

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 MAI 1904

No 3

ENDOCARDITE MITRALE ULCERO-VEGETANTE A STAPHYLOCOQUE POST-GRIPPALE

MM. CORNIL ET BARIÉ rapportent le cas d'une femme jusqu'à lors d'une excellente santé et sans aucun antécédent morbide antérieur qui fut prise d'une attaque d'influenza de forme moyenne, et bientôt après d'infection secondaire post-grippale ayant porté sur le cœur, le rein, le foie et la rate.

Les manifestations infectieuses se sont localisées principalement sur le cœur, et la malade a été emportée en douze jours, en proie à une adynamie extrême et à une vive dyspnée causée par une congestion pulmonaire double, consécutive à une endocardite ulcéro-végétante de la mitrale.

Outre la présence de nodosités végétantes et fongueuses sur celle-ci, on relève tout particulièrement la *rupture partielle de la grande valve de la mitrale* qui, séparée et pendante, flottait dans la cavité ventriculaire, et, en second lieu, la présence d'un *anévrisme valvulaire perforé à son centre siégeant sur la petite valve* de cette valvule

C'est là un fait exceptionnel, car les anévrismes valvulaires, ainsi que l'a montré Drasche (1898), occupent généralement la grande valve de la bi cuspidée. Cette rupture valvulaire et cette dilatation anévrismale ont été toutes deux la conséquence du travail ulcératif particulièrement rapide de l'endocardite infectante post-grippale.

Un point très intéressant encore à faire remarquer est que l'agent microbien qui a déterminé l'endocardite est le *staphylocoque*; c'est là un fait rare, car en pareil cas, c'est le pneumocoque ou le staphylocoque — isolés ou associés entre eux ou encore avec le diplocoque — que l'on rencontre généralement.

Enfin, chez cette femme, le processus infectieux s'est étendu

encore au rein d'une façon toute particulière; sans être exceptionnelle la *néphrite aiguë post-grippale* est encore assez rare, puisque d'après Freemann (1900), sur un ensemble de 400 cas, on ne l'aurait rencontrée que quatre fois, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 100.

LES MODALITES CLINIQUES DE LA TENSION ARTERIELLE; L'HYPERTENSION.

(Suite de la page 52)

Lorsque l'aiguille du sphygmomanomètre monte au-dessus de 20, il existe une hypertension qui nécessite une médication particulière selon la cause qui l'a produite. Les maladies qui s'accompagnent de la tension artérielle la plus élevée sont : l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle. Chez un malade âgé de 60 ans, en état de délire urémique, nous avons constaté une tension artérielle de 30 qui descendit à 14 qu'après deux saignées de 6 onces à 24 heures d'intervalle. Cette hypertension n'était pas due à la dégénérescence artérielle, mais bien à l'insuffisance du filtre rénal, qui retenait dans le torrent circulatoire une trop grande quantité de liquide et de toxines diverses, qui produisent la constriction des vaso-moteurs et accentuent la tension artérielle. Dans ce cas, la saignée spécialement indiquée fut suivie d'excellents résultats. Cette thérapeutique est contre-indiquée chez les artério-scléreux, car ces malades ne saignent pas et c'est pour cela que, le jour même de ma réception de docteur en médecine, appelé d'urgence auprès d'un homme âgé de 64 ans, frappé d'apoplexie, nous nous trouvons trois médecins arrivant en même temps auprès du malade; je propose la saignée.—le plus jeune devant avoir des connaissances plus modernes—on ouvre la veine céphalique médiane d'un artério-scléreux qui ne veut pas saigner et le patient meurt dix heures après.

En présence d'un sujet d'une bonne apparence à cause de la coloration animée de la face, l'on oublie de penser à l'artério-sclérose; mais il y a deux sortes d'artério-scléroses, l'une est à forme angio-constrictive, l'autre est angio-dilatatrice. Les premiers ont un aspect pâle anémique, ils souffrent de vertiges, d'angine de poitrine par ischémie du myocarde et même d'apha-

sie transitoire. Un malade que je traite actuellement alarme beaucoup sa famille lorsque, subitement, il devient très pâle, ne répond plus aux questions et quitte momentanément la terre : c'est un artério-scléreux à vaso-constriction.

Les seconds présentent un aspect congestif, ont rarement des accès angineux, mais sont sujets aux congestions du cerveau, des poumons, du foie, et les reins affectés de néphrite mixte laissent passer beaucoup d'albumine. Nous avons surtout observé ces troubles chez des personnes qui avaient un passé alcoolique. Ce sont des artério-scléreux à vaso-dilatation. Ces malades offrent une hypertension artérielle de causes différentes qui font varier les indications thérapeutiques. Le pouls présente des caractères propres à l'une ou l'autre des deux formes d'hypertension ; si elle est consécutive à la vaso-constriction, le pouls est serré, tendu, concentré, cordé (disaient les anciens) ; dans certains cas, il est rétracté, petit et apparemment faible, mais on est étonné de constater au sphygmomanomètre une force et une résistance que la simple palpation du doigt, non habitué à ces analyses, ne faisait pas soupçonner. Lorsque l'hypertension est le résultat de la vaso-dilatation, le pouls radial a une ampleur bien différente de la forme précédente, il est fort, presque vibrant et toujours très résistant aux doigts qui le compriment.

Contre les spasmes de la périphérie du système circulatoire, l'aconitiné, l'antipyrine, la quinine à haute dose, la belladone, les sédatifs du cœur et des vaisseaux sont administrés avec succès. Dans l'hypertension, due à la vaso-dilatation, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques donnent d'excellents résultats, si, concurremment, l'on fait une médication pathogénique. Cependant, malgré tout traitement, à dix jours d'intervalle nous avons vu succomber, d'œdème aigu du cerveau, deux jeunes alcooliques chroniques, âgés de 35 et 38 ans, qui, à la suite de copieuses libations, furent atteints de délire, d'hypertension vaso-dilatatrice et sans présenter aucun trouble rénal, moururent dans l'espace de dix jours. Nous fûmes plus heureux dans le traitement d'un autre cas d'hypertension aiguë vaso-dilatatrice de 28, 29, après l'absorption d'une trop forte dose d'arsenic. La malade fut dans le coma durant huit heures, mais revint très bien au moyen des ventouses, des sinapismes, des lavements et des injections hypodermiques de strychnine.

L'hypertension permanente la plus remarquable et la plus élevée (33, 35), que nous ayons observée fut chez un homme âgé de 45 ans, qui, sans jamais avoir eu de maladies antécédentes était, depuis une année, légèrement indisposé, tout en travaillant comme manoeuvre dans une épicerie en gros. Ce malade, après trois mois de séjour à l'hôpital succomba d'une pleurésie double, avec épanchement et, à l'autopsie, on trouva une dilatation en ampoule de l'aorte ascendante, une aortite chronique sur laquelle s'était greffée une aortite aiguë qui avait laissé sa signature en nous montrant un joli caillot blanc fusiforme organisé, très adhérent aux parois du vaisseau.

(à suivre)

DR. D. E. LECAVELIER.

CINQ CAS CONSECUTIFS D'ULCERE PERFORE DE L'ESTOMAC TRAITES PAR L'EXCISION

PAR M. LE DOCTEUR SINCLAIR WHITE.

L'auteur a eu l'occasion d'opérer cinq ulcères gastriques perforés dont quatre chez des jeunes femmes anémiques et un chez un homme de trente et un ans dont l'état général était très mauvais. Tous ces malades avaient présenté depuis un an au moins des symptômes d'ulcère de l'estomac et la perforation fut dans tous les cas d'un diagnostic facile. Celle-ci s'était toujours produite dans la paroi antérieure de l'estomac au milieu d'une zone de tissu épaissi et friable. Le contenu gastrique s'était largement répandu dans le péritoine jusque dans la cavité plvienne.

L'excision de l'ulcère fut pratiquée dans tous les cas et l'orifice ainsi produit fut fermé par deux rangées de sutures continues, l'une interne au catgut fin pour la muqueuse, l'autre externe à la soie pour la couche musculo-péritonéale. Pour renforcer la zone intéressée, une portion de l'épiploon fut suturée par-dessus.

L'opération fut suivie d'un lavage extrêmement soigné de la cavité péritonéale, en allant du diaphragme vers le bassin, au moyen de sérum artificiel chaud, les épaules du malade étant soulevées de façon à faciliter l'écoulement du liquide vers les parties déclives. Pendant trois jours, un drain en verre fut

laissé en place au moyen duquel on fit toutes les six heures l'aspiration des liquides accumulés dans la cavité pelvienne.

Sur les cinq cas rapportés par l'auteur il y a eu deux morts : l'une survint au bout de six semaines, l'autre au bout de quinze jours : dans les deux cas il s'était produit une ulcération le long de la ligne des sutures. Malgré ces deux insuccès, l'auteur considère que l'excision constitue la méthode de choix. Il insiste sur la nécessité d'opérer le plus tôt possible et il attache une importance capitale à la toilette du péritoine. Quand la perforation s'est produite il y a quelque temps ou quand elle s'est produite l'estomac étant plein d'aliments, on fera des lavages au sérum en procédant comme il est dit plus haut. Dans les cas récents, surtout si l'estomac était vide au moment de la perforation, il suffit en général d'éponger soigneusement.

L'auteur conseille enfin d'opérer au domicile même du malade pour peu que la disposition du logement s'y prête : dans le cas contraire, on n'hésitera pas à transporter le malade à l'hôpital, à condition de l'opérer dès son arrivée.

LA MENOPAUSE

PAR M. LE DOCTEUR PAUL HUGUENIN

Très redoutée, en général, par les femmes, la ménopause, encore appelée "âge critique" ou, "retour d'âge," est cette période critique pendant laquelle les époques menstruelles diminuent, puis disparaissent; c'est la fin de la vie génitale chez la femme et, ne leur en déplaise, c'est le commencement du vieillissement, qui marque la terminaison des fonctions sexuelles et la cessation de toute faculté conceptionnelle.

Certes, c'est avec raison que les femmes redoutent ce stade dangereux de leur existence; beaucoup ne doublent pas sans encombre ce cap hérissé d'écueils. Nous allons passer en revue les principaux de ces écueils et indiquer, chemin faisant, les moyens les plus efficaces pour éviter d'y sombrer.

APERÇU PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUE DE LA MÉNOPAUSE.
Toute femme doit normalement cesser d'avoir ses écoulements sanguins mensuels vers 45 ou 50 ans, en moyenne. C'est un fait d'observation indiscutable et toutes celles qui dérogent à cette règle physiologique constituent des exceptions plus ou moins mor-

bides, dignes d'éveiller l'attention et de nécessiter un examen approfondi. Quelques femmes, en effet, cessent de "voir" vers 40 ans; d'autres "voient" encore après 50 ans; toutefois, ces phénomènes sont rares et, quand une femme déclare cela à son médecin, celui-ci fera bien de se montrer toujours sceptique. A 40 ans, l'arrêt des règles peut très bien être dû à une grossesse tardive; même à 45 et 50 ans, le fait a été plusieurs fois observé. Après 50 ans, la continuation des règles, surtout si ces dernières sont de plus en plus abondantes, peut très bien annoncer l'apparition d'un néoplasme; ces deux éventualités ne doivent jamais échapper à l'esprit attentif du médecin.

