terminés par le pied déformé. Et ce qui peut paraître joli pour des élégantes ne sortant qu'en chaises à porteurs, ne marchant jamais, devient misérablement triste chez la femme du peuple qui peine. Pour celle-là, c'est une torture et, souvent une cause de grave maladie ou de mort quand la gangrène se déclare. C'est toujours une cruelle souffrance pour la fillette de cinq ou six ans, dont on commence à déformer les pieds ; mais aucune ne voudrait renoncer à l'usage établi. Les édits impériaux invitant à l'abandonner n'ont eu un peu d'efficacité qu'à Pékin où l'impératrice, d'origine mandchoue, donne l'exemple, et dans les villes du littoral déjà entamées par la pénétration européenne. Une jeune fille qui n'aurait pas les petits pieds ne trouverait pas de mari. Les missionnaires, dans leurs orphelinats, ne peuvent, quoi qu'ils en pensent, épargner ce supplice aux fillettes. Il en résulterait un "laissé-pour-compte" général qui ne leur permettrait pas de prendre la charge d'autres petites malheureuses. Cette étrange coutume remonte à quelques *trois mille ans*. Depuis tant de siècles écoulés, aujourd'hui comme alors, les générations de Chinoises se succèdent, entourant de bandelettes, ficelant, serrant et entourant avec conviction leurs extrémités, heureuses quand elles ont obtenu le maximum de beauté dans cette esthétique bizarre, un pied de chèvre pouvant chausser un petit soulier ne dépassant pas 8 centimètres.

Mes pieds à moi, mes pieds de voyageuse, éveillaient une curiosité intense chez mes amies les dames chinoises. Entre femmes, dans l'appartement intérieur où n'entrent jamais d'autres hommes que ceux de la famille, règne une assez grande liberté, et l'on s'amuse beaucoup, à la façon chinoise, sans grands éclats, en examinant mes bottines à boutons.

Intelligence.—Sans aucune instruction, avouées par leur servitude et leur existence de recluses, les Chinoises ne sont cependant pas inintelligentes et elles ont souvent une influence occulte assez grande. Quand on les aura émancipées, on verra quelles ressources on peut trouver en elles. On en a déjà la démonstration chez les chrétiennes, moins opprimées, qui donnent de fréquents exemples d'intelligence et d'activité. Certaines

femmes du peuple se montrent aussi remarquablement intelligentes. La Chinoise riche trouve ses joies dans l'inaction ; elle déclare qu'elle s'est beaucoup divertie quand elle est restée, des heures durant, plongée dans un rêve qu'elle ne saurait formuler, *fumant des pipes à eau*, ou, quelquefois, *l'opium*. D'ailleurs, chez les Chinois de la classe distinguée, le travail manuel et l'activité physique sont réputés avilissants. De là, pour les deux sexes, les yeux démesurément longs qui sont la preuve qu'on ne fait rien de ses mains.

Un dîner chinois.— Mme H. Gervais-Coutellemont a ainsi décrit un grand dîner en Chine.

“ Nos chaises à porteurs arrivaient presque ensemble, celle de mon mari la première. On lui donnait le temps de faire son entrée, puis, les hommes s'étant tous retirés, ma chaise était déposée à l'entrée où m'attendait la maîtresse de la maison, qui me conduisait dans l'appartement intérieur. J'avais deux ou trois heures à passer avec les femmes devant l'interminable dîner chinois, d'environ 70 plats, apportés en plusieurs services. Le dîner commence toujours par le dessert : gâteaux de toutes sortes, fruits confits et frais ; puis ce sont les légumes, les viandes rôties, les poissons, les choses rares : ailerons de requin, holothuries, nids d'hirondelles, œufs de canard conservés dans la saumure, œufs de poule couvés plusieurs jours, œufs de pigeon,— tout cela servi sans méthode précise, avec des condiments : piment, gingembre, sauce de haricots fermentés.”

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE EN FRANCE

ELECTION DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE
COMME PRÉSIDENT

M. le Pr Debove vient d'être nommé président du Comité consultatif d'hygiène publique. On sait qu'il est médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur, professeur de clinique médicale et doyen de la Faculté. C'est surtout un *Parisien de Paris*.

“ De moyenne taille, dit le *Figaro*, avec un visage calme, au teint mat, un visage à l'antique et qui ressemblerait à Napo-

léon et à Charcot s'il ne s'ornait d'une fine moustache, il a des gestes rares et précis, la parole incisive et un rien saccadée.

Intelligence prompte et sûre, caractère ferme et posé, esprit alerte, qui jadis ne manqua pas d'être mordant et qui n'est à présent que courtoisie parfaite, clinicien lucide et d'un rare bon sens, expérimentateur ingénieux, M. Debove est un homme de science tout à fait éminent. A l'encontre d'un bon nombre de ses collègues de l'École; il a su s'affranchir de l'étroit esprit du métier, lire autre chose que des bouquins professionnels, se faire un philosophe de la science et de la vie. Il est encore un administrateur de premier ordre, et l'on dit, sans qu'il fasse rien pour qu'on le dise, que les finances de la Faculté sont singulièrement prospères depuis qu'il en a la gestion. Nul doute qu'il n'apporte dans les fonctions nouvelles dont le voilà chargé ces qualités d'activité constante et calme, d'attention toujours éveillée, de présence réelle, qui sont ses caractéristiques. Dans un banquet d'anciens élèves de Louis-le-Grand qu'il présidait ces jours derniers, M. Debove racontait qu'il fut un médiocre élève et que son professeur avait des doutes sur l'avenir de sa carrière médicale. Et le voilà porté, par la force des choses, par ses qualités qui s'imposent, sans qu'il lui ait fallu, une fois dans sa vie, faire preuve d'ambition, aux situations les plus considérables de la profession qu'il avait choisie. Son bel exemple est pour encourager ceux qui ne sont pas forts en thème et qui, restés enfants sur les bancs du collège, mûrissent à leur heure et se révèlent quand il faut."

Nous n'avons rien à ajouter à ce portrait fort exact et très poussé, si ce n'est à joindre nos félicitations à celles du *Figaro*.

C'est M. le Dr Emile, sous-directeur de l'Institut Pasteur, qui est maintenu dans ses fonctions de vice-président.—M. le Dr Brouardel a été nommé président honoraire du Comité.

Gazette Méd. de Paris, 23 janvier 1907.

NOUVELLE

Un quatrième département, celui d'Electrothérapie, vient d'être ajouté aux trois services (chirurgie, médecine et ophtalmo-laryngologie) déjà existants à l'Hôtel-Dieu de Québec. Ce département déjà très bien installé, possèdera sous peu au complet tous les appareils les plus perfectionnés comme les plus récents pour le traitement des maladies justifiables de cette intervention; entr'autres: appareils statiques à grand débit, sinusoidaux, de haute fréquence, vibro-masseurs, lumière Finseu (rayons ultra-violets), radium, etc. M. le Dr Charles Verge, de cette ville, est nommé chef du nouveau service, dont il vient de prendre la direction.