

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. V

FÉVRIER 1899

N° 7

TRAVAIL ORIGINAL

Les grands Lavages de l'Urèthre et de la Vessie

PAR

Le Docteur ADELSTAN DE MARTIGNY

Ayant eu l'occasion de causer dernièrement avec un confrère sur le traitement de certaines blennorrhagies tenaces, par les lavages antiseptiques, je me proposai de publier à nouveau ce que j'écrivais en 1894 dans ma thèse inaugurale.

La méthode des lavages — sans sonde — de l'urèthre et de la vessie a peu varié depuis lors.

Les lecteurs de LA CLINIQUE ont pu lire dans le dernier numéro que mon éminent confrère le docteur Guépin emploie toujours une sonde (l'appareil de Reliquet) pour laver l'urèthre postérieur.

Ce fut la pratique en usage jusqu'en 1887, époque à laquelle Lavaux enseigna en France, les avantages de l'innocuité absolue des lavages sans sonde de la vessie. Le distingué spécialiste traitait ainsi les différentes infections vésicales.

En 1890, M. le docteur Janet commença de pratiquer, à Necker, ces lavages comme moyen de traitement de la blennorrhagie. Les résultats dépassèrent dès le début toutes les espérances. Puis quelques échecs survinrent, dus à l'absence de méthode dans la direction du traitement.

Mais la méthode ne saurait manquer longtemps dans le service du professeur Guyon qui en est la personnification la plus distinguée et la plus complète.

Aussi, après des études suivies à la loupe, après des expériences cliniques contrôlées par les examens microscopiques, la méthode put-elle être enfin définitivement établie.

C'est cette méthode que je m'efforçai d'exposer aussi clairement que possible dans ma thèse inaugurale, et que je veux reproduire ici.

Certaines modifications de détails ont du être faites depuis lors, je les exposerai à la fin. Mais l'ensemble est le même. Le principe qui servait de base au traitement n'a pas varié et je suis d'autant plus heureux de pouvoir le répéter que l'article de M. le docteur Lozé, pourrait faire croire que désormais il faut se servir d'une sonde pour laver l'urèthre postérieur, et lancer ainsi le praticien ordinaire dans une voie qui pourrait être souvent désastreuse pour le malade, ou risquer de le voir abandonner cette méthode des lavages qui réclame toute l'habileté d'un spécialiste, privant par là, la majeure partie des malades du plus puissant moyen de guérison que l'on connaisse encore.

Arrivons maintenant au "Manuel Opératoire." (1)

MANUEL OPÉRATOIRE

Si je décris le manuel opératoire dans tous ses détails, c'est que, tous, il sont importants, pour la réussite du traitement, et que souvent la guérison ou un échec, peut dépendre de l'observation ou de l'oubli d'un seul.

(1) Thèse de Paris, p. 69.

Les lavages ainsi que je l'ai dit, se font avec un demi litre de solution pour l'urèthre antérieur, mais avec un litre quand on veut laver les deux urèthres.

La force de la solution employée varie : pour l'urèthre postérieur, entre un quatre millième et un millième ; pour l'urèthre antérieur, depuis un quatre millième jusqu'à un cinq centième. J'ai même quelquefois employé un trois centième.

La température de l'eau a-t-elle une grande importance ? Dans les commencements nous employons à Necker les solutions chaudes. Depuis, M. Janet emploie les solutions tièdes. Je me suis très souvent servi de l'eau froide, et j'ai remarqué, que l'injection pénètre tout aussi facilement dans la vessie, pour le moins, et que le lavage laisse après lui moins de pesanteur dans le petit bassin, et moins de ténesme.

On peut employer un récipient quelconque ; un des réservoirs en tôle émaillée, avec tubulure inférieure, qui servent dans les services hospitaliers, pour les injections vaginales. M. Janet emploie à Necker, et chez lui des flacons en verre, gradués, et avec un tube de caoutchouc il forme siphon.

Rien n'est plus simple. Il suffit d'un tube de caoutchouc de deux mètres cinquante, qui forme une anse au-dessous du niveau du malade.

Une fois le siphon amorcé, il le reste pour les lavages suivants, car cette anse est toujours remplie de liquide, et il suffit d'élever le tube pour que l'écoulement se produise.

A quelle hauteur doit-on élever le récipient ? Pour l'urèthre antérieur il convient de ne pas dépasser 50 ou 60 cent., car on risquerait de franchir le sphincter.

Pour l'urèthre postérieur, cela dépend du malade. J'ai assez souvent réussi des lavages avec une hauteur d'un mètre dix ; mais on peut monter sans danger jusqu'à un mètre cinquante ; je crois même qu'il n'y a aucun avantage à s'en tenir à des hauteurs inférieures à un mètre trente, car on ne distend pas assez le canal pour donner au lavage toute sa puissance.

Au delà de un mètre cinquante il peut y avoir du danger, non pour l'urèthre, ainsi qu'on le redoute souvent, son petit calibre le mettant à l'abri ; mais pour la vessie qui pourrait n'être pas assez forte pour réagir contre une trop grande pression. J'ai employé plusieurs fois une élévation de un mètre soixante-quinze dans des cas de sphincters résistants, mais j'étais constamment sur mes gardes, et ne laissais pas pénétrer une trop grande quantité de liquide à la fois.

Si le sphincter ne veut pas céder ; comme il est important de toujours faire un lavage complet, on peut injecter, dans l'urèthre dix centimètres cubes, d'une solution de cocaïne à un centième ; injection qui n'offre aucun danger.

M. Janet a vu survenir un commencement de syncope chez un malade auquel il avait pratiqué une injection de cocaïne à un deux centièmes, et en est resté défiant à l'égard de la cocaïne. Mais le malade était névropathe, et j'ai souvent vu les mêmes symptômes se produire chez les malades de cette catégorie, en l'absence de toute cocaïne. Je crois donc, qu'il faut plutôt accuser de cet accident : l'appréhension et la douleur, quelquefois assez vives, des lavages, plutôt que la cocaïne.

Si, même avec la cocaïne, on ne parvenait pas à passer (ce que je n'ai jamais vu se produire), il faudrait employer la sonde plutôt que de ne pas laver l'urèthre postérieur, lorsqu'il y a indication de le faire.

Pour faire les lavages sans sonde, il faut obturer le méat. M. Janet a fait fabriquer de grosses canules en verre à bout conique très court. On peut ainsi obturer le méat sans pénétrer dans l'urèthre, et faire porter ainsi le lavage sur toute la surface de la muqueuse uréthrale. Ces canules laissent couler le liquide par une ouverture d'environ deux millimètres. Comme elles sont assez longues, on peut, en ne les remplissant qu'à moitié, conserver à la partie supérieure une bulle d'air qui nous indique si le liquide coule, et avec quelle rapidité il le fait. Lorsque la vessie se contracte, on voit le liquide s'arrêter, et même la bulle d'air remonter dans le tuyau.

Il faut avoir une certaine quantité de ces canules, qui peuvent être stérilisées à la flamme, et dans l'eau bouillante. On les tiendra dans une solution antiseptique, et après chaque lavage, on changera la canule ; deux malades ne devant pas se servir de la même.

Position du malade. On peut faire coucher ou asseoir le malade. Il vaut mieux ne jamais faire de lavages debout.

Je me sers chez moi d'un bidet ordinaire, sur l'un des bouts duquel je fais asseoir le malade, le dos appuyé au mur. C'est, je crois, le procédé le plus commode, qui demande le moins d'installation et le moins de temps pour les lavages.

Manière de faire les lavages :

Il faut d'abord commencer par faire uriner le malade. Puis, avec un tampon imbibé de sublimé, on désinfecte le gland et le méat, en frottant assez fort.

Prenant ensuite le gland entre les deux premiers doigts et le pouce, de la main gauche, on fait bailler le méat, et on le lave au moyen d'un jet à distance de la solution de permanganate.

Après quoi si l'on veut faire un lavage de l'urèthre antérieur seul, on introduit le bout de la canule dans le méat en l'y forçant. On laisse un peu l'urèthre se distendre et on retire la canule pour le laisser se vider. On fait ainsi tout le lavage par des mouvements de va-et-vient alternatifs.

Si l'on veut laver les deux urèthres, on commence d'abord par un lavage de l'urèthre antérieur, ainsi que je viens de le décrire, puis élevant la pression, on force la canule dans le méat, et l'on attend que le sphincter cède et laisse passer l'injection. S'il résiste, on élève graduellement la pression jusqu'au maximum, c'est-à-dire jusqu'à 1 m. 50. Il ne faut pas se décourager trop vite et souvent l'on voit un sphincter céder brusquement après deux minutes d'attente.

Il est important de faire pénétrer l'injection en une ou deux fois.

Le liquide pénètre plus ou moins vite, et on en peut modérer la rapidité d'écoulement, en comprimant le tube que l'on tient immédiatement au ras de la canule. Il faut avoir soin de ne pas laisser pénétrer dans la vessie, l'air contenu à la partie supérieure de la canule.

La vessie se contracte plus ou moins vite suivant les cas, et cette contraction se manifeste par l'arrêt du liquide dans la canule. A ce moment deux conduites peuvent être gardées. S'il n'y a que peu de liquide de pénétré dans la vessie, et surtout si l'envie d'uriner n'est pas trop violente et les douleurs trop vives, on persiste à forcer le bout de la canule dans le méat, et souvent on voit le liquide couler de nouveau et rapidement, et la vessie devenir docile après cet essai de révolte.

Mais s'il a déjà pénétré une certaine quantité de liquide dans la vessie, et surtout si les douleurs sont violentes, il vaut mieux laisser uriner le malade et recommencer.

Le lavage fini on recommande au malade d'uriner aussi complètement que possible, afin de ne pas laisser dans la vessie du permanganate de potasse qui se décompose au contact de l'urine et qui dès lors, n'a plus d'action antiseptique et peut même déposer dans le fond de la vessie.

On lave ensuite le gland et le prépuce avec un tampon sublimé, puis on obture le méat au moyen d'un morceau de coton hydrophile légèrement imbibé de permanganate. On en coiffe le

gland et l'on rabat le prépuce par dessus, ce qui le maintient en place.

On recommande au malade, de renouveler ce pansement, chaque fois qu'il urindra.

La première fois que le malade subit ce lavage, on le recommande de changer de linge et de prendre un bain, afin d'écartier autant que possible toute chance de réinfection.

Les lavages au sublimé et au nitrate d'argent se font de la même manière.

Lorsque, dans une infection mixte, on veut unir le sublimé au permanganate, il n'y a qu'à ajouter dans le liquide à injecter, une quantité, variable suivant les cas, de solution VanSwieten.

DIRECTION DU TRAITEMENT

Il ne suffit pas de savoir faire un lavage, pour mener à bonne fin le traitement d'une blennorrhagie surtout le traitement abortif.

Ici, comme en beaucoup d'autres affections d'ailleurs, ce serait un tort de ne s'occuper que de l'agent infectant, que du microbe ; et il faut songer un peu au malade, et même beaucoup. Certes, c'est le gonocoque qui produit la maladie, et sans lui pas de chaudepisse possible, mais l'infection une fois produite, le malade réagit à sa manière par une inflammation plus ou moins violente, et par des complications qui lui sont propres, pour ainsi dire, car un malade, nous apprennent les auteurs, qui se voit à sa première chaudepisse affecté d'une complication quelconque a toutes les chances du monde, de la voir se reproduire s'il reprend de nouveau la blennorrhagie. C'est donc là une manière à lui qu'il a de réagir contre l'infection.

Et s'il en est ainsi pour la maladie, il en est de même aussi pour le traitement, et tels lavages, qui chez certains produisent un effet modéré et une réaction idem, verront d'autres malades réagir contre eux avec une violence extrême, et c'est ainsi qu'on voit des hémorrhagies succéder, quelquefois, mais rarement, à des lavages en général bien supportés. Il y a donc sous ce rapport quelques précautions à prendre dès le début du traitement, et une conduite à garder pendant toute sa durée. Cette conduite nous est indiquée, par le degré même de la réaction produite par le lavage ; et c'est elle qui nous indique comment graduer les doses, et atteindre à l'effet voulu sans le dépasser.

Il importe donc de connaître les effets physiologiques des lavages et j'en emprunte ici la description à M. le Dr Janet : " Dans les premières heures qui suivent un lavage, il existe un

peu de sécrétion blanchâtre bientôt remplacée par un écoulement séreux clair, (un peu rosé si les doses ont été trop fortes) puis survient une période sécheresse presque absolue du canal ; plus tard encore et pour ainsi dire subitement, l'écoulement purulent réapparaît et avec lui les gonocoques qui avaient presque totalement disparu dans les périodes précédentes. C'est ce retour de la sécrétion purulente qui indique la fin de l'action du lavage."

Or, ce qui frappe immédiatement dans cette description, c'est d'abord la disparition des gonocoques pendant la période d'écoulement séreux et de sécheresse du canal, puis leur brusque réapparition. Or, c'est sur cette disparition des gonocoques pendant la réaction séreuse qu'est basé tout le traitement. Le permanganate produit un état séreux, une espèce d'œdème particulier de toute la paroi du canal, et une sécrétion séreuse qui constituent un milieu tout à fait défavorable à la culture du gonocoque. Or, si l'on parvient à maintenir cet état séreux pendant un temps plus ou moins long, suivant que les gonocoques sont encore près de la surface ou ont pénétré plus profondément, on arrivera à voir l'élimination complète, grâce à ce flux véreux, de tous les gonocoques existant dans le canal ou ses parois ; car il leur est impossible de se reproduire. Une fois le dernier gonocoque expulsé, la guérison est obtenue.

Produire cet état séreux pendant un temps suffisamment long, et que l'expérience nous a appris être de huit à douze jours, tel est le but des lavages, mais telle en est aussi la grande difficulté.