Ceci dit, voyons ce qu'est la ménopause; c'est l'arrêt de l'écoulement menstruel et, par conséquent, l'arrêt du phénomène congestif de tout l'appareil génital, qui accompagne chaque menstrue. Les ovaires, les trompes, l'utérus, le vagin, ne vont plus subir cette tuméfaction générale, cette vasodilatation, cette turgescence vasculaire avec excès de tension sanguine, qui se produit cycliquement toutes les quatre semaines: le suc ovarien se tarit, les réflexes nerveux génito-circulatoires sont abolis; c'est l'atrophie qui commence dans ces régions. Bien entendu, l'arrêt est rarement brusque et définitif, et le plus souvent, les menstrues diminuent progressivement, soit en quantité, soit en régularité. Les règles ne viennent plus que tous les 2 mois ou tous les 3 mois, puis peu à peu, tous les 4, 5 ou 6 mois; parfois, c'est le contraire qui se passe, le sang vient deux fois dans un mois, puis ne reparait plus avant 3 mois, il revient, de nouveau, irrégulièrement pendant 2 mois, puis s'arrête encore; en un mot, c'est un désordre complet dans une fonction qui était auparavant fort régulière.

La suppression brusque ou par coups de cette importante fonction détruit forcément un équilibre que l'économie était habituée à préparer chaque mois; c'est une sorte d'émonctoire, de soupape qui est supprimée en peu de temps, et du même coup la saignée dépurative et régulatrice de la tension circulatoire se trouve interceptée. Habituellement, la souple nature suffit pour accommoder et adapter les organes à leur nouveau fonctionnement, mais, cette adaptation ne se fait pas toujours aisément et, parfois, elle ne se fait même pas du tout, d'où des troubles nombreux et l'éclosion de graves maladies.

Normalement, la ménopause s'accompagne de malaises con-

gestifs, principalement céphaliques: bouffées de chaleur, rougeurs subites au visage, vertiges, sueurs plus ou moins abondantes, frissons, fourmillements, engourdissements. Ces phénomènes sont habituels, et leur caractéristique est d'être périodiques et de se produire sans causes apparentes: au cours d'une conversation, d'un travail, d'une promenade, d'un acte quelconque, le buste, le cou, la face, se couvrent subitement de sueurs profuses, qui durent quelques minutes, puis cessent aussi subitement, pour reparaitre 5 ou 6 fois au moins en 24 heures. Ces phénomènes durent tantôt quelques mois, tantôt plusieurs années, plus finissent par s'atténuer à la longue. Il arrive cependant que les sueurs durent jusqu'à un âge très avancé, sans subir d'atténuations.

—Contre ces troubles fort gênants, la médecine ne peut pas grand'chose: il n'y a pas de traitement héroïque, ni même scientifique; les médicaments vaso-moteurs, vaso-constricteurs: ergot de seigle et ergotine, agaric et agaracine, belladone et atropine sont, ou trop dangereux (car il faut les continuer longtemps), ou trop peu efficaces pour les risques auxquels ils exposent.

Le mieux est d'employer les remèdes populaires ou "de bonnes femmes" pour satisfaire les clientes impatientes: tisane de vigne rouge, tisane de sanguinaria, de racine de fraisier, d'année, de bardane, de pensée sauvage.

Ce qui constitue selon nous le meilleur mode de traitement, c'est l'administration systématique, pendant 6, 8, 10, 12, 18 mois, d'une purgation mensuelle sulfatée sodique ou magnésienne; cette purge joue le rôle d'une saignée blanche, séreuse et d'un décongestif général, remplaçant plus ou moins l'émonctoire naturel des menstrues.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES ET ÉVOLUTIONS MORBIDES DE LA MÉNOPAUSE. La ménopause ne se passe pas toujours simplement, il s'en faut de beaucoup. Chaque appareil de l'organisme peut être le siège d'un trouble plus ou moins profond qui devient souvent le début de toute une évolution morbide. Les appareils les plus fréquemment atteints sont: l'appareil génito-mammaire, l'appareil nerveux, l'appareil circulatoire; puis viennent, par ordre de fréquence, l'appareil digestif, l'appareil urinaire, les glandes annexes, foie, rate, corps thyroïde.

A. Du côté de l'appareil génito-urinaire, il se développe sou-

vent, au moment de la ménopause, des néoplasmes qui, jusque-là, étaient restés latents: kystes de l'ovaire, fibromes, tumeurs fibro-kystiques, épithélioma, carcinome, squirrhe.

Le développement des kystes ovariens ou des corps fibreux coïncidant avec la cessation des menstrues peut faire croire à un début de grossesse, comme, d'ailleurs, on a pu prendre pour un développement kystique de la ménopause nécessitant une intervention chirurgicale, une véritable grossesse tardive.

Nous ne rappellerons pas ici les signes spéciaux qui permettent de faire le diagnostic des kystes et de la grossesse; il suffit de penser à cette éventualité pour établir le diagnostic. Ce qui est plus grave et plus inquiétant, c'est le développement des corps fibreux qui prend parfois des proportions énormes en quelques mois et s'accompagne de pertes sanguines très abondantes et répétées.

Au contraire, le cancer utérin, épithélioma ou carcinome, s'annonce par des altérations muqueuses du col parfaitement visibles au spéculum (papillomes, bourgeons charnus, ulcérations fongueuses plus ou moins étendues). Le toucher vaginal révèle l'existence de fongosités molles ou de saillies dures, anfractueuses, plus ou moins volumineuses sur les lèvres du col ou à sa surface; au palper, l'utérus n'a pas toujours notablement augmenté de volume et les douleurs spontanées ou provoquées sont assez rares au début. Dans certains cas, on ne peut même rien déceler ni par l'examen au toucher, ni par l'examen au spéculum; c'est seulement par l'exagération de fréquence et d'abondance des pertes sanguines, par l'amaigrissement et le jaunissement du teint des tènements, enfin par les troubles nerveux multiples, crises hystéroides, inappétence, diarrhée facile, altération du caractère, que l'on peut être mis sur la voie du diagnostic. C'est seulement à ce moment, en effet, avant l'apparition des signes pathognomoniques du cancer (métrorrhagies continues, fétidité des écoulements, douleurs pelviennes et sacrées, bourgeons et végétations vaginocervicales abondantes) qu'il importe de tenter un traitement curatif.

Contre les kystes ovariens, il n'y a qu'une seule méthode de traitement: l'intervention chirurgicale, ponction et excision. Aucune médication n'est susceptible de faire disparaître un kyste; il est, par conséquent, inutile et illusoire d'en essayer une de quelque nature qu'elle soit.

Contre les fibromes, il y a lieu d'essayer la médication interne par l'extrait de corps thyroïdes, à doses fractionnées et progressives; concomitamment, on peut prescrire les injections très chaudes au chlorure de sodium et au sulfate de soude dans l'intervalle des métrorrhagies. Pendant les métrorrhagies, il faut faire observer le repos au lit et administrer des cachets de vingt-cinq centigrammes de poudre de sabine deux fois par jour.

Contre le cancer au début, il faut tenter la méthode abortive par les injections sous-cutanées de cacodylate de soude, cinq à dix centigrammes par jour, d'une façon ininterrompue pendant 15 jours ou 20 jours chaque mois. Surtout, pas de cautérisations chimiques, ni d'excisions sanglantes: c'est donner le coup de fouet à l'infection jusqu'alors presque latente.

—L'appareil génital n'est pas le seul qui puisse être envahi par les néoplasmes au moment de la ménopause: c'est la pénible époque pendant laquelle "le sang travaille et cherche à se fixer," comme disent les bonnes femmes; en d'autres termes, c'est l'époque où les productions néoplasiques germent avec plus de facilité. Après l'utérus et l'ovaire, c'est le sein qui est plus fréquemment frappé. Ici encore, on doit appliquer le cacodylate en injections, le sulfate de quinine en cachets, à petites doses, les pâtes à l'acide arsénieux sur la grosseur, en attendant que l'on décide la malade à l'amputation du sein et au curage de l'aisselle d'emblée.

B. L'appareil cérébro-spinal et nerveux périphérique est très fréquemment frappé au moment de la ménopause, surtout chez les femmes névropathes et hystériques; parésies, analgésies locales, engourdissements périphériques, mais plus particulièrement encore, ictus apoplectique, ramollissement cérébral, hémiplésies, paraplégies, quelquefois même épilepsies cérébrales et hémorragies méningo-encéphaliques.

Heureusement les accidents ne sont pas souvent aussi graves, et ce que l'on remarque surtout, ce sont des troubles trophiques, blanchissement des cheveux, acné rosacée, varices, ulcères variqueux, etc., ou bien des variations très inquiétantes dans le caractère et l'humeur habituelle, qui devient morose, acariâtre, jalouse, médisante ou au contraire bonasse à l'excès. Ces changements aboutissent dans certains cas à un état de véritable aliénation mentale: délire, hallucinations, manies, délire de persécution.

Comme traitement, le plus souvent, il n'y a qu'à essayer la suggestion hypnotique ou la suggestion à l'état de veille, les antispasmodiques et l'hydrothérapie, mais non pas l'électricité, qui fournit rarement de bons résultats.

C. L'appareil circulatoire est fréquemment frappé au cours de la ménopause. M. le docteur Ch. Fiessinger d'Oyonnax, a récemment insisté sur cette question dans le *Journal des Praticiens*. " Au début, les palpitations sont passagères et ne se montrent guère qu'à l'occasion d'un effort, d'une marche, d'une digestion pénible d'une émotion; puis elles s'installent à demeure. La malade est oppressée; son cœur s'affole; parfois il se dilate et se complique de tous les désordres d'insuffisance cardiaque.

" Et ici une distinction immédiate demande à être faite.

" Ou ces accidents atteignent un cœur parfaitement sain; ils sont l'effet exclusif de la ménopause et disparaissent avec elle, laissant après leur départ le cœur dans l'état normal où il était auparavant. Ce sont les *cardiopathies de la ménopause vraies*.

" Ou bien, ces accidents frappent le cœur déjà malade. L'organe est en moindre état de défense du fait d'une altération préalable de la fibre cardiaque ou des orifices. Le clinicien se trouve en face d'une myocardite, d'une cardio-sclérose, d'une affection valvulaire. La ménopause survient, aggrave du coup les troubles afférents à ces maladies. Ce sont les *cardiopathies aggravées par la ménopause*. M. Clément (de Lyon) dans son excellent mémoire, avait considéré en pareil cas le pronostic comme favorable. Un tel optimisme ne saurait être nourri. Si le cœur est résistant avant l'orage de la ménopause, oui, il tiendra tête et ne sera abattu que momentanément. Est-il au contraire touché profondément, il s'effondre d'une façon définitive et la mort fera suite.

" Ou bien le cœur est sain, mais les désordres d'un autre appareil survenant à l'époque de la ménopause serviront de trait-d'union, provoqueront les accidents. L'obésité, les lésions utérines embarrassent le plus souvent les causes qui produisent ce troisième type de cardiopathies."

