

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLI

1er AOUT 1912

No 8

MEMOIRES

L'OBSTRUCTION DES VOIES BILIAIRES

PAR M. ANÉDÉE MARIEN

Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

L'obstruction des voies biliaires principales *cholédoque, hépatique et cystique*, est une des questions les plus importantes de la chirurgie du foie.

Grâce aux nombreux travaux publiés sur ce sujet, depuis dix ans, la Chirurgie moderne a envahi, avec succès, le domaine des maladies des voies biliaires, qui n'intéressaient autrefois que la Médecine. Déjà quelques observations intéressantes sur ce sujet ont été publiées par des membres de notre Société Médicale

L'obstruction des voies biliaires est provoquée par des causes diverses.

Il est nécessaire de bien connaître ces diverses causes et de les classer méthodiquement, attendu que le traitement chirurgical et le procédé opératoire doivent varier suivant la nature et la localisation de l'obstacle, qui est la cause spéciale de l'*obstruction* ou de l'*occlusion* des voies biliaires.

Comme j'ai eu l'occasion d'observer, ces derniers temps, quatre variétés différentes d'obstructions des voies biliaires, j'ai cru intéressant de vous les communiquer:

1re OBSERVATION. — Obstruction sans calculs.

Dans le premier cas, il s'agit d'une obstruction aiguë inflammatoire du canal cystique, avec rétention dans la vésicule, sans calculs. Opération en deux temps : 1re *cholécystostomie* ; 2e *cholécystectomie*.

Voici l'histoire de la maladie rédigée par mon interne, le Docteur Dumontier.

Mme H. D., âgée de 56 ans, se présente pour douleurs dans l'hypocondre droit, datant de 8 jours.

Rien de particulier à noter chez ses père, mère, frères et sœurs.

Ant. per. Variole à 3 ans. Rougeole à 5 ans. Sauf quelques indigestions et indispositions passagères la malade n'a jamais eu aucune maladie grave.

Mariée à 20 ans, elle est la mère de huit enfants. Cinq vivent et jouissent d'une bonne santé ; deux sont morts en bas âge, un de scarlatine.

Les accouchements ont été normaux ; la malade n'a pas eu de fausses-couches.

La ménopause a eu lieu à 42 ans. Elle eut son dernier enfant dans la même année.

La malade a toujours demeuré à la ville, a beaucoup travaillé depuis son mariage ; mangeait peu de viande, mais elle avait un appétit très inégal ; elle faisait souvent des excès de table.

Depuis cinq ou six ans elle était sujette à la diarrhée qui durait deux ou trois jours.

Elle entre à l'Hôpital le 15 nov. dernier, pour des douleurs dans l'hypocondre droit surtout après ses repas.

Maladie actuelle. Douleurs s'irradient vers l'épigastre et augmentant à la pression, accompagnées de vomissements bilieux fréquents, de nausées, de maux de tête, des frissons avec fièvre.

Du 15 au 26 nov., un médecin lui donna le traitement médical approprié : Purgatifs, régime, mais toujours, la douleur, les vomissements et la température persistent avec un pouls qui devient de plus en plus rapide ; le soir de cette même journée la conjonctive se colore en jaune et la malade commence à faire de l'ictère généralisé.

Le 27, le teint de la malade se colore de plus en plus ; les douleurs sont plus vives, les poussées de température plus élevées et

la malade a des frissons. Elle ne peut plus garder d'aliments, à cause des vomissements.

M. Rhéaume, appelé d'urgence trouve à l'examen, que la douleur est très intense à la pression, la vésicule semble être très distendue et très douloureuse. Le foie et la rate sont hypertrophiés, la douleur se propage dans l'épigastre, le pouls bat à 150 avec 102 de température. Le teint de la malade est complètement coloré en jaune.

L'opération qui est faite d'urgence, par mon collègue le Docteur Rhéaume, a consisté en une cholécystostomie avec drainage de la vésicule à l'aide d'un tube en caoutchouc.

Le soir de l'opération la température baisse et le pouls s'améliore. Dans quelques jours l'ictère disparaît ainsi que la douleur; la malade s'alimente très bien, du pus mélangé à de la bile coule abondamment, et elle quitte l'hôpital quinze jours après l'opération avec une légère suppuration.

La malade a été revue ces jours derniers, elle conserve une fistulette, par laquelle s'écoule un peu de pus teinté en jaune. Si la fistule se ferme, la malade fait de nouvelles poussées d'infection, avec frisson, etc, La cholécystectomie est tout indiquée, nous la pratiquerons prochainement.

2me OBSERVATION. — Obstruction avec calculs.

2^e Mon deuxième cas présente le type classique de l'obstruction de la vésicule biliaire par calculs sans occlusion. Jamais de crise de colique hépatique, jamais d'ictère. C'est de la lithiase biliaire, qui passe inaperçue sans attirer l'attention du médecin, car tous les symptômes sont mis sur le compte de troubles digestifs.

Seul l'examen de la vésicule biliaire distendue et très mobile a permis de sentir et de palper les calculs au nombre de 23, à travers la paroi abdominale, qui est mince et facile à déprimer.

Cholécystostomie et extraction des calculs, guérison en 15 jours.

Mme J. R. G..., âgée de 33 ans, se présente pour douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiation vers l'épigastre. *Sensation d'une pesanteur qui se déplace.*

Habitudes: Mangeait peu de viande; travaillait à son ménage; portait son corset très serré.

Rougeole à 3 ans. Typhoïde à 16 ans.

Réglée à 14 ans. Les pertes assez abondantes duraient trois à quatre jours; les menstrues étaient régulières.

Mariée à 21 ans, elle est mère de six enfants, dont quatre vivants et deux morts jeunes.

Les accouchements furent faciles et la malade n'a jamais eu de fausses-couches.

La dernière grossesse fut un peu pénible, car souvent la malade sentait des douleurs dans la région du foie, cependant l'enfant naquit à terme.

Depuis, les règles sont régulières et assez abondantes, et depuis deux ans la malade n'a pas eu de grossesse.

Depuis sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis deux ans, la malade se plaint de douleurs.

M. act.: Dans l'hypocondre droit, douleurs vagues avec propagation à l'épigastre, et s'irradiant parfois dans l'épaule droite. La malade ne peut plus porter de corset à cause d'un malaise à l'estomac.

La malade n'a jamais eu de crise hépatique et n'a jamais fait d'ictère. Depuis deux ans elle est sujette aux troubles gastriques et à la constipation.

A l'examen nous trouvons que la douleur augmente à la pression, le foie semble un peu hypertrophié, nous trouvons la vésicule biliaire distendue et nous sentons les calculs qui roulent sous les doigts; en laissant percevoir un bruit cataracléristique la rate paraît normale.

Le cœur et les poumons sont bons; le système génital et urinaire sont bons; le 12 janvier, cholécystostomie; l'on extrait de petits calculs au nombre de 23 de la vésicule; le foie est légèrement hypertrophié. Suites opératoires des plus simples, on enlève la mèche le septième jour et elle part guérie le 2 février.

3me OBSERVATION. — Obstruction par enchâtonnement.

Ma troisième observation est celle d'une obstruction de la vésicule biliaire par deux gros calculs *enchâtonnés* dans les parois de la vésicule épaissies et dégénérées. La cavité de la vésicule est à sec et ne contient pas de liquide; il y a une occlusion complète du canal cystique.

Choléocystostomie, extraction des calculs par morcellement, drainage nul; guérison en quinze jours.

Madame D.... se présente à l'hôpital pour des douleurs dans le côté droit, région du foie.

Hérédité: Rien de particulier du côté des ancêtres; père, mère, frères et sœurs.

Habitudes: Elle a toujours demeuré à la campagne, mangeait peu de viande, et vivait assez régulièrement.

Ant. héréditaires. A part la rougeole à l'âge de 7 ans la malade n'a jamais eu de maladie grave, aucune fièvre, aucune maladie aiguë.

Réglée à 11 ans, ses pertes abondantes duraient cinq à six jours. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs abdominales durant ses menstruations.

Mariée à 17 ans: elle est mère de sept enfants, le premier enfant à l'âge de 18 ans.

De ses sept enfants cinq sont vivants et bien portants; un bébé est mort jeune (croup) et une fille morte à 12 ans. de tuberculose, acquise.

Les accouchements ont toujours été faciles.

La malade a eu deux fausses-couches: la dernière il y a sept ans.

Le dernier enfant, il y a deux ans, fut à terme; il est vivant et bien portant.

Les menstrues sont régulières; dernières règles le 17 fév. 1912.

Mal. act.: La malade se plaint de douleurs dans le flanc droit depuis deux ans, et son médecin nous dit qu'on lui a proposé une opération sur le rein, il y a quelques mois.

Depuis deux ans, elle a eu une quinzaine de crises de douleurs dans le côté droit qui l'obligèrent de prendre le lit.

Depuis cinq mois environ, elle se plaint de vomissements bilieux fréquents: deux ou trois fois la semaine. Elle a souvent des maux de tête très violents accompagnés de nausées.

Examen: Par la palpation profonde bi-manuelle ou plutôt par le ballotement, l'on sent une tumeur mal délimitée avec de l'empiètement de toute la région. Cette tumeur immobile est douloureuse à la pression.

Opération: A l'ouverture de l'abdomen l'on trouve la vésicule

biliaire noyée au milieu d'adhérences solides. Le colon transverse est libéré et abaissé. La paroi de la vésicule très épaissie est massée; elle ne contient pas de liquide mais deux volumineux calculs qui sont adhérents à la paroi vésiculaire et enlevés avec difficulté. Il y a une occlusion complète du canal cystique.

Suites opératoires normales et guérison en quinze jours.

**4me OBSERVATION. — Occlusion complète du cholédoque
par néoplasie inflammatoire.**

Ma quatrième et dernière observation est celle du malade que je vous présente et à qui j'ai fait, il y a un mois, une cholécysto-jéjunostomie pour une occlusion complète du canal cholédoque, au niveau de la tête du pancréas.

L'occlusion qui datait depuis au delà de six mois, causait des accidents graves par rétention biliaire.

En explorant les conduits biliaires depuis le hile du foie jusqu'à la tête du pancréas, nous n'avons trouvé que deux petits nodules inflammatoires siégeant sur la partie supérieure de la tête du pancréas et qui expliquent bien l'occlusion du cholédoque par compression à ce niveau.

Comme le canal cystique est perméable et que la vésicule est dilatée par la bile, nous nous servons de cette voie pour rétablir le cours de la bile dans l'intestin, au moyen de la cholédo-jéjunostomie.

Le malade nous est présenté par le Dr Cléroux, pour une ictere chronique durant depuis sept mois, avec des douleurs abdominales, faiblesse, et entérite, hémorragies graves.

Hérédité: Grand-père mort d'un cancer; père vivant, 45 ans, alcoolique; mère vivante, 45 ans; deux frères plus jeunes bien portants; une sœur plus âgée bien portante.

Habitudes: A pris un peu d'alcool; a toujours demeuré à la ville. Ecolier jusqu'à 10 ans; 10 à 14 commissionnaire; 17 à 21 ans cordonnier à la ville.

Rougeole à 3 ans. Scarlatine à 7 ans. Fièvre semblante à 5 ans. ariole à 2 ans. Anémique à 6 ans.

M. act.: Début de la maladie il y a 7 mois. Se plaignait de maux de tête et affaiblissait.

Dans les premiers jours il s'aperçut de douleurs intestinales augmentant avec les mouvements abdominaux. Il s'aperçut aussi que le blanc des yeux était d'une teinte jaune, consulte le médecin.

Quelques jours après ses mains et ses pieds deviennent jaunes en commençant par les extrémités, puis en trois semaines son corps devient couvert d'une teinte jaune foncée.

Son état ne s'est guère amélioré dans les semaines qui suivirent.

A son entrée à l'hôpital le malade avait maigri de 25 lbs depuis le début de sa maladie, sa couleur jaune foncé indiquait clairement que son foie était malade. Après un traitement médical de douze jours, nous le recevons dans le service de chirurgie.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne sont pas en faveur de calculs, et d'après la marche et la durée de la maladie, l'absence de crises, de douleurs, la décoloration et l'odeur fade des selles nous croyons avoir affaire à une occlusion complète des voies biliaires principales, hépatique ou cholédoque.

L'état général du malade, la température et le pouls permettent de tenter une intervention chirurgicale le 2 février dernier.

Cholécysto-jéjunostomie pour occlusion du cholédoque au niveau de la tête du pancréas.

Le malade a très bien supporté l'intervention, et durant les quatre premiers jours il n'a pas fait de température. La septième et la neuvième journée il fait deux poussées de température qui sont dues à un hématome. La cinquième journée après l'opération, nous avons une selle jaune colorée, d'odeur fétide, et déjà la bile se rendait dans l'intestin.

Dans les jours qui suivirent l'opération nous remarquons que graduellement la teinte jaune a de beaucoup disparu, et le malade est en pleine voie de guérison. Il a engraisé de 30 livres.

REVUE GENERALE

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET APPENDICITE CHRONIQUE (1)

Je vais vous parler aujourd'hui des rapports de la tuberculose pulmonaire et l'appendicite chronique. Vous n'ignorez pas que, dans ces derniers mois, un certain nombre de mémoires et de communications se sont attachés à établir la fréquence des relations qui unissent ces deux maladies.

Il est bien entendu que je ne fais aucune allusion aux lésions tuberculeuses de l'appendice, aux appendicites tuberculeuses proprement dites, et que je n'ai en vue que les lésions de l'appendicite chronique dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire.

Or, on a surtout, jusqu'ici, envisagé ces rapports au point de vue du diagnostic et de l'erreur, souvent commise, qui consiste à considérer comme atteints de tuberculose pulmonaire des sujets qui n'ont qu'une appendicite chronique. C'est là un point délicat qui a été étudié tout particulièrement par M. Faisans.