En effet, il faut faire les lavages assez rapprochés les uns des autres pour ne pas courir le risque de voir un lavage arriver en pleine période purulente, parce que l'action du lavage précédent est finie depuis longtemps. Lorsque cette faute est commise, tout est pour ainsi dire à recommencer, et même il arrive qu'un malade ayant manqué un jour de se venir faire son lavage, l'écoulement est si fort, et les gonocoques si abondants, qu'il nous faut le laisser au repos pendant quelques jours, afin de lutter ensuite avec plus d'énergie contre des ennemis si vigoureux.

L'expérience nous a appris également, que s'il ne faut pas trop espacer les lavages, il ne faut pas non plus les faire à des intervalles trop courts ; car alors on voit apparaître les gonocoques, qui depuis deux jours peut-être étaient disparus. Ceci se produit aussi par le fait de lavages avec des solutions trop fortes de permanganate, et alors, si la blennorrhagie était aiguë au moment du lavage, il peut se produire des hémorrhagies du canal, au lieu

d'une sécrétion séreuse ou à peine rosée. Et dans ce dernier cas, on peut ainsi s'expliquer la réapparition des gonocoques par le fait que la réaction trop intense amène une desquamation épithéliale forte, et que le milieu urétral voit sa constitution assez changée pour redevenir favorable à la culture des gonocoques.

De combien donc doit-on espacer les lavages, et quelle doit être la force de la solution employée ? Voilà les deux questions qui s'imposent.

Tout d'abord l'expérience nous a montré que pour un lavage fait avec une solution d'une force donnée, la réaction est d'autant plus intense que l'inflammation urétrale était plus vive ; mais qu'en revanche, elle durait d'autant plus longtemps, une fois produite, que la muqueuse du canal se rapprochait plus de l'état normal.

Cela nous conduit donc à cette conclusion : qu'il faut employer des solutions d'autant plus faibles que la maladie est plus aiguë, et qu'on peut éloigner les lavages d'autant plus que l'urètre est moins malade.

Quand à la quantité de solution à employer pour un lavage, l'expérience nous a également appris qu'un lavage rapide fait avec un demi litre d'une solution de permanganate à un deux millième, par exemple, ne produisait pas une réaction plus forte qu'un lavage long, difficile, fait en plusieurs reprises, avec une solution d'un litre à un quatre millième.

A priori même, il est clair qu'il est impossible de fixer des heures régulières auxquelles on doit faire les lavages, car il est des sujets chez lesquels la réaction est très fugace, tandis que chez d'autres elle dure très longtemps.

Cependant depuis quatre ans que M. Janet a établi cette méthode à Necker, après avoir modifié bien des fois depuis le début, les intervalles entre les lavages et la force des solutions à employer, il a fini par s'en tenir à des heures que je cite plus loin, et qui dans l'immense majorité des cas pourront être suffisantes, ou qui peuvent servir de basé au traitement, ainsi que les doses employées.

Je dirai d'abord que lorsqu'il s'agit de faire un lavage de l'urètre antérieur seul ; un demi litre de solution suffit. Quand on veut laver les deux urètres, il faut employer un litre de la solution, mais alors on se sert de doses un peu moins fortes, et pour ne pas irriter inutilement la muqueuse vésicale, et aussi parce qu'un lavage de l'urètre postérieur est toujours plus long

que celui de l'urèthre antérieur seul ; et que la réaction est d'autant plus forte. Pour un traitement abortif par exemple, M. Janet faisait autrefois des lavages toutes les cinq heures, aujourd'hui nous ne faisons plus que deux lavages par jour pour un traitement abordif, en ayant soin de faire celui du soir avec une solution faible.

Quand au traitement de la période aiguë ou sub-aiguë, un seul lavage par jour suffit grandement, à moins pourtant que l'acuité soit considérable, et alors il faudrait faire deux lavages, mais user de solutions faibles. La réussite de traitements en période très aiguë est fort difficile, et le mieux est encore d'attendre quelques jours et d'user des émollients.

Lorsque l'on est sûr, au début d'une uréthrite, que l'urèthre antérieur seul est malade, ce qui est loin d'être toujours le cas, on peut se borner à faire des lavages antérieurs seulement. Mais quelquefois l'infection a gagné sourdement l'urèthre postérieur, sans qu'il soit possible de s'en rendre compte, et on court alors le risque de faire un traitement qu'il faudra recommencer. Bien plus, au cours d'un traitement par lavages antérieurs seuls, l'infection peut gagner l'urèthre postérieur primitivement sain, et tout est à recommencer.

Je préfère donc, en général, faire dès le début le lavage des deux urèthres, ce qui, en somme, ne présente aucun danger, et a le seul inconvénient d'être un peu plus ennuyeux pour le malade.

Cependant si le malade est venu consulter dès le début, si en le faisant uriner dans deux verres, le dernier est absolument clair sans filaments, on peut se borner à des lavages de l'urèthre antérieur, en prenant tous les jours grand soin d'examiner la légère goutte qui doit se montrer le matin au méat. Si alors, après deux ou trois jours d'absence complète de gonocoques, il s'en montrait quelques-uns, il faudrait sans autres signes laver l'urèthre postérieur. A plus forte raison ; si au cours du traitement il se montrait des filaments dans le deuxième verre de l'urine, qu'on aura soin aussi d'examiner tous les jours.

Il ne faut pas en effet, pour affirmer qu'il n'y a pas de gonocoques, se contenter de les rechercher dans l'écoulement lui-même ; mais alors qu'il est si diminué qu'on ne peut presque plus en recueillir, il faut recommander au malade de venir le matin sans uriner, et faire alors l'examen des filaments de l'urine s'il y en a. Souvent alors quelques gonocoques viennent nous avertir qu'il ne fallait pas se réjouir trop vite d'une guérison encore incomplète.

Voici en tableaux, la formule des lavages dans les différentes périodes de la chaudepisse.

Je commencerai par les plus simples. C'est-à-dire celui de la période chronique de la chaudepisse, c'est-à-dire encore, quand l'écoulement est peu abondant ainsi que les gonocoques.

N^o 1. — Traitement de la blennorrhagie chronique. Il suffit ici d'un lavage par jour. On débutera par des doses d'autant plus élevées que l'urèthre est moins malade. Il n'y a souvent pas d'objection à commencer par des lavages à un deux millième, si ce n'est cependant la douleur causée au malade, et il vaut mieux en général commencer par un lavage à un trois millième, donc :

Premier jour	un lavage	1/3000	d'un litre
Deuxième jour	—	1/2000	—
Troisième jour	—	1/2000	—
Quatrième jour	—	1/1000	—
Cinquième jour	—	1/1000	—
Sixième jour	—	1/1000	—
Septième jour	—	ur. ant. 1/500 ur. post. 1/1000	1/2 litre 1/2 litre

Il est très facile de faire ces deux lavages différents. On remplit le récipient d'un litre avec une solution à un cinq centième, et on en emploie la moitié, puis on remplit avec de l'eau, et on en emploie encore une égale quantité.

Ces lavages, dans ces conditions, sont ceux qui réussissent le mieux et qui donnent le moins d'embaras. Il faut rarement plus de six ou sept lavages ; et on pourrait obtenir des guérisons en moins de temps.

Vient maintenant le traitement de la période aiguë. Car celui de la période subaiguë de la maladie, est en tout le même que celui de la période chronique, si ce n'est cependant qu'il faut débiter avec des doses un peu plus faibles, un quatre millième par exemple, et faire une dizaine de lavages au lieu de sept.

La période aiguë peut se diviser en deux catégories. Celle d'augment et celle de déclin.

Or, il existe entre les deux une grande différence au point de vue du traitement. Tandis que celle du déclin est relativement facile à guérir ; celle d'augment au contraire présente de très grandes difficultés, et il faut bien se garder dans ce cas de promettre la guérison, si tant est qu'on entreprenne le traitement. Ainsi un malade en est au quatrième jour de sa blennorrhagie, le méat est déjà gonflé, l'écoulement abondant et les douleurs vives en urinant. Voilà un traitement qui demande pour

être guéri non seulement des soins très attentifs, mais encore une grande habileté de la part de l'opérateur, et une grande sûreté de main ajoutée à l'expérience des lavages.

Le mieux est donc de ne pas entreprendre la guérison d'un tel cas par les lavages immédiats.

Au contraire, voilà un malade qui en est à la troisième semaine de son urétrite ; l'écoulement peut être plus abondant que chez le malade précédent, et la douleur peut être notable au moment de la miction, mais le malade souffre beaucoup moins qu'il y a quelques jours, enfin la maladie a l'air de s'améliorer. On peut commencer immédiatement les lavages, ou si le malade est venu consulter l'après-midi, le renvoyer au soir, entre huit ou neuf heures pour son premier lavage, si toutefois le malade ne prend pas de santal ou autres balsamiques, et n'en a pas pris depuis au moins quatre jours. Nous sommes ici dans une période qui réclame deux lavages par jour, pendant au moins trois ou quatre jours, quelquefois plus longtemps, si la maladie a l'air de céder difficilement. Voici :

	Matin 8 h.	Après-midi 2 h	Soir 8 h.
	—	—	—
Premier jour.....			1/4000
Deuxième jour 1/4000.....			1/4000
ou 1/3000.....			
Troisième jour 1/3000.....			1/4000
Quatrième jour 1/2500.....			1/4000
Cinquième jour.....		1/2000.....	
Sixième jour 1/2000.....			1/4000
Septième jour.....		1/1000.....	
Huitième jour.....		ur ant. 1/500	
		ur. post. 1/1000.....	

Le cinquième jour, on fait un lavage l'après-midi — parce qu'on peut déjà commencer à espacer un peu plus les lavages — mais pas encore de vingt-quatre heures. C'est pourquoi le sixième jour on fait encore deux lavages. — Il faut être prévenu que la guérison est plus difficile à obtenir que pour la période chronique — et, pour peu que la réaction séreuse n'ait pas été parfaite, continuer les lavages — jusqu'à douze ou quatorze — On peut faire les deux derniers à $\frac{1}{5000}$ pour l'urètre ant. — et à $\frac{1}{10000}$ pour l'urètre post. Il faudrait même faire deux ou trois lavages à deux jours d'intervalle, si l'on avait entrepris la période aiguë d'augment. Et encore ne serait-on pas assuré d'une guérison parfaite.

Reste maintenant à décrire le traitement abortif qui diffère

fort peu du précédent — et qui est plus facile en ce sens que la guérison est plus assurée. Si l'on a la chance de commencer le traitement à cette période où il y a surtout des cellules épithéliales dans l'écoulement qui est purulent ; si le méat quoique rouge ne présente aucun gonflement, on peut assurer une guérison facile.

Comme à cette période, la maladie fait rapidement des progrès vers une période de moins en moins répressible, il faut commencer le traitement à l'heure même où le malade vient consulter :

Done à l'heure de la première visite :

	Matin 8 h.	Après-midi 2 h.	Soir 8 h.
Premier jour.....		1/4000.....	1/4000
Deuxième jour	1/3000		1/4000
Troisième jour	1/2000.....		1/4000
Quatrième jour.....		1/2000.....
Cinquième jour	1/2000		1/4000
Sixième jour.....		1/2000.....
Septième jour.....		1/1000
Huitième jour.....		} ur. ant. 1/500
		} ur. post. 1/1000

Quelle que soit la période à laquelle on a traité le malade, une fois la série de lavage finie, on lui conseille de continuer à obturer son méat, et surtout de l'examiner avec grand soin. Si la guérison est parfaite, il ne voit rien, et il se borne à revenir au bout de huit jours, où on lui fait un lavage de l'urèthre antérieur avec une solution de nitrate d'argent à un deux millième. (Réaction de Neisser.)

Si dans un léger écoulement il y a quelques gonocoques, on fera encore quelques lavages au permanganate.

— Mais souvent, surtout après un traitement de la période aiguë, il n'en est pas ainsi, et le malade, deux ou trois jours après la cessation des lavages, voit une légère goutte blanchâtre apparaître au méat. On lui a donné le conseil de revenir aussitôt, et sans perdre un instant, après avoir recueilli la goutte pour l'examiner, on fait un lavage au permanganate à un millième, pendant deux ou trois jours.

Si au lieu de revenir de suite, le malade leurré d'un vain espoir, a attendu quelques jours, il voit la maladie revêtir une forme très aiguë, et lorsqu'il se présente de nouveau, il est trop tard pour commencer des lavages ; il faut le mettre aux émoullients et aux antiphlogistiques. Je reviendrai dans un instant sur ce sujet.

Mais enfin le malade n'a rien vu, il n'y avait pas de gonococques après la réaction de Neisser ; tout n'est pas fini, et il faut donner au malade des conseils qu'il devra suivre sous peine de voir son urèthre s'infecter secondairement, ce qui je dois le dire arrive assez souvent par la négligence des malades.

On lui recommandera donc de continuer d'obfurer son méat pendant encore une semaine ou deux, et de se laver une ou deux fois par jour avec une solution de sublimé à un quatre millième.

On lui déconseillera le coït pendant une quinzaine au moins, et mieux un mois ; et on lui recommandera, s'il voit une femme, de faire ensuite une sérieuse désinfection du gland et du méat avec la même solution que précédemment. Et même il vaudrait mieux coïter en condom.

Si le malade suit ces instructions, il obtiendra une guérison parfaite et durable, et verra son canal dans un état aussi avantageux qu'avant toute maladie.

Mais souvent le malade oublie ou néglige ces précautions, et peu de temps après avoir cessé le traitement, il revient avec une goutte jaunâtre, avouant un coït au moins. Le plus souvent pour ne pas dire toujours, il n'y a dans l'écoulement que des microbes secondaires, recueillis dans le vagin, visité, et quelques lavages, (souvent un seul) au sublimé de un vingt millième à un dix millième, guérissent cette réinfection.

Voilà pour les cas ordinaires. Mais ce ne sont pas toujours des malades dans ces conditions qui se présentent à la consultation. J'ai parlé au commencement d'écoulements sans gonococques, et d'écoulements mixtes. Or, contre des microbes autres que le gonocoque, le permanganate est notablement inférieur aux autres antiseptiques, et notamment au sublimé ; il favorise même les infections uréthrales secondaires, par la réaction séreuse qu'il produit, et qui est pour les différentes bactéries et micrococques un excellent milieu de culture, à l'inverse de ce qu'il est pour le gonocoque.