D'après M. Huchard, les troubles cardiaques de la ménopause ressortissent avant tout à des phénomènes d'hypertension

artérielle. Il est donc indiqué de combattre ces phénomènes par des agents hypotenseurs. L'ovarine est de ceux-là; on la prescrira d'autant plus volontiers que l'action hypotensive de la sécrétion ovarienne cessant avec la ménopause, un des obstacles à l'action des glandes hypertensives (capsules surrénales, par exemple) est supprimé; de là hypertension par manque d'un des freins hypotenseurs. Comme l'a remarqué M. Huchard dans une récente leçon clinique, cette vue de l'esprit ne doit pas nous dispenser de prescrire toujours, et avant tout, la grande médication hypotensive, dont les effets sont vérifiés depuis longtemps: le régime lacto-végétarien. Pareille appréciation est d'autant plus judicieuse que d'autres éléments que la suppression de la fonction ovarienne entrent en jeu pour produire l'hypertension de la ménopause; d'abord la pléthore sanguine, résultant de l'arrêt de la fonction menstruelle, ensuite l'excitabilité nerveuse augmentée à ce moment, et peut-être aussi et en dernier lieu la présence de toxines et l'action vaso-constrictive possible des poisons contenus dans le sang menstruel. On sait, en effet, que Charrin, Spilmann, Etienne, reprenant les idées anciennes sur le rôle dépurateur du sang menstruel, ont démontré la puissance toxique plus grande de ce sang. Toutes ces raisons concourent à prescrire l'emploi du régime lacto-végétarien éliminateur des toxines et modérateur de l'hypertension artérielle.

A côté des troubles cardiaques, signalons les phénomènes d'artériosclérose et même les anévrysmes; enfin, les varices qui prennent rapidement une assez grande extension et contre lesquelles on peut recourir à l'extrait hydro-alcoolique d'*hamamelis virginica*.

D. Nous terminerons en signalant successivement les désordres qui peuvent atteindre les divers appareils: le diabète, l'obésité, le rhumatisme chronique fibreux et noueux, la goutte, l'albuminurie (comme maladies générales diathésiques); la dilatation aiguë stomacale, la dyspepsie sous toutes ses formes, le cancer gastrique, l'entérite mucomembraneuse, le cancer intestinal ou rectal, (pour l'appareil digestif); la gravelle et les coliques néphrétiques, la lithiase biliaire et les coliques hépatiques, les cirrhoses biliaires, le cancer du foie, les pancréatites et le cancer du pancréas, le goitre et les kystes thyroïdiens, etc. Toutes ces affections, fort graves, peuvent éclore après la méno-

pause ou recevoir du fait même de cette ménopause un coup de fouet décisif et rapidement progressif.

De l'attention donc, à ce moment surtout, quand les clientes viennent nous consulter: si elles étaient souffrantes auparavant, leur mal peut devenir rapidement plus grave: si elles ont toujours été bien portantes, prenons garde au sournois cancer qui les guette. Dans les deux cas, fouillons bien leurs antécédents, leurs symptômes subjectifs et leur hygiène personnelle; scrutons tous les organes, sans omettre les principaux, l'utérus et les seins, et analysons l'urine et le sang, dont les variations chimiques et globulaires peuvent nous mettre sur la voie d'un diagnostic précoce. En tout cas, recommandons toujours un redoublement d'hygiène et de dépuración intestinale et urinaire (purges fréquentes, arsenic et régime lacto-végétarien).

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE URINAIRE

PAR M. LE PROFESSEUR FENWICK.

Il préconise la nouvelle tuberculine de Koch dans les cas où la muqueuse seule de la vessie est atteinte. Il a appliqué ce traitement depuis 1896 et a soulagé ainsi un grand nombre de malades qui se plaignaient de vives douleurs dans les voies urinaires inférieures. Mais il ne faut y avoir recours que lorsqu'on a constaté la présence de bacilles de Koch dans l'urine.

Quand le cystoscope ne révèle qu'un seul ulcère, il faut l'exciser, par la voie sus-pubienne sans donner de tuberculine.

Dans les cas de néphrite tuberculeuse unilatérale, la néphrectomie s'impose. L'auteur a fait 25 néphrectomies avec une seule mort, et il prétend que si la mortalité de cette opération est si forte, c'est que l'on opère trop tard. Son expérience lui permet d'affirmer qu'un seul rein suffit pour permettre à une femme de mener à bien sa grossesse.

Enfin, s'il y a lieu de croire à une généralisation de l'infection à la totalité des voies urinaires, il faudra laisser de côté bistouri et tuberculine et se contenter de prescrire une hygiène aussi rigoureuse que possible.

On ouvre pas les portes de la raison ou de l'esprit par la violence, mais bien par la persuasion.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNE PAR DE SIMPLES PANSEMENTS

PAR M. LE DOCTEUR L. MARTEL,

Chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne.

Inconvénients des procédés opératoires. — Essai de pathogénie simplifiée de l'ongle incarné. — Indications thérapeutiques qui en découlent. — Procédé de pansement simple: ses résultats.

Quel est le meilleur procédé opératoire pour le traitement de l'ongle incarné ?

Je crois que le meilleur ne vaut rien et qu'il ne faut pas opérer d'une façon sanglante, à tous coups, un ongle incarné.

Voyons d'abord le résultat de l'ongle opéré, je dirai après, ce que je crois être mieux et pourquoi.

Et d'abord l'opération: certes, ce n'est pas une opération grave; elle nécessite tout au plus une anesthésie locale procurée par la réfrigération ou par la cocaïne. Tout praticien, au courant des deux modes d'anesthésie, n'hésitera pas, je pense, à préférer l'anesthésie à la cocaïne; cependant, il arrive encore souvent que c'est l'anesthésie générale qui est préférée: c'est parfois plus court, plus simple et moins douloureux.

En tout cas, l'anesthésie par la congélation est un mode désagréable, non seulement pour le patient, mais aussi pour l'opérateur, car les tissus perdent leur aspect et leur consistance normale, et l'opération, pour qui n'en a pas grande pratique, n'en est certes pas rendue plus facile.

Mais, dans quelles conditions antiseptiques ou aseptiques, fait-on ainsi cette opération? Autrement dit, quel que soit le procédé que l'on choisisse, dans la brillante et nombreuse légion qui s'offre, quelles chances a-t-on d'avoir une guérison rapide?

Guérison rapide...! On enlève l'ongle, le ou les rebords fongueux, le lit de l'ongle, la matrice (se méfier de ne pas aller jusqu'à dénuder Pos, ni ouvrir l'articulation phalange-phalangienne!)... voilà bien une grande plaie pour un petit mal! Or, il est impossible de tout recouvrir par des lambeaux. La plaie a été faite au voisinage d'un tissu fongueux suppurant et presque au maximum infecté par les microbes ordinaires de la suppuration; le raclage ou l'excision du foyer de suppuration

ne peut être une garantie suffisante: les mêmes instruments vont servir à couper à côté et plus loin, et les tissus aux dépens desquels on fait toutes ces excisions sont le siège d'infections lymphangitiques qu'indiquent assez leur *tumor, rubor et calor*. Voilà, certes, des conditions bien défectueuses pour obtenir une réunion *per primam* des lambeaux taillés et une épidermisation rapide des surfaces laissées cruentées.

Le malade opéré est condamné à rester au lit le plus possible s'il veut guérir vite, et cela pendant *trois semaines* au moins; souvent plus d'un mois s'écoulera avant que l'opéré ne soit sur pieds!

Le malade est guéri. Est-ce une guérison complète et satisfaisante? Il y aurait bien droit après une si longue maladie pour si peu.

Bien souvent il en est ainsi, l'ongle ne repousse pas, l'orteil protégé par le soulier se défend suffisamment... mais, ayant été privé de sa défense naturelle, il est plus sensible et se laisse plus facilement écraser. D'autres fois, l'ongle a été enlevé incomplètement, il repousse et alors il repousse mal: ces productions cornées, plus ou moins difformes, sont causes de nouvelles douleurs et l'état peut empirer au point d'exiger une nouvelle opération.

Résumé du bilan de l'ongle incarné opéré et bien opéré:— nécessité d'une opération douloureuse entraînant une anesthésie, plutôt anesthésie générale si on veut bien opérer et ne pas faire souffrir le malade, — séjour au lit ou arrêt de la marche de trois semaines au minimum, souvent plus, — orteil déformé et disgracieux.

Ne peut-on faire mieux?

A mon avis, l'ulcération douloureuse de l'ongle incarné n'est qu'une plaie banale, entretenue par la présence irritante et continue d'un corps étranger, le bord de l'ongle, et par la difficulté d'antiseptiser la région, deux conditions défectueuses qui seules entravent la cicatrisation.

L'ongle est un organe dont la croissance est dirigée vers l'extrémité distale de la phalange; la croissance en est purement antéro-postérieure, et n'est jamais latérale; la direction est maintenue à l'état normal par la surface adhérente du lit unguéal et des sillons unguéaux qui l'enchaînent latéralement et le modèlent. L'ongle, par sa partie libre, bien dirigée et

laissée assez longue, recouvre la partie terminale de la pulpe de la phalange et empêche celle-ci de se déformer en se relevant à la *poulaine* sous l'effet de la pression sur le sol; un ongle bien taillé maintient la forme de la pulpe de la phalange aussi bien au pied qu'au doigt; pour exemple de déformation nous donnons comme type le doigt spatulé et relevé du bout, des gens qui se rongent les ongles des mains. Il est aisé de saisir cette sorte d'équilibre morphologique entre l'ongle et son support qui l'enchâsse; toute modification statique de l'un retentira sur l'autre.

Ceci établi, voyons comment se produisent les éléments constitutants de l'ongle incarné: l'ulcération du sillon et la transformation du bord de l'ongle en corps étranger nuisible.

Les causes déterminantes de l'ulcération sont diverses: elle peut, à la rigueur, naître spontanément. Dans le sillon du lit de l'ongle s'accumulent: poussières, produits de sécrétion, débris épithéliaux, etc., ceux-ci peuvent même constituer de vrais globes jouant bien le rôle de corps étrangers; dans cet amas de débris, des fermentations diverses se produisent dont le résultat au moins est de ramollir l'épithélium protecteur sous-jacent, si même l'ulcération ne se crée pas de toutes pièces, comme cela a lieu de façon identique dans les sillons de la cicatrice ombilicale.

L'ulcération peut débiter par la localisation d'une affection syphilitique, eczémateuse, etc. Elle peut être nettement traumatique: arrachement maladroit de l'angle de l'ongle, blessure avec la pointe des ciseaux, blessure par une pression forte sur l'ongle, que la pression soit brusque par l'écrasement, soit lente et continue par une empeigne de soulier trop rigide ou trop courte.

L'ongle, enfin, peut être mal formé congénitalement, mais c'est, je crois, la grande exception; la déformation est plutôt secondaire et souvent elle n'est qu'apparente, ce qui se voit, du reste, très bien lorsque l'ongle redressé a repris sa position normale.

Cependant l'exagération de la voûture du dos de l'ongle, sorte de *cyphose*, est un élément important et c'est chez les gens à ongles cintrés que se trouve le plus souvent l'ongle incarné. Cette exagération de courbure de l'ongle s'accroît à mesure que le soutien du bord inguéal s'ulcère sous lui et lui fait

défaut, il en résulte parfois de véritables volutes entamant profondément la pulpe digitale; la forme des souliers étroits à bouts pointus et à talons élevés n'est pas étrangère à cette déformation. L'ongle irrité subit aussi de ce fait une augmentation en épaisseur qui le rend plus résistant et plus rigide pour appuyer sur le sillon ulcéré.

Après toutes ces considérations, il semble bien logique d'admettre que l'ulcération constituée non seulement ne peut pas guérir seule, mais qu'elle ne peut que s'accroître; c'est qu'en effet les mêmes causes efficientes continuent à agir et à entretenir l'ulcération: d'une part les conditions de septicité, d'autre part la présence d'un corps étranger.

Il est inutile d'insister à nouveau sur la septicité de la région.