Ce premier point a une grande importance pratique, mais à lui seul, il n'épuise pas toute la question. En effet, ainsi que j'ai cherché à le montrer, il ne suffit pas de savoir que l'appendicite chronique peut simuler la tuberculose pulmonaire, il est nécessaire de reconnaître aussi que souvent elle y conduit.

Nous étudierons successivement ces deux points.

1° *Rapports de l'appendicite chronique avec la tuberculose au point de vue du diagnostic différentiel.*

En France, le premier travail d'ensemble qui a paru sur le sujet est dû à Comby qui, en 1908, étudia cette question chez les enfants.

Comby montra qu'il était fréquent de voir de jeunes sujets qu'on considérait comme entachés de tuberculose, qui maigrissaient, pâlissaient, toussottaient, présenter certains signes qui permettaient, un beau jour, de découvrir des lésions inflammatoires de l'appendice et indiquaient la nécessité d'une interven-

(1) Par Emile SERGENT, Médecin de l'hôpital de la Charité, et reproduite du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Mai 1912.

tion chirurgicale, à la suite de laquelle on voyait tous les troubles disparaître et la santé revenir.

C'est chez l'adulte que la question a été approfondie par M. Faisans, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

À sa suite, un certain nombre de nos collègues (Walther, Siredey, Claisse, Thiroloix et moi-même), amontèrent des faits confirmatifs, et il semble bien, aujourd'hui, que la question soit jugée.

Il importe que vous sachiez comment on peut confondre l'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire ; à *priori* cela paraît excessif et, en réalité, ce n'est point surprenant.

Vous avez tous vu des sujets, — le plus souvent, ce sont de jeunes gens de 18 à 30 ans —, qui maigrissent, pâlisent, ont de petites élévations de température le soir ; si on les suit de près, si on prend leur température quotidienne, on voit au bout d'un certain nombre de jours, de semaines, que la courbe générale de la température est un peu plus élevée que normalement et que si le malade se livre à un surmenage quelconque, à un effort, une longue marche, le thermomètre monte plus haut ce jour-là. Or, vous savez qu'on a attiré l'attention sur ce fait de l'élévation thermique en rapport avec le mouvement, avec la fatigue, chez les sujets qui sont en puissance de germination tuberculeuse (Daremberg). Voici donc une constatation de nature à attirer l'attention, à éveiller le soupçon, à faire considérer le malade comme suspect de tuberculose. Si vous ajoutez qu'il s'amaigrit, qu'il prend un teint un peu pâle, quelquefois terreux — que l'on voit aussi dans l'intoxication tuberculeuse à petit feu —, il y a une raison de plus pour que l'attention soit attirée vers la possibilité d'une tuberculose pulmonaire.

Bien plus, à cet ensemble de symptômes généraux s'associent des signes fonctionnels qui achèvent de vous diriger vers une erreur de diagnostic en accentuant la ressemblance ; ce sont : la toux, la dyspnée et le point de côté.

La toux est sèche, quinteuse, sans expectoration, telle qu'on la constate si souvent dans les périodes de début de la tuberculose pulmonaire. Quelquefois, elle rappelle la toux coqueluchoïde et vous invite à chercher des signes d'adénopathie trachéo-bronchique ; vous les trouvez parfois, d'ailleurs, car ces sujets sont bien souvent des adénoïdiens.

En même temps, on peut constater un certain degré d'essoufflement ; certains malades, en effet, présentent assez facilement de l'oppression, oppression légère, il est vrai, qui s'explique par une congestion pulmonaire de la base droite, dont l'existence n'est pas faite pour simplifier le diagnostic.

Accompagnant cette congestion pulmonaire et s'irradiant parfois à distance, se montre enfin un point de côté plus ou moins pénible, qui rappelle les douleurs thoraciques d'origine pleurale ou intercostale qu'on observe si souvent chez les tuberculeux.

Voici donc une série de symptômes qui sont bien faits pour établir la confusion. Il y en a d'autres plus troublants encore, plus dangereux pour vous, ce sont les signes physiques.

En effet, d'après M. Faisans (qui n'a pas, d'ailleurs, été suivi jusque-là par tous ses collègues), il existe deux symptômes dont l'association est particulièrement suspecte : ce sont d'une part, les signes de congestion pulmonaire de la base droite et, d'autre part, la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

La congestion pulmonaire de la base droite est assez fréquente ; on admet qu'elle est d'origine réflexe et qu'il se fait, sous l'influence de l'excitation intestinale, une vaso-dilatation des capillaires du poumon, aboutissant à la stase veineuse. Or, vous savez combien, au début de la tuberculose pulmonaire, il est fréquent de constater des signes de congestion pulmonaire de la base ; M. Fernet a beaucoup insisté sur la valeur diagnostique de cette localisation et a montré qu'elle devait trouver son explication dans des troubles vaso-moteurs provenant de l'irritation du pneumogastrique par des ganglions médiastinaux contemporains de la tuberculisation du sommet.

D'autre part, en même temps que cette congestion pulmonaire de la base, on peut constater de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

Cette double constatation, pour peu que les soupçons existent déjà du fait de la présence de symptômes fonctionnels et généraux, achève d'entraîner la conviction ; le diagnostic de tuberculose pulmonaire semble certain et le malade est soigné non pas pour l'appendicite chronique, cause réelle des troubles de sa santé, mais pour une tuberculose, qui, dans bien des cas, n'existe pas.

Tels sont les faits qui ont été bien mis en lumière par M. Faisans.

Un grand nombre d'observations sont venues depuis à l'appui

de ses idées ; et tout récemment encore, Brunon (de Rouen), en publia quelques-unes. Pour mon compte, j'en ai recueilli plusieurs. Vous avez pu voir un certain nombre de ces malades dans le service. Je vous citerai, notamment, le cas d'une jeune femme de 28 à 30 ans, que j'ai soignée en ville et qui, depuis des semaines, maigrissait, s'anémiait, avait un peu de fièvre le soir, présentait de temps en temps des crises d'entéro-colite muco-membraneuse et de la diarrhée, et dont l'état me donna les plus sérieuses inquiétudes, surtout lorsque je vins à constater des modifications du murmure vésiculaire au sommet droit. Or, cette jeune femme n'était pas tuberculeuse ; ce qui se passa dans la suite le démontre. Un jour, en effet, au cours d'une crise d'entéro-colite, je fus frappé par la prédominance des douleurs dans la région de la fosse iliaque droite et je songeai à l'appendicite chronique ; je fis examiner la malade par un chirurgien et nous tombâmes d'accord sur la nécessité d'une intervention ; elle fut opérée et nous pûmes vérifier l'exactitude de notre diagnostic. Quelques semaines après, elle avait repris son existence habituelle, et était très bien portante. Les troubles qu'elle avait présentés étaient dus à l'appendicite chronique.

On rencontre beaucoup de malades du même genre ; je vous citerai encor l'histoire d'une fillette de 6 ans, qui revenait du Midi, et chez laquelle des accidents fébriles avaient fait songer à la possibilité d'une fièvre de Malte ; peu à peu, l'anémie survint, l'état général devint mauvais ; et on commença à craindre la tuberculose lorsque la constatation d'une crise douloureuse appendiculaire ouvrit une espérance que les suites de l'intervention chirurgicale confirmèrent. On opéra l'enfant, en effet, et on trouva des lésions inflammatoires chroniques de l'appendice associées à des réactions récentes puisqu'il y avait encore de petites membranes péritonéales infiltrées de liquide séreux. Depuis, l'enfant a retrouvé sa bonne mine et sa bonne santé.

Je pourrais citer de nombreuses observations analogues.

Voici le premier point étudié ; je n'insiste pas davantage parce que c'est celui qui a surtout été envisagé jusqu'ici ; vous en trouverez l'exposé détaillé dans toutes les communications qui ont été faites sur ce sujet et particulièrement dans le mémoire de Faisans. Je trouve plus utile d'attirer votre attention sur la seconde partie de la question qui a été laissée dans l'ombre, beaucoup trop d'ailleurs, à mon avis.

(A suivre)

CHRONIQUE

L'HEREDITE

Dans la Revue Moderne de Thérapeutique et de Biologie, le Dr Breton résume agréablement, d'après Legendre, les notions connues sur l'hérédité. Je les transcris pour ne pas leur enlever leur saveur.

**Les pères ont mangé des raisins verts
Et les dents de leurs enfants en ont été agacées**

C'est par cette parole biblique que le Dr Paul Legendre, médecin de Lariboisière, commence sa belle étude sur l'hérédité. Un de mes amis, qui aime à employer des formes qui surprennent, pour traduire des choses qu'ils observe particulièrement bien, m'a dit souvent que " le-cerveau des enfants se repose toute la vie des fatigues du cerveau de leur père ", et c'est à peu près ce que pensait et disait déjà Jérémie, quelques siècles avant Jésus-Christ.

Depuis des milliers d'années, l'hérédité montre chaque jour et presque à chaque instant aux yeux de ceux qui observent des marques évidentes de son existence et de sa puissance, son domaine s'étend à tout ce qui vit, et... toujours l'hérédité se dérobe.

Qui nous dira le secret de l'hérédité ? " L'obscurité des questions que soulève son problème en biologie a stimulé de tout temps l'imagination des naturalistes, des philosophes et des médecins, qui ont lutté d'ingéniosité pour relier les faits observés par une théorie générale " et le problème reste entier ; cette grande " estrangeté ", comme disait Montaigne, demeure incompréhensible.

L'œuvre des siècles récents n'aura pas été mince pourtant : tous les faits qui avaient été classés parmi les manifestations de l'hérédité ont été soumis à une critique sévère, et l'on a ainsi débarrassé la question d'un grand nombre de croyances qui manquaient de bases sérieuses, et d'une foule d'interprétations dont l'inexactitude a été reconnue.

Le problème se pose clairement désormais. Les observations précises et valables sont abondantes l'expérimentation continue son œuvre : bientôt, peut-être, pourrons-nous émettre des conceptions légitimes sur le mécanisme de l'hérédité.

DÉFINITION

On s'explique facilement qu'il soit malaisé de définir ce que nous connaissons si imparfaitement ; la définition réellement adéquate et complète sera trouvée quand le problème sera résolu : d'ici là disons simplement avec le Dr Legendre :

L'hérédité est la transmission à l'être procréé de la plupart des caractères, attributs et propriétés de l'être ou des êtres procréateurs, et même de quelques-uns des ascendants plus ou moins lointains de ceux-ci.

LES MODALITÉS DE L'HÉRÉDITÉ

Les modalités de l'hérédité sont variées et l'on peut distinguer l'hérédité individuelle, l'hérédité de famille, l'hérédité ancestrale.

L'hérédité individuelle est la transmission des qualités ou caractères propres à l'individu. Cette hérédité est donc à la fois physique et psychique, et transmet les caractères acquis.

Elle était admise par les uns, niée par les autres ; l'expérimentation en prouva l'existence, mais elle en montra en même temps l'inconstance et l'irrégularité.

On se demande si un sexe n'avait pas plus d'importance que l'autre pour assurer cette transmission, ou s'ils n'imprimaient pas chacun une tendance particulière à l'hérédité ; on a pensé que dans les familles humaines, les filles ressemblent ordinairement à leur père et les garçons à leur mère ; mais ce préjugé est chaque jour contredit par la simple observation, et le Dr Legendre conclut que " la puissance héréditaire individuelle prime tout : chaque individu a sa puissance héréditaire forte ou faible par rapport à son conjoint, indépendamment de toute influence sexuelle.

On s'est demandé souvent aussi à quoi tenait l'hérédité du sexe, et jusqu'à ces derniers temps la théorie de Thury était à peu près acceptée. Le savant de Genève disait : " Tout ovule fécondé avant d'avoir atteint sa maturité complète donne naissance à une femelle ; une fois mûr, il donne un mâle ".

Les expérimentations de Coste, au Collège de France, ont ruiné l'opinion de Thury.

Pourtant le Dr Regnault publiait récemment un article sur cette question et disait, en rajeunissant la théorie de Thury :

“ La détermination du sexe est en rapport avec la plus ou moins grande maturation des éléments sexuels en présence ; elle dépend donc de la vitalité relative de ces éléments et de la fonction du métabolisme des parents, qui est sans doute lui-même fonction de l'équilibre plus ou moins parfait des sécrétions internes.”

La question s'oriente donc dans une nouvelle direction, et le Dr Regnault assure qu'il a pu faire déjà, en tenant compte d'un élément jusqu'ici absolument négligé, de très curieuses prédictions.

L'hérédité de famille ou consanguinité est non moins curieuse que la forme précédente.

On sait que les lois humaines prohibent et flétrissent du nom d'incestueuses les unions qui pourraient avoir lieu entre les parents et leurs enfants, entre les enfants issus des mêmes parents ; elles n'autorisent que les mariages entre collatéraux. L'Église catholique, de son côté, prohibe les mariages jusqu'au quatrième degré inclusivement. . . en accordant, il est vrai, des dispenses. Ces mesures sont-elles solidement basées ? On ne peut connaître—sauf exception — par l'observation de l'espèce humaine les effets de la véritable consanguinité. C'est la zootechnie qui peut seule nous renseigner sur cette question.

Eh bien, chose curieuse et pourtant certaine, il ne semble pas que les unions entre consanguins qui sont si courantes dans le monde des animaux se montrent passibles d'aucun des reproches terribles qu'on leur fit dès le temps de saint Augustin et qu'on trouve consignés dans les Capitulaires des rois de France.

Les mariages entre consanguins seront stériles, les produits monstrueux ou tarés ; s'ils vivent, ils seront maladifs, lymphatiques, scrofuleux, déséquilibrés. . . Ainsi pensait-on.