Si donc un malade se présente avec un écoulement à bactéries, la chose est tout simple, et il faut le traiter par le sublimé.

Mais si l'écoulement est mixte, s'il y a par exemple une cystite à staphylocoques en même temps qu'une uréthrite à gonococques, il est indiqué d'agir sur la cystite tout aussi bien que sur l'uréthrite. Or dans ce cas, M. Janet a retiré de grands avantages de l'union médicamenteuse du sublimé et du permanganate. Ces deux médicaments mis en présence dans une solution, ne se

nuisent aucunement et si le sublimé subit une décomposition partielle, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours ; or rien n'est plus facile que de faire le mélange au moment même du lavage. On obtient ainsi rapidement la guérison de la cystite et de l'uréthrite secondaire ; quand au gonocoque il ne souffre aucunement de cette association médicamenteuse. Il y a donc tout avantage.

Voilà ce que j'écrivais en 1894. Depuis lors j'ai continué l'emploi des lavages antiseptiques dans le traitement des uréthrites de toutes sortes. J'ai continué, comme j'en avais pris l'habitude à Necker, à prendre les observations de mes malades et à faire l'examen microscopique de la sécrétion chaque fois que le cas était douteux. — J'ai fait usage tour à tour des différents antiseptiques pour ces lavages. — J'ai également employé systématiquement, avec la meilleure foi possible et dans les séries de 7 ou 8 malades, les lavages à l'eau pure.

Ces différentes expériences m'ont ramené aux conclusions que j'énonçais en 1894, à savoir que, dans le traitement de l'uréthrite à gonocoques, les solutions de permanganate jouissent d'une puissance beaucoup supérieure à celles des autres solutions antiseptiques. Et qu'au contraire, dans les uréthrites ou les cystites à staphylocoques ou à bactéries pyogènes, le permanganate est inférieur au sublimé, et même à la formoline en solution à un pour mille ou deux mille, qui m'a donné d'excellents résultats.

Depuis que j'ai quitté l'hôpital, je me suis convaincu qu'il est bien plus malaisé de conduire un traitement à bonne fin dans la pratique de ville que dans le service clinique et — cela pour des raisons multiples — dont la première est que les besoins de la clientèle empêchent le médecin d'être régulièrement, et toujours, à des heures fixes, au poste pour faire les lavages et que même, étant assez souvent appelé hors de la ville pour un jour ou deux, les traitements en bonne voie de guérison, se trouvent forcément interrompus et le succès gravement compromis, sinon tout-à-fait.

Aussi suis-je devenu, avec le temps, de moins en moins audacieux. Si j'entreprends encore sans hésiter les traitements abortifs quand le malade se présente assez au début de son écoulement, je refuse catégoriquement toute intervention par les lavages chez un malade qui m'arrive en pleine période aiguë. J'en suis presque arrivé à suivre les sages et prudents conseils de Diday. Et si je n'attends pas que la sécrétion soit tout-à-fait blanchâtre et filante sous le doigt, j'attends au moins que la douleur soit tout-à-fait disparue pendant l'érection et que les gonocoques soient beaucoup moins nombreux et se présentent en des colonies irrégulières. A ce prix, j'obtiens des guérisons assez rapides, c'est-à-dire, en dix jours de traitement. Et ces précautions me sauvent la peine d'avoir à recommencer la série des huit ou dix lavages pour les avoir faits trop tôt.

J'ai voulu reproduire un passage de ma thèse parce que mon honorable confrère le docteur Lozé prétendait, dans le dernier numéro de LA CLINIQUE (p. 257) qu'il n'y avait jamais eu de méthode dans l'emploi des lavages. Il m'a paru que nous en avions une à Necker en 1894, et comme monsieur le docteur Lozé jugeait à propos de supprimer toute bibliographie, j'ai cru qu'il serait bon de réparer un peu cette lacune.

Et si j'en ai fait ainsi, c'est surtout pour ne pas laisser croire que dans le service de mon vénéré maître Guyon, l'on faisait les choses à la diable, alors que nulle part ailleurs la méthode n'est autant honorée, et si bien enseignée que dans le service de celui qui l'aurait inventée si elle n'eût existée déjà.

J'aurais voulu pouvoir traiter en détail certains points sur lesquels la pratique de M. le docteur Lozé diffère de celle de Necker. Le temps et l'espace me manquant, je n'en dirai que peu de chose.

Je veux seulement attirer l'attention sur ce fait que, si l'action des lavages est surtout mécanique et si leur but

est de nettoyer la muqueuse, il n'y a aucun avantage, au contraire à laisser couler un jet continu avec une canule qui présente une encoche, mais que les lois de la mécanique sont les mêmes dans le canal qu'ailleurs. On comprendra facilement que les remous causés dans le canal par la distension et le désemplissage alternatifs laveront mieux et auront plus de chance d'enlever les sécrétions adhérentes au parois que le simple et tranquille courant proné par M. le docteur Lozé.

Et que le praticien se rassure. Depuis six ans que j'ai pratiqué les lavages, je n'ai jamais vu un seul accident résultant de la distension de l'urèthre que j'ai souvent obtenue en élevant le récipient à 1 m. 75 au dessus du méat, soit près de six pieds.

M. le docteur Lozé dit encore que l'action antiseptique des lavages est nulle et que, par conséquent, l'eau bouillie est aussi avantageuse que les solutions médicamenteuses. Il suffira de quelques essais pour démontrer à tout praticien que cet avancé est quelque peu exagéré. Pour M. le docteur Lozé, les antiseptiques sont dès lors indifféremment et également utiles ou inutiles. A mon grand regret je diffère encore d'opinion sur ce point. Et si l'on veut prendre la peine de bien observer les effets du permanganate de potasse sur la muqueuse uréthrale, on verra qu'ils diffèrent complètement de ceux produits par les autres antiseptiques.

Le retour à la sonde (appareil Reliquet) pour le lavage de l'urèthre postérieur, loin d'être un progrès, nous ramène au contraire à plus de dix ans en arrière, puisque, depuis 1887 nous connaissons l'innocuité absolue des lavages de la vessie *sans sonde*.

Et quand aux dangers des solutions antiseptiques un peu fortes, comme celle de permanganate au millième et même au cinq centième, j'affirme qu'elle est chimérique, autrement j'en aurais, au moins une fois, constaté les mauvais effets. Il suffit seulement d'employer ces solutions

avec méthode, ainsi que cela se pratique à Necker depuis six ans et plus et l'on peut être assuré qu'on ne verra se produire que la guérison.

Il va sans dire que chez les vieillards, chez les prostatiques, chez les rétrécis, les règles générales subissent des modifications en rapport avec les conditions particulières. Je me réserve de revenir plus tard sur toutes ces questions.

CLINIQUE CHIRURGICALE

**Quelques conseils pratiques pour l'administration
du chloroforme**

PAR

M. le Professeur BERGER

(Suite)

Sitôt que la tache de chloroforme commence à sécher et que l'odeur de chloroforme s'atténue, j'en verse une nouvelle quantité sur la face supérieure de la compresse que je retourne aussitôt. Règle absolue : Le chloroforme doit être administré d'une manière continue pendant les premières périodes de la chloroformisation ; il doit être administré avec intermittences régulières et réglées à partir du moment où on est arrivé à la période de tolérance anesthésique et où le malade est dans l'anesthésie et la résolution.

Suivons donc l'observation des phénomènes déterminés par l'administration du chloroforme et cette administration elle-même par les diverses périodes de chloroformisation.

L'administration du chloroforme passe par trois périodes successives qui sont : la période du début, la période d'excitation, la période de résolution ou de tolérance.

Période du début.—Pour qu'une chloroformisation soit régulière et vraiment bonne, cette période ne doit être marquée par aucun phénomène appréciable, par aucune modification de l'état physiologique ; c'est ce qui arrive quand on se sert de bon chloroforme et qu'on l'administre bien. A mesure qu'on rapproche la compresse de la bouche et qu'on resserre la chloroformisation, le malade se plaint néanmoins un peu de l'odeur : « Que c'est mauvais ce que vous me donnez-là »... il cherche à détourner la tête ; s'arrête parfois de respirer pour faire des inspirations précipitées comme s'il voulait hâter l'action de l'anesthésique ; il s'étonne, s'inquiète de ne pas dormir encore. Il faut le calmer par quelques paroles, l'assurer qu'il va être endormi sans qu'il s'en aperçoive ; on l'interroge de temps en temps ; « entendez-vous

du bruit ?... « J'entends des cloches, j'entends le bruit des voitures, oh ! quel sifflement... » Le malade va passer à la période d'excitation ; les hallucinations ou plutôt les sensations subjectives de l'ouïe, si variables mais presque constantes, en sont le signe certain. Jusque là, le pouls a été émotionnel, fréquent le plus souvent, le visage nullement modifié, les yeux fermés volontairement et s'ouvrant par intervalles ; mais la scène est parfois bien différente.

La période du début, dont la durée est d'ailleurs des plus variables, qui, par exemple, est toujours plus longue chez les personnes nerveuses, peut présenter des difficultés qu'on a parfois jugées insurmontables, qui peuvent être le présage des accidents les plus graves et qui, toujours ou presque toujours, tiennent à ce qu'on emploie de mauvais chloroforme ou à la mauvaise manière dont on administre l'anesthésique.

Ce sont d'abord des défenses : le malade se refuse à respirer, retient son souffle, puis, n'en pouvant plus, il cherche à détourner la tête ; on la maintient, il essaye de se dégager en donnant de violentes secousses de droite et de gauche, en se soulevant, en se débattant ; il est pourpre, les veines du cou se gonflent, il asphyxie pendant que des aides l'immobilisent et qu'on lui maintient de force la compresse de chloroforme sur le nez ; on croit qu'il est à la période d'excitation ; il n'en est rien, il n'est qu'au début, mais trop brusquement saisi par le chloroforme, se refusant à le respirer et ne pouvant respirer autre chose, il se défend et il asphyxie.

Avec ou sans ces phénomènes tumultueux, on voit des sujets qui, dès les premières inspirations, se mettent à tousser ; cette *toux* qui s'accompagne de congestion de la face, puis de gonflement des jugulaires, parfois de cyanose, est produite le plus souvent par une accumulation de liquide qui encombre le pharynx et probablement l'entrée des conduits aériens eux-mêmes. Il y a de la salivation et en même temps de l'hypersécrétion bronchique.

J'ai vu celle-ci prendre des proportions redoutables chez des malades atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires et qu'il fallait endormir pour une opération. Cette hypersécrétion, qui est le résultat de l'action irritante du chloroforme et surtout des mauvais chloroformes, peut se produire sans toux, sans défense apparente ; elle se continue alors pendant une bonne partie ou même toute la durée de la chloroformisation.

Les difficultés de cet ordre, la gêne de la respiration, la surcharge veineuse qui en est la conséquence, le surcroît de tâche

imposée au cœur, sont les conditions les plus propres à produire des accidents immédiats ou éclatant plus tard seulement, la syncope cardiaque ou respiratoire. Aussi ne puis-je trop insister sur la nécessité de les éviter à tout prix.

Un autre incident qui retarde les débuts de la chloroformisation, mais qui n'a pas la même importance, ce sont les *vomissements* qui surviennent si fréquemment chez les personnes nerveuses et chez les enfants ; il faut interrompre l'administration du chloroforme quand ils se produisent, dégager, avec une éponge montée, le pharynx et la bouche des matières qui s'y sont accumulées et reprendre la chloroformisation aussitôt que possible.

J'ai dit que presque toujours les difficultés du début tiennent à ce qu'on emploie de mauvais chloroforme ou qu'on l'administre mal ; je n'en finirais pas si je voulais en donner des exemples : j'ai vu un enfant, fils d'un de mes collègues, à l'opération duquel j'assistais comme ami, rester trois quarts d'heure à asphyxier et à se défendre sans absorber même le chloroforme ; je pris le flacon ; il exhalait une odeur d'éther chloroxycarbonique qui vous saisissait à la gorge ; je ne dis qu'un saut chez le pharmacien le plus voisin où je pris du chloroforme très ordinaire ; dix minutes après, l'enfant dormait tranquillement. Ce sont ces accidents qui ont fait naître la légende des malades qui ne peuvent être endormis. Il y a une douzaine d'années, un de mes collègues et meilleurs amis me suppliait de venir lui prêter mon concours à Cannes pour une dame sur laquelle il devait pratiquer le matin même une ovariectomie et qu'il avait dû renoncer à endormir après une heure et demie de luttés et d'accidents les plus inquiétants. Je me rendis à son appel ; arrivé dans l'après midi du lendemain, je voyais la malade toute rassurée déjà par la compétence spéciale qu'elle me supposait en la matière, plus rassurée encore quand je lui présentai mon chloroforme comme le meilleur du monde. Le lendemain je l'endormis sans aucune difficulté, mon collègue l'opéra, elle vit encore aujourd'hui. N'employez que d'excellent chloroforme, présentez-le au malade avec ménagement, sans brusquerie et sans surprise et vous serez étonnés de la facilité avec laquelle vous verrez celui-ci l'accepter.

La période d'excitation est, comme je viens de le dire, presque toujours annoncée par des sensations subjectives de bourdonnements, de sifflements, de son de cloches ; elle se subdivise en deux temps qu'il importe de distinguer avec soin : le premier, celui de l'*excitation loquace* que j'appelle aussi *excitation consciente*, manque souvent ; il est caractérisé par un besoin de parler, qui

dégénère parfois en un délire loquace où les émotions tristes, tendres, religieuses ou violentes prédominent suivant la nature du sujet ; c'est ce moment que redoutent certains malades qui savent que *l'on cause* sous l'influence du chloroforme ; les nerveux surtout, et par conséquent les femmes, y sont plus disposés que les autres ; mais il appartient au chloroformisateur d'en abrégier la durée ou même de supprimer entièrement cette phase en hâtant un peu l'administration de l'anesthésique. Pendant cette agitation, la face est animée, l'œil brillant, le pouls rapide ; le malade entend encore parfaitement ce qu'on lui dit, il répond, il n'est pas anesthésié, il possède tous ses reflexes ; peu à peu l'agitation loquace se perd dans un parlotement, dans un bredouillement confus ; puis elle cesse ; le sujet ne semble plus réagir sous les excitations, il paraît endormi ; il n'est que dans l'assoupissement chloroformique ; la véritable excitation ne s'est pas encore produite.