Les corps étrangers irritants de la plaie, ce sont les débris épithéliaux et surtout le bord de l'ongle. A chaque pression faite sur le dos de l'ongle ou sur la pulpe de l'orteil, le bord unguéal plonge et replonge, ulcérant de plus en plus et provoquant la formation des bourgeons charnus: l'aspect n'est-il pas en tout semblable à l'aspect que présente un cautère ou même, image actuellement plus connue, à l'aspect d'un orifice cutané d'où émerge quelque drain ancien.

Voilà donc bien établie la conception si simple de l'incarnation de l'ongle: ulcération suppurante entretenue par la présence d'un corps étranger.

Si la conception existe, il est simple aussi d'en tirer les indications thérapeutiques, et si, ces indications remplies, on obtient un résultat, ce sera une preuve sérieuse en faveur de cette conception.

Que faire? Ce qu'on fait pour un cautère, supprimer le pois, cautériser les fongosités, panser antiseptiquement.

Ici la suppression du corps étranger ou de la cause d'irritation serait obtenue par l'ablation simple de l'ongle, ce serait le plus rapide, s'il n'y avait la douleur atroce de l'arrachement de l'ongle; il suffirait dans la suite de diriger la croissance du nouvel ongle. Mais ce moyen radical n'est pas même nécessaire, il suffit de pouvoir supprimer la pression du corps étranger dans l'ulcération et la façon d'y arriver est très simple: *si l'on amincit le dos de l'ongle ou convexité de la tuile faitière*, en l'usant largement et jusqu'au lit de l'ongle, on voit que les

pressions exercées sur le dos de l'ongle restent sans effet sur les bords de l'ongle et que ceux-ci en revanche peuvent être soulevés légèrement à la façon d'un volet: le corps étranger restera donc, mais on aura supprimé son effet nocif. Il restera à traiter la plaie et à provoquer sa guérison à la façon de toute plaie: antiseptie et cautérisation des bourgeons charnus.

L'usure de l'ongle se fait aisément avec un fragment de verre de vitre; cette usure sera faite au milieu et de chaque côté jusqu'à ce que le lit de l'ongle commence à être sensible: cette petite pratique ne provoque aucune douleur au patient.

Le pansement du sillon sera facilité par un bain de pied, puis des tampons de coton imbibés de solution de sublimé à 1 0/00 finiront d'entraîner les produits de sécrétion et les débris épithéliaux: ce nettoyage sera fait avec douceur en évitant de faire saigner; si l'on saisit par-dessous la pulpe de l'orteil entre le pouce et l'index, il est facile de faire bâiller le sillon et de pousser loin ce nettoyage, l'ongle peut même être soulevé dans bien des cas et le nettoyage peut se faire dans la partie de l'ongle détachée du lit unguéal par la suppuration; le nettoyage sera encore poussé plus loin, si on complète avec de la vaseline à l'oxyde de zinc qu'on enlève par de petits fragments de coton; l'ongle sera coupé droit et on ne devra pas sacrifier l'angle qui sera plus tard très utile pour maintenir l'ongle soutenu au-dessus du niveau de l'ulcération.

Le pansement antiseptique sera fait avec de la poudre d'iodoforme en très petite quantité, quelques brins de gaze iodofornée seront tassés dans le fond du sillon au voisinage de la lunule où siège souvent un décollement, amorce d'une tourniole, puis on mettra dans le fond de l'ulcération de la vaseline à l'oxyde de zinc et on glissera dans le sillon et sous l'angle de l'ongle, si l'on peut, de l'amadou taillé aux ciseaux: l'amadou écartera le bourrelet du bord de l'ongle et évitera la rétention. (1)

Le traitement des fongosités se fait soit par cautérisation au nitrate d'argent, soit mieux encore au nitrate de plomb: entourer d'un petit bourrelet de coton, disposé en forme de nid, les bourgeons à détruire, tasser dans ce nid de la poudre de nitrate de plomb, recouvrir d'un petit couvercle de coton humide, et finalement entourer le tout d'un peu de coton bor-

(1) Pour toutes ces petites manœuvres qui demandent de la patience et de la légèreté de main, on peut se servir d'une lame de ciseaux: un instrument très commode pour ce travail est une spatule dentaire.

qué, un tour de bande de gaze achève le pansement peu serré. Lorsque la lymphangite péri-unguéal est intense, il est bon de badigeonner tout l'orteil avec la vaseline à l'oxyde de zinc.

De suite après ce pansement, le patient qui l'a supporté ordinairement sans grande douleur, peut remettre son soulier et se déclare très soulagé. La douleur de la cautérisation au nitrate de plomb se produit peu après l'application du caustique, elle est peu vive et dure une heure ou deux.

Le lendemain ou le deuxième jour le pansement est défait: plus de bourgeons, à leur place une squame épaisse qui, enlevée, laisse voir une surface rosée presque nivelée; l'inflammation a très notablement diminué et la suppuration est nulle. Ce pansement permet un nettoyage plus complet, parce qu'il y a beaucoup moins de sensibilité de la région, le bord de l'ongle est dégagé et on peut toujours, cette fois, glisser l'amadou sous lui; or, lorsque ce résultat est obtenu, la lésion cesse d'être douloureuse et peut être considérée comme devant guérir vite. Souvent à ce moment le soulagement obtenu est tel que si l'on presse sur le bord unguéal, le patient n'accuse plus qu'une douleur très supportable.

Le troisième pansement ne se fait que quatre ou cinq jours plus tard.

Ordinairement quatre ou cinq pansements de plus en plus simples suffisent et ils se réduisent à l'introduction sous le bord unguéal d'une lame d'amadou qui servira d'attelle de protection et de direction.

Par la suite, il restera au patient à avoir recours aux soins d'hygiène ordinaire: tailler l'ongle droit, en soulever les coins par de l'amadou qui peut séjourner intact pendant plusieurs semaines, prendre des bains de propreté et porter des souliers qui ne compriment pas l'ongle.

En somme, le traitement consiste à diminuer la résistance du dos de l'ongle par l'usure maxima (c'est la partie la plus importante), puis à panser antiseptiquement la plaie en utilisant l'amadou.

Résumé du bilan de l'ongle incarné ainsi traité: Aucune opération, mais pansements simples et faciles à exécuter, exigeant un peu de patience — aucun arrêt de la marche — orteil conservé dans sa forme et pourvu de son ongle protecteur.

Donc, si on compare au procédé opératoire, on voit: économie de souffrance et de temps.

Sans avoir pris d'observations, pour si petite chose, je dirai : tel malade, venu chez moi avec son soulier à demi entré, est reparti l'esprit et le pied à l'aise ; tel autre me demande, quarante-huit heures avant l'ouverture de la chasse, de pouvoir être valide, et, à la date fixée, il peut courir toute la journée dans les côtes de la Loire, etc...

Enfin depuis quatre ans, je n'ai pas opéré un seul ongle incarné : le procédé indiqué a suffi dans tous les cas.

DE LA RESISTANCE DU PERITOINE VISCERAL AU TRAUMATISME ET A L'INFECTION

PAR M. LE DOCTEUR DUJON,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

L'observation que nous rapportons montre combien peut être puissante, dans certains cas, la défense du péritoine recouvrant l'intestin grêle.

Le 13 avril 1903, à une heure du matin, au sortir d'un bal, le nommé Etienne G., âgé de 28 ans, reçut, dans une bagarre, un coup de couteau au bas-ventre. Malgré la douleur vive qu'il ressentit immédiatement et le sang coulant en assez grande abondance, le blessé, qui avait roulé à terre dans la lutte, se releva et fit, à pied, seul, à peu près 250 mètres. Là, il tomba sans connaissance et resta sans secours environ pendant quatre heures, c'est-à-dire jusqu'à cinq heures du matin. Des gens qui passèrent à cette heure là le ramassèrent, le mirent à plat ventre sur une brouette et le ramenèrent à sa maison. On le mit au lit et il ne tarda pas à reprendre connaissance.

Ce n'est qu'à neuf heures du matin qu'on nous appela. Le blessé était couché, revêtu de son pantalon et de sa chemise, le tout souillé de sang. On enlève le pantalon et, en relevant la chemise (qui, d'ailleurs, était fort sale), on voit au-dessus des poils du pubis, à trois centimètres de la ligne médiane, sortant par une plaie pouvant admettre deux doigts, une anse grêle de vingt centimètres environ, rouge, saignante, souillée de débris de coton et d'une grande quantité de poils. Le poulx est assez bien et bat 90 fois par minute. Le malade est en état de stupeur. Nous ordonnons son transport à l'hôpital. Mais les lenteurs de l'entourage et l'interrogatoire de la police

font qu'il n'entre à la salle d'opération qu'à onze heures et demie.

Nous ensemençons du bouillon et de la gélose, en touchant l'anse grêle avec le platine, avant tout nettoyage.

Nous faisons un autre ensemencement, après la toilette, avant de réintégrer l'anse dans le ventre. Le champ opératoire est nettoyé suivant les procédés habituels. L'anse grêle est lavée avec deux litres de sérum artificiel à 39°. La plaie est débridée. On constate qu'on est en plein muscle droit. L'anse n'a pas été blessée. Elle est réintégrée dans l'abdomen. L'exploration de l'abdomen montre qu'il n'y a pas de sang dans la cavité et que rien n'a été touché par le couteau. Le doigt sent la vessie tendue, pleine d'urine. La cavité abdominale est drainée et la plaie fermée (soie sur le péritoine, catgut sur le muscle, soie sur l'aponévrose, crin sur la peau).

Les suites opératoires furent très bonnes; pas d'élévation de température, pouls toujours à 79, pas de vomissement, pas de ballonnement. Le drain est enlevé le deuxième jour; son contenu est cultivé. Il se produit pendant quelques jours encore un suintement séreux à sa place, mais qui se tarit très vite. Les fils sont enlevés dès le neuvième jour. La guérison est parfaite.

Les tubes de culture portés à l'étuve et concernant l'intestin non lavé, l'intestin lavé et le contenu du drain, nous ont donné les résultats suivants très intéressants:

Les premiers, ceux de l'intestin souillé, laissent pousser un grand nombre de staphylocoques blancs et dorés. Le bouillon devient très trouble en 36 heures;

Les seconds, ceux de l'intestin lavé, ne restent pas stériles. La gélose est recouverte de quelques colonies de staphylocoques blancs et le bouillon se trouble légèrement en 48 heures. Il n'y a pas de staphylocoques dorés;

Les troisièmes, ceux du drain, donnent des staphylocoques blancs, pas de dorés.

En résumé: donc l'intestin grêle est resté plus de dix heures sous une chemise sale, recouvert de poils et de coton. Il a été meurtri par le transport en brouette à plat ventre. La toilette, aussi méticuleuse que possible, n'a pu cependant faire un péritoine stérile. Il est resté des germes, mais peu nombreux et peu virulents, et ils ont été phagocytés, sans donner même l'ombre d'une réaction péritonéale.

L'ACTION DU CHLORURE DE SODIUM SUR L'ÉPITHÉLIUM RÉNAL

MM. J. Castaigne et F. Rathery viennent de publier dans les *Archives de médecine expérimentale* une étude histologique des plus intéressantes sur la façon dont le chlorure de sodium agit sur l'épithélium rénal. Généralement, on éprouve une certaine appréhension quand il s'agit de lire ou de parcourir un travail dans lequel il n'est question que de coupes, de fibres, de cellules. On neus permettra donc de dire tout de suite que MM. Castaigne et Rathery ont su éviter les détails par trop techniques et présenter leur sujet d'une façon vraiment attrayante même pour ceux qui ne sont guère initiés aux mystères du microtome et du microscope.