Or les éleveurs nous ont appris que toutes ces accusations ne tiennent pas devant l'expérience chez les animaux, et ils aiment à relater l'exemple du taureau Favourite qui ramena la fécondité dans un troupeau où elle menaçait de s'éteindre, en fécondant six générations successives de ses propres filles et petites-filles et engendra l'un des plus beaux taureaux de la variété. . . avec sa propre mère.

Ne parlons donc plus de stérilité dans les unions entre consanguins. Pour la surdi-mutité, il semble bien que, si la consanguinité n'est pas sans influence, elle ne joue pas le rôle constant qu'on lui

a prêté ; elle ne peut créer de toutes pièces la surdi-mutité, qui ne survient presque jamais en dehors des cas où les parents étaient déjà porteurs d'otite scléreuse.

Les malformations, l'idiotie, ne sont pas plus fréquentes chez les enfants issus de consanguins ; on les remarque davantage, et c'est peut-être là la vraie origine de la croyance populaire.

En réalité, et pour résumer, le Dr Legendre pense que *la consanguinité exalte seulement l'hérédité et l'influence du milieu, dans le bon comme dans le mauvais sens*. Les qualités s'ajoutent et les défauts de même, nous disait un jour le Dr Féré.

Que fera donc le médecin quand des consanguins lui demanderont conseil au sujet d'un mariage projeté ? Il fera bien de suivre ceux que le Dr Regnault a formulés et qui sont très sages.

1° Il faut faire un examen médical sérieux des futurs et s'enquérir de la santé de leurs familles.

2° Il faut rechercher si les futurs ont été élevés dans le même milieu ; car un milieu identique peut créer chez le père et la mère les mêmes prédispositions morbides, et il y a beaucoup plus de chances pour qu'elles se manifestent chez les enfants.

3° On ne donnera d'avis favorable à un mariage consanguin que si les familles sont sans tares, et si les conjoints n'ont pas été élevés sous le même toit ; sinon, on préviendra les parents de la possibilité d'un mauvais résultat."

Voilà qui est fort bien dit, et fort utile, mais ajoute le Dr Legendre, " combien y a-t-il de familles sans tares ? Il reste à discuter l'importance, la gravité des tares comme dans tout projet de mariage et il est bien rare que l'avis du médecin soit prépondérant en pareille matière."

L'expression d'*hérédité ancestrale* a été employée dans deux acceptions. Les uns y voient l'ensemble des puissances héréditaires de la race ; d'autres, le phénomène de la réapparition chez un descendant d'un caractère quelconque des ascendants, caractère demeuré latent pendant une ou plusieurs générations intermédiaires.

Les exemples à l'appui de cette forme de l'hérédité ne manquent pas, qu'on les choisisse dans le domaine des caractères psychiques, ou, ce qui présente plus de sécurité, plus de rigueur, dans le domaine des caractères physiques. Tout le monde connaît l'histoire de la mèche des Rohan, et d'autres encore. L'existence de

l'atavisme est un fait incontestable, mais on a voulu expliquer par son intermédiaire de nombreux cas de criminalité, qui constitueraient comme un retour à l'état primitif, et lui attribuer de même les cas d'idiotie des microcéphales. Ce serait là une erreur d'interprétation — certaine, semble-t-il — et M. Féré a très justement combattu une pareille conception. Ne confondons pas, disait-il, atavisme et dégénérescence ; atavisme et persistance d'un état fœtal...

Mais une question se greffe sur l'hérédité ancestrale, c'est la question de la *télégonie*, de l'*imprégnation*, si curieuse, si intéressante, et encore si obscure. Depuis le temps où le vieux Jacques Le Fouilloux exprimait le fait, qu'on a baptisé ensuite, de la ressemblance de tous les descendants quel que soit le type de leurs pères, avec celui qui avait fécondé le premier leur mère, le monde des savants se divise en deux catégories : l'une qui croit à la télégonie et l'autre qui traite d'illusion ce phénomène. On cite souvent comme démonstratif l'histoire de cette femme de couleur qui fécondée par un blanc, puis par un homme de couleur, eut de ce dernier des enfants blancs... , mais ceux qui sont portés à ne pas admettre la réalité de la télégonie, ne manquent jamais d'émettre sur la fidélité de cette femme de couleur des doutes judicieux, et l'exemple toujours cité est toujours réfuté plaisamment... La question reste donc en suspens.

M. P. Cozette admet : " 1° que les nombreux faits apportés comme preuve d'une telle influence, tout en étant d'une authenticité incontestable, sont cependant accompagnés de trop peu de renseignements sur les facteurs de l'observation pour qu'on puisse les regarder comme démonstratifs ; 2° que de nombreuses expériences effectuées dans le but de contrôler la doctrine, il n'a jamais été donné d'observer un seul fait où l'influence du premier mâle sur les produits ultérieurs se soit manifestée d'une façon incontestable ; 3° que la théorie de l'imprégnation peut s'expliquer par atavisme, superfétation ou une cause naturelle. "

Voici donc l'état actuel des faits admis en matière d'hérédité normale. Le travail du Dr Legendre comprend, en outre, l'exposé des faits d'hérédité pathologique. En même temps que les faits il expose les idées qui ont été émises pour les expliquer et rappelle l'hypothèse formulée par Bouchard il y a déjà quelque dix ans et dont les découvertes les plus récentes sur les glandes à sécré-

interne et sur le mécanisme de l'immunité, etc., semblent devoir achever la démonstration.

Dans un chapitre de conclusion, d'une ampleur admirable, le Dr Legendre oppose les caractères fondamentaux des deux hérédités normale et pathologique, montre que la dissemblance est le trait le plus ordinaire de celle-ci, la ressemblance, le caractère le plus ordinaire de celle-ci, la ressemblance, le caractère le plus fondamental de celle-là et cite en terminant ces paroles fort judicieuses de Portal.

“ Un bon choix dans les mariages ne concourt pas peu à diminuer ou à atténuer les vices de famille, et sans doute que naturellement ces heureux effets s'opèrent très souvent *dans les grandes villes*, surtout par *des hommes et des femmes de campagne* qui, en quelque manière, renouvellent la race. Il est certain qu'on voit ainsi disparaître de vrais maux d'origine. ” Cette idée de la régénération des citadins affinés par les hommes de la campagne plus puissants et vraiment sains, doit être méditée et peut contribuer beaucoup au relèvement d'une race ou au maintien du niveau auquel elle s'est élevée.

“ L'hérédité, c'est la solidarité entre les générations successives ; elle pourrait devenir le plus puissant facteur du progrès humain, si chaque homme était convaincu que chacun des actes de sa vie doit retentir sur sa descendance. ”

Et le Dr Legendre qui est à la fois un homme de science, un vrai philosophe et un humaniste délicat cite en manière de péroraison deux vers fort jolis de Jean Lahor.

Pour que vos actions ne soient vaines ni follés,
Craignez déjà les yeux futurs de vos enfants.

LA DEPOPULATION AU GABON

On s'apitoie sur la dépopulation en France, en Allemagne, et même au Canada où les familles nombreuses se font plus rares qu'autrefois.

C'est un problème qui se pose aussi dans les pays non civilisés. Voyez ce qui se passe au Gabon. J'emprunte ces détails à la *Chronique Médicale*.

La comparaison est intéressante car nous pourrions faire de nombreux rapprochements entre eux, et nous “ les civilisés ”...

“ Puisque le Congo est sur le tapis de l'actualité, on lira avec intérêt les révélations que nous fait notre confrère EDMOND-VIDAL, sur “ l'accroissement de la mortalité et la diminution de la natalité chez les indigènes du Congo Français ”.

Au Gabon, notamment, on a constaté un abaissement considérable dans le nombre des enfants : le chiffre des naissances va s'affaiblissant constamment, et il n'y a pas moins de 40% de nouveau-nés qui n'atteignent pas l'âge adulte ; alors que la mortalité infantile est de 6,7 en Norvège ; 7,7 en Suède ; 10,8 en Suisse ; 12,1 en Angleterre ; 14,3 en France ; 15,6 en Italie ; 17,8 en Allemagne ; 20,2 en Autriche ; 27,2 en Russie.

Dans les grandes villes d'Europe, la mortalité est généralement moins élevée que la moyenne ; elle atteint : 9,1% à Stockholm ; 9,5 à Amsterdam et à Zurich ; 10,5 à Paris ; 11,3 à Londres ; 13,6 à Copenhague et à Hambourg ; 16,8 à Berlin ; 17,4 à Bruxelles ; 18,3 à Vienne ; 18,6 à Marseille ; 19, : à Munich ; 19,4 à Breslau ; 21,7 à Bucharest ; 35,6 à Moscou.

Quelle est la cause de cette mortalité infantile, vraiment excessive, au Congo ? D'après les rapports des médecins, on devrait l'attribuer à la gastro-entérite et à la broncho-pneumonie, principalement ; parmi les affections contagieuses, la variole et, rarement, la tuberculose fournissent le pourcentage le plus élevé.

La syphilis est moins fréquente en pays congolais qu'on ne le pourrait supposer ; on lui doit plutôt un abaissement de la natalité qu'une augmentation de la mortalité. L'alcoolisme est un facteur important de léthalité, car il agit à la fois sur les procréateurs et sur les enfants.

Passant à l'abaissement de la natalité et en recherchant les causes, le Dr Edmond-Vidal en arrive à les grouper sous deux facteurs principaux, les uns d'ordre subjectif, les autres d'ordre objectif.

Les facteurs subjectifs sont : l'avortement et l'accouchement défectueux, d'une part ; le mariage précoce, de l'autre.

Les facteurs objectifs sont : la vente des plus beaux sujets aux chefs des tribus éloignées d'une part, et le grand âge des maris, de l'autre.

Chez les femmes du Gabon, l'avortement provoqué est très fréquent, et vient aider dans de fortes proportions à la diminution de la natalité. Cet avortement se pratique de deux manières, soit

indirectement, par l'usage interne de racines et de feuilles tropicales pilées et bues en infusion, soit directement par divulsion des membranes de l'œuf, au moyen d'une liane introduite dans l'utérus, avec accompagnement d'invocations religieuses. Cette invocation religieuse est, semble-t-il, le seul point par lequel l'avortement provoqué congolais diffère de l'avortement malthusien de nos pays.

L'accouchement défectueux mérite de nous arrêter aussi, car, malgré la facilité avec laquelle la négresse met au monde le produit de sa conception, il arrive très fréquemment, sans doute en raison du jeune âge de l'accouchée, que l'enfant meurt avant son expulsion. En outre, lorsque l'accouchement traîne en longueur et semble difficile, il est activé par des matrones indigènes, dont l'intervention malencontreuse entraîne trop souvent la mort de l'enfant.

Le mariage précoce des filles est un facteur important de diminution de la natalité. En effet, nombreuses sont les Congolaises mises aux bras du mari avant leur nubilité, parfois même avant leur puberté, la *puberté* étant l'époque de la vie où le sujet devient propre à la génération, alors que la *nubilité* est l'aptitude à la procréation d'enfants normaux, bien constitués, sans dommage pour le générateur.

Au Congo, les filles sont pubères entre 8 et 10 ans ; mais il est de toute évidence que l'on devrait attendre au moins la quinzième année pour les considérer comme nubiles et aptes au mariage ; or, telle n'est pas la règle, et nombre de femmes, mariées à 10 ou 12 ans, gardent d'un sacrifice prématuré une inaptitude organique à la maternité. Les autres causes de la diminution de la natalité sont d'ordre objectif et dues à l'état social de la femme congolaise, considérée comme une marchandise précieuse.

En effet, la réputation des femmes du Congo — et tout particulièrement de celles de la vallée de la Nyanga, — s'étend à toute l'Afrique Equatoriale. Contrairement à la Pahouine des bords de l'Ogôoué, lourde et disgracieuse, la Boloumbo est fine et appétissante. Elle excite sans peine la convoitise des peuplades voisines, qui viennent acheter sur place les filles à marier. Et quand cet achat ne peut se faire, soit parce que les moyens de transaction manquent, soit parce que les indigènes se refusent à la vente, alors les filles convoitées sont enlevées par la force et emportées vers d'autres régions.

Pour des raisons analogues, bon nombre de celles qui se marient sur place ne contribuent pas à augmenter la population de la tribu.

En effet, la femme congolaise est une marchandise dont le prix hausse chaque jour, en raison de la disproportion de l'offre et de la demande. En outre, la richesse des chefs se mesure à la quantité de femmes dont ils sont propriétaires. Aussi, certains roitelets s'emparent-ils de toutes les filles de leur tribu. Et comme toute femme que touche un grand chef est immédiatement sacrée et ne peut plus être approchée par un autre homme ; comme, d'autre part, ces chefs sont généralement âgés et bien souvent impuissants, il s'ensuit une stérilisation involontaire d'une grande proportion de femmes ; alors que de non moins nombreux individus, jeunes et vigoureux, sont de leur côté voués au célibat jusqu'à un âge avancé, la civilisation n'ayant pas encore, chez les nègres africains, élevé l'adultère à la hauteur d'une institution sociale.

Des notes qui précèdent il résulte, conclut en terminant le Dr Edmon Vidal, que, contrairement aux idées généralement admises, la population nègre du centre de l'Afrique va en diminuant, et par excès de la mortalité et par insuffisance de la natalité.

C'est là une constatation grosse de conséquences au point de vue de la colonisation française, qui, après avoir lutté pendant de longues années pour supprimer l'esclavage et les guerres de tribus, doit entreprendre maintenant la lutte contre d'autres éléments, pour justifier sa mainmise sur les peuples africains."

— Ce problème se pose aux Allemands, les nouveaux propriétaires du Congo.

LES GRANDS HOMMES ET L'ÉVOLUTION D'UNE SCIENCE : LA CHIMIE

par W. OSTWALD.