Celle-ci est l'*excitation inconsciente qui ne manque jamais*, mais qui est parfois si fugace qu'elle peut passer inaperçue ; on voit tout à coup le malade soulever la tête, faire comme un effort pour se relever ; à ce moment, d'ordinaire, la face est congestionnée, l'œil fixe, la respiration s'arrête ou est laborieuse ; il y a comme une contraction généralisée qui porte le corps dans la flexion en avant ; les membres aussi sont roides ; puis après quelques secondes, quelques minutes de cette sorte de tétanisation, le malade retombe doucement en arrière, la face pâlit, la respiration régulière se rétablit par quelques inspirations profondes, les membres, tous les muscles se relâchent, le malade est dans la résolution, il est endormi.

La constatation de cette période d'excitation inconsciente, caractérisée par le *soulevement de la tête*, est peut-être celle qui a le plus d'importance dans toute la durée de la chloroformisation ; elle est un point de repère précis qui permet d'annoncer que la résolution chloroformique n'est pas encore obtenue ou qu'elle va se produire. Elle se confond parfois avec la période d'excitation loquace ou du moins elle lui succède immédiatement ; le soulèvement de la tête ou du tronc se produisent, tandis que la malade se livre à une agitation désordonnée et tumultueuse ; il importe d'attendre ce moment et de le surprendre au passage ; tant qu'on n'a pas vu cette contraction se produire, le malade peut être insensible, assoupi, on ne peut être sûr qu'il est véritablement endormi.

C'est cette période d'excitation, surtout celle d'excitation inconsciente qui est le moment vraiment critique pour les alcoolis-

ques ; chez eux, elle acquiert une durée et une intensité souvent incroyables ; elle dégénère parfois en un véritable accès d'alcoolisme aigu. Elle présente dans ces conditions des dangers réels à cause de l'irrégularité, des arrêts de la respiration, de la fatigue du cœur, de l'atteinte des centres nerveux qui l'accompagnent ; pour l'abrèger, pour en éviter les dangers il faut forcer les doses de chloroforme, ce qui n'est pas sans grands inconvénients, car plus l'excitation est longue et violente, plus les limites de la période de tolérance seront resserrées et on peut craindre de les dépasser et d'arriver aux phénomènes d'intoxication et de surcharge chloroformique, sans que le malade ait passé, en apparence du moins, par la période de la résolution.

Surveillez donc la roideur musculaire, surveillez ce soulèvement caractéristique de la tête qui vous annoncera que la résolution et l'anesthésie sont prochaines, qui vous avertissent aussi que l'instant le plus difficile et parfois vraiment périlleux de la chloroformisation est arrivé.

Nous voici à la période de résolution ou de tolérance : c'est dans ces limites qu'il va falloir maintenir le sujet pendant toute la durée de l'opération qui peut désormais commencer. Vous avez tous présent devant les yeux l'aspect du malade endormi, les membres relâchés, la tête tombante, la face pâle, la bouche entr'ouverte, les yeux clos d'abord, puis ouverts ensuite et laissant voir les globes oculaires fixes ou animés de mouvements lents d'oscillation, les pupilles contractées, la convergence des axes optiques abolie. La respiration est large et calme, le pouls lent et bien frappé. On soulève les membres, ils retombent lourdement ; les excitations cutanées, le pincement, la piqûre ne déterminent plus ni douleurs ni mouvements.

Le malade est endormi, il ne s'agit plus que de le maintenir dans cet état d'anesthésie et de résolution musculaire pendant toute la durée de l'opération, *d'entretenir la chloroformisation* en évitant, d'une part, la *surcharge chloroformique* et les accidents qui en dépendent, de l'autre, le *réveil*, limites entre lesquelles doit osciller désormais la chloroformisation en se tenant toujours plus rapprochée de la seconde que de la première.

Pour cela, l'on modifie complètement le mode d'administration du chloroforme et l'on *procède par intermittences*, supprimant la compresse chargée de chloroforme pendant un nombre d'inspirations dont la proportion est augmentée ou diminuée suivant que la contestation rigoureuse des phénomènes que présente la malade vous apprend qu'il se rapproche davantage de la limite des acci-

dents ou qu'il tend à se réveiller. Je donne le conseil de commencer par supprimer le chloroforme régulièrement pendant deux ou trois inspirations sur sept, en interrogeant avec soin tous les caractères qui doivent renseigner sur la marche de l'anesthésie, et d'augmenter progressivement la proportion des inspirations sans chloroforme jusqu'à ce que les premiers signes du réveil se manifestent ; on diminue alors les intermittences et par tâtonnements, en quelque sorte, on arrive à reconnaître ainsi la dose de chloroforme à laquelle il faut maintenir le malade.

Il faut donc avoir l'attention constamment fixée sur les phénomènes qui annoncent, soit le commencement de la surcharge chloroformique et les abords de la zone dangereuse, soit l'imminence du réveil.

Les caractères qui indiquent la *surcharge chloroformique commençante* sont la pâleur qui devient livide, qui gagne les muqueuses, qui s'accompagne parfois d'une teinte grisâtre, signe du début de l'asphyxie. La coloration du visage doit, à chaque instant, préoccuper le chloroformisateur ; quand la pâleur gagne les muqueuses et s'accompagne de cette teinte grisâtre, il faut suspendre absolument et tout de suite le chloroforme.

La respiration dans la chloroformisation poussée trop loin devient d'abord stertoreuse ; elle est gênée par l'accumulation de la salive et des mucosités dans le pharynx, ainsi que par le refoulement passif de la langue ; l'usage de la pince à langue qui doit être appliquée dès que ce phénomène se manifeste, l'abstersion du pharynx qu'on débarrasse du liquide qui l'encombre avec une éponge montée, suffisent à faire disparaître cette double cause de gêne respiratoire sans qu'il soit nécessaire pour cela de suspendre la chloroformisation ou d'augmenter le nombre des intermittences. Il en est autrement quand la respiration devient superficielle, quand elle cesse d'être thoracique pour être uniquement abdominale, quand l'inspection seule de l'épigastre permet d'en reconnaître le mouvement rythmique. Il faut également tenir grand compte du relâchement complet des muscles des joues et des lèvres qui fait que le malade *fume la pipe* en respirant ; ce signe indique que la résolution est arrivée à ses dernières limites.

L'examen des réflexes mérite toute notre attention ; le réflexe palpébral sur lequel je vais revenir tout à l'heure est complètement aboli ; il en est de même du réflexe maxillaire ; les réflexes vasculaires tendent à diminuer ; je ne saurais trop insister sur la constatation de ce caractère qui doit être recherché à chaque instant. En pinçant modérément la lèvre ou la joue, on doit voir une

coloration vermeille succéder aussitôt à la pâleur momentanée causée par la pression des doigts ; si cette réaction est peu marquée ou incertaine, que l'on se méfie ; il y a une atteinte bulbaire imminente ; il faut suspendre les inhalations : à plus forte raison, quand se manifeste la perte de tonicité du sphincter anal, dont on est averti par l'émission de gaz ou par l'évacuation de matières liquides par l'anus ; cette paralysie des sphincters indique que l'action du chloroforme a été poussée au delà des limites où elle doit se maintenir. Je ne parle pas de la faiblesse, de la mollesse et des irrégularités du pouls, de la dilatation de la pupille qui s'installe graduellement, de l'altération grave du rythme respiratoire caractérisée par des périodes d'apné auxquelles succèdent des inspirations saccadées rappelant le type de Cheyne-Stokes : il s'agit là non plus des caractères physiologiques d'une anesthésie un peu trop profonde, mais des symptômes d'un empoisonnement commençant qu'on ne devait jamais laisser se produire et qui commandent impérieusement la suppression momentanée mais totale de l'anesthésique quand ils se montrent.

Les signes qui annoncent *le réveil* se tirent de l'examen de la sensibilité, de la contraction musculaire, des réflexes et principalement du réflexe palpébral, des vomissements et de l'état de la pupille.

Une *dilatation pupillaire* brusque est presque toujours le signe d'un réveil imminent ; très souvent, elle s'accompagne ou est suivie presque immédiatement de vomissements.

Comme la *dilatation pupillaire est un signe important, qui pourrait révéler l'imminence d'une syncope*, il y a lieu d'observer avec soin tous les autres caractères quand on la voit se produire ; presque toujours, on peut alors constater que les réflexes oculaires, qui étaient abolis, sont de nouveau perceptibles, que les mâchoires sont serrées, la face plutôt colorée, le pouls rapide ; les efforts de vomissements qui viennent s'ajouter à cet ensemble ne peuvent laisser aucun doute sur l'imminence du réveil.

Le véritable guide dans la période de résolution est la constatation des réflexes et surtout du *reflexe palpébral*. Dans l'anesthésie profonde, en touchant légèrement la cornée ou même la sclérotique du doigt, on ne voit plus se produire cette contraction de l'orbiculaire, ce clignement réflexe que ce contact provoque normalement ; dès que le sujet tend à sortir de la période d'anesthésie et qu'il marche vers le réveil, le réflexe palpébral réapparaît ; mais il ne faudrait pas donner à ce signe une valeur absolue ; il comporte des causes d'erreur : tout d'abord, il est des personnes

chez lesquelles le réflexe palpébral est peu marqué, même à l'état normal ; les hystériques présentent souvent cette particularité à laquelle il faut toujours songer quand on endort les femmes ; puis, à force de rechercher le réflexe, on finit par fatiguer la sensibilité cornéenne en quelque sorte ; la contraction palpébrale cesse de se produire par le contact d'une des cornées tandis qu'on la voit se manifester si l'on touche l'autre globe oculaire dont l'excitabilité réflexe a été plus ménagée. Enfin, j'ai vu des sujets en petit nombre qui, quoique profondément endormis, conservaient encore leur réflexe cornéen. Il en est de ce signe comme de tous les autres, en matière de chloroformisation ; ce n'est pas sur un caractère qu'il faut se régler mais sur un ensemble ; ce n'est pas un phénomène, ce sont tous les actes physiologiques intéressés par l'agent anesthésique, qu'il faut interroger avec le plus grand soin et c'est pour cela que le chloroformisateur n'a pas trop de tous ses sens et de toute son attention.

Le réveil de contraction musculaire et surtout de la contraction des mâchoires, la réapparition de la sensibilité ne laisseront aucun doute sur la proximité du réveil ; quelques mots encore sur ce sujet.

Le réveil, le retour de la sensibilité et même de la connaissance peuvent être lents et graduels ; tel malade, que l'on croyait profondément endormi, commence tout à coup à se plaindre, à parler, il reconnaît les gens qui l'entourent. Cela a lieu le plus souvent quand d'un temps de l'opération le chirurgien passe à un autre sans que l'anesthésie ait été suffisamment entretenue ; quand, par exemple, des parties profondes, essentielles de l'opération on passe aux sutures. La sensibilité des parties s'était peu à peu émoussée et l'anesthésie pouvait se maintenir avec une dose insignifiante de chloroforme ; tout à coup une excitation douloureuse d'un genre tout différent porte sur une zone nerveuse qui jusqu'alors était en repos ; elle suffit pour arriver aux centres nerveux et y réveiller la conscience qui n'était plus suffisamment abolie. Il en est de même quand, dans les opérations abdominales par exemple, les excitations passent du domaine des nerfs rachidiens à celui du grand sympathique et réciproquement. Les réflexes abolis, la sensibilité même peuvent se réveiller brusquement : au moment où le chirurgien introduit la main dans le ventre on voit la pupille se dilater et les vomissements se produire ; inversement, à la fin d'une laparotomie où elle semblait profondément endormie, la malade se réveillera et manifestera de la sensibilité quand on en viendra à la suture de la peau. Il importe

de tenir grand compte de cette considération dans la recherche et dans l'interprétation des données qui fournissent à notre appréciation les phénomènes réflexes et l'abolition de la sensibilité pendant la chloroformisation.

C'est en se guidant sur l'observation continuelle, minutieuse et complète de ces phénomènes que le chloroformisateur pourra maintenir le malade dans les limites de la période de tolérance sans le laisser se réveiller et sans lui permettre d'atteindre la limite où se montrent les signes précurseurs des accidents. C'est par tâtonnements, en augmentant ou en diminuant les doses, en rendant plus fréquentes ou plus rares les intermittences qu'il y parviendra.

Il faut, dans la période de résolution, se rappeler que les doses de chloroforme s'accumulent dans une certaine mesure : aussi, lorsque la chloroformisation se prolonge, on obtient des effets plus considérables avec des doses relativement faibles. Les limites de la période de tolérance entre lesquelles doit se mouvoir l'administration du chloroforme se resserrent, et l'on arrive plus facilement à la surcharge chloroformique et aux accidents. Il est juste d'ajouter qu'avec quelques gouttes, versées de temps en temps sur la compresse, on peut entretenir pendant un temps fort long une anesthésie complète. Il n'en est pas moins vrai que quand une chloroformisation dure très longtemps la distance qui sépare le réveil de la limite des accidents paraît devenir moins étendue : l'administration du chloroforme demande donc une attention et un soin d'autant plus grands que la durée de l'anesthésie est plus considérable.

Je n'ai voulu, dans ces considérations, envisager que les cas ordinaires ; il est bien des circonstances particulières qui doivent faire modifier les règles que je vous donne : tel est le cas des opérations qui se pratiquent sur la face ou dans les régions voisines. Je ne puis non plus absorber dans ces courts développements l'étude des accidents du chloroforme et des moyens qu'il faut leur opposer. Mon but a été de vous rappeler que l'administration du chloroforme est un acte chirurgicale qui doit se conformer à des règles précises et à des principes dont je veux en terminant résumer les principaux :

1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'économie.