Cette étude n'a pas seulement le mérite d'être claire. Elle permet encore à MM. Castaigne et Rathery, — et c'est là que réside tout l'intérêt de leur travail, — d'interpréter d'un façon fort ingénieuse certains faits tant cliniques qu'expérimentaux qui se rapportent à cette grosse question de la chlorurie et de l'albuminurie soulevée à la Société médicale des hôpitaux par MM. Widal et Achard.

* * *

Avec beaucoup de raison, MM. Castaigne et Rathery se sont dit que pour voir un peu clair dans la pathogénie des œdèmes brightiques de par le sel de cuisine, il ne serait peut-être pas mauvais de regarder la façon dont l'épithélium rénal se comporte, *in vitro*, en face d'une solution saline. A cet effet, chez des animaux qui venaient de succomber à la section des carotides, ils prélevaient les reins, les coupaient en morceaux et plongeaient ceux-ci dans des solutions chlorurées maintenues à une température de 37 degrés. Au bout de quelque temps, les fragments étaient retirés et fixés dans le milieu de van Gahuchten, puis soumis à l'examen microscopique.

Or, le premier fait constaté par MM. Castaigne et Rathery, c'est que les figures histologiques varient du tout au tout avec le degré de concentration de la solution chlorurée. Après d'innombrables essais et tâtonnements, ils sont parvenus à établir qu'il n'existe qu'une seule solution saline, celle dont le point de congélation est à $-0^{\circ}78$, dans laquelle l'épithélium rénal conserve sa configuration normale. Sur des coupes, on voit

alors que l'épithélium est merveilleusement fixé, que la lumière des tubes est très nette, ne contient aucun débris cellulaire et est limitée par une bordure en brosse continue, que le protoplasma a gardé son aspect normal.

Mais il en est tout autrement quand on examine les coupes des fragments de rein qui ont été plongés dans des solutions salines dont le point cryoscopique est supérieur ou inférieur à $-0^{\circ}78c$. C'est ainsi, par exemple, qu'après un séjour dans une solution congelant à $-0^{\circ}90$, les épithéliums des tubuli contorti apparaissent comme ratatinés, ayant expulsé une grande partie de leurs granulations sus-nucléaires. Les lésions sont encore plus accentuées quand le rein est conservé dans une solution saline dont le point cryoscopique est à $-0^{\circ}20$ ou $-0^{\circ}30$. On constate alors, sur des coupes, que les cellules des tubes contournés sont gonflées à tel point qu'elles ont presque toutes éclaté, brisant la bordure en brosse, expulsant les granulations protoplasmiques et les noyaux, de sorte que la cellule n'est plus représentée que par une série de vacuoles contenant quelques rares granulations.

Il existe donc des solutions salines qui exercent une action destructive sur la cellule rénale. Et cette action est-elle celle d'un poison, ou ressort-elle à un autre mécanisme?

MM. Castaigne et Rathery font très justement observer que, dans les phénomènes ci-dessus décrits, il ne saurait être question de toxicité proprement dite, puisque le chlorure de sodium indifférent à une dose donnée exerce une action destructive à une dose *moins élevée*. Mais, tout s'explique si on remplace la notion de toxicité par celle d'isotonie. On comprend alors que la solution saline à point cryoscopique de $-0^{\circ}78$ étant isotonique pour la cellule rénale, toutes les autres solutions chlorurées, à point cryoscopiques supérieur ou inférieur, altèrent la dite cellule.

Du reste, la cellule rénale n'est pas la seule qui soit influencée par une solution saline non isotonique. Que se passe-t-il, en effet, avec un globule rouge placé dans un liquide hypotonique? Il subit un gonflement progressif qui peut déterminer une rupture de sa paroi avec diffusion de l'hémoglobine dans le milieu ambiant. Si, au contraire, ce liquide est hypertonique, il provoquera le ratatinement des globules et leur déformation en boule épineuse. Il en résulte donc que sur la cellule

rénale, comme sur l'hématie, les solutions salines non isotoniques agissent par osmo-nocivité.

* * *

Telle est la conclusion qui découle de l'étude histologique de MM. Castaigne et Rathery. Jette-t-elle quelque lumière sur les faits d'albuminurie par chloruration alimentaire? Permet-elle de dire pourquoi chez un animal ou un individu sain l'hyperchloruration aussi bien que l'hypochloruration, toutes les deux intensives, provoquent parfois de l'albuminurie? Nous fait-elle comprendre le mécanisme d'après lequel, chez un brightique, la chloruration alimentaire fait apparaître les œdèmes et donne lieu, en même temps, à une augmentation de l'albuminurie?

Voici ce que disent à ce sujet MM. Castaigne et Rathery.

Ils pensent qu'à l'état physiologique il filtre, au niveau des glomérules, une solution saline dont la tension osmotique est telle qu'elle n'exerce aucune action nocive sur l'épithélium rénal. Ce qui assure donc l'intégrité des cellules nobles du rein, c'est ce fait qu'elles se trouvent constamment en contact avec un liquide dont la concentration est, pour ainsi dire idéale et qui par conséquent ne peut exercer aucune action d'osmo-nocivité. Ainsi chez les lapins — c'est sur cet animal qu'ont été faites les expériences de MM. Castaigne et Rathery — la concentration idéale du liquide qui filtre est justement celle dont le point cryoscopique est de — 0,78.

Qu'arrive-t-il donc quand un animal ou un individu est soumis à une alimentation très chlorurée?

Evidemment, il passe par le rein une plus grande quantité de chlorures. Seulement — et c'est ce qui sauve la situation — il passe en même temps davantage d'eau au niveau des glomérules, et la tension osmotique du liquide qui filtre se trouve ramenée à l'état "idéal." Cet état est encore réalisé en cas d'hypochloruration en raison de ce fait que si le rein élimine moins de chlorures, il laisse en même temps passer moins d'eau. Aussi, chez l'individu bien portant, n'est-ce que dans les cas tout à fait extrêmes d'hyper ou d'hypochloruration très intense que l'état "idéal" se trouve troublé et que la cellule rénale est frappée par la tension anormale du liquide avec lequel elle se trouve en contact.

Les choses se présentent exactement de la même façon quand

on envisage l'augmentation de l'albuminurie chez les brightiques chlorurés au moment où ils se trouvent en état de rétention des chlorures.

En effet, que se passe-t-il alors? Les chlorures absorbés sont, eux aussi, retenus dans les tissus interstitiels vers lesquels ils font un appel d'eau. Il y aura donc tout d'abord augmentation de l'œdème. Mais cet appel d'eau vers les tissus aura encore une autre conséquence: il fera diminuer la quantité d'eau urinaire. Il en résultera une concentration du liquide qui filtre au niveau du glomérule; et ce liquide, devenu hypertonique, ne pourra faire autrement que d'exercer une action osmo-noeive sur la cellule rénale, laquelle répondra à cette attaque par un redoublement de l'albuminurie.

En résumé, ce qui ressort de l'étude de MM. Castaigne et Rathery, c'est que pour fonctionner normalement la cellule rénale doit baigner, pour ainsi dire, dans un liquide isotonique. Aussi chaque fois que la tension osmotique de ce liquide vient à changer du fait de la concentration plus grande ou moins grande des chlorures, le filtre rénal se trouve atteint, et manifeste sa souffrance par une albuminurie. Et cela aussi bien chez l'individu normal que chez le brightique.

DU SIGNE DE KOPLICK

PAR M. MAREVÉRY.

Le signe de Koplick constitue un symptôme précoce de fièvre éruptive; il consiste en l'apparition, sur la muqueuse des joues, de petites taches d'un blanc bleuté, légèrement surélevées, d'environ 2 à 5 millimètres de diamètre, et entourées d'une aréole inflammatoire.

Ces taches peuvent ne se produire que d'un seul côté, mais elles présentent cette particularité d'apparaître environ deux ou trois jours avant la sortie de l'éruption.

Elles peuvent donc servir d'une façon certaine au diagnostic précoce de la rougeole.

Ce signe décrit pour la première fois par *Plindt* et appelé signe de *Koplick* — est donc un véritable symptôme précoce de la rougeole.

Dans cinq cas presque consécutifs, l'auteur a pu, dans les

premiers mois de cette année, diagnostiquer à l'avance la rougeole, grâce à ce signe, qu'il considère comme ayant une valeur particulièrement utile, lorsqu'il s'agit surtout de l'éloignement d'autres enfants.

L'ACIDE CHLORIDRIQUE CONTRE LA GOUTTE

A la Société de Médecine Berlinoise, M. Falkenstein fait une communication tendant à démontrer que la goutte est liée à des troubles sécrétoires fonctionnels des glandes de l'estomac, et qu'il y a lieu de la traiter par l'administration d'acide chlorhydrique.

Ce moyen a été essayé par M. Falkenstein sur lui-même : goutteux depuis vingt-trois ans, ce n'est que dans ces deux dernières années — après avoir usé sans succès des médications usuelles — qu'il se mit à prendre chaque jour de 40 à 60 gouttes d'acide chlorhydrique chimiquement pur, ce qui entraîna bientôt la disparition presque complète des douleurs, avec une sensation de bonne santé depuis longtemps inconnue. Ce traitement a également donné des résultats satisfaisants chez un certain nombre d'autres malades.

M. Senator déclare que, ayant connu M. Falkenstein à l'époque où ce dernier était malade, il a été surpris du changement qui s'est produit dans sa beauté à la suite du traitement par l'acide chlorhydrique; aussi cette médication lui paraît-elle mériter d'être essayée.

EFFETS DE L'INGESTION DE CHLORURE DE SODIUM

M. Variot a mis *au régime sans sel* une enfant atteinte de néphrite épithéliale.

Chez l'adulte, le régime lacté absolu, qui est un régime sans sel, peut être remplacé par le suivant dont l'expérience a montré les bons effets :

400 grammes de viande crue, 1,000 gr. de pommes de terre, 100 gr. de sucre, 80 gr. de beurre et 2 k. 500 de tisane.

Variot a appliqué ces données chez une fillette de 10 ans en les adaptant, bien entendu, à son âge et à la capacité de ses organes digestifs. Les urines étaient peu abondantes, contenaient un demi-gramme d'albumine par litre environ, en outre

il y avait des globules sanguins qui témoignent de l'existence de l'hématurie au cours d'une néphrite. Un examen plus spécial a montré en effet qu'il ne s'agissait pas de tuberculose rénale. Le teint de l'enfant était pâle et la figure bouffie.

Elle fut d'abord soumise pendant cinq jours au régime lacté, mais on ne remarqua pas de différence appréciable dans la coloration des urines, ni dans la bouffissure du visage. C'est alors qu'on eut recours au régime carné déchloruré avec 100 grammes de viande de bœuf crue, 300 gr. de pommes de terre, 50 gr. de sucre, un litre et demi de tisane de chiendent. Sous l'influence de ce régime, en même temps que le taux des chlorures baissait rapidement dans les urines et que la coloration sanguine diminuait aussi très vite, la bouffissure de la face céda rapidement.

LE SIEGE DES CONVULSIONS EPILEPTIFORMES TONIQUES ET CLONIQUES

PAR M. LE DOCTEUR NINO SAMAJA.

Des recherches entreprises par cet auteur découlent les conclusions suivantes :

1° La zone corticale motrice est le centre exclusif des convulsions cloniques chez le chien et le chat adultes. Le reste de l'axe cérébro-spinal ne peut donner, chez eux, que des convulsions toniques. Chez les mammifères moins élevés dans la série animale (lapins et cobayes), de même que chez le chien et le chat nouveau-nés, et chez la grenouille verte, l'écorce motrice n'est pas le siège d'un centre convulsif ;

2° Le bulbe ou l'isthme de l'encéphale, chez le cobaye et le lapin, sont le siège des convulsions toniques. Chez le cobaye et la grenouille verte, le bulbe isolé de l'isthme de l'encéphale est encore le siège d'un centre convulsif clonique ;

3° La moelle dans toute son étendue, chez tous les mammifères, est le siège d'un centre exclusivement tonique ; elle ne provoque jamais de convulsions cloniques.

On voit donc que le centre convulsif clonique remonte progressivement, dans l'échelle animale, depuis la moelle jusqu'à l'écorce cérébrale : bulbomédullaire chez la grenouille verte, bulbaire ou basilaire chez le cobaye et le lapin, il devient cortical chez le chien et le chat adultes.

Chez l'homme, puisque chez les décapités le tronc ne présente aucun signe de convulsions, le siège des convulsions toniques est exclusivement basilaire, celui des convulsions cloniques cortical.

LE TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUÉRPERALE

PAR M. LE DOCTEUR MAURY.

M. Maury, sur les conseils de son maître, M. Bonnaire, a consacré sa thèse à l'étude de la pathogénie et surtout du traitement de l'éclampsie puerpérale. Il a insisté tout particulièrement sur les excellents résultats que donne l'accouchement méthodique rapide, selon le procédé de Bonnaire, dans nombre de cas d'éclampsie. Cette méthode de traitement trouve sa justification dans les théories nouvelles sur l'origine de l'éclampsie, laquelle doit être cherchée pour certains auteurs allemands dans une intoxication d'origine fœtale.

L'intoxication éclamptique, en tout cas, est aussi dangereuse pour le fœtus que pour la mère. En règle générale, les convulsions s'amendent après l'expulsion du fœtus. L'accouchement rapide est donc un bienfait pour la mère et pour le fœtus.

Chez les éclamptiques il est donc indiqué de hâter la terminaison de l'accouchement dès qu'il y a un début de travail.

Si le travail se déclare spontanément chez une éclamptique encore éloignée du terme de sa grossesse, et si l'accouchement est ainsi rendu inévitable, il est indiqué, dans l'intérêt exclusif de la mère, de pratiquer l'extraction rapide du fœtus.

Avant tout début de travail, il peut être indiqué de provoquer et de pratiquer l'accouchement rapide dans l'intérêt exclusif de la mère, dans celui de son enfant, ou au profit des deux à la fois.

L'intérêt seul de la mère est en jeu et justifie l'intervention lorsqu'on est en présence d'une éclampsie grave, à excès fréquents et prolongés, à coma profond, ne cédant pas à la thérapeutique ordinaire et survenant à un stade peu avancé de la grossesse, alors que le fœtus encore incomplètement développé et déjà intoxiqué ne peut être considéré comme viable.

L'intérêt du fœtus est seul en jeu et justifie l'intervention lorsque l'état de la mère ne permet plus de conserver l'espoir de la sauver tandis que l'enfant est susceptible de vivre.

L'intérêt simultané de la mère et du fœtus justifient l'intervention chaque fois que l'éclampsie éclate chez une femme ayant atteint ou dépassé le huitième mois de sa grossesse et que les convulsions et l'hyperthermie résistant aux moyens radicaux usuels menacent à brève échéance la vie de la mère et celle de l'enfant.

Chez les éclamptiques, pour extraire rapidement le fœtus, l'accouchement par les voies naturelles est préférable à l'opération césarienne.

L'accouchement méthodiquement rapide, d'après la technique de M. Bonnaire (dilatation pluridigitale et bimanuelle du col), répond à toutes les indications. Il n'a aucun des inconvénients de la méthode instrumentale. C'est le procédé de choix.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU LAIT MATERNISE

D'après M. de docteur Laurent, le lait de vache, d'une composition toute différente du lait de femme, ne peut être donné aux nourrissons qu'après avoir subi des modifications. Parmi les procédés de fabrication de laits artificiels. Laurent Six préconise le procédé de Gaertner. Voici comment ce procédé est appliqué: le lait de vache récemment trait est refroidi; il est coupé de moitié d'eau pour que la caséine soit amenée à un taux de 18 pour 100. Le mélange est ensuite placé dans une écrémeuse centrifuge qui doit séparer la caséine du petit-lait. La turbine de cette écrémeuse fait environ 7,000 tours à la minute; un mécanisme spécial permet de faire des prises différentes. Un des robinets aboutit au centre de l'écrémeuse et donne du lait gras; un autre aboutit à la périphérie et donne du lait maigre (caséine et petit-lait). On doit régler l'opération de façon à obtenir par le robinet central un lait aussi riche en matières grasses que le lait de femme, mais contenant moitié moins de caséine. La teneur en sucre est rétablie par l'adjonction d'une quantité de lactose variant entre 20 et 25 grammes par litre. Le lait ainsi obtenu est décanté dans des flacons de 150 à 500 grammes de capacité; ces flacons sont stérilisés à la température de 105° C., pendant vingt-sept minutes. L'avantage de la centrifugation est de débarrasser le lait, rapi-

dement et aisément, de toutes les impuretés qu'il a pu recueillir au moment de la traite.

Ce lait se rapproche beaucoup par sa composition du lait de femme; il est très bien supporté par les enfants et peut convenir également aux adultes et aux vieillards auxquels le régime lacté a été prescrit.

ACTION DE L'ACIDE FORMIQUE SUR L'ORGANISME

M. Clément a constaté par de nombreuses observations sur l'homme sain et surtout par des expériences faites avec l'ergographe de Mosso, que l'acide formique augmente la force musculaire et accroît la résistance à la fatigue, dans des proportions considérables.

Un sujet qui avait fourni un travail de 21 kilogrammètres dans une première expérience, en produisit un de 106 kilogrammètres, c'est-à-dire cinq fois plus fort, après avoir absorbé en deux fois, dans un demi-verre d'eau, pendant trois jours consécutifs, 40 gouttes d'acide formique neutralisé par le bicarbonate de soude.

Sous l'influence de ce traitement, les muscles fatigués récupèrent très vite leur énergie.

Il suffit d'augmenter d'une demi-minute le repos intercalaire des périodes de travail, pour voir le sujet faire un travail supérieur à la période de travail précédente. Si l'on porte à 5 minutes l'intervalle de repos, il récupère la force qu'il avait à la deuxième période de travail.

L'action de l'acide formique s'exercerait sur tout le système musculaire, aussi bien sur les fibres lisses que sur les fibres striées.

En résumé, l'acide formique augmenterait la force et accroît l'endurance dans des proportions inattendues.

Un proverbe serbe se formule ainsi: " Qui tue un arbre tue un homme." Or, il paraît que nous avons tué des hommes et perturbé les saisons en dépouillant le sol de son ample vêtement de bois et forêts. L'existence des forêts et le régime des eaux bienfaisantes sont intimement liés et la distribution des eaux par le ciel et le tamisage des forêts est ce qui régularise les températures et protège la marche harmonieuse des saisons.

LA LUTTE CONTRE LES POUSSIÈRES DANS LES ÉCOLES

PAR M. LE DOCTEUR WERNICKE.

La question de la diminution des poussières dans les écoles est d'une grande importance hygiénique. On a essayé de recommander pour cela un plancher lisse, des bancs facilement nettoyables, l'aspersion quotidienne du plancher avec de l'eau et, de temps en temps, la désinfection avec de la formaline des murs et des objets contenus dans la salle.

Mais tous ces bons conseils étant difficiles à réaliser, on s'est adressé aux moyens moins coûteux. Un d'eux est l'emploi, dans les classes, d'une huile qui, étendue sur le plancher et les ustensiles scolaires, absorbe à un degré prononcé les poussières. Cette huile, appelée "huile Dustless," a été essayée par M. Wernicke avec un très bon résultat. D'après son travail, son application facile et son bon marché relatif la recommandent dans tous les cas où les conditions de nettoyage des classes sont défectueuses et difficiles à modifier.

**VERNIS PROTECTEUR A BASE DE GUTTA-PERCHA POUR
REEMPLACER LES GANTS EN CAOUTCHOUC**

Les inconvénients que comporte l'emploi des gants en caoutchouc ont engagé les chirurgiens à rechercher un procédé remplissant le même but, tout en étant d'une application plus commode. C'est ainsi que M. le Dr. J. Lévai (de Budapest) a été amené à remplacer les gants par un vernis obtenu à l'aide d'une dissolution de copal.

De son côté, M. le Dr. John B. Murphy, professeur de chirurgie à Northwestern University Medical School de Chicago, poursuit depuis quelques mois, tant au Mercy Hospital qu'au Cook County Hospital de la même ville, des recherches qui ont abouti à l'adoption d'un vernis à base de gutta-percha. Voici comment l'auteur procède à l'application de ce vernis :

Après s'être lavé les mains pendant cinq minutes à la teinture de savon, puis pendant trois minutes dans l'alcool, il les sèche avec soin. On verse alors une solution d'une partie de gutta-percha pour 25 parties de benzine dans le creux de la main, et on l'étend sur toute la surface des mains et des avant-bras, en prêtant une attention particulière à la région des ongles et aux espaces interdigitaux. On laisse sécher l'enduit,

en maintenant les doigts écartés, ce qui demande en général de deux à trois minutes et demie. La peau se trouve ainsi recouverte d'une couche isolante, antiseptique, imperméable, mince, souple et transparente, qui est insoluble dans l'eau et dans l'alcool, de sorte qu'on peut en désinfecter la surface dans l'intervalle de deux interventions successives. Pour s'en débarrasser à la fin de la science opératoire, il suffit de la dissoudre à l'aide de benzine : en dessous, l'épiderme reste lisse et souple. Cette couche est très adhérente ; à la pulpe des doigts, il arrive cependant—surtout lorsque les opérations sont nombreuses ou prolongées—qu'elle s'effrite et tombe en écailles. Dans ce cas, M. Murphy se contente de compléter l'enduit en ajoutant un peu de solution qu'il laisse évaporer comme précédemment.

Lorsque l'auteur juge à propos de recouvrir également le champ opératoire d'une couche imperméable (pour une laparotomie, par exemple), il donne la préférence à l'acétone comme véhicule de la gutta-percha. La solution ainsi préparée sèche plus rapidement — en trois ou quatre secondes —, mais elle adhère moins bien aux téguments à protéger ; aussi ne saurait-elle convenir pour les mains de l'opérateur, une adhérence parfaite du vernis étant ici d'une importance primordiale.

LE REPOS D'ESPRIT, LE CALME DES IDÉES.

L'époque des pluies, du gel, des neiges, des frimas, des vents froids, du retour des pluies, retient le citoyen chez lui d'octobre à fin mars, et parfois fin avril. Il en résulte que le séjour prolongé dans nos appartements, bureau, cabinet de travail, laboratoire, magasins ou ateliers, nous a causé une lassitude générale qui se fait remarquer par une pâleur relative que le renfermé imprime sur le visage.

Il est certain que ce séjour prolongé a nui sans nous en douter : à notre santé, à notre vigueur, à notre résistance. Ces dispositions morbides ont donné leur stigmata à notre physiologie, de sorte qu'en quelques années nos amis se disent, sans nous le faire connaître : "Comme il a changé," sans se douter que nous avons nous-même porté une pareille appréciation envers eux.

Admettons cependant que les personnes qui habitent sans cesse la campagne aient subi, malgré les bienfaits de l'air pur,

l'influence et les rigueurs de l'hiver. Devons-nous croire formellement qu'il serait bon et logique d'habiter, pour jouir d'une santé parfaite: l'hiver dans les pays chauds et l'été dans nos climats tempérés, où est-ce tout simplement l'amour du bien-être que seuls peuvent rechercher les gens "sans projets, sans affaires," selon le dire d'un poète? Ainsi ces heureux de la vie s'installent à la contrée aimée — la Côte d'Azur — mais il s'y trouve de temps à autre des époques froides, la neige y fait même des apparitions. Et il faut se garder de l'air frais du soir.

Les plus exigeants vont au Colorado, au Texas, au Kansas, ou à Tunis, Alger et même à Biskra. C'est encore reconnu insuffisant.

L'Égypte est, dit-on, de beaucoup préférable, le climat serait absolument régulier. Il s'agit ici des personnes faibles de santé, pour qui une température régulière est absolument nécessaire. Si nous nous trouvons dans ce cas, mes chers collègues, allons donc directement dans l'antique séjour des Pharaons, où la neige et les frimas sont inconnus, allons faire des excursions aux Pyramides et des promenades fréquentes sur les rives du Nil.

Le prestige de ce fleuve incomparable dont les débordements annuels répandent un limon bienfaisant sur les plaines sablonneuses qui procure l'abondance aux paisibles fellahs — laboureurs — est un sujet d'attachantes réflexions à plusieurs titres. Allons aussi voir le trafic du canal maritime de Suez et saluer la statue du grand Français Ferdinand de Lesseps, son immortel fondateur.

Notre santé actuelle nous le permettant, nous restons ici.

Pour les vacances, devons-nous la préférence à la mer ou à la plaine, près d'un village agréable orné de places et de promenades ombrées? Le séjour à la mer de madame, des enfants, est quelquefois obligé; le médecin s'est prononcé. Quelques plages ont un double attrait. Ainsi, Rimouski possède une forêt considérable de sapins embaumants; Biarritz est aussi un agréable séjour et la jolie route de Bayonne possède de grands arbres feuillus. Les plages américaines ont le brillant avantage de l'air pur et d'une chaleur modérée. Elles sont recherchées pour cette cause, elles ont le privilège du grand air, des flots larges de l'Océan. C'est là où on voit, le soir, le rivage

étincelant de mille feux ; chaque pas dans l'eau phosphorescente produit une multitude d'étincelles qui surprend par l'étrangeté du phénomène.

Les agréables brises, la promenade en bateau, la pêche, les excursions sur les falaises ou aux plages voisines, soit aussi les distractions multiples, des salles d'armes ou de gymnastique, forment un ensemble d'agrément qui réunit un grand nombre d'adeptes.

* * *

Dans d'autres cas, les bains d'air à des altitudes élevées sont prescrits ; les ascensions de montagnes par la route ou par les sentiers ont des attrait. Les grands arbres pleins de vigueur, la nature agreste, les sites pittoresques, les vallées profondes, les verdure d'un vif éclat, les vues d'un lointain splendide, forment un spectacle ravissant, inlassable.

On en revient plus fort ; la vigueur s'est accrue.

* * *

La campagne vous procure des agrément plus familiaux. Les enfants peuvent y faire leurs devoirs de vacances avec profit.

Les après-midi sont consacrées aux promenades ; on excursionne pédestrement. On projette une visite en voiture, à une ruine, à un château remarquable, à une source d'une antique renommée, à celle d'une rivière, à celle d'où un fleuve tire son nom et même au site d'un ancien pèlerinage. Un bois important ou une forêt sont aussi un lieu d'excursion et, soit par les renseignements d'un guide ou par les gens du pays, des curiosités naturelles qui méritent d'être vues, sont recommandées aux touristes.

Il est bon de ne pas tout épuiser le même jour et de garder des attractions. Si on est possesseur d'un jardin, on peut aussi s'en occuper, il offre des sujets intéressants : projets d'arbres à remplacer, modifications aux plates-bandes, etc.

Il faut *pincer* les pousses gourmandes des arbres fruitiers, de la vigne ; les attacher, enlever les feuilles piquées d'insectes et les brûler, soufrer les espaliers des vignes, des cordons de pommiers ainsi que les rosiers à haute tige ; savoir se livrer à une quantité d'occupations est aussi utile qu'intéressant.

Il est bon de faire remarquer aux enfants que l'on a la récompense de ces soins par une production plus abondante des fruits qu'ils aiment.

Ces occupations d'une durée d'une heure ou deux leur font aimer "le chez soi" par la parure obtenue.

* * *

Pendant les occupations matinales de madame ou des enfants, allons seul faire une promenade dans les sentiers bordés de champs de blé, remarquons le balancement régulier des tiges chargées de leurs épis. Cette régularité d'ondoiement nous charme en nous faisant penser au juste profit que le cultivateur retirera des travaux si importants qu'il a entrepris pour obtenir cette future récolte. Elle nous procurera le pain quotidien. Nous n'osons pas admettre qu'une chute de grêle peut, subitement, en dix à quinze minutes, détruire le produit d'une année de labeur.

Nous remarquons ensuite l'avoine moins avancée, si elle est drue et forte, elle assurera la nourriture de la race chevaline en lui donnant une robe luisante de fraîcheur et de tonalité vigoureuse.

Voici des orges pour la brasserie et pour le service de la basse-cour. Plus loin, les luzernes, les sainfoins, les trèfles incarnats aux fleurs parfumées qui exhalent le miel. On s'y attarderait volontiers. La race bovine aura de bonnes et succulentes rations.

Nous savons que, plus un cultivateur possède d'animaux, plus il a d'engrais, plus de riches moissons sont attendues.

Protéger l'agriculture, sous toutes ses formes, l'encourager pour la rendre florissante doit être l'objet de nos soins. "Le pâturage et le labourage sont les deux mamelles du Canada."

L'industrie, de son côté, réclame la protection de ses produits contre l'envahissement de la fabrication étrangère, cette dernière si avantagée par l'abondance de houille que leur territoire recèle.

Nous ne pouvons être indifférents à tous les efforts des producteurs, tout se tient, il y a une corrélation générale dont nous dépendons, et soit par nous-mêmes, soit dans nos conversations avec ceux que nous avons chargés du mandat législatif, il nous faut causer de ces faits pour veiller à une répartition d'avantages et de charges équivalentes qui les laisse vivre parallèlement.

* * *

Nos réflexions modifiant le cours de nos pensées avec une vivacité singulière, nous nous demandons si nos intérêts sont

en bonne voie, si notre prudence est suffisante, si notre perspicacité n'est pas en défaut.

Dirigeons le caractère de nos enfants, remarquons leurs dispositions naturelles; leurs aptitudes doivent nous guider. Le père de famille est tenu d'observer de près et de s'en ouvrir en famille.

Nos fils à l'imagination vive, à l'élocution facile, au style brillant, aborderont le Droit.

Par contre, les caractères concentrés, réfléchis, habiles à la solution des problèmes, font prévoir de brillants succès à l'École Polytechnique.

L'École des Beaux-Arts semble destinée aux caractères artistiques. La carrière militaire paraît devoir convenir aux aventureux, de décisions formelles, un peu brusques. Ceux qui aiment la solitude, les champs, pourront être dirigés vers l'agriculture.

Les caractères ouverts, agréables, aux idées pratiques, seront dirigés vers l'École des Hautes Etudes Commerciales ou similaires, pour devenir des négociants instruits.

* * *

Quels que soient le caractère et les aptitudes, nous n'hésitons pas à dire avec toute la chaleur de notre conviction, que la plupart de nos jeunes gens seront aptes à tirer parti des riches contrées qui abondent. Il suffit d'en étudier les ressources auprès des comités qui les représentent.

En offrant leurs services aux entreprises en cours et s'y employant pendant quelques années, ils se rendront compte des difficultés à vaincre, des avantages à obtenir, des relations à organiser, des capitaux qu'ils prévoient nécessaires.

Prenez, jeunes gens, cette détermination, allez, pleins de courage, prendre possession des terres du nord et de l'ouest, elles sont nombreuses et vastes, il convient de les mettre en valeur, une riche fortune et la considération seront la récompense de la plupart d'entre vous !

* * *

En donnant à nos fils, par l'exemple et nos conversations, l'amour du travail et des idées justes, saines, nous pouvons obtenir un pays florissant.

C'est ainsi que nous pouvons prendre des vacances, en nous détachant de temps à autre des choses médicales et goûter le repos d'esprit et le calme des idées.

**L'ELASTICITE DES ORGANES ET LEURS CHANGEMENTS
DANS LE BAIN TURC ETUDIES PAR LA
PHONENDOSCOPIE**

PAR MM. A. BIANCHI ET FÉLIX REGNAULT.

Chez plusieurs sujets d'âge différent, les auteurs ont étudié les changements de volume et de position ainsi que l'élasticité des principaux organes, poumons, cœur, foie, estomac, rate, gros intestin dans les bains turcs (Hamman), ayant soin d'écartier l'action du massage. — L'examen phonendoscopique (car ce n'est que par la phonendoscopie que l'on peut constater pareils résultats) a été pratiqué: 1° avant de commencer le bain; — 2° après un séjour de dix minutes dans l'étuve à 122° F.; — 3° après un séjour de quelques minutes dans l'étuve à 176° F.; — 4° après la douche graduellement refroidie; — 5° après le passage en piscine à 53° F.; — 6° après quelques minutes de repos.

Modification de volume. — Dans l'étuve, les poumons et le cœur se dilatent dans tous leurs diamètres. Cette dilatation est constante, progressive et rapide, et atteint son maximum de 176° F.

Le foie et la rate ont fourni des résultats variables. L'estomac vide se dilate; mais, s'il contient des aliments, leur expulsion amène la diminution du volume de l'estomac. Le cæcum et le côlon se dilatent.

Le passage dans la douche et la piscine froide produit une contraction rapide de tous les organes, qui retournent à leur volume primitif après 10 à 35 minutes, sauf l'estomac qui reste rétréci.

2° Déplacement des organes. — Les modifications de volume des organes amènent des changements dans leur situation respective. Dans l'étuve sèche, les poumons et le cœur dilatés refoulent en bas le diaphragme. Les organes abdominaux, foie, rate, estomac, sont refoulés en bas; mais leur descente est diminuée par la dilatation du cæcum et du côlon. L'estomac vide se dilate et s'oppose à la descente du diaphragme; s'il contient des aliments, il se vide facilement par la pression du diaphragme et des intestins.

Après la piscine froide, les poumons diminuent, le diaphragme s'élève entraînant avec lui le foie et la rate. La cavité abdominale diminue.

3° *Elasticité des organes.* — Cette recherche est tout à fait nouvelle et repose sur la possibilité de comparer le tracé phonoscopique, fait dans le maximum de dilatation d'un organe, avec celui obtenu dans le maximum de rétraction et tous les deux avec le tracé normal. On obtient ainsi la mesure de la puissance élastique totale des organes. Cette puissance atteint son plus haut degré dans les poumons, le cœur et l'estomac. Viennent ensuite le côlon, le foie et la rate. L'élasticité des organes varie avec l'âge et les conditions de santé ou de maladie. Un organe se dilate et se rétracte plus dans la jeunesse, que dans la vieillesse et plus dans la santé que dans la maladie.

Les bains turcs sont donc, non seulement une pratique très recommandable de gymnastique des organes sains; mais ils constituent aussi un moyen précieux pour juger du degré d'élasticité des organes et pour aider la fonctionnalité motrice de l'estomac et des intestins.

QUI DOIT PAYER LES HONORAIRES DUS A UN MEDECIN POUR UN ACCOUCHEMENT?

La réponse à cette question a été récemment donnée par le tribunal civil de Bordeaux, qui a rendu un jugement dont voici les solutions:

“Le mari est tenu envers le médecin comme débiteur principal, et la femme comme caution, des honoraires dus au médecin pour frais d'accouchement.

“La femme repousserait vainement l'action du médecin dirigée contre elle en invoquant qu'elle est mariée sous le régime de la communauté réduite aux acquêts.”

M. M... avait formé contre les époux G..., pris solidairement, une action en paiement de la somme de cent piastres pour soins donnés à la femme G... pendant sa grossesse et pour l'avoir accouchée au forceps sous chloroforme.

Mme G... demanda sa mise hors de cause, arguant de ce que, mariée sous le régime de la communauté réduite aux acquêts, son mari était seul tenu de la dette.

Mais, dit le tribunal dans ses considérants: “Attendu que l'épouse G... doit, pour avoir, sinon sollicité elle-même, du moins accepté les soins de M. M..., et s'être fait accoucher par lui, être considérée comme ayant contracté envers lui une obli-

gation personnelle; que, notamment, on ne saurait se borner à voir dans ses agissements l'accomplissement d'un mandat ou la soumission à un ordre à elle donné par son mari; que vraiment, les conditions dans lesquelles le médecin a été appelé à exercer auprès d'elle son art, surtout quand il a fallu la délivrer; ne permettent pas, quoique le régime matrimonial dont elle se prévaut fasse incombler toutes les charges du ménage à son mari, de la décharger d'une dette née d'un fait qui a tourné tout entier à son propre profit; que, en somme, un médecin a le droit, après avoir fait, à l'égard d'un malade, ce qui est un devoir auquel il ne saurait se soustraire sans ignominie, de compter sur une juste rémunération de la part de ce malade lui-même s'il n'a pas été mis en mesure à l'avance de savoir le contraire; que rien n'autorise, équitablement ou même juridiquement, à le dépouiller de ce droit parce que la personne par lui soignée est une femme mariée sous le régime de la communauté, c'est-à-dire sous le régime qui devait être par lui présumé, sans exiger d'elle un engagement formel, comme aurait à le faire un fournisseur de subsistances, et que seulement il y a lieu, en interprétant les volontés, d'attribuer à l'engagement tacite ou virtuel, reconnu ainsi à l'encontre de l'épouse G... le caractère, non pas d'une obligation principale, mais d'un cautionnement, ce par une extension que justifient les circonstances du principe posé par le Code civil en ce qui touche les rapports des époux entre eux;

“ Et attendu que le quantum de la demande est vainement discuté par G..., de même qu'il le serait vainement par l'épouse G..., car la somme de 100 piastres ne paraît point excessive étant donnée la personnalité de M. M... ainsi que la situation de fortune des époux G..., pour un accouchement qui a été précédé de plusieurs visites et fait au forceps avec chloroforme; a, de plus, été fait de nuit, en plein hiver, à treize milles de Bordeaux, résidence dudit docteur;

“ Par ces motifs, condamne les époux G..., savoir: le mari comme débiteur principal, la femme comme caution, à payer à M. M... la somme de 100 piastres avec l'intérêt légal depuis l'ajournement; les condamne de même aux dépens.”

Déjà, dans un cas analogue à celui qui vient d'être rapporté, le tribunal civil de la Seine avait jugé que, si les frais d'accouchement constituent une charge de la communauté, il faut

néanmoins reconnaître que, vis-à-vis du médecin qui l'a opérée, *la femme est débitrice personnelle*: c'est à elle seule que l'homme de l'art a donné ses soins, et il s'est ainsi formé un contrat tacite qui oblige la femme, si son mari ne peut le faire, à payer les honoraires dus pour l'accouchement.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

(Séance du 19 avril 1904)

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR VALIN

M. Dubé propose que M. le président soit nommé pour représenter officiellement la Société Médicale de Montréal au deuxième Congrès des Médecins de langue française.

M. LeSage attire l'attention des membres de la société sur une question d'*Intérêts professionnels*, beaucoup trop négligée jusqu'ici. Le Collège des Médecins a trop oublié les sociétés médicales qui peuvent apporter un appui solide et presque toujours unanime.

La loi présentée à la Législature pour régulariser un certain nombre d'étudiants est une atteinte contre les prérogatives du Collège des Médecins. Je crois que la société devrait protester.

M. LeCavelier propose, secondé par M. de Martigny et adopté à l'unanimité que copie de la résolution suivante soit adressée à l'honorable monsieur Parent, premier ministre de la province de Québec :

“ La Société Médicale de Montréal, après avoir pris connaissance de la loi suivante :

“ *Nul ne peut :*

“ (a) S'il est imprimeur du roi, publier dans la “ Gazette Officielle de Québec ” un avis qu'un projet de loi présenté à l'une ou à l'autre des chambres de la Législature de Québec, “ à l'effet d'autoriser l'admission à l'étude ou à la pratique d'une “ des professions libérales : ou—

“ (b) S'il est greffier ou greffier des bills privés d'une des “ chambres de la Législature de Québec, recevoir un tel projet “ ni le faire imprimer :—

“ A moins que l'avis ou le projet de loi ne soient accompagnés “ d'un certificat constatant que le projet a été approuvé par le “ bureau ou conseil d'administration de la profession dont il “ s'agit.”

“ S’était réjoui de voir que les législateurs de la province de Québec donnaient dans l’intérêt de chaque profession une plus grande autonomie à leur corporation respective représentée par un bureau électif qui étudie et connaît particulièrement la demande d’un candidat à l’étude ou à la pratique d’une des professions libérales.

“ Après une année de cette législation dont la profession médicale n’a eu qu’à se louer nous apprenons qu’un projet de loi est actuellement présenté aux membres de l’assemblée législative de notre province ayant pour but d’enlever déjà au conseil d’administration de la profession médicale ce privilège reçu l’an dernier.

“ La Société Médicale de Montréal connaissant les abus révoltants auxquels une loi semblable, adoptée en 1896, a donné naissance, proteste unanimement et énergiquement contre le projet de loi actuellement présenté à la législature de Québec qui serait encore la cause de troubles et d’abus que les sages législateurs ainsi que le bureau exécutif de notre profession ont pour mission de prévenir.”

M. Dubé rapporte l’observation d’un cas de *psoriasis palmaire d’origine spécifique*, fait une description de l’affection et donne le traitement spécifique suivi.

M. LeSage fait remarquer que dans tous les cas de syphilis on donne une certaine dose de mercure indifféremment la même à chaque malade, sans tenir compte de la résistance de ce malade, souvent très grande, ni de la nature de la maladie souvent très maligne. Aussi voyons-nous des échecs dans une foule de cas.

Il faut savoir que chaque malade a un coefficient de réaction qui lui est personnel, entraînant *une dose à part, et jamais la même.*

Quant aux injections, dit-il, je donnerais la préférence au *cacodylate de mercure* qui s’emploie en injections sous-cutanées à la dose de 15 à 30 injections avec intervalles de repos de 5 à 6 jours. Ce sel agit rapidement et est indolore.

M. LeCavelier rapporte des cas d’insuccès par les injections intra-veineuses, faites par des mains expérimentées; alors que le traitement interne donne d’excellents résultats. Avec la *liqueur de Van-Swieten* il a obtenu des succès remarquables, mais en élevant la dose, dans certains cas, jusqu’à six cuillerées à soupe par jour.

M. Valin dit que le psoriasis palmaire et plantaire est excessivement rare. Dans la syphilis, il est bilatéral et unilatéral dans la psoriasis simple. Les squames sont plus soulevées dans la syphilis, plus décollées, formant une véritable collerette appelée collerette de Bier.

Il rapporte un cas de syphilis grave de la face et du cuir chevelu qui fut traité sans succès aucun durant quinze jours par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure alors que la liqueur de Van-Swieten à doses fractionnées, a amené la disparition complète de tous les symptômes.

M. Boulet ajoute que les abcès consécutifs aux injections peuvent survenir à la suite de n'importe quelle injection, mais en particulier pour le cyanure ils sont dûs à ce que l'on injecte le sel en dehors de la veine, souvent très difficile à mettre en relief chez certains malades.

M. Cleroux rapporte une observation très instructive de *néphrite syphilitique précoce*.

NOUVELLES

Monsieur le docteur de Lotbinière Harwood monte à la chaire de professeur de gynécologie, de l'Université Laval.

Après treize années de travail et d'expérience comme assistant du regretté docteur Brennan, M. le professeur Harwood avait des droits acquis que sa science, son dévouement pour les malades et les étudiants, ses talents de communiquer facilement aux autres ses nombreuses connaissances, recommandaient tout particulièrement à la tête de cette importante clinique de l'hôpital Notre-Dame.

Une clinique chirurgicale ambulante. — On vient de construire, en Russie, un wagon destiné à servir d'hôpital chirurgical roulant. Cette gigantesque voiture contient : une chambre de consultations et de pansements; une chambre de bains, une salle d'opérations, éclairée de larges fenêtres et munie de tout ce qui est nécessaire pour les grandes interventions chirurgicales; une pharmacie, servant en même temps à loger l'infirmier en chef; une chambre pour le chirurgien; une chambre pour loger en commun le personnel d'infirmiers; un water-closet, et enfin la chambre de chauffage.

Le wagon est éclairé à l'acétylène. Les plafonds, les murs et les planchers sont tapissés de linoléums. Dans la salle d'opérations, le plancher est en terre cuite.

On comprend les services que pourra rendre, dans la guerre actuelle, un tel hôpital ambulancier, relié à un train qui transporte des blessés.

Origine syphilitique de l'appendicite. — En faisant une statistique sur l'existence de la syphilis antérieure à d'autres maladies, M. Gaucher a vu que sur 32 cas d'appendicite il y en avait 29 évoluant chez des syphilitiques.

Au-dessus de trente ans, 9 appendicites, 4 hommes avec 4 syphilis; 5 femmes, une syphilitique, 3 dont les maris ont avoué la syphilis.

Au-dessous de trente ans, 23 cas avec 21 hérédo-syphilitiques; deux fois deux enfants de la même famille, un enfant et son père, un enfant et sa mère. Le traitement spécifique a été donné qu'une fois sans résultat. L'appendicite serait donc une manifestation quaternaire de la syphilis, une variété de parasymphilitis.

Traitement de la tuberculose par l'hémoglobine. — Ces essais nous viennent de l'hôpital Boucicaut où ils ont été poursuivis, dans les services de tuberculeux de M. Letulle.

Un certain nombre de malades ont reçu des préparations sirupeuses d'hémoglobine, au moment où le repos et les autres médicaments habituellement administrés à l'hôpital n'avaient plus d'influence sur eux, on les a vus augmenter de poids, de 8 à 16 livres par mois.

Phthisie galopante (granulée aiguë) traitée par le sérum de Marmorek. Guérison. — M. Bardet communique l'observation d'une malade âgée de trente-trois ans, atteinte de granulée aiguë des deux poumons. Elle a été traitée par le sérum de Marmorek. Quarante-sept injections ont été faites. Tous les symptômes ont disparu graduellement. Les crachats, qui renfermaient au début de nombreux bacilles de Koch, n'en contiennent plus que de très rares. Cliniquement, il ne reste aucune trace de l'affection. La malade a supporté sans accident les nombreuses injections de sérum qui lui ont été faites.