Il y a bien longtemps qu'on a remarqué que les hommes qui agissent n'ont guère le goût à philosopher et que les hommes qui philosophent sont ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'agir. Et ceci est éminemment regrettable, car il s'en suit que les hommes d'action qui pourraient nous apprendre quelque chose restent volontairement muets et que les philosophes qui n'ont rien à nous apprendre prennent presque toujours seuls la parole.— Il est à

cette règle quelques heureuses exceptions. Ostwald, l'auteur de *l'Évolution d'une science : la Chimie*, et des *Grands Hommes*, en est un exemple réconfortant. Chimiste célèbre, Ostwald consacre les heures de sa retraite scientifique à revoir de très haut les principaux événements de la chimie à travers les âges et à déduire de l'évolution de cette science les lois du travail humain. Ce travail s'accomplit selon lui au milieu de difficultés inhérentes au moment, et qui, heureusement, disparaissent progressivement et de difficultés inhérentes au caractère de l'homme et qui malheureusement seront éternelles.

Au temps où le public scientifique était peu nombreux, et il était encore très clairsemé il y a quelque cent ans, il y avait parfois plus de difficulté à faire entendre une découverte qu'à la réaliser. Les échanges d'idées étaient faibles : c'est l'époque des savants méconnus. Mayer, l'auteur du principe de la conservation de l'Énergie, — le fondement de toute science moderne, — meurt presque inconnu et les rares savants qui le connaissent parlent de lui en ces termes : " Le jeu des rapprochements inaccoutumés est un agréable jeu de société ; à force d'émettre des hypothèses il faut bien tomber juste de temps en temps ; ce serait vraiment une malchance extraordinaire que de tomber toujours à côté."

C'est Helmholtz lui-même qui a jugé l'œuvre de Mayer en ces termes.

Aujourd'hui où une nouvelle découverte est dès son apparition connue et contrôlée, le savant ne parle plus dans le désert, et le monde scientifique est assez vaste pour qu'au delà de sa petite patrie il trouve généralement des étrangers pour l'apprécier.

Les difficultés que rencontre le savant du côté de ses confrères immédiats n'ont jamais changé, par contre.

Ostwald nous raconte comment l'illustre Faraday, d'abord simple garçon de laboratoire de Davy, devint, lorsqu'il fut l'émule de son maître, le simple domestique de celui-ci. C'est Faraday qui servait son maître dans ses voyages en France, et le service était particulièrement pénible du fait des exigences de Mme Davy.

Tout savant même illustre a une tendance naturelle à ce que ses découvertes ne prennent pas un essor au-delà de la limite qu'il lui a assignée. C'est l'histoire de Berzélius, de Liebig ; c'est surtout l'histoire qui nous touche personnellement de Berthelot. L'illustre novateur, qui orienta la chimie dans des voies nouvelles

avec la thermo-chimie, ne voulut jamais admettre la chimie-physique. Comme il était à la fin de sa carrière le grand-maître de la chimie en France, il interdit qu'on parlât en France de la théorie des ions, de la conductivité électrique, des forces électromotrices, des colloïdes et de toutes les découvertes qui bouleversaient la chimie classique en dehors de lui.

Pour Ostwald la période d'activité des savants est courte. Il les classe en deux catégories : les romantiques et les classiques. Le romantique est un intuitif, une sorte de voyant qui illumine une région nouvelle mais sans l'éclairer dans ses détails. Le classique est un déductif qui arrive à la découverte par la recherche méthodique. Pour le romantique l'invention cesse vers l'âge de 35 ans, pour le classique elle cesse après 40 ans. Passé cet âge, les savants ne feraient que se répéter on ne serait capables que de travaux secondaires.

Il est indubitable qu'Ostwald oublie que sa règle comporte de notables exceptions et surtout qu'il présente les faits d'une manière incomplète. Des savants comme Pasteur et Cl. Bernard ont fait sur le tard des découvertes importantes. Mais pour Ostwald, en matière de découvertes, c'est l'idée nouvelle qui compte seule, et ce qu'il veut dire, c'est qu'en somme après 40 ans le savant n'a plus d'idée nouvelle. Il est évident que c'est le cas habituel ; qu'une fois sa grande découverte faite, le savant cherche surtout à la développer, à la fortifier et à en étendre les applications. Mais alors se pose aussitôt cette question : le rôle de l'initiateur n'est-il pas d'expliquer sa découverte afin qu'elle soit utile ? Si Pasteur s'était contenté de montrer qu'il y a des maladies qui sont causées par des microbes sans montrer comment agissent ces microbes, comment on peut les cultiver, comment on peut les inoculer à des animaux, comment on peut atténuer leur virulence, etc., Pasteur n'eût certainement pas été le fondateur de la bactériologie ; comme Davaine, de très honorable mémoire, il eût gardé un nom dans l'historique de cette science, il ne symboliserait pas cette science elle-même.

Ostwald a tort de dire qu'après 40 ans l'invention du savant est épuisée ; en réalité son invention dure tant qu'il développe son idée est souvent plus utile que de sauter d'idées en idées.

Les très grands savants sont les hommes d'une seule idée profondément creusée. Les génies ne sont connus que par une seule

découverte : Newton c'est l'homme de la gravitation universelle ; Lavoisier c'est l'homme de la combustion ; Pasteur c'est l'homme de la maladie infectieuse. Les hommes secondaires sont les hommes aux découvertes secondaires multiples : Léonard de Vinci invente en peinture, en balistique, en stratégie, il se sent prêt à inventer en tout ce qu'il plaira au Sforza qui voudra bien le prendre à son service. Quant aux médiocres, la variété de leur production est infinie et nous savons avec quelle aisance ils passent de la littérature ou des sciences jusqu'à la politique. L'idée d'Ostwald qu'un savant ne produit plus après 40 ans est une idée dangereuse à notre avis ; elle discrédite le long et fertile effort en faveur de la dissipation intellectuelle, comme dirait Pascal.

Mais comme nous l'avons dit, les ouvrages d'Ostwald contiennent bien d'autres idées générales intéressantes. On peut ne pas les approuver entièrement, mais il est aussi agréable qu'utile de les lire.

LE LISEUR.

UNE NOUVELLE (1)

MONSIEUR LE MAIRE

Monsieur le Maire était accoudé sur son bureau la tête entre les mains, profondément absorbé. Il venait de recevoir le résultat d'une analyse des eaux de la ville de M...-sur-M..., qu'il administrait, dont la conclusion disait que "ces eaux étaient potables, excellentes sous tous les rapports."

Monsieur le Maire était médecin ; il avait quitté la clientèle depuis quelques années seulement pour se consacrer tout entier à l'administration d'une ville où il était et qu'il chérissait de tout son cœur.

Or, depuis trois ans, un fait absolument inexplicable s'était produit et Monsieur le Maire se répétait à haute voix cette phrase : "En trois ans, à M...-sur-M..., ville de 20,000 âmes, il n'y a pas eu une seule naissance !"

(1) Par le Dr Deznarte, dans le *Correspondant Médical*. Je parle plus loin de la dépopulation au Gabon. En voici une autre dans une petite ville de France...

C'est en vain que Monsieur le Maire avait cherché à percer ce mystère. Connaissant, en qualité de médecin, les relations des glandes entre elles, il avait fini par penser que certaines eaux, agissant sur la glande thyroïde, pourraient avoir un retentissement fâcheux sur d'autres organes, et de ce côté-là encore l'analyse qu'il venait de lire lui apportait la dernière déception.

Que faire maintenant devant une situation à la fois grave et ridicule ? Car elle n'existait dans aucune des 36,000 communes de France et la ville de M...-sur-M... était depuis longtemps légendaire dans toute la contrée.

Certains esprits de mauvais goût n'avaient-ils pas été jusqu'à proposer pour les habitants le surnom de chapons ? Au cours d'un déjeuner donné dans une des premières familles de la ville et où se trouvaient des étrangers, des plaisanteries déplorables avaient fait dégénérer la fête en pugilat.

Et encore n'aurait-il pas été proposé de faire ériger, sur la place de M...-sur-M... ?

C'était un indignité et un outrage qu'avaient fort ressentis les citoyens de M...-sur-M...

Et quelles conséquences désastreuses cette situation n'avait-elle encore pas eu pour la ville de M...-sur-M... ! Les trois sages-femmes étaient parties n'ayant plus rien à faire, les marchands de layettes et de voitures d'enfants avaient fait faillite, deux des pharmaciens de la ville qui avaient, l'un, la spécialité d'un sirop de dentition, l'autre d'un sirop calmant, étaient dans la désolation. Une nervosité incroyable régnait sur tout le pays, auparavant si calme. A chaque mariage nouveau on faisait le souhait que le marié qu'on fêtait romprait le sortilège et le sortilège ne cessait pas !

Monsieur le Maire sortit, songeur, se dirigeant au hasard. Il regardait les enfants, interrogeait comme sans intention les parents sur l'âge de leurs rejetons. Mais c'était toujours la réponse redoutée : tous avaient plus de trois ans. A un moment donné, Monsieur le Maire avait pressé le pas, il aurait couru s'il n'avait été retenu par sa dignité municipale : il venait d'apercevoir une nourrice portant un enfant.

Était-ce une naissance qu'on aurait omis de déclarer ? car c'était en vain que chaque matin en arrivant à la mairie, le maire se fai-

sait présenter le registre des naissances par l'employé qui, faute d'occupation, était devenu de première force au bilboquet. Mais non, encore un espoir déçu, la nourrice était de passage et venait d'un pays voisin.

Monsieur le Maire se remit en marche, toujours plus absorbé, quand il fut tiré de sa rêverie par un : " Bonjour, Monsieur le Maire ", prononcé par une voix un peu ironique et joyeuse. En même temps il vit qu'une dame élégante le dépassait et il reconnut " la belle Mme Doré " qui marchait maintenant devant lui dans un balancement de hanches harmonieux.

Monsieur le Maire, en regardant la belle dame, se courrouça. Encore une, " la belle Mme Doré ", qu'il avait marié lui-même, il y avait tantôt dix-huit mois, encore une qui lui avait donné des espérances ; il continuait à regarder le corps magnifique, l'ampleur des hanches, belles à rendre jalouse la Vénus de Milo, mais malheureusement surmontée d'une taille qui excluait toute idée d'une maternité prochaine. A quoi pensait donc le mari qui avait fait son congé dans les cuirassiers, un homme superbe ? C'était retomber toujours dans l'inconcevable et irritant mystère !

Monsieur le Maire n'y tint plus ; il se dirigea vers le bureau de poste et, par un télégramme chiffré, demanda d'urgence l'envoi d'un médecin-inspecteur du ministère de l'Intérieur. Pour une pareille enquête, le ministre envoya son Sherlock Holmès médical, le docteur Néfin, qui arriva à M...-sur-M... le lendemain dans la soirée. Le docteur Néfin descendit chez le maire incognito sous l'apparence d'un ancien ami d'études connu autrefois à Paris.

M. l'inspecteur Néfin fut reçu chez le maire avec beaucoup d'égards ; la bonne, la vieille Catherine s'était surpassée. Mais elle fut fort froissée de remarquer que " le monsieur " semblait manger du bout des dents, ce que Monsieur le Maire mit sur le compte de la fatigue de son hôte.

Le lendemain matin, de bonne heure, la vieille Catherine descendant à sa cuisine aperçut avec étonnement, par la porte entrouverte, " l'ami de M. le maire " qui arpentait la cuisine à pas rapides. Tout à coup, elle vit " le monsieur " aller droit à la boîte au sel, la renifler longuement, puis, d'un geste brusque, en vider tout le contenu dans sa poche ! La vieille bonne s'enfuit épouventée.

Vers midi, les habitués du café des Mille-Colonnes se racon-

taient à voix basse que l'ami de Monsieur le Maire, arrivé la veille à M...-sur-M..., avait été vu sortant des épiceries de la ville avec un cornet rempli d'une substance blanchâtre qui semblait être du sel et dans lequel il plongeait chaque fois un long doigt osseux qu'il se mettait ensuite à sucer profondément d'un air visiblement absorbé.

Dans l'après-midi, Monsieur le Maire sortit avec son hôte qui le félicita sur les ressources qu'offrait la ville au point de vue alimentaire, ressources aussi grandes, semblait-il, que celles de Paris. C'était justement mettre Monsieur le Maire sur son dada favori :

“ Comment donc, Monsieur l'Inspecteur », mais c'est là précisément une des gloires de M...-sur-M... ; nous avons ici un épicier en gros auprès duquel tous les Potin de Paris pâleraient, qui fabrique lui-même son chocolat, raffine son sucre et qui, non content de cela, a encore ajouté à son vaste commerce, le commerce en gros des drogueries. Si Monsieur l'Inspecteur voulait visiter cette importante industrie ? ”

Monsieur l'Inspecteur acquiesça et la longueur de sa visite montra tout l'intérêt qu'il y éprouvait. On traversa successivement les différents ateliers de fabrication en pleine activité, les magasins, dont on admira la superbe ordonnance, les chais enfin furent visités. L'industriel charmé fut à peine étonné quand Monsieur l'Inspecteur demanda encore à voir les greniers. Monsieur l'Inspecteur paraissait cependant un peu excité depuis le commencement de la visite et à ce moment-là, sans doute sous l'influence d'un peu de fatigue, son excitation semblait avoir encore augmenté.

On pénétra dans les greniers où se trouvaient assemblés quantités de barils, et Monsieur l'Inspecteur, de plus en plus fébrile, se fit indiquer l'emplacement de la réserve du sel. Il ouvrit un des barils, en goûta le contenu et, retournant le baril placé à l'envers contre le mur, il lut, ému et triomphant, ces quatre lettres magiques : NaBr ! (Bromure de sodium.)

Aussitôt un colloque des plus vifs s'engageait. Et quelques instants après, accompagné de l'inspecteur, Monsieur le Maire sortait dans la rue laissant l'épicier-droguiste abasourdi.