2° S'il en est un dont l'observation doive primer tous les autres ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respi-

ration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents ; *cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.*

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale ; jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

3° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sur, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

4° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

5° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation, il doit être donné avec des intermittences réglées dans la période de tolérance.

6° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

7° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

8° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

9° Avant toutes choses enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, je n'affirme pas qu'on n'observera jamais d'accidents, mais je crois que ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir.

LE BACILLE DE L'INFLUENZA

PAR

M. E. CALMETTE

Médecin-Major de 1^{re} classe

La grippe ou influenza est une affection spécifique due à un microorganisme localisé sur les muqueuses des voies aériennes et y sécrétant, selon toute vraisemblance, une toxine qui se diffuse dans l'organisme et y exalte la virulence des germes déposés dans ses différents points. Cette définition répond, dans l'état actuel de la science, aux données cliniques et épidémiologiques sur lesquelles repose toute l'histoire de la grippe. Nous savons, en effet, que la grippe est une affection essentiellement polymorphe dans ses symptômes, se manifestant tantôt par des lésions des voies respiratoires, broncho-pneumonies, pleurésies, tantôt par des inflammations du myélocéphale et de ses enveloppes, tantôt enfin par des irritations du tube gastro-intestinal avec phlegmasies des viscères abdominaux. Mais, dans toutes ses manifestations, la grippe reste une maladie infectieuse frappant à la fois un grand nombre de personnes et constituant, suivant l'expression de L. Colin, le type des épidémies à expansion indéfinie et à densité considérable.

I

Les recherches bactériologiques que les divers observateurs ont poursuivies sur l'infection grippale, recherches dont nous allons donner un aperçu succinct à nos lecteurs, correspondent aux deux points de vue suivant lesquels on l'a considérée. Cette maladie était-elle une affection catarrhale à germes multivoques, à virulence conditionnée par des tissus déjà frappés dans leur vitalité? Ou bien avions-nous affaire dans l'influenza à une affection spécifique due à un germe toujours identique à lui-même? C'est cette dernière conception qui tend à s'imposer aujourd'hui. Mais il n'est pas inutile de passer en revue les divers agents que les bactériologistes ont trouvé dans les organes et les produits de sécrétion des influenzés avant la découverte du bacille de Pfeiffer.

II

Ce sont surtout des streptocoques qui ont attiré l'attention des observateurs dans les humeurs ou dans les tissus des malades. Vaillard et Vincent, dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux (1890) ont insisté sur la fréquence du streptocoque dans les épanchements pleuraux consécutifs à la grippe. Le pneumocoque a été incriminé par Weichselbaum, Kirchner et Nikiforoff. Mais ces microorganismes sont les hôtes habituels de nos organes, tantôt y vivant à l'état de saprophytes, tantôt devenant virulents sous des influences mal déterminées : les streptocoques, en particulier, se rencontrent fréquemment dans les infections les plus diverses qu'ils contribuent, d'ailleurs, à aggraver ; ils nous apparaissent comme des coefficients d'infection. Leur présence dans les exsudats du pharynx, des bronches et dans les liquides pleuraux des malades atteints d'influenza, doit nous avertir que l'économie est sous le coup d'une intoxication aiguë ; elle n'a pas d'autre portée.

III

L'élément prépondérant qui intervient dans l'étiologie de la grippe est un cocco-bacille décrit par Pfeiffer dans trois mémoires dont deux ont paru dans la *Deutsche medicin Wochenschrift*, 1892, et la troisième dans le tome III de *Zeitschrift für Hygiène*, 1893. Depuis cette époque, de nombreux observateurs, parmi lesquels nous citerons Kitasato, Pfuhl, Weichselbaum, Cornil et Chantemesse, Mossé, etc....., ont confirmé la découverte de Pfeiffer. Ce dernier avait remarqué plusieurs fois que les crachats des malades atteints de grippe renfermaient une quantité considérable de bacilles très fins, serrés les uns contre les autres et ne se colorant bien que par le liquide de Ziehl ; mais il fallait trouver un milieu de culture pour les isoler et les milieux habituels ne laissaient pousser que les innombrables microbes qui pullulent banalement dans nos produits d'expectoration. Après de nombreux tâtonnements, Pfeiffer eut la satisfaction de voir se développer le microbe de ses crachats d'influenzés sur de la gélose enduite d'un peu de sang : ce milieu lui permit d'obtenir facilement des cultures de ce micro-organisme. Actuellement les bactériologistes se servent du même procédé pour isoler le bacille de l'influenza.

Il se présente sous l'aspect suivant : cocco-bacille très petit, n'ayant d'analogue comme dimensions que le microbe de la septicémie des souris ; les éléments bacillaires sont quelquefois

réunis deux par deux, comme dans le bacille de Talamon-Frankel, ta tôt ils sont enchevêtrés en amas ; c'est ce qui se voit dans les crachats et le muco-pus bronchique. Le bacille de la grippe n'est pas mobile : il se colore à peine par la thionine, mieux par le violet de gentiane et assez bien par le liquide de Ziehl dilué au $\frac{1}{20}$ (bain de dix minutes) ; il est décoloré par le Gram.

Ce micro-organisme exige, pour se développer, l'adjonction de sang à un milieu nutritif (bouillon ou gélose), ainsi que Pfeiffer l'a montré ; plus le sang est riche en hémoglobine, plus le milieu est favorable à la culture ; aussi le sang de pigeon qui contient, comme on le sait, une grande proportion d'hémoglobine, est-il choisi par les expérimentateurs de préférence au sang de l'homme et des autres animaux ; les tentatives pour cultiver le bacille de l'influenza sur de la gélatine et de la pomme de terre sanglantes sont restées infructueuses : même insuccès avec les milieux sucrés, le sérum coagulé et le milieu de Wertheim. Toutefois, Naslikow prétend qu'en se servant de gélose mélangée au jaune d'œuf, il obtient des cultures suffisamment démonstratives. Quoi qu'il en soit, voici les caractères généraux des cultures le plus habituellement employées, c'est-à-dire de gélose additionnée de sang : après trente-six heures de séjour à l'étuve à 37°, on aperçoit de très fines colonies, très petites et très transparentes, qui atteignent à peine la grosseur d'une tête d'épingle. La culture du bacille de Pfeiffer peut être entretenue longtemps, mais il faut la réensemencer au moins tous les huit jours ; le bacille est très fragile et ne donne pas de formes de résistance ; il est aérobic strict ; son développement se fait entre 26° et 42°.

IV

C'est dans les crachats et le muco-pus bronchique des influenzés qu'il faut aller chercher les échantillons les plus nets du bacille de la grippe ; on doit quelquefois, pour déceler le cocco-bacille au milieu des autres espèces, faire des dilutions sériees dans du bouillon et ensemencer chaque dilution par goutte sur des tubes de gélose sanglante. Pfeiffer n'a pas obtenu de cultures en ensemençant le sang des influenzés sur différents milieux ; Canon, toutefois, affirme avoir coloré le bacille de l'influenza sur des lamelles de sang desséché et fixé par l'alcool : son liquide colorant se composait de 40 grammes d'une solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène, de 20 grammes d'une solution alcoolique d'éosine à $\frac{1}{2}$ ‰ et de 40 grammes d'eau distillée.

II. Meunier, dans son excellent mémoire *sur dix cas de broncho-*

pneumonie infantile dus au bacille de Pfeiffer (1897), assure qu'il a constaté la présence du bacille grippal dans le sang vivant. Il est probable que le bacille est transporté simplement dans la circulation, mais qu'il ne cultive pas dans le sang.

En somme, le bacille de Pfeiffer est surtout un parasite de surface. Il végète abondamment sur les muqueuses et ressemble à certains égards, au point de vue biologique, au gonocoque de Neisser. Cette analogie se poursuit singulièrement lorsqu'on considère le pouvoir pathogène chez les animaux. Ni le gonocoque, ni le bacille de Pfeiffer ne peuvent rendre malades les animaux auxquels on les inocule : les cas de mort qui ont été signalés dans le cours d'expérimentations chez les singes ou les lapins provenaient d'intoxications et non d'infections bacillaires. Il est vrai que nous ne sommes pas encore arrivés à exalter la virulence de ces microbes et il y a, à cet égard, dans la bactériologie de la grippe et de la bleunorrhagie, une lacune qu'il serait utile de combler. Delius et Kolle, qui ont poussé cette question un peu plus loin que les auteurs précités, ont fait des cultures très abondantes de bacille de l'influenza et sont arrivés à tuer de petits cobayes par injection péritonéale d'une dose suffisante de culture : en outre, ils ont réussi à injecter des doses de plus en plus considérables de cultures à des cobayes, sans toutefois les immuniser. Le sérum de ces animaux, aussi bien que le sérum d'hommes convalescents de grippe, n'avait aucun pouvoir antitoxique. H. Meunier a étudié les propriétés agglutinantes du sérum des animaux soumis à des injections de cultures et il est arrivé aux résultats suivants : le sérum des animaux infectés n'agglutine pas les cultures du microbe de l'influenza : le phénomène de la clarification ne se produit pas non plus.

Le sérum des malades ou des animaux infectés par le cocco-bacille de Pfeiffer n'agglutine pas les cultures de bacille d'Eberth ; le sérum des sujets convalescents ou guéris n'a également aucune propriété agglutinante ; le sérum des malades atteints de fièvre typhoïde n'agglutine pas les cultures du cocco-bacille.

V

En résumé, le bacille de l'influenza ne nous est connu que par son pouvoir végétatif ; sa biologie est presque toute entière à constituer, bien que l'on sache qu'il agit par sa toxine : des cultures stérilisées au chloroforme injectées en quantité suffisante aux animaux peuvent les tuer ; on a pu également tuer des cobayes de 220 gr. avec 8 cent. cubes de cultures filtrées sur

bougie Chamberland ; mais ces seules expériences n'ont qu'une valeur relative et ne nous rendent aucun compte des accidents généraux que l'on constate dans l'infection grippale. Nous aurions encore, pour compléter cet exposé de la bactériologie de l'influenza, à relater les recherches de MM. Tessier, Gabriel Roux et Pittion sur la pathogénie de la grippe ; ces expérimentateurs ont isolé, chez un certain nombre de leurs malades, un microorganisme polymorphe qui affecte tantôt la forme diplo-bacillaire, tantôt la forme strepto-bacillaire ; ce microbe se cultiverait facilement sur gélose et pomme de terre, ce qui le distingue d'embérie du bacille de Pfeiffer qui ne pousse que sur un milieu spécial. Nous devons ajouter que le microorganisme décrit par MM. Tessier, Roux et Pittion n'a pas été retrouvé par les bactériologistes qui ont étudié la grippe depuis 1892.

Enfin, nous citerons le mémoire de Roussy qui attribue toutes les infections grippales à une intoxication subtile provenant de molécules gazeuses issues elles-mêmes d'un germe contagieux. M. Roussy, dans une curieuse auto-observation, affirme ce que l'on savait déjà, que la grippe est une maladie à récurrences ; mais, chose singulière, toutes les fois qu'il respirait pendant quelques instants les émanations d'un influencé, il était repris d'une atteinte de grippe. Quoi qu'il en soit de l'interprétation que l'on peut donner aux observations de M. Roussy, il est certain que le contagium de l'influenza est éminemment subtil, que l'incubation de la maladie est courte, et que le décours des symptômes grippaux rappelle le type de ces affections à allure maligne et insidieuse qui faisaient dire à Tissot : ce sont des chiens qui mordent sans aboyer.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

Étiologie générale et classification étiologique
des maladies de la peau

PAR

M. le Professeur GAUCHER

Si nous cherchons à démêler les causes qui peuvent produire des maladies de la peau, nous voyons d'abord que les unes agissent directement sur la peau, ce sont les causes extérieures, que d'autres retentissent sur la peau par l'intermédiaire d'un trouble général de l'organisme. Il y a donc des *dermatoses de cause externe* et des *dermatoses de cause interne*. C'est une première division à établir.

D'autre part, vous savez que la nutrition générale est réglée par le système nerveux ; celui-ci peut aussi provoquer, par les troubles de nutrition de la peau, des éruptions diverses classées sous la dénomination de trophonévroses cutanées. Enfin l'évolution du fœtus peut être troublée *in utero* ; il en résulte des vices de conformation qui peuvent atteindre tous les organes, et la peau n'échappe pas à cette loi commune. Il y a donc aussi des dermatoses congénitales.

Reprenons, en détail, les différents éléments de cette division.

Les affections de cause externe sont dues soit à des irritants physiques (chaleur, soleil, électricité, froid, pression continue) ou chimiques, soit à des parasites.

Les affections de cause interne sont dues soit à des troubles constitutionnels ou diathésiques, soit à des intoxications venant de l'extérieur. Cela fait quatre classes de dermatoses, auxquelles il faut ajouter les affections cutanées de cause nerveuse et les affections congénitales.

Le programme du cours de cette année comprend les dermatoses parasitaires ; le mot *parasite* étant pris dans son sens le plus large et embrassant non seulement les parasites végétaux et animaux, mais encore les microbes.

Avant d'aborder cette étude, et comme introduction à la classification étiologique des dermatoses, je voudrais, dans cette première leçon, vous montrer que toutes les affections cutanées, même celles qui paraissent nettement de cause externe, même les parasitaires, sont néanmoins soumises à l'influence de la constitution et de l'état diathésique et que c'est le trouble constitutionnel ou la diathèse qui domine toute l'étiologie des dermatoses.

Examinons d'abord, à ce point de vue, les affections parasitaires.

Eh bien, dans les cas où le parasite semble être l'unique cause de la maladie, il faut aussi reconnaître une certaine part pathogénique à l'état constitutionnel, sinon dans la détermination, au moins dans la forme et dans la gravité des lésions.

La gale, par exemple, est le type des dermatoses parasitaires ; pourtant la maladie n'est pas la même chez l'enfant et chez l'adulte ; chez celui-ci tout se réduit souvent à quelques sillons, à quelques papules ; chez celui-là la gale se complique fréquemment d'empétigo, d'ecthyma.

Nous ne sommes pas non plus tous égaux devant le trichophyton : ce sont les enfants seuls qui sont atteints de trichophytie du cuir chevelu et encore les plus débiles, les plus mal nourris d'entre eux.

L'impétigo s'observe surtout sur les enfants lymphatiques ; chez l'adulte, l'inoculation prend plus difficilement ; sur certains organismes elle ne prend presque jamais. L'ecthyma s'observe presque exclusivement chez les gens cachectiques. La furonculose demande, elle aussi, une prédisposition spéciale.

Parmi les dermatoses dues aux épiphytes, la maladie connue sous le nom de pityriasis versicolor affecte tout particulièrement les tuberculeux ou les prédisposés à la tuberculose ; l'érythrasma s'observe tout particulièrement chez les arthritiques gras, chez les gutteux.

Dans la tuberculose nous trouvons également le rôle capital de la prédisposition. Tous ceux qui se piquent, en pratiquant une autopsie de tuberculeux, ne s'inoculent pas la tuberculose ou s'inoculent un simple tubercule anatomique ; d'autres, au contraire, ont des traînées de lymphangite, des adénites, de la tuberculose viscérale, ou même de la tuberculose généralisée.

Dans les dermatoses d'origine externe, nommées par Bazin *provoquées directes*, l'influence de la prédisposition se fait également sentir : parmi les ouvriers exposés aux irritations extérieures, les blanchisseuses, les maçons, etc., les prédisposés seuls

auront de l'eczéma, et non seulement sur les points d'application de l'agent irritant, mais aussi sur des points qui n'auront pas été irrités.

De tous ces exemples nous déduisons qu'il ne suffit pas de traiter la maladie, mais aussi le malade et qu'en dermatologie il ne faut pas seulement faire acte de spécialiste, mais encore de médecin.

Et ce qui est vrai pour l'étude et le traitement des maladies parasitaires et des dermatoses de cause externe est encore plus important à connaître pour les dermatoses diathésiques.

Ici, c'est l'état constitutionnel qui est seul en jeu. C'est l'altération humorale qui, seule, provoque l'apparition de l'éruption cutanée ; c'est cette altération humorale permanente qui constitue la diathèse.

Vous savez que de toutes les diathèses anciennes il ne subsiste que l'arthritisme dont le caractère essentiel est un ralentissement de la nutrition, par le fait duquel les substances azotées sont incomplètement oxydées et restent, pour la plupart à l'état de *matières extractives*. Ces substances, en trop grande abondance pour s'éliminer par le rein comme à l'état normal, s'accumulent dans l'organisme. Ces matières extractives tendent à s'éliminer par la peau ; ces matières, qui sont irritantes pour les reins, comme je l'ai démontrée expérimentalement, le sont aussi pour la peau et peuvent ainsi donner naissance à certaines affections cutanées, dénommées diathésiques.

Ces dermatoses diathésiques ou auto-toxiques ne relèvent que de l'arthritisme, la seule des diathèses qui doit subsister aujourd'hui. Car l'herpétisme de Bazin n'est qu'une forme d'arthritisme ; les troubles de la nutrition, les manifestations cutanées sont les mêmes chez les arthritiques que chez les herpétiques. Mais il y a deux types d'arthritiques : les arthritiques gras, les gouteux, et les arthritiques maigres, qui représentent les anciens herpétiques.

L'herpétisme doit donc se fondre dans l'arthritisme. Les autres diathèses, comme vous savez, n'existent plus. La scrofule est remplacée par la tuberculose cutanée. La syphilis n'est pas une diathèse, mais une maladie infectieuse.

A côté de ces dermatoses diathésiques ou *auto-toxiques*, si je puis dire, il y a les dermatoses produites par les poisons d'origine extérieure, qui représentent les éruptions pathogéniques de Bazin et auxquelles on donne aujourd'hui, plus volontiers, le nom de toxidermies.

Ces toxidermies sont de diverses sortes :

Les unes sont dues aux toxines microbiennes, car les microbes n'agissent pas seulement par eux-mêmes, mais aussi par leurs produits solubles. Ce sont les érythèmes infectieux et les érythrodermies tuberculeuses, mycosiques ou autres. D'autres relèvent de fermentations anormales liées à des troubles digestifs et surtout à la dilatation de l'estomac. L'acné des adolescents, l'eczéma des enfants, la couperose des femmes n'ont souvent pas d'autre cause que la résorption des produits toxiques résultant de ces fermentations digestives anormales.

Mais, parmi les toxidermies, les plus fréquentes et les plus importantes, sont les éruptions dites *ab ingestis* et les éruptions médicamenteuses.

Les premières, comme les dermatoses liées au mauvais fonctionnement du tube digestif, sont soumises à une cause supérieure et primordiale qui est l'état diathésique ou l'arthritisme ; car c'est exclusivement chez les arthritiques que ces éruptions se manifestent. Les secondes, les éruptions médicamenteuses, sont sous la dépendance d'une idiosyncrasie spéciale, le plus souvent de nature inconnue, quand elle ne dépend pas d'une insuffisance de la perméabilité rénale.

Quoiqu'il en soit, chez les sujets prédisposés, certains aliments ne peuvent être ingérés sans qu'il survienne de l'urticaire. De même un grand nombre de médicaments peuvent déterminer, après leur ingestion, des éruptions spéciales ; ce sont le mercure, les iodures, les bromures, l'antipyrine, le chloral... Dans toutes ces intoxications médicamenteuses, les formes éruptives qu'on observe sont aussi variables que la susceptibilité individuelle elle-même et la raison des différences morphologiques de l'éruption nous échappe également. L'antipyrine produira des érythèmes, des éruptions bulleuses ; le mercure, des érythèmes scarlatiniformes, des dermatites exfoliatrices ; les iodures, de l'acné. Pour les éruptions provoquées par ces derniers, il faudra tenir compte de la continuité dans l'administration du médicament.

J'arrive maintenant aux affections cutanées d'origine nerveuse.

L'action du système nerveux peut se manifester dans la production des dermatoses de deux façons différentes : 1. d'une façon directe, 2. d'une façon indirecte.

Dans un premier groupe, nous avons les affections cutanées dues aux plaies des nerfs, aux névrites, caractérisées par une rougeur uniforme, luisante, (glossy skin de Weir Mitchell) tantôt

d'un rouge pâle ; l'érythème est suivi de desquamation avec amincissement de la peau ou bien se complique d'éruptions vésiculeuses et bulleuses, de crevasses et d'ulcérations. Les lésions du système postérieur de la moelle épinière prennent aussi une part importante dans la production des trophonévroses cutanées. Enfin, les éruptions nerveuses peuvent être simplement d'origine réflexe. Quelquefois, elles sont symptomatiques de maladies de l'urètre ou de l'utérus. Les érythèmes de la première dentition, l'érythème émotif, la roséole pudique appartiennent également à cette classe des érythèmes réflexes.

Dans un second groupe, nous avons des dermatoses dans lesquelles le système nerveux ne joue que le rôle d'un intermédiaire. La lésion nerveuse a été déterminée ou le trouble nerveux a été provoqué soit par une affection, soit par une intoxication. C'est ce qu'on observe dans le zona. Le zona est une trophonévrose, mais la lésion nerveuse, la névrite, est engendrée soit par un agent infectieux de nature indéterminée, soit par une intoxication, telle que celle qui est due à l'oxyde de carbone, ainsi que l'a démontré Leudet. L'urticaire, de son côté, est produite, non pas par une lésion nerveuse, mais par un trouble fonctionnel du système nerveux, qui est causé le plus souvent par une intoxication alimentaire.

Dans la lèpre, à côté de la forme tuberculeuse dont les lésions cutanées sont directement produites par les bacilles de Hansen, il y a une forme nerveuse, dite *anesthésique* ou *trophoneurotique*, dans laquelle le parasite siège dans le système nerveux, soit central, soit périphérique, et dans laquelle les lésions cutanées sont des troubles trophiques.

Le système nerveux joue aussi un rôle d'intermédiaire dans les dermatoses diathésiques : dans l'eczéma, dans le psoriasis, on observe parfois une symétrie parfaite des éruptions. Bazin avait même fait de cette symétrie un des caractères de ses herpétides, mais nous savons que les dermatoses herpétiques ne peuvent se différencier des dermatoses arthritiques.

Le système nerveux joue encore un rôle important dans les dermatoses prurigineuses, surtout dans le prurit essentiel, dans lequel il n'y a aucune éruption ou à peine quelques papules de prurigo, dans cette névrose cutanée que l'on a décrite sous le nom de prurit des vieillards. Là encore le prurit diffère suivant les individus.

En résumé, si l'on fait abstraction des influences secondaires, exercées sur toutes les dermatoses, quelle que soit leur origine,

d'une part par le système nerveux, d'autre part par l'état diathésique, on peut classer les affections cutanées en six groupes principaux.

1. Les dermatoses de cause externe, non parasitaires, dues au froid (engelure), à l'action des rayons solaires (érythème solaire, érythème pellaigreux) à la lumière électrique, aux caustiques et substances irritantes qu'elles soient.

2. Les dermatoses parasitaires, dues soit à des parasites animaux, soit à des parasites végétaux. Parmi les dermatoses produites par des parasites animaux, nous avons les éruptions dues aux insectes et aux arachnides, la gale due à un sarcope, la phthiriasse due aux pediculi. Parmi les dermatoses produites par des parasites végétaux, il faut distinguer celles qui sont dues à des épiphytes : la trichophytie, produite par le trichophyton, le favus par l'Achorion Schœnleini, le pityriasis versicolor par le microsporum furfur, l'érythrasma par le microsporum minutissimum, et celles qui dépendent de végétaux vivant dans le derme ; ce sont les dermatoses microbiennes. Celles-ci sont tantôt des affections locales dues à l'inoculation directe, en un ou plusieurs points, des microbes pyogènes, comme dans l'impétigo, l'ecthyma, le furoncle, tantôt des infections d'abord localisés, qui ne tardent pas à se généraliser, comme dans le charbon, la morve, la lèpre, la syphilis, la tuberculose. Dans cette dernière, la maladie peut avoir une origine externe, comme dans le tubercule anatomique, le lupus, la tubercule papillomateuse ; elle peut aussi avoir une origine interne par infection sanguine, comme dans la gomme tuberculeuse.

3. Les dermatoses toxiques ou toxidermies qui comprennent d'abord les toxidermies microbiennes, telles que les érythèmes infectieux, les érythèmes septicémiques, certains purpuras, les érythèmes tuberculeux (le lupus érythémateux) et très probablement les érythèmes prémycosiques ; ensuite les éruptions *ab ingestis*, les éruptions médicamenteuses et enfin celles qui sont dues à des fermentations anormales du tube digestif.

4. Les dermatoses diathésiques ou éruptions auto-toxiques qui comprennent toutes grandes dermatoses : l'eczéma, les séborrhées, le psoriasis, le prurigo, les lichens, etc. Rangeons dans ce groupe le prurigo hépatique dû à l'irritation des téguments par les sels biliaires, lorsqu'il y a un obstacle au cours de la bile, et les éruptions cutanées dues à l'élimination cutanées des produits de la désassimilation retenus dans le sang par suite de lésions de l'émonctoire rénal.

5. Les trophonévroses cutanées.

6. Les dermatoses congénitales ou par vices de développement des tissus ou des éléments anatomiques ; ce sont : l'ichtyose, la kératose pileuse, les nævi.

Cette classification que je vous propose est une classification étiologique, bien différente de la classification morphologique, qui ne considère que la lésion élémentaire, mais bien supérieure à la classification alphabétique, car, vous le savez, la recherche de l'étiologie est la grande préoccupation médicale de notre époque.

L'ALCOOLISME

Monsieur le Docteur LeGendre s'est exprimé comme suit, à la séance du 16 Décembre 1898, de la société médicale des Hôpitaux, de Paris :

« En présence de la marche toujours croissante de l'alcoolisme, je me suis demandé si nous faisons bien, nous, médecins des hôpitaux, tout ce que nous pourrions faire pour essayer d'enrayer ce fléau. Je ne le crois pas. J'en excepte notre collègue M. Lancereaux, qui n'a jamais cessé de batailler contre l'alcoolisme et a donné tant de bons travaux sur la question.

Quoi qu'il en soit, comme avant de prêcher les autres il faut d'abord se convertir soi-même, j'ai essayé ce qui suit dans mon service. J'ai condensé, de la façon la plus claire possible, les méfaits certains de l'alcoolisme dans une petite note imprimée. On la donne à chaque malade à son entrée dans le service et à sa sortie. En outre, elle est collée de tous côtés, dans les salles et même ailleurs, sans en excepter certains locaux retirés où les malades ont généralement le temps de lire un peu. Bref, je cherche à exercer une véritable obsession antialcoolique sur les malades de mes salles. Mais je me demande si nous ne pourrions pas faire mieux encore, à savoir : organiser, à l'usage de nos malades, des conférences familières, où on leur montrerait, non seulement en paroles, mais par des dessins, par des projections lumineuses, par des expériences, par des pièces anatomiques même, les dangers qu'ils courent avec l'alcool.

Voici la note dont je viens de vous parler :

« La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'*abus des boissons alcooliques*.

« Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme la *liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante*, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés *amers*.

« Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin à *jeun* et entre les repas.

« L'homme devient *inévitablement* alcoolique, c'est-à-dire *empoisonné* lentement par l'alcool, *même sans avoir été jamais en état d'ivresse*, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

« *L'alcool est un poison*, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais *inévitablement*, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

« L'alcool excite l'homme, *mais il ne le fortifie pas*.

« Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

« Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de *délire mortel*.

L'alcool cause très souvent la *phthisie*, en affaiblissant les poumons ; chaque année nous voyons des malades qui entrent à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de *phthisie*.

« Les parents qui ont fait abus des boissons alcooliques ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions ».

Il serait bon qu'il se trouvât ici quelqu'un pour entreprendre une croisade analogue à celle que prêche le Docteur LeGendre. Car nous savons tous que les méfaits de l'alcool en France ne sont rien en comparaison de ceux dont ce poison est responsable dans notre beau Canada.

Il est inutile, j'espère, de dire qu'une telle croisade ne veut aucunement dire « prohibition », et que c'est à de tout autres moyens que nous voudrions confier le soin de diminuer l'abus de l'alcool dans notre population ouvrière.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE

PAR

Le Docteur GEORGES LEMOINE

Le type du gouteux qui se présente le plus souvent est celui d'un homme jeune encore, de 38 à 40 ans, bien portant en apparence, d'une corpulence assez forte et haut en couleurs ; il aura été pris subitement d'un accès de goutte aiguë, et vous demandera de le débarrasser au plus vite des douleurs intolérables qui l'exaspèrent. Que ferez-vous ?

Les avis sont partagés au sujet du traitement de cette affection. Les uns, comme Galien, préconiseront la patience et la flanelle et se contenteront d'une douce expectative, situation exempte de tout souci pour le médecin, mais qui ne laisse pas d'être parfois terrible pour le malade, par ses manifestations survenant au cœur et au cerveau.

Que faut-il faire pour enrayer l'accès aigu ? Deux médicaments priment tous les autres : le colchique dont on a beaucoup mérité et le salicylate de soude proné par G. Sée.

Le colchique est un vieux médicament employé depuis plus d'un siècle. Comment agit-il ? rien de certain n'a été établi sur son action, cette médication nous a été transmise par l'empirisme ; ses propriétés ne sont pas dues à ce qu'il favorise les éliminations des urates et de l'acide urique, car rien de tel ne se voit après son emploi, c'est probablement en agissant directement sur les centres nerveux qu'il exerce son efficacité.

On l'accuse d'être trop actif et de favoriser les métastases ; à mon avis ces reproches sont immérités. Employé chez un vieux gouteux dont le cœur est en dégénérescence et dont les reins éliminent très mal, des accidents peuvent survenir, mais il est évident que l'on met sur le compte de la médication ce que l'on doit reprocher à l'organisme défectueux du malade. Au gouteux en plein accès, donnez donc le colchique, cependant vous veillerez à ce que les reins fonctionnent bien, sinon vous pourriez favoriser l'accumulation du médicament. Cependant, si vous bornez l'usage du col-

chique aux malades dont les reins sont sains, plus de la moitié de ceux que vous traiterez ne pourront en prendre, car la majorité aura toujours une lésion plus ou moins grave de l'appareil rénal. Aussi, lorsque vous aurez affaire à un rein malade, mais encore suffisant, préparez cet organe avant de le soumettre au traitement et ordonnez le régime lacté durant deux à trois jours, après quoi vous prescrirez le colchique.

Il est cependant des contre-indications à l'emploi de ce médicament : vous devez le proscrire chez le goutteux dont le cœur est en dégénérescence, proscrivez-le de même au goutteux ayant déjà présenté des manifestations urémiques ou pseudo-urémiques.

Vous trouverez ce médicament sous des formes diverses : le vin de colchique, préparé avec le bulbe du colchique, la teinture de colchique, enfin, la colchicine, alcaloïde de la même plante, qui se donne en granules.

Je préfère la teinture, tant à cause de ses propriétés que pour la facilité de son emploi ; la dose est de XXX gouttes par jour, en trois portions espacées de huit heures en huit heures durant trois jours.

Voici ma façon de procéder, après examen préalable des urines et de l'état du rein de mon malade et lorsque cet organe est indemne de toute lésion : je fais prendre, le premier jour, XXX gouttes de teinture, en suivant la méthode que je viens de vous indiquer ; le second jour, j'en donne XX gouttes ; le troisième, X. Si vous avez à faire à un rein plus ou moins malade, après avoir soumis votre goutteux au régime lacté, commencez à lui donner du colchique, mais une dose moins forte. Les granules de colchicine sont de 1 milligramme, vous en donnerez à raison de 1 à 3 milligrammes, par jour. J'aurai cependant un conseil à vous donner : lorsque vous prescrirez ce médicament, ne le dites jamais à votre malade. Certes, il en est à qui la médication ne cause pas la moindre appréhension, mais, en général, on a peur du colchique, bien des médecins le redoutent encore, à plus forte raison le goutteux, qui n'en connaît pas les contre-indications, et si, par malheur, une complication survenait, votre client s'en prendrait à vous, son médecin, qui, à son avis, avez employé un produit dangereux, sinon nuisible.

Mais, après examen sérieux du goutteux, lorsque vous aurez trouvé, chez lui, les contre-indications du colchique, vous pourrez avoir recours au salicylate de soude. Ce fut G. Séc, le premier, qui appliqua ce produit au traitement de cette affection. Remarquant les rapports étroits qui unissaient l'accès de la goutte

et l'accès rhumatismal, il crut bon d'employer la même médication pour ces deux états pathologiques. Le salicylate est donné ici à dose assez élevée contre les accès aigus : vous en donnez 6 grammes le premier jour, et 4 grammes les second, troisième et quatrième ; vous ne diminuerez la dose à 2 et 3 grammes que quelques jours après, lorsque la crise est en décroissance.

Ces doses assez fortes de salicylate sont bien supportées, mais à une condition, c'est de mettre le malade au régime lacté absolu et de lui ordonner des boissons abondantes.

Cette médication est recommandée pour les goutteux à tempérament rhumatismal, et ayant eu, à une époque antérieure, quelques attaques de rhumatisme. Dans ce cas, le salicylate agira très bien, mais, en général, il agit moins vite que le colchique. Par conséquent, vous ne l'emploierez que lorsque vous aurez à traiter un goutteux, où le colchique ne peut être donné, ou bien lorsque ce dernier médicament n'aura donné aucun résultat satisfaisant. Le salicylate peut être mis au second plan comme auxiliaire utile du colchique.

L'antipyrine réussit parfois dans les accès très douloureux où la réaction nerveuse est plus intense que ne semble l'indiquer l'état local, à raison de 2 à 3 grammes par jour : notre malade sera toujours soumis au régime lacté et prendra des boissons en abondance. Ce traitement pourra être suivi durant quatre à cinq jours.

On a employé encore quelques succédanés de l'antipyrine tels que l'analgésine, la phénacétine.

Il faudra instituer un *traitement local* qui sera un excellent adjuvant à la médication générale. Cependant, avec Rendu, j'estime que les applications chaudes et le maintien d'une température élevée autour de l'articulation ne peuvent que la congestionner et augmenter la tension sanguine d'une façon notable ; la douleur, par cela même, sera plus intense. Je prescrivis, au contraire, des compresses d'eau très froide que je fais mettre sur la jointure tuméfiée en ordonnant de les renouveler dès qu'elles s'échaufferont ; l'eau simple peut être remplacée avantageusement par l'eau blanche qui exerce une action décongestive efficace. Le goutteux prendra, en outre, des bains de pieds un peu froids (28 à 30 degrés) et cela 2 à 3 fois par jour : ces bains sont pénibles au début, mais le malade s'y fait d'autant plus facilement qu'il en éprouve l'action bienfaisante. Comme application locale, on a prôné des pommades à la cocaïne, du salicylate de méthyle ; je ne me sers pas de ces produits, préférant les compresses froides dont l'effet calmant ne peut être contesté et qui ne présentent pas les inconvénients de ces médicaments aromatiques.

Quant au régime alimentaire, vous proscrirez la viande et le poisson, conseillant surtout les légumes verts, cuits au lait ou à la crème ; tout alcool, toute boisson alcoolisée est interdite, vous ne permettrez que le lait, l'eau de Vichy (Saint-Yorre, Célestins), les boissons diurétiques (queues de cerises, stigmates de maïs, uva ursi) : vous ordonnerez encore les alcalins sous forme de salicylate, carbonate ou benzoate de lithine à raison de 0 gr. 50 par jour : ces sels luttent avantagement contre la diathèse goutteuse surtout acide.

CAUSE DES DIARRHÉES OBSERVÉE CHEZ LES ENFANTS ALIMENTÉS AVEC LE LAIT BOUILLI

On sait que les médecins recommandent, depuis plusieurs années, d'alimenter les nouveau-nés avec du lait stérilisé ou avec du lait qui a été reparti dans les fioles qu'on maintient dans l'eau bouillante avec les appareils de Soxhlet, de Gentile ou autres. Or il arrive quelquefois que le lait stérilisé avec ces appareils, qui n'est que du lait bouilli, provoque chez les jeunes enfants la diarrhée, comme le lait non stérilisé. M. Marfan a pu se rendre compte de la cause qui peut déterminer ces accidents. D'après les renseignements qu'il a recueillis, il a pu se convaincre que souvent les familles qui stérilisent le lait destiné à leur enfant avec les appareils ci-dessus signalés, ont acheté ce lait chez le crémier voisin, qui ne manque pas de garantir sa fraîcheur ; mais généralement le lait des crémeries est du lait qui est traité de la veille, et qui, par conséquent, a déjà subi un commencement d'altération. L'ébullition dans l'appareil Soxhlet ou tout autre analogue détruit assurément les ferments, mais elle ne détruit pas les produits de la fermentation qui a précédé la stérilisation.

M. Marfan propose donc de procéder de la manière suivante, si l'on veut agir avec sécurité : si l'on a près de soi une source de lait offrant toute garantie, on peut prendre ce lait quelques instants après la traite et le stériliser par la méthode Soxhlet ; on peut même se contenter de l'ébullition, si l'on a soin de tenir les vases, biberons et tétines dans un parfait état de propreté. Si l'on ne peut se procurer du lait frais à une source sûre, il faut recourir au lait stérilisé industriellement, c'est-à-dire au lait surchauffé aussitôt après la traite et à l'abri de l'air ; ce lait se conserve facilement un certain nombre de jours.



L'HON. DOCTEUR MARSIL

Décédé à Saint-Eustache, le 23 Janvier 1899, à l'âge de 64 ans

L'Honorable Docteur Marsil

L'honorable docteur Marsil avec sa stature imposante, sa tête de chevalier antique et sa parole éloquente autant qu'enthousiaste, était la personnification des qualités maîtresses de la race française.

Il vient de s'éteindre après quelques jours de maladie, et sa mort plongera dans un deuil profond tous les cantons du nord, déjà frappés il y a peu de mois par la mort de l'honorable Wilfrid Prévost. C'étaient deux amis d'enfance ; deux patriotes sincères ; deux libéraux éprouvés ; deux collègues enfin du conseil législatif, ayant servi la même cause avec la même ardeur ; professé les mêmes principes dans des professions différentes et tous deux sont morts comme ils avaient vécu : " sans peur et sans reproche." Cette mort sera aussi un véritable deuil pour la profession médicale française du Canada dont le docteur Marsil était, à juste titre, universellement aimé et admiré.

Travailleur acharné, on le vit à l'exemple d'André Vasale, disséquer des cadavres qu'il se procurait aux dangers que l'on connaît, et qu'il conservait dans sa cave au milieu d'une population à laquelle il imposait un tel respect qu'il sut faire accepter un fait regardé jusqu'alors comme un abominable sacrilège.

Aussi, bien que privé des avantages que donne aujourd'hui l'antiseptie à ceux qui la pratiquent, put-il mener à bien des opérations aussi nombreuses que difficiles dont le plus grand nombre reste toujours ignoré, bien qu'il ait consenti à en publier quelques-unes.

Né dans un meilleur temps, entouré de circonstances plus favorables, il n'est nullement exagéré de croire que le docteur Marsil fut devenu l'un des plus grands maîtres de la chirurgie moderne.

A son fils, notre confrère et ami, à toute sa famille, la rédaction de LA CLINIQUE offre l'expression de sa sincère sympathie.

Revue Médicale des Sociétés Savantes

Académie des sciences.— M. Vuillemin décrit les caractères spécifiques du champignon du muguet, et a observé des formes endogènes des organes reproducteurs jusqu'ici peu connues ; ce sont des globules internes et des asques. La découverte de cette dernière forme permet de classer le champignon du muguet parmi les *Ascomycètes*.

M. Stassano démontre expérimentalement que les Leucocytes sont les agents exclusifs de l'absorption des sels mercuriels et de leur diffusion dans l'économie. Au moyen d'un appareil à force centrifuge il isole les Leucocytes du sang et donne ainsi la quantité de mercure qu'ils contiennent, comparativement avec celles renfermées dans le plasma et les globules rouges.

MM. Sabatier et de Rouville font une communication sur la genèse des épithéliums, démontrent que très souvent la cellule conjonctive peut se transformer en cellule épithéliale.

M. A. Ganthier, annonce qu'il a constaté la présence de l'hydrogène libre dans l'air atmosphérique, et qu'on peut considérer ce gaz comme partie constituante de l'atmosphère. Sa proportion serait égale à environ la moitié de celle de l'acide carbonique.

M. Babès, annonce l'existence de lésions précoces des centres nerveux dans la rage : Chez le chien et le lapin, on constate après l'inoculation du virus rabique des lésions vasculaires et cellulaires de la substance grise, lésions constituées surtout par de l'hypémie, de la Leucocytose et de la prolifération vasculaire ; les cellules nerveuses présentent des altérations particulières.

Académie de médecine.— M. Malherbe fait connaître un traitement chirurgical de l'otite chronique sèche ; il conseille l'avortement pétro-mastoïdien avec tubage de l'oreille moyenne ; le tubage est fait avec un tube en celluloid.

M. Dieulafoy, démontre par la lecture d'un certain nombre d'observations que l'appendicite est tout à la fois une maladie infectieuse et toxique. Dans les cas légers l'engraissement se traduit seulement par une sénite subictérique de la peau, et l'on trouve dans l'urine une petite quantité d'albumine et d'urobiline ; mais dans les cas graves et surtout ceux qui sont mortels il

existe une série d'accidents nerveux à forme cérébrale, bulbaire ou typhique.

Le seul moyen rationnel pour mettre le malade à l'abri de ces accidents consiste à supprimer le foyer toxique dès que son existence a été bien démontrée.

M. Le Dentu, signale un fait qui sert à l'appui de la communication de M. Dieulafoy.

M. Derise, présente une femme à laquelle il a enlevé depuis un an déjà toute la partie moyenne de l'estomac et la portion centrale du mésocolon transverse ; cette opération avait été nécessitée par l'existence d'un néoplasme. La patiente est aujourd'hui bien portante et son poids s'est accru de 13 kilos depuis l'opération.

Société médicale des hôpitaux.—M. Rendu, signale un cas de délire consécutif à l'absorption du salicylate de soude à la dose de 6 grammes en 12 heures répétée le lendemain ; M. Achard explique ce fait par la diminution probable de la perméabilité rénale que l'on observe souvent chez les rhumatisants, en l'absence de toute albuminurie. MM. Bernard et Galliard ont eu également occasion d'observer un cas de délire salicylique à la suite de l'absorption d'une dose de 12 gr. de salicylate de soude prise en plusieurs fois.

M. Vetter, relate un cas de scorbut observé chez un enfant à la suite de l'usage de lait de vache stérilisé à domicile, le scorbut observé était tout à fait semblable à celui des adultes lequel paraît aujourd'hui causé par la privation d'aliments *frais* végétaux ou animaux. M. Vetter admet volontier que la stérilisation du lait le privant de sa fraîcheur en même temps que d'une partie de ses propriétés nutritives peut réaliser quelques unes des conditions favorables à l'opposition du scorbut.

M. Le Gendre, demande à faire des réserves et ne peut, en présence du grand nombre d'enfants qui sont nourris avec du lait stérilisé sans inconvénients, accepter l'opinion de M. Vetter.

M. Comby fait connaître un cas qui corrobore les faits signalés par M. Vetter.

Société de Biologie.—MM. Leredde et Dominici, ont trouvé des éléments figurés anormaux dans les lésions syphilitiques dont ils ont pu constater la multiplication en maintenant un morceau de la lésion en chambre humide dans une étuve chauffée à 37°. Les éléments figurés sont constitués par des corpuscules groupés les uns près des autres comme s'ils infiltraient le protoplasma

d'une cellule, de dimension très inégales ; ils sont Casophiles, se colorent par la thiorure et l'hématogline et ne prennent pas le gram.

MM. Cadiot, Gilbert et Roger, font connaître un procédé promettant de transmettre aux gallinacées la tuberculose des mammifères.

Ce procédé consiste à injecter tous les 10 jours, dans la cavité abdominale 10 à 15 centimètres cubes de sérum de cheval pur ou additionné de 8 pour 100 de glycérine. Ces injections ne provoquent aucun trouble notable à la condition de porter le liquide à une température voisine de 40°.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES

MES CHERS LECTEURS,

Ainsi que je vous l'annonçais dans le dernier numéro de LA CLINIQUE, cette année verra se préparer, sinon s'accomplir, des réformes considérables, de grands progrès, dans l'enseignement médical.

Je veux m'acquitter de ma promesse et vous tenir au courant d'un projet très important formé par quelques membres de notre nouveau bureau des Gouverneurs.

A cet effet je ne saurais mieux faire que de publier les deux requêtes qui ont été présentées dernièrement aux professeurs de l'Université Laval réunis en conseil.

PREMIÈRE REQUÊTE

MESSIEURS,

Nous, les médecins soussignés, comprenons que la cause de l'enseignement universitaire est celle de la nation et doit intéresser tous les citoyens soucieux de l'avenir national ;

Nous comprenons aussi l'impossibilité dans laquelle se trouve la Faculté, vu l'insuffisance de ses ressources, de donner un enseignement médical complet en rapport avec les progrès de la science et avec les méthodes modernes d'enseignement, qui nécessitent des laboratoires dispen-

dieux et des professeurs faisant spécialité de travaux de laboratoires ;

Nous reconnaissons, de plus, le dévouement dont vous faites preuve dans l'exercice de vos fonctions, et pour correspondre à votre zèle,— en même temps faire acte de patriotisme et de dévouement à la science médicale,— nous vous offrons de faire, sous vos auspices, une croisade dans cette Province pour la cause universitaire, ayant pour but immédiat la fondation de chaires de l'importance de celle de *l'Anatomie Pathologique* et de la *Physiologie Expérimentale*, dont la création mettrait notre Université au premier rang parmi celles d'Amérique ;

Nous n'ignorons pas combien l'entreprise est considérable, mais nous voyons surtout la grandeur de l'œuvre à accomplir, et persuadés que nous sommes, qu'en unissant nos efforts aux vôtres dans cette voie, nous arriverons toujours à un but avantageux, ne serait-ce que celui de faire connaître au public l'importance de l'œuvre universitaire et ses besoins ;

Unissant l'action à l'idée, et pour prouver en même temps notre sincérité, nous souscrivons, pour la réalisation de l'entreprise, si notre offre est acceptée, les sommes en regard de nos signatures et payables en 5 paiements annuels.

Suivent trente signatures avec, en regard, le montant souscrit par chacun, dont la somme totale s'élève à plus de trois mille dollars.

Messieurs les professeurs s'étant déclarés insuffisamment renseignés par cette première requête, les membres du comité de souscription leur ont transmis la seconde requête sous forme d'explications :

MONSIEUR LE DOYEN, MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Représentant les signataires de la requête qui vous a été remise lors de votre dernière assemblée, nous croyons

utile d'affirmer de nouveau que nous portons un immense intérêt à la cause universitaire et que c'est lui seul qui nous engage à vous offrir, pour son avancement de joindre nos efforts aux vôtres.

Le travail individuel est souvent inefficace, mais, fait en commun, il deviendra une puissance. Nous vous offrons donc de réunir les efforts d'un grand nombre parce qu'il faut voir dans ceux que je représente ici les mandataires de tous les médecins de cette partie de la Province qui ont du patriotisme, de la générosité et l'amour de la science.

Pour les rallier à notre cause, il suffit de leur démontrer toute son importance et de leur donner l'exemple du dévouement.

C'est par eux que nous pouvons amener le public à s'intéresser à la Faculté de Médecine ; eux seuls connaissent ses besoins et peuvent les faire comprendre à toute notre population à laquelle ils sont mêlés et de plus leur témoignage ne peut être suspecté.

Nous nous sommes naturellement demandé à quel besoin de l'Université il importait le plus de pourvoir. Nous avons bien pensé aux laboratoires dont l'installation pourrait se compléter avec deux à trois mille dollars. Mais nous sommes unanimes à croire que la collecte de ce montant n'est pas en rapport avec le travail que nous voulons entreprendre et que ce serait mal utiliser la bienveillance du public que de s'adresser à lui pour des besoins peu dispendieux.

Lorsque la somme demandée est peu considérable, le public est moins empressé à la couvrir, chacun se croyant moins en état qu'un autre de faire l'aumône ; on laisse la charge aux fortunés qui, à leur tour dédaignent la tâche, se réservant pour les grandes entreprises.

Ainsi, non-seulement on n'obtient rien, mais, ce qui est plus grave, on habitue le public à ne plus répondre aux sollicitations de l'Université.

Il faut donc l'amener à s'intéresser à l'accomplissement d'une œuvre considérable, et nous suggérons d'ouvrir

une liste de souscriptions devant rester ouverte jusqu'à ce qu'elle ait atteint le chiffre de \$80,000 pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique et d'une chaire de physiologie expérimentale.

Il est vrai que vous avez nommé pour donner le cours d'anatomie pathologique un confrère de haute capacité. Mais, l'Université a besoin davantage. Pour nous, cette chaire sera fondée quand vous donnerez à un pathologiste un salaire qui lui permettra de se livrer uniquement à ses travaux de laboratoires. Ce n'est qu'alors qu'il remplira avec une véritable compétence ses fonctions de professeur à l'Université et de pathologiste à l'hôpital ; qu'il aura l'autorité nécessaire pour juger sans conteste la valeur des diagnostics faits par les médecins des hôpitaux, leur permettant ainsi d'avancer sûrement dans la science difficile du diagnostic et de la pathogénie.

Le choix des moyens à prendre pour arriver à lui payer ce salaire n'est pas sans offrir de difficultés.

Il paraît rationnel et simple qu'il suffirait de travailler trois à cinq ans et plus jusqu'à ce que nous ayons formé un capital dont le revenu nous donnerait le salaire demandé.

Nous penserions ainsi si l'entreprise était l'œuvre de cinq ou six personnes, parce que le patriotisme, l'amour de la science peuvent, à quelques âmes d'élite, conserver l'ardeur et donner la persévérance nécessaires pour l'accomplissement d'un travail gratuit de quelques années. Mais comme ces personnes sont rares et qu'il faut nécessairement, pour la réussite de l'entreprise, la coopération du plus grand nombre des médecins, il importe de créer chez eux de l'enthousiasme, de stimuler leur zèle par quelque chose de tangible et même, s'il est possible, de les intéresser personnellement.

Nous croyons que la présence au milieu de nous d'un savant français produirait ce résultat ; elle augmenterait le prestige de l'Université et, en attirant l'attention du public, rendrait plus facile et plus efficace l'appel que nous lui ferions.

Ces avantages valent bien les deux mille dollars par an que ce professeur étranger coûterait et, en plus, sa présence ici assurerait l'œuvre de régénération qui semble vouloir s'opérer dans la profession médicale, grâce à votre bienveillant concours et à l'esprit d'activité de nos jeunes confrères dont les travaux faits sous la direction d'un maître les rendraient capables d'honorer les chaires que leur talent les appellera à occuper dans l'avenir.

Nous obtiendrons ainsi de meilleurs résultats et avec soins de frais que si nous envoyions nos futurs professeurs étudier en Europe.

Nous ajouterons entre parenthèses qu'au point de vue de la Foi, il y a encore avantage à faire venir ici un professeur étranger dont on peut facilement s'assurer des dispositions, nous n'avons pas ces garanties, en envoyant nos jeunes gens étudier en Europe.

La création d'une chaire de physiologie expérimentale ayant pour unique but la démonstration pratique des phénomènes physiologiques obtiendrait les mêmes résultats, et nous l'accepterions pareillement.

Cependant, on semble préférer, parmi nous, fonder en premier lieu, la chaire d'anatomie pathologique.

Telles sont les idées que nous entretenons à l'endroit de notre Université et si elles peuvent contribuer à de nouveaux succès, nous serons amplement récompensés des quelques troubles que nous nous sommes donnés pour elle.

Les explications données par notre distingué confrère le docteur Cléroux font voir que le projet dont il s'est fait le dévoué promoteur est tout en faveur de l'Université Laval.

Depuis longtemps nous sommes habitués à déplorer amèrement, mais à déplorer seulement, le manque d'argent qui empêchait les professeurs de l'université de donner un enseignement qui fut à la hauteur de celui que l'on reçoit à l'Université McGill. Tous, nous comprenons que des laboratoires sont choses ultra-dispendieuses que l'on

ne saurait se procurer avec les moyens, malheureusement si limités, que possède notre université française.

Cependant le courage ni la bonne volonté ne manquaient. Et aujourd'hui le laboratoire d'anatomie pathologique, pour n'être ni très vaste ni somptueux, n'en est pas moins pourvu de tous les appareils nécessaires à l'enseignement de cette science qui est la base même de toute la science médicale moderne. Non seulement les instruments, mais aussi une collection déjà riche de pièces anatomiques, et qui va tous les jours s'augmentant, est aujourd'hui à la disposition des étudiants et des travailleurs. Pour arriver à ce résultat, il a fallu des prodiges d'administration et de bonne volonté ; il a fallu des sacrifices sans nombre que l'on s'est imposés sans récriminations.

Aujourd'hui, le laboratoire est donc complet et peut suffire à l'enseignement de centaines d'élèves. Deux agrégés de grand mérite en ont la charge aussi lourde que peu rémunératrice. Mais l'on ne saurait plus longtemps compter sur les efforts des professeurs car, non seulement leurs revenus sont-ils insuffisants à faire plus qu'ils n'ont déjà fait, mais ils se sont rendus responsables pour des sommes assez importantes qu'il leur faudra payer dans l'avenir.

Et cependant il ne suffit pas d'avoir un laboratoire. Encore faut-il aux élèves un enseignement en rapport avec les besoins. Certes, je l'ai déjà dit deux agrégés sacrifient de bon cœur une grande partie de leur temps à cet enseignement. Mais ce temps est pris sur celui qu'ils doivent à leur clientèle, car ils ne sont pas rémunérés de manière à leur permettre de s'occuper exclusivement de travaux de laboratoire et leurs efforts sont ainsi beaucoup moins efficaces.

Il s'en suit donc que l'enseignement de l'anatomie pathologique laisse à désirer et ne saurait être considéré sur le même pied que celui que donne, au McGill, un professeur venu d'Edimbourg tout spécialement à cet effet et qui ne s'occupe d'ailleurs pas d'autre chose.

En face de ce besoin, il a paru au docteur Cléroux qu'il serait possible de rarimer ou plutôt d'éveiller l'attention du public canadien en faveur de notre enseignement médical et grâce à une croisade dont les apôtres seraient nous-mêmes, les médecins de langue française. Il en a consulté un certain nombre qui lui ont montré de l'enthousiasme pour un si beau projet, et se sont déclarés prêts à l'aider de leurs efforts et de leur bourse.

C'est, fier de ce résultat, que le docteur Cléroux s'est présenté devant les professeurs, leur a fait part de son projet et de ses espérances. Inutile de dire que ses paroles ont été accueillies avec reconnaissance par ceux à qui l'on veut venir en aide. Les choses en sont là.

Une grande assemblée de la profession à été convoquée dont je donnerai le compte-rendu dans le prochain numéro.

Je me borne, pour le moment, à souhaiter à chacun courage et ardeur pour la noble lutte que nous sommes tous, sans exception, appelés à livrer pour la bonne et grande cause de l'enseignement.

Que chacun se rappelle que c'est un devoir de travailler aux progrès de la science dont il est le disciple, et qu'il offre son obole de bon cœur.

Ce sacrifice que nous nous imposerons nous donnera ensuite plus d'autorité auprès du public en général quand nous viendrons lui demander assistance pour une cause qui est, en somme, la sienne et celle du pays tout entier, plus encore que la nôtre.