L'air du dehors lui faisait du bien. Ah ! il comprenait tout maintenant. Il la tenait l'explication de l'étrange phénomène ! A la suite de l'erreur d'un employé de l'importante maison,

NaBr (1) remplaçait (2) NaCl sur la table des habitants de M...-sur-M... ; des barils destinés à la droguerie avaient été portés par mégarque dans les greniers de l'épicerie ! Voilà pourquoi, depuis trois ans, ô dignes habitants de M...-sur-M..., votre ville était muette, pourquoi le jeune Eros était impuissant à tendre son arc, pourquoi vous étiez flasques et sans ressort !

Et Monsieur le Maire, à quelque temps de là, était devenu l'homme le plus heureux du monde. Il coulait des regards attendris sur les rondeurs chaque jour plus manifestes de ses administrées, tapait d'un air bonhomme sur les ventres... des maris qui avaient enfin, disait-il, cessé d'être des paresseux.

Neuf mois après la mémorable visite de M. l'inspecteur Néfin chez le grand épiciers-droguiste, la mairie de M...-sur-M... était couverte de drapeaux ; on avait, ainsi que le disaient les affiches, convoqué les pompiers "pour rehausser l'éclat de la fête". Le sacristain de l'église avait précipitamment enlevé les énormes toiles d'araignées qui tapissaient les fonts baptismaux.

A un moment, la fanfare municipale retentit et l'on vit sortir de la mairie Monsieur le Maire rayonnant, portant dans les bras deux jumeaux dont il avait voulu être le parrain. Derrière le maire venait l'époux de la belle Mme Doré, le père des deux jumeaux, triomphant, aux acclamations de la foule.

Et le cortège se mit en route pour se rendre à un grand banquet que devait présider M. Piou. (3)

(1) NaBr : Bromure de Sodium.

(2) NaCl : Sel de cuisine ou Chlorure de Sodium.

(3) M. Piou est un député français — célibataire — qui s'occupe beaucoup de la repopulation de la France.

ANALYSES

MEDECINE

La contagion du rhumatisme, dans *Journal de Méd. et de Chirurgie pratique*, mai 1912.

On s'est déjà demandé, et un auteur anglais, Mantle, en particulier, si l'on ne pouvait considérer le rhumatisme articulaire aigu

comme étant contagieux, dans certaines circonstances tout au moins. M. le Dr Louis Monnier a repris l'étude de cette question et a réuni dans sa thèse un certain nombre de documents qui tendraient à la résoudre par l'affirmative (1). Un fait paraît certain tout d'abord, c'est que le rhumatisme, de par son origine microbienne probable, quoique non encore démontrée, de par certaines de ses manifestations telles que l'angine initiale, l'endocardite, la fluxion des grandes séreuses, etc., se comporte bien comme une maladie infectieuse. D'autre part, il se comporte bien aussi comme une maladie épidémique. C'est ainsi que dans une statistique qu'il a établie pour les hôpitaux de Lille, M. Monnier a montré qu'en 1911, le rhumatisme avait été environ trois fois plus fréquent qu'il n'avait été dans les années précédentes. De plus, en repérant sur un plan les habitations de tous ces rhumatisants, il a trouvé le plus grand nombre de cas de rhumatismes groupés en noyaux très circonscrits.

De la notion épidémique à la notion de contagion, il n'y a pas loin. L'auteur cite plusieurs observations personnelles dans lesquelles on voit les divers membres d'une même famille atteints successivement dans des conditions telles que la transmission par contagion peut véritablement être suspectée.

D'ailleurs, Thoresen affirme avoir vu la transmission se faire, dans un cas, par l'intermédiaire de tierces personnes.

Feltkamp et Friedlander affirment également avoir observé des cas de contagion à l'hôpital. Friedlander ajoute même que la contagion était si manifeste que l'on avait créé à l'hôpital de Leipzig un service d'isolement pour les rhumatisants.

A signaler aussi les statistiques d'Edlefsen qui a trouvé qu'à Kiel le rhumatisme donnait lieu, comme le typhus et la pneumonie, à des épidémies de maisons (Hauskrankheit).

Fiessinger, enfin, a vu, à Oyonnax, dans l'Ain, le rhumatisme articulaire aigu rayonner depuis plusieurs années en une dizaine d'habitations.

Tous ces faits, s'ils ne permettent pas d'affirmer la contagiosité de la maladie, sont au moins très favorables à cette hypothèse.

CHIRURGIE

Tuberculoses chirurgicales et héliothérapie, revue par LENORMANT, dans la *Presse Médicale*, samedi 9 décembre 1911.

La physiothérapie, mieux connue et plus scientifiquement étudiée, a pris une place considérable dans la thérapeutique actuelle.

(1) Thèse de Lille, 1912.

Les formes les plus diverses de l'énergie, chaleur, lumière, électricité, radiations, etc., ont été mises à contribution. Les rayons solaires, à la fois lumineux, caloriques et chimiques, représentent une source naturelle d'énergie, dont l'action sur l'organisme vivant peut être utilisée par la médecine tout aussi efficacement que l'énergie artificiellement produite dans les laboratoires. L'héliothérapie est peut-être aussi ancienne que le culte du Soleil, que l'on retrouve à l'origine de la plupart des religions, aussi ancienne au moins que la mythologie grecque qui faisait d'Apollon le Dieu du Soleil et le Dieu Guérisseur. Mais s'il en fut ainsi dans l'antiquité, il faut reconnaître que cette notion du rôle thérapeutique des rayons solaires fut singulièrement oubliée : l'obscurité de beaucoup de vieilles salles d'hôpitaux en fait foi.

Et cependant, sans parler de l'influence générale de la lumière solaire sur tous les êtres vivants, sains ou malades, nous savons aujourd'hui que l'héliothérapie constitue une méthode de traitement très énergique et très puissante de certaines affections. Les lésions qui en ont le plus profité jusqu'à présent sont les tuberculoses externes ou chirurgicales : tuberculose osseuse et articulaire, tuberculose ganglionnaire, voire même tuberculose péritonéale, intestinale ou génito-urinaire. Le mérite en revient, sans conteste, à un médecin de Leysin, Rollier, qui, depuis des années, a traité ses malades par l'exposition systématique aux rayons solaires et qui s'est fait l'apôtre de la méthode. Le nombre des cas de tuberculose chirurgicale, fermée ou fistulisée, soignés par lui, est aujourd'hui considérable et ses résultats ne laissent aucun doute sur l'efficacité du traitement.

Rollier, en effet, possède aujourd'hui une statistique portant sur un ensemble de 369 malades atteints de tuberculoses externes et traités par l'héliothérapie. Il compte 284 guérisons (78 pour 100), 48 améliorations, 21 états stationnaires et 16 morts (4 pour 100). Ces succès apparaissent tout à fait remarquables si l'on tient compte de ce fait, que 132 malades avaient une tuberculose ouverte avec infection secondaire, complication dont on sait toute la gravité. Il est intéressant, d'ailleurs, de relever dans cette statistique les lésions portant sur certaines grandes articulations et sur certains viscères, lésions dont le pronostic est plus particulièrement sérieux : 61 cas de mal de Pott, dont 19 avec abcès et 10 avec fistules et infections secondaires, ont donné 45 guérisons, 10 améliorations, 3 échecs et 3 morts ; la tuberculose fermée des os du bassin fournit encore d'excellents résultats : 5 guérisons et 2 améliorations sur 7 cas ; mais lorsque des infections secondaires viennent s'y surajouter, le traitement échoue presque régulièrement et le pronostic reste franchement mauvais : 1 seule guérison

et 3 morts sur 5 cas. De même pour la coxalgie: 38 coxalgies fermées, avec ou sans abcès, donnent 32 guérisons, 5 améliorations, pas de mort; au contraire, on compte 12 guérisons seulement, 4 améliorations et 3 morts, pour 22 cas infectés secon lairement. Parmi les tuberculoses viscérales auxquelles Rollier a appliqué l'héliothérapie, la péritonite de l'entérite tuberculeuse tiennent le premier rang: 27 cas (dont 5 avec fistules) qui ont donné 17 guérisons, 3 améliorations et 3 morts. Je signalerai encore 16 cas de tuberculose rénale et vésicale, avec 12 guérisons et 2 améliorations, et 6 cas de tuberculose génitale, tous guéris.

Mieux encore que ces chiffres, la lecture de certaines observations montre l'efficacité de la méthode et les résultats quasi-miraculeux qu'on en peut attendre, même dans les plus mauvais cas. Une femme de 42 ans, atteinte d'une double sacro-coxalgie avec abcès s'étendant d'une épine iliaque antérieure à l'autre, qui depuis quatorze mois ne pouvait plus se coucher sur le dos et qui avait dû subir 45 ponctions dans l'espace d'une année, est complètement guérie en deux ans et engraisse de 17 kilos. Un autre cas de sacro-coxalgie chez un homme de 38 ans, accompagnée de fièvre et d'un état général déplorable, est de même complètement guéri.

Une femme de 33 ans, atteinte de carie du sternum et des côtes avec une énorme perte de substance cratériforme, plus large que la main, au niveau du manubrium, et de fistules multiples dans toute la moitié gauche du thorax, est soumise à l'héliothérapie: en cinq mois, la guérison est complète, toutes les fistules sont fermées et la malade a augmenté de 9 kilos.

C'est encore un enfant de 5 ans, qui présentait, avec des lésions étendues du poumon gauche et de l'adénopathie trachéo-bronchique, des foyers tuberculeux multiples dans les ganglions et les os; il y avait trente-deux localisations de la maladie, une fièvre élevée, un très mauvais état général. Le traitement dut être prolongé pendant un an et six séquestres s'éliminèrent spontanément; mais, au bout de ce temps, la guérison était obtenue, et la santé devenue parfaite, avec une augmentation de poids de 12 kilos.

Je ne cite que les observations les plus suggestives, mais on pourrait multiplier les exemples, et chez la plupart des malades on relève les mêmes effets bienfaisants de l'insolation systématique des régions atteintes: tout d'abord, amélioration rapide de l'état général; puis bientôt, modifications locales. Les fistules sécrètent de moins en moins, puis se ferment; les épanchements se résorbent. Parfois — et c'est un des effets les plus remarquables et les plus heureux de l'héliothérapie — les portions osseuses nécro-

ées se mobilisent et s'éliminent spontanément : chez l'enfant dont je viens de parler, six séquestres furent ainsi exclusés ; dans un autre cas de tumeur blanche fistulisée du coude et d'ostéite également fistulisée du tibia, deux séquestres s'éliminèrent, puis la guérison fut obtenue.

Les résultats fonctionnels ne sont pas moins favorables : en même temps que les lésions rétrocedent et que les fistules se cicatrisent, la mobilité articulaire reparait et, finalement, des ankyloses, qui avaient une ankylose à peu près complète, guérissent en conservant l'intégrité des mouvements de leur jointure. Rollier en rapporte quelques exemples indiscutables, à la hanche, au coude, etc., surtout chez des enfants : tel un sujet de 8 ans, présentant une coxalgie ancienne avec destruction de la tête fémorale, attitude vicieuse en flexion et abcès, qui finit par guérir avec une hanche mobile et sans le moindre raccourcissement.

Les beaux succès obtenus par le chirurgien de Leysin n'ont peut-être pas eu tout le retentissement qu'ils méritent. Mais tous ceux qui eurent l'occasion de visiter sa clinique et d'examiner ses malades furent convaincus. A Vienne, von Eiselsberg, Hoche-negg, Jerusalem ont confirmé les bons effets de l'héliothérapie dans la tuberculose ostéo-articulaire.

Tout récemment Bardenheuer, au retour d'un voyage à Leysin, a longuement exposé ce qu'il y avait vu et proclamé sa conversion à la méthode nouvelle. Le mot de "conversion" n'est pas trop fort, si l'on se rappelle que le professeur de Cologne a toujours été un interventionniste ardent en matière de tuberculose articulaire. Lui-même le dit dans un paragraphe qui a toutes les allures d'une profession de foi : "J'ai été un partisan convaincu des résections, aussi bien de la résection du sternum, des côtes adjacentes et des articulations sterno-claviculaires que de la résection totale de la hanche et de l'articulation sacro-iliaque ; j'ai défendu activement la pratique des résections extracapsulaires du cou-de-pied, du tarse, du coude ; néanmoins je crois aujourd'hui, qu'en fait d'articulations tuberculeuses, l'opération peut être le plus souvent évitée si l'on peut envoyer le malade dans un sanatorium d'altitude. En face des résultats de Rollier, la résection est une opération mutilante."

Bardenheuer a fait plus que cette adhésion de principe à la

méthode. Profitant de la beauté exceptionnelle du printemps et de l'été 1911, il a tenté l'application de l'héliothérapie dans son service d'hôpital. Les conditions dans lesquelles Rollier soigne ses malades sont, en effet, toutes particulières: dans une station d'altitude (1,400 mètres), sous un ciel presque toujours pur, qui permet des expositions journalières aux rayons solaires, hiver comme été. On pouvait se demander si, dans des circonstances météorologiques moins favorables, avec les interruptions forcées qu'apportent les temps couverts dans un pays de plaine, l'héliothérapie conserverait quelque efficacité. On conçoit donc tout l'intérêt de la tentative de Bardenheuer. Elle a porté sur 35 malades atteints de tuberculose articulaire, et, pour être moins brillants peut-être que ceux de Rollier, ses résultats n'en sont pas moins très encourageants. Tous les malades, sans exception, ont été améliorés et un certain nombre guéris, malgré la durée relativement courte du traitement (avril à septembre). Les observations de la clinique de Cologne peuvent se classer en trois groupes.

Tout d'abord, 13 cas de tuberculose fermée (3 maux de Pott, 2 scapulalgies, 6 coxalgies, 2 tumeurs blanches du genou). On peut, à la rigueur, admettre que, pour les malades de cette série, l'amélioration obtenue relève tout autant du repos, de l'immobilisation et du traitement général que de l'héliothérapie.

Mais il n'en est plus de même pour le second groupe, comprenant 6 cas, presque tous très mauvais, de tuberculoses ouvertes. C'est une coxalgie fistuleuse avec suppuration profuse et fièvre, qui est très améliorée (diminution de la suppuration, relèvement de l'état général) tant que l'on applique l'héliothérapie, et qui s'aggrave de nouveau lorsque le malade, retourné chez lui, ne se soumet plus régulièrement à l'insolation. C'est un mal de Pott cervico-dorsal avec 6 fistules, suppuration abondante, albuminurie, etc.: l'influence d'une exposition au soleil de trois ou quatre heures tous les jours; 4 des fistules se ferment; les autres ne sécrètent presque plus. C'est un garçon de 4 ans, présentant à la fois une carie tuberculeuse des os du crâne et une sacro-coxalgie; les deux foyers étaient ouverts; l'héliothérapie amena la fermeture des fistules craniennes, la sacro-iliaque fut réséquée et l'on exposa la plaie aux rayons solaires: la guérison fut obtenue; il persiste une

seule fistule. Chez un autre enfant du même âge, succès tout aussi éclatant : le malade était depuis trois ans à l'hôpital ; il avait des foyers osseux dans les deux tibio-tarsiennes, le tarse, les métatarsiens, les deux coudes, les deux genoux, les métacarpiens et les phalanges ; plusieurs interventions n'avaient donné aucune amélioration ; il y avait 49 fistules suppurantes en divers points du corps ; en trois mois et demi de traitement par l'insolation, on vit se fermer 23 de ces fistules, en même temps que l'état se transformait. Ce sont enfin deux cas particulièrement graves de tuberculose étendue de la paroi thoracique, avec suppuration pleurale, dans lesquels des interventions multiples n'avaient pu amener la guérison et qui sont rapidement très améliorés par l'héliothérapie. L'un d'eux est spécialement intéressant, parce que la lésion s'était propagée jusqu'au poumon. Il s'agissait d'une femme de 33 ans, atteinte depuis des années de tuberculose pulmonaire et présentant un abcès volumineux au-dessous de la clavicule ; la résection des 2e et 3e côtes permit de mettre à jour le foyer qui, gros comme deux poings, occupait la cavité pleurale et avait pour paroi profonde le poumon refoulé et infiltré ; on excisa les parties malades du parenchyme pulmonaire et on tamponna la caverne suppurante ; la malade supporta bien cette intervention, mais la suppuration persistait, s'évacuant par 5 fistules ; trois semaines d'exposition aux rayons solaires tarirent ces fistules et achevèrent la guérison.

Le dernier groupe de malades traités par Bardenheuer comprend des sujets qui avaient été préalablement réséqués pour ostéoarthrite tuberculeuse, mais chez lesquels les résultats de cette intervention étaient mauvais ou insuffisants : la plaie continuait à suppurer, il y avait des fistules rebelles, l'état général ne se remontait point ; certains de ces cas semblaient réclamer à l'amputation. Là encore, l'héliothérapie fit merveille et compléta très heureusement les effets de l'opération. Témoin cette femme de 33 ans, réséquée successivement quatre fois pour une coxalgie grave et qui, malgré tout, continuait à suppurer abondamment, présentait 4 fistules profondes et s'affaiblissait rapidement ; en un mois d'exposition systématique au soleil, on vit les fistules se fermer les unes après les autres, les mouvements de l'articulation se rétablir, l'état général redevenir excellent. Des améliorations tout

aussi éclatantes furent obtenues dans les 16 cas où Bardenheuer appliqua l'héliothérapie chez des réséqués de l'articulation sacro-iliaque (2 cas), de la hanche (4 cas), du genou (3 cas), du tarse (2 cas), du poignet (5 cas); et c'est là une utilisation nouvelle et fort intéressante de la méthode.

Devant de tels résultats, on ne peut nier l'efficacité de l'héliothérapie dans les tuberculoses chirurgicales, et particulièrement dans les tuberculoses ouvertes, qui sont les plus graves de toutes. On en peut tirer diverses conclusions pratiques. C'est tout d'abord que dans les tuberculoses multiples, à suppuration profuse, dans lesquelles s'épuisent les ressources de la chirurgie opératoire, nulle autre méthode thérapeutique ne peut donner des succès semblables à ceux de l'héliothérapie intensive, telle qu'on la pratique à Leysin; et, bien entendu, semblables résultats pourraient être obtenus dans toute autre station réalisant des conditions climatiques analogues: les Alpes françaises, aussi bien que les Alpes suisses, se prêteraient parfaitement à une cure de ce genre, de même que certaines régions de notre littoral du Midi, où le soleil règne d'une manière presque ininterrompue, hiver comme été; il serait facile d'y réaliser les séances quotidiennes et prolongées d'insolation qui ont eu d'aussi heureux effets sur les malades de Rollier.

D'autre part, les tentatives de Bardenheuer nous semblent comporter un enseignement encore plus général. Elles montrent que dans les conditions en apparence les moins favorables, dans un hôpital d'une grande ville du Nord, sous un ciel souvent embrumé, il est possible, au moins dans la belle saison, de trouver dans l'héliothérapie un adjuvant puissant des autres méthodes de traitement des tuberculoses externes. Il n'est pas douteux que l'exposition à l'air et à la lumière solaire, pendant une grande partie de la journée, transformerait véritablement bon nombre des pottiques ou des coxalgiques qui s'étiolent pendant des mois dans les salles de nos services de chirurgie. La chose serait assez facile à réaliser et vaudrait la peine d'être essayée. Lorsqu'on visite par un jour de soleil, le vieil hôpital général de Vienne, on est frappé de voir un grand nombre de lits installés dans les cours et jardins; les salles semblent s'être vidées au dehors. Au moyen d'une sorte de chariot, il est facile de véhiculer les lits dans les-

quels sont couchés les malades et de les faire bénéficier ainsi, sans mobilisation pénible, d'une véritable cure héliothérapique.

Il y a, dans certains de nos hôpitaux parisiens, des espaces libres assez vastes pour extérioriser de même nos malades pendant les journées ensoleillées de l'été; nos tuberculeux et d'autres chroniques en tireraient grand profit sans doute, et l'on pourrait ainsi obtenir, de temps à autre, comme Bardenheuer, des guérisons inespérées.

— Nous pourrions en dire autant de nos services hospitaliers à Montréal.

Tuberculose rénale, par ORAISON. (*J. méd. de Bordeaux*, 5 Fevr. 1911) et dans le même journal.

Oraison présente un rein tuberculeux qu'il a enlevé il y a trois jours à une jeune femme qui, il y a un an, s'aperçut que ses urines étaient louches. Six mois plus tard, douleur à la fin de la miction; il y a trois mois légères hématuries. Un médecin consulté à ce moment, ayant constaté que les urines contenaient de l'albumine, prescrivit un régime lacté absolu. Oraison examina la malade et trouva du côté droit un rein augmenté de volume et un peu douloureux. Le rein gauche était silencieux, et c'était pourtant le rein malade, ainsi qu'on put en avoir la certitude par le cathétérisme urétéral. Il fut donc enlevé. Ce rein, petit, bosselé, présentait une vaste caverne au niveau du pôle inférieur; d'autres plus petites, ainsi que les granulations tuberculeuses, existaient en diverses autres parties de l'organe.

Oraison insiste sur quelques points intéressants de cette observation: 1^o sur l'augmentation et la douleur du rein sain, chose connue, mais qui mérite d'être soulignée; 2^o sur l'impossibilité qu'il y a de pouvoir juger de l'intensité des lésions tuberculeuses d'un rein, d'où difficulté dans le choix du traitement médical et chirurgical. Dans le cas actuel, le régime lacté débilitant ne pouvait être que funeste à la maladie.

Oraison insiste enfin sur le point suivant: quand chez une jeune femme on constate une cystite qui ne trouve pas d'explication, il faut songer à de la tuberculose rénale.

Décapsulation rénale dans l'anurie, par GUMBEL, analysé par Braun, dans *Archives Générales de Chirurgie*. 25 juin 1912.

Le traitement chirurgical des néphrites médicales, préconisé par Sahli en 1894, Harrison en 1896, fut repris par Israël, Katzenstein et surtout par Edebohls, en 1901, qui employa la décapsulation rénale dans la néphrite chronique, dans les formes graves des néphrites aiguës urinogènes et dans l'éclampsie d'origine rénale. Litzenfrey, en 1910, put rassembler 58 cas d'éclampsie traités par décapsulation et dont 35 (60%) se terminèrent par la guérison.

Cependant rares sont encore les cas de décapsulation rénale pour urémie ou anurie: Gumbel en rapporte un cas opéré pour urémie grave au cours d'une néphrite parenchymateuse aiguë chez une fillette de 6 ans (convulsions, coma, œdèmes, anuries et auparavant 16 gr. d'albuminurie).

G. mit à nu le rein droit par une incision lombaire oblique; le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, la capsule adipeuse étaient très œdématiés. Le rein avait une coloration violette foncée, il se laissa facilement attirer en dehors et parut un peu hypertrophié. On incisa sur le bord convexe la capsule et l'ivoire, la capsule put ensuite être décollée facilement avec le doigt jusqu'au hile. Tamponnements. Sutures. Durée: quelques minutes.

L'opération avait été faite à 6 heures du soir; durant la nuit la malade urina spontanément et le lendemain il ne restait plus que 7 gr. d'albumine par litre. Les convulsions ne reparurent plus et l'enfant reprit connaissance le lendemain, 3 jours après l'opération l'albumine avait disparu. Au bout de 5 semaines, la plaie était cicatrisée, l'œdème disparu et l'état général parfait.

L'examen microscopique d'un fragment rénal excisé au cours de l'intervention montra un œdème et une exsudation dans les glomérules, mais pas d'hémorragies, et une dégénérescence graisseuse accusée de l'épithélium des canalicules urinifères.

G. est d'avis que la décapsulation rénale doit être limitée à l'anurie et à l'urémie dans les néphrites médicales aiguës et chroniques. Pour y recourir, il ne faut pas attendre d'avoir épuisé tous les traitements médicaux, car alors on perd un temps pré-

cieux. Quand, au cours d'une néphrite chronique latente, apparaît soudain une exacerbation aiguë qui conduit à l'urémie, l'opération est indiquée.

On a discuté pour savoir si la néphrectomie simple n'était pas aussi efficace que la décapsulation. Souvent on associe les deux procédés. On s'est aussi demandé si on devait opérer d'un seul ou des deux côtés. Eldebohls conseilla la décapsulation latérale et Litzenfrey compte parmi les cas d'éclampsie opérés une mortalité de 75% avec la décapsulation unilatérale et de 35,85 0/0 avec la décapsulation bilatérale.

Cependant Schmitt a fait avec succès une décapsulation unilatérale dans un cas d'urémie consécutive à une néphrite post-scarlatineuse et Gumbel a également obtenu un excellent résultat dans son cas.

La question appelle donc de nouvelles recherches.

Sur la narcose rectale à l'éther, par M. PRAMPOLINI, dans *Gazette Médicale de Paris*, 1912.

M. Prampolini a essayé d'endormir des sujets au moyen de l'injection rectale d'éther en solution dans le sérum physiologique à 5%. Les résultats auraient été des plus satisfaisants. Le liquide fut introduit, après avoir été porté à une température de 36 à 38°.

Dans tous les cas opérés, l'élimination de l'éther par les voies respiratoires commençait aussitôt après le lavement et continuait pendant un temps variant de 12 à 24 heures. En moins de dix minutes, à partir du moment où le lavement avait pénétré dans le rectum, on remarquait un léger état d'excitation suivi presque aussitôt d'une somnolence, puis d'un sommeil profond, les yeux étant complètement fermés et la respiration très régulière.

Ce procédé de narcose est absolument exempt d'inconvénients et peut rendre de grands services dans les opérations sur le cou et le visage, lorsque les autres méthodes ne peuvent être employées, soit parce qu'elles sont insuffisantes, soit parce qu'elles sont une gêne pour le chirurgien.

Injection intraveineuse de sérum rhum dans un cas d'hémorragie grave, par M. René CASALIS, interne de la Maison Départementale de Nanterre, dans *Gazette Médicale de Paris*, 1912.

En février 1912, mon collègue Robert Engel rapportait dans *La Gynécologie* des résultats excellents qu'il avait obtenus dans les cas de collapsus cardiaque avec des injections sous-cutanées de "sérum rhum" dont voici la formule :

Sérum de Hayem.....	500 gr.
Rhum naturel.....	30 gr.

À la suite des succès qu'il a obtenus, cette méthode a été généralisée à la Maison de Nanterre, en médecine pour les pneumonies et les états adynamiques, en chirurgie dans les cas de shock opératoire grave.

L'action du sérum rhum, pour très efficace qu'elle fût, n'en était pas moins assez lente; aussi, désireux d'en obtenir le rendement maximum, nous avons pensé à l'employer en injections intraveineuses.

Prévoant de nombreuses objections nous avons expérimenté avec plein de succès cette méthode chez les lapins. Des lapins saignés à la carotide recevaient ensuite dans la jugulaire, alors qu'ils présentaient des convulsions préagoniques, une quantité de sérum rhum égale à celle de sang retirée. Toutes les fois le résultat fut le même. D'une manière immédiate le lapin sitôt suturé et détaché du cadre d'expériences se comportait comme auparavant, trottant par la pièce et mangeant. Secondairement, la régénération globulaire se faisait bien et actuellement les lapins soumis à ces expériences sont les plus beaux que nous ayons.

Il nous a été donné dernièrement d'utiliser cette méthode dans un cas désespéré et le résultat vraiment excellent obtenu nous engage à publier cette observation.

C... Alphonsine, 26 ans. — Entrée le 2- mai 1912 à la chirurgie Femmes pour métrite hémorragique du col survenue à la suite d'une fausse couche.

Le 31 mai 1912, opération de Schrader par M. le Dr S

À 2 heures de l'après-midi, la femme qui, jusque-là, présentait un état très bon, est prise d'une hémorragie vaginale grave. On

la remet sur la table d'opération et non sans peine on arrive à lier une artère cervicale située dans l'angle gauche de la suture.

La femme ayant un pouls faible, petit, à plus de 120, on lui fait immédiatement 250 grammes de sérum rhum sous-cutané.

À 4 heures, le pouls est sensiblement le même. Brusquement, à 5 heures du soir, collapsus; pouls à 160 presque imperceptible, extrémités complètement froides. Teint livide, muqueuses absolument décolorées.

La malade est dans un état de stupeur complète. Elle ne bouge plus du tout et reste insensible à tout. Voyant la femme perdue je n'hésitai pas à tenter sur elle le "sérum rhum."

À 7 heures, les extrémités sont moins froides, le pouls est à 130.

Pour compléter et tout danger immédiat semblant écarté on lui fit alors 250 grammes de sérum rhum sous-cutané.

L'état de la femme s'améliora depuis lors et actuellement elle présente encore une légère anémie, mais cet état s'amende de jour en jour.

En résumé, nous croyons, à l'heure actuelle, à la suite de nos expérimentations sur les animaux et à la suite du cas que nous publions que, dans l'hémorragie grave, l'injection de sérum rhum peut être très utile en ce qu'elle agit plus vite que l'injection sous-cutanée de sérum rhum et que son effet toni-cardiaque est plus intense que celui du sérum ordinaire intra-veineux.

THERAPEUTIQUE

Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrismes de l'aorte. MM. VAQUEZ et CH. AUBRY, dans *Journal de Médecine Interne*, Paris.

Les auteurs apportent une statistique de 28 malades observés et suivis depuis dix-huit mois, sur lesquels 15 malades ont été traités par plusieurs séries de trois injections de 20 centigrammes de salvarsan soit isolément, soit concurremment avec le traitement mercuriel, et 13 autres avec le traitement hydrargyrique seul (injections intraveineuses ou intramusculaires de cyanure, injections de biiodure). De cette statistique ils tirent les conclusions

suivantes : L'arséno-benzol constitue une ressource précieuse dans le traitement des aortites spécifiques, à condition d'être employé à petites doses et avec prudence, c'est-à-dire chez des sujets indemnes de tout symptôme asystolique et de préférence chez ceux qui n'ont aucune tendance à l'œdème pulmonaire. Dans 27% des cas l'usage exclusif du salvarsan a provoqué une sédation manifeste et durable des troubles fonctionnels, et parallèlement une modification objective vérifiée à l'examen clinique, confirmée à l'examen orthodiagraphique. Dans 35% des cas l'amélioration s'est bornée aux signes fonctionnels. Dans 38% il n'a été observé aucune amélioration. Les résultats les plus favorables concernent les aortites sans anévrisme.

En regard de ces faits, il importe de noter que le traitement hydrargyrique seul et surtout les injections intraveineuses de cyanure ont donné des résultats aussi favorables, une amélioration subjective et quelquefois objective aussi manifeste.

Un certain nombre de cas rebelles au traitement mercuriel ont été modifiés par le salvarsan. Par contre ce dernier s'est montré inactif alors que le traitement hydrargyrique a eu un plein succès. Enfin, dans certains cas, alors que ni l'une ni l'autre des deux méthodes n'avaient donné de résultats, le traitement iodé (injections de lipiodol) ou ioduré était suivi d'effet.

Pratiquement les auteurs essaient toujours de prime abord le traitement hydrargyrique, et donnent la préférence aux injections intraveineuses. Ils le combinent avec les injections de lipiodol ou l'usage de l'iodure et ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'ils ont recours à l'arséno-benzol.

M. LE NOIR rappelle que le traitement mercuriel donne de très beaux résultats dans les aortites et les insuffisances aortites, et agit surtout sur les symptômes fonctionnels (cures d'angines de poitrine et dyspnée). (JOLTRAIN.)

Régime alimentaire à suivre dans le traitement par la calcicure.

Pour recalifier l'organisme avec la Calcicure et ne pas solubiliser les sels de chaux administrés, il est très important de recommander le régime suivant et de supprimer tous les aliments acides ou fermentescibles qui sont la cause de la décalcification.

ALIMENTS RECOMMANDÉS.

Toutes les viandes rôties ou bouillies, jambon maigre ;
 Viande crue (cuillerée à soupe par jour en deux fois) délayée dans
 du bouillon dégraissé : viande de mouton de préférence ;
 Poissons (sauf les poissons gras) ;
 Légumes frais et secs ; pâtes, nouilles, macaroni, riz, farineux
 sous toutes les formes ; pois, fèves, haricots, lentilles ;
 Œufs, crèmes au lait et aux œufs ;
 Fromages frais, fromage de gruyère (en petite quantité) ;
 Figs sèches, noix, noisettes, marrons, amandes, raisin secs ;
 Chocolat, thé, café, en petite quantité, la meilleure boisson est
 une eau légèrement alcaline.

ALIMENTS INTERDITS.

Vin, bières, cides, poirés, boissons alcooliques, lait en petite quan-
 tité ;
 Graisses, huile, beurre (juste pour accommoder les aliments) ;
 Cressons, oseille, tomates, salades et tous fruits acides, tous les
 fruits crus ;
 Pain pas plus de 10 onces par jour.

La suralimentation est inutile dans le traitement par la calcicure qui donne 65 p. 100 de guérison des tuberculeux, il suffit de recommander trois repas par jour sans rien prendre durant l'avant-midi ou l'après-midi ; le patient sera placé dans une atmosphère la plus pure possible, travaillera selon ses forces et prendra environ dix heures de repos par jour.

Les effets du traitement par la calcicure sur l'ensemble de l'organisme.

Lorsque l'on soumet les tuberculeux à la cure calcique on observe une amélioration rapide de tous leurs symptômes.

Les résultats cliniques et les recherches du laboratoire nous montrent que sous l'influence de la Calcicure il se produit :

1° Une augmentation dans le nombre et dans la valeur hémoglobinique des globules rouges du sang ;

2° Une leucocytose plus active ;

3° Une augmentation dans la consommation de l'oxygène et dans l'utilisation de l'oxygène consommé (élévation du quotient respiratoire) ;

5° Une meilleure évolution intra-organique des matières ternaires. Ce fait est capital, car la reminéralisation marche de paire avec une bonne évolution des ternaires (1) ;

6° Une meilleure utilisation des phosphates alimentaires ;

7° Une diminution du coefficient de minéralisation azotée, c'est-à-dire de la quantité de matières minérales nécessaires pour mobiliser une quantité donnée d'azote organique ; ce fait est encore favorable à la reminéralisation ;

8° Une diminution de l'acide urique, avec meilleure solubilisation ;

9° Une suractivité des échanges dans le système nerveux et le système osseux ;

10° Une augmentation du poids spécifique avec diminution du poids mort que représentent l'eau d'hydratation et les tissus graisseux ;

11° Une reminéralisation de l'organisme, une accélération de la nutrition et du métabolisme vital.

THERAPEUTIQUE

Sur quelques cas de guérison du tétanos grave par le sérum antitétanique en injections sous-cutanées et intra-rachidiennes, de
Journal de Méd. et Chir. pratiques. Avril 1912.

Si l'action préventive du sérum antitétanique n'est guère discutée et est utilisée par presque tous les chirurgiens, son action curative est beaucoup moins démontrée. A cet égard, il nous paraît intéressant de réunir quelques faits où cette dernière action paraît bien probable. Dans les premiers, dus à M. le professeur Cassaët et au Dr de Raquine, le sérum a été employé sous forme d'injections sous-cutanées et intra-rachidiennes, à très haute dose ;

(1) M. le Professeur ROUX. Thérapentique fonctionnelle de l'ostéomalacie, *Bulletin général de Thérapeutique*, 30 octobre. Le terrain de la phthisie pulmonaire, ses éléments, son diagnostic, les principes de son amendement. *ibid*, janvier et février 1910.

dans les seconds, dus à M. d'Hotel, sous forme d'injections intrarachidiennes, mais par un procédé particulier qu'il est bon de connaître.

Des trois premiers faits rapportés dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (n° 41), MM. Cassaët et de Raquine font remarquer que l'un d'eux a peu d'intérêt, parce que l'intoxication était peu importante; aussi quelques doses de sérum antitétanique introduit par voie sous-cutanée ont-elles suffi pour amener un rapide guérison.

Mais les deux autres cas sont autrement curieux, parce que le tétanos avait paru devoir être mortel à brève échéance. Or ces deux cas ont parfaitement guéri grâce aux doses massives de sérum qui furent employées. En effet, dans le premier cas, on a utilisé 210 centimètres cubes de sérum en injections sous-cutanées et 40 centimètres cubes par voie intrarachidienne; dans le second cas, 220 centimètres cubes en injections sous-cutanées et 20 centimètres cubes par voie intrarachidienne. On a ainsi cherché à proportionner la thérapeutique aux accidents présentés et aux effets successivement obtenus. Il s'en est suivi une sorte de saturation de l'organisme, plus sensible dans le premier cas après la troisième injection intrarachidienne, où elle s'est traduite par une insuffisance médullaire très nette prouvée par le relâchement des sphincters de la vessie et du rectum et une réaction méningée reconnue du reste à l'analyse du liquide céphalo-rachidien par le docteur Sabrazès. Une fois guéris ces légers accidents, l'amélioration fut sensible par ailleurs.

Dans le second cas, pour arriver plus rapidement à un essai de saturation, dès le troisième jour du traitement on injecte pendant trois jours successivement 40, puis 60 et 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané. Ce qui fait qu'en six jours le malade reçoit 200 centimètres cubes de sérum sous-cutané et 20 centimètres cubes de sérum intrarachidien. Ces doses massives n'entraînèrent qu'un peu de lymphangite de la cuisse avec quelques douleurs lancinantes, un peu de délire, puis une légère éruption sérique avec sudamina. Mais l'amélioration se manifesta presque aussitôt, car si le malade continue à souffrir, les contractures ont du moins disparu.

Pour justifier l'utilité des hautes doses de sérum antitétanique

employées contre le cas de tétanos confirmé, il est essentiel de rappeler les conditions exactes où l'on se trouvait.

Chez la jeune fille, l'accident local se traduisait encore au moment de l'examen, par une exubérance des tissus, un aspect violacé, un endolorissement qui ne permettaient pas de supposer que toute infection fût éteinte dans cette région. C'est pour cela qu'une action efficace fût assurée contre le reste d'une infection qu'il était prématuré de considérer comme guérie. Chez les deux autres malades, on eut en vue seulement d'empêcher le retentissement sur l'axe cérébro-médullaire de l'infection, les accidents locaux ayant paru comme n'ayant plus de valeur.

Il est à noter que dans le cas où la plaie persistait, celle-ci fut pansée avec du coton imbibé de sérum antitétanique. D'autre part, sauf quelques doses de chloral dans l'un des cas, on n'employa pas d'autre médication que les injections de sérum.

— Deux autres faits comparables à ceux-là viennent d'être publiés par M. le Dr d'Hote (de Poix-Terron), dans l'*Union médicale du Nord-Est* (n° 23). Mais ici, il s'agit d'une technique assez particulière. M. d'Hote rappelle, en effet, qu'il a déjà publié en décembre 1909 un cas de tétanos d'origine céphalique, généralisé, qui a guéri après vidage lombaire du liquide médullaire et remplacement par du sérum antitétanique en basculant le corps en position déclive des épaules, surélevée du bassin, de façon à faire baigner le bulbe par le sérum.

Dans le nouveau cas cité par M. d'Hote, il s'agissait d'un cas de tétanos survenu à la suite d'une plaie du nez. Le malade paraissait en état de mort imminente, quant il fut trouvé sans connaissance, un matin. Il y avait là tous les caractères du tétanos céphalique de Wahl: 1° plaie dans le domaine de l'un des nerfs crâniens; 2° paralysie à la septième paire; 3° crises à forme hydrophobique qui continueront encore trente heures; 4° intégrité des membres qui échappent aux contractures; à dix heures du matin, la ponction lombaire laisse écouler autant de liquide que possible, vingt centimètres cubes de sérum le remplacent.

Le malade fut placé sur le dos, bassin soulevé, tête et épaules en forte déclivité, devant rester ainsi deux heures.

Cette amélioration sensible se produisit dès le soir même et surtout dès le lendemain.

Cependant, après diverses alternatives, une nouvelle ponction fut faite le cinquième jour: vidange complète suivie d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. L'amélioration se fit assez rapidement et au 15^e jour la paralysie de la 7^e paire avait complètement disparu. Au 18^e jour, le malade pouvait être considéré comme guéri.

M. d'Hote fait remarquer que si on a depuis longtemps injecté le sérum dans la région lombaire, avec des résultats divers, l'immersion directe du bulbe par position déclive n'a pas été faite, à sa connaissance du moins.

C'est pourquoi cette observation est intéressante à cause de la coïncidence de la guérison et de ce procédé de traitement.

Est-ce là, comme guérison, la série heureuse, ou le résultat du traitement? d'autres observations seules pourront le dire.

Ce qu'on est en droit de constater, c'est la diminution des phénomènes spasmodiques dans les 24 heures après l'immersion du bulbe, centre des contractions tétaniques.

M. d'Hote rapproche de ce fait des renseignements intéressants qui lui ont été fournis sur ce sujet par M. Ernest Labbé, vétérinaire.

On sait que le tétanos est beaucoup moins grave chez le cheval que chez l'homme; autrefois trente ou quarante pour cent guérissaient. Depuis le sérum, la proportion remonte à 75%.

M. Labbé a eu l'occasion de faire des injections lombaires dans cinq cas. Deux ont été injectés très tard, à la période asphyxique et sont morts dans la journée. Un cas aigu a guéri en 13 jours. Les animaux ont subi la simple injection médullaire sans déclivité de la tête.

Dans le cinquième cas, il s'agit d'un tétanos aigu déclaré de la veille, avec contractures généralisées et état grave; l'animal, aussitôt l'injection, est pris d'une crise, se roule à terre et reste étendu un quart d'heure, faisant ainsi lui-même la déclivité bulbaire.

Or, les crises cessèrent après cette injection et la guérison se fit en 8 jours, plus rapidement que dans les autres cas, comme si l'immersion du bulbe avait permis au sérum d'agir plus vite et plus complètement.

— Nous ferions remarquer à ce sujet que cette hypothèse est

fort plausible, si on compare ce fait à ce qui se passe dans la rachicocainisation. On sait, en effet, que dans ce dernier cas, l'action anesthésiante de la solution cocaïnique ne se produit que dans la partie de la moelle qui a été mise en contact direct avec elle, c'est-à-dire dans sa partie déclive, et que le liquide a peu de tendance à diffuser dans la partie supérieure du canal rachidien, à moins que l'on ne fasse l'injection brusquement.

Le traitement des angines avec le jus de citron, par M. KELLER,
dans *Gazette Médicale* de Paris, 1912.

M. Keller pense qu'il est utile d'attirer l'attention sur le traitement des angines avec le jus de citron: ce moyen simple autant qu'efficace ne serait pas assez employé à son gré. Voici la technique qu'il conseille:

Gargarismes avec le jus de citron étendu d'eau et additionné de chlorate de potasse à 2% ou d'une solution de lusoforme à 0.50%. Applications sur la gorge de tampons d'ouate montés et imprégnés de jus de citron pur et frais. Il faut bien écraser ces tampons sur le pharynx, en arrière et sur les côtés, et non pas se borner à faire des badigeonnages. On répète cette manœuvre deux à trois fois par jour.

L'auteur conseille d'y ajouter des enveloppements du cou avec des compresses trempées dans l'eau froide ou l'eau chaude.

Traitement iodé des plaies, dans *Gazette Médicale* de Paris, 1912

M. le Dr Demay de Certaut recommande la pratique suivante pour le traitement des plaies:

1° *Ne pas laver la plaie du tout*, mais essuyer le pourtour de la partie blessée et cette partie elle-même avec de la gaze aseptique, touchée, bien entendu, avec des mains très propres et coupée avec des ciseaux aseptiques.

2° Badigeonner la plaie avec de la teinture d'iode tout à fait fraîche. Pour cela, on prend une petite éprouvette graduée, assez large, de l'alcool à 95° et de l'iode finement pulvérisé renfermé

dans de petites ampoules contenant chacune 0,20 centigr. d'iode. On met dans l'éprouvette 4 cc. d'alcool, on brise l'ampoule et on verse le contenu dans l'éprouvette. Agiter tranquillement et la teinture est préparée, en quantité suffisante pour un ou deux pansements.

3 La teinture ayant séché, garnir la gaze aseptique avec la pommade suivante, employée *largà manu* :

Iode métallique.....	0 gr. 20
Iodure de potassium.....	1 gramme
Axonge benzoïdée.....	20 —

Garnir la gaze sans instrument intermédiaire, en la plongeant dans un pot large et court où aura été mise la pommade. On recouvre immédiatement la plaie avec cette gaze.

4 Ouate hydrophile et bande pour maintenir le pansement.

Le pansement à la pommade doit être fait tous les jours ou tous les deux jours, mais on ne passe la teinture que le premier jour. Avec ce pansement à la teinture d'iode fraîche et à la pommade iodée, on voit les plaies les plus contuses, les plus sales même — comme il arrive souvent dans les accidents du travail chez les ouvriers — se déterger et guérir avec une facilité et une promptitude surprenantes.

La caféine chez les cardiaques, dans *Format de Méd. et Chirurgie pratiques*. 1912.

Dans son si remarquable *Traité des maladies du cœur* (1), M. Barié donne sur l'emploi de la caféine des indications qu'il est bon de bien connaître pour que le médicament puisse donner tout son effet.

La caféine est un excellent agent de soutien du cœur possédant une puissance diurétique considérable, apparaissant plus facilement que celle de la digitale.

N'employer que la caféine seule et non les sels de caféine instables. Elle doit être donnée à doses assez élevées. Elle peut produire, chez les individus à système nerveux irritable, de l'insomnie et même de l'excitation nocturne; c'est pourquoi il est

(1) Chez Vigot, à Paris, 2 vol. 1912.

préférable de donner le médicament le matin et dans les premières heures de l'après-midi et jamais le soir.

Elle se donne en potion, solution et surtout injections sous-cutanées.

La dose moyenne à prendre par jour varie de 0,25 à 0,50. Dans les états adynamiques, où le cœur a besoin d'être vigoureusement soutenu, on portera la dose de 0,75 à 1 gramme et même au-dessus dans quelques cas très urgents, et cela pour quelques jours.

Julep gommeux.....	120 grammes
Caféine.....	} à 0,25 à 0,50 centigram.
Benzoate de soude.....	
Sirop des cinq racines.....	Q. S.

A prendre dans le courant de la journée.

Solution de caféine pour injections sous-cutanées.

Caféine.....	2 grammes 50
Benzoate de soude.....	3 grammes 50
Eau distillée.....	pour 10 cent. cubes

1 seringue de Pravaz de 1 cent. cube renferme 0,25 de caféine, dose de 1 à 4 par jour.

Il est d'usage d'ajouter aux préparations de caféine du benzoate ou du salicylate de soude.

OBSTÉTRIQUE

Technique rationnelle de l'injection intra-utérine. Des dangers de la méthode classique, par M. P. RUDAUX, accoucheur des Hôpitaux, dans la *Clinique*. 11 nov. 1910.

Si vous ouvrez un de vos livres classiques à l'article Injection intra-utérine, vous lirez la technique ainsi décrite: Introduire l'index et le médium de la main droite dans le vagin, aller à la recherche du col, pénétrer dans son orifice externe, glisser ensuite sur les doigts formant gouttière la sonde qui sera poussée dans le col, etc.

Cette manœuvre présente de nombreux inconvénients: elle est aveugle, difficile et par cela même dangereuse lorsqu'elle est pra-

acquies par un opérateur inexpérimenté : d'autant plus que, pour se conformer aux règles modernes de l'asepsie, il aura dû protéger ses mains par des gants de caoutchouc. Le reproche le plus grave qu'il faut faire surtout à cette technique, c'est qu'elle est contraire aux lois élémentaires de l'antisepsie.

S'il s'agit d'une infection des suites de couches, indication la plus fréquente, la soude va forcément entrer en contact avec des régions dont il est impossible d'obtenir l'asepsie parfaite, vulve, vagin, col. Le plus souvent, dans le cas que nous venons d'envisager, il existe à leur niveau des plaies infectées, fréquemment recouvertes de fausses membranes très riches en micro-organismes ; ces foyers d'infection n'auront été en rien modifiées par l'injection vaginale qui doit toujours précéder l'introduction de la canule intra-utérine dans le col. Celle-ci va donc entraîner et ensemençer dans la cavité utérine des microbes dont l'espèce peut fort bien ne pas y exister ; peut-être même n'est-ce pas l'utérus qui est en cause dans les accidents infectieux.

Que penserait-on d'un médecin qui pratiquerait encore le cathétérisme vésical sous les draps ? On le considérerait comme étant d'une génération antérieure à la nôtre. Pénétrer dans l'utérus en suivant la méthode classique, c'est agir de la même façon. *Toute injection intra-utérine pratiquée pendant les suites de couches, surtout s'il existe des accidents infectieux, doit être faite à ciel ouvert.*

Placez la femme en position obstétricale, en travers de son lit, après en avoir recouvert le bord avec une toile imperméable, dont une extrémité tombe dans un grand récipient, seau, bain de pieds, etc. ; chaque membre inférieur fléchi reposera sur une chaise ou sera maintenu par un aide.

Savonnez toute la région vulvaire, irriguez le vagin avec un liquide antiseptique, puis introduisez un spéculum (genre spéculum de Collin) ou deux calves spéciales maintenues par un ressort en fil d'acier très fort, l'anse du ressort dirigée du côté du mont de Vénus. Saisissez le col avec une pince à deux griffes pour le maintenir en place ou même pour l'abaisser légèrement, ce qui aura pour avantage de le rendre plus apparent et de redresser le corps utérin souvent fléchi ; ne pénétrez jamais dans la cavité cervicale avant de l'avoir bien nettoyée. Au moyen d'un tampon

le coton ou de gaze monté sur une pince et imprégné de teinture d'iode, commencez par faire la toilette de la surface externe du museau de tanche et de l'orifice cervical externe.

Un écouvillon, constitué par de la gaze enroulée autour d'une longue pince à pansements, est trempé dans de la teinture d'iode et introduit ensuite dans la cavité, sur une longueur de trois à quatre centimètres seulement ; à ce moment imprimez à votre écouvillon un mouvement de rotation et enlevez-le ; vous recommencez la même manœuvre avec un autre écouvillon, semblable également trempé dans de la teinture d'iode, mais vous l'introduisez plus profondément, six à huit centimètres environ.

C'est seulement après avoir pris ces précautions que vous pourrez introduire votre sonde intra-utérine expurgée dans le col après avoir eu soin de faire déborder légèrement le siège de la femme sur le bord du lit et après avoir déprimé la commissure postérieure de la vulve et la paroi postérieure du vagin avec le doigt ou avec une valve étroite. La sonde stérilisée n'aura donc subi aucun contact avec les parois vulvo-vaginales lorsqu'elle abordera le col, et elle ne pénétrera dans l'utérus qu'en franchissant un canal cervical aussi désinfecté que cela est pratiquement possible.

L'instrumentation nécessaire pour faire une injection intra-utérine dans ces conditions se compose, par conséquent, en dehors des objets et instruments habituels, bock, canules, etc., d'un spéculum pouvant être remplacé avantageusement par deux valves ordinaires, ou de préférence, ce qui supprime un aide, de deux valves construites suivant le modèle décrit précédemment, une pince à deux griffes, trois longues pinces à pansement et une paire de ciseaux.

Il faudra, en plus du liquide antiseptique, avoir à sa disposition de la teinture d'iode, qu'on pourrait à la rigueur remplacer par de l'éther iodoformé, et de la gaze aseptique ou antiseptique, de préférence en bande de 0 m, 10 de largeur.

Avant de commencer on préparera dans une cuvette flambée un tampon gros comme une noix et deux écouvillons en enroulant de la gaze autour d'une pince à pansement.

NEUROLOGIE

Deux cas d'aphasie de Broca, suivis d'autopsie. (Déjerine et André Thomas. *L'Encéphale*, 10 déc. 1911.) Dans *La Clinique*.

Dans ces deux cas, il s'agit d'aphasie motrice extrêmement intense, avec altération du langage intérieur et conservation de l'intelligence malgré le grand âge des malades. Le registre verbal est réduit à deux ou trois mots dans le premier cas, à un seul dans le second. Il existe des troubles de la lecture et de l'écriture, tels qu'on les constate habituellement dans l'aphasie de Broca (possibilité de copier en transcrivant l'imprimé en manuscrit). Pas de surdité verbale; mimique et intonation conservées. Les troubles du langage parlé persistent jusqu'à la mort qui eut lieu pour la première malade huit ans et pour la seconde douze ans après le début de l'aphasie.

La distribution des lésions doit retenir l'attention. Dans le premier cas c'est un foyer de ramollissement cortical et sous-cortical localisé au pied de la troisième frontale gauche, à l'opercule rolandique et à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. L'insula est légèrement touchée mais la zone de Wernicke, les noyaux gris, la capsule sont respectés. Dans le second cas le ramollissement sous-cortical intéresse la troisième frontale gauche, le pied des frontale et pariétale ascendantes, l'insula et le noyau lentillaire, mais la zone de Wernicke et la capsule interne sont indemnes.

Ces 2 cas s'ajoutent à ceux déjà publiés de lésions localisées à la zone de Broca pour prouver le rôle physiologique qui revient à cette région dans la fonction du langage. Les auteurs insistent enfin sur la nécessité, dans les questions d'aphasie, de toujours procéder à des examens histologiques sur coupes sèches des deux hémisphères cérébraux.

NEUROLOGIE

Étude des réflexes tendineux des membres supérieurs chez l'individu normal, par le Dr BABINSKI, résumée par E. DOUCET, ext. des hôp. de Paris, dans *Rev. Mod. de Thérap. et de Biologie*.

Les trois principaux réflexes tendineux des membres supérieurs sont : le réflexe radial ou antibrachial, le réflexe cubital et le réflexe olécranien ou tricipital.

1° *Réflexe radial.* — La recherche doit s'effectuer de la façon suivante : le sujet a l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras et en demi-pronation ; le poignet repose sur la main de l'observateur ; les muscles sont au complet relâchement. Percutons l'extrémité inférieure du radius : le long supinateur se contracte visiblement et l'avant-bras se fléchit sur le bras ; c'est le *réflexe radial ou de flexion*. Souvent le mouvement de l'avant-bras est le seul qu'on note, mais parfois il s'y joint, surtout quand le mouvement de flexion de l'avant-bras est *fort*, un *léger* mouvement de flexion des doigts ; c'est un fait qu'il faut noter et dont nous verrons tout à l'heure l'intérêt.

2° *Réflexe cubital.* — Ce réflexe qu'on recherchait très rarement jusqu'à ces derniers mois, qui était très insuffisamment décrit, et qu'on croyait rare, vient d'être l'objet d'une étude spéciale de la part de MM. P. Marie et A. Barré, qui proposent de l'appeler *cubito-pronateur*.

Pour le rechercher il suffit de mettre l'avant-bras dans la même position que précédemment, et de percuter la partie postéro-supérieure de l'apophyse styloïde du cubitus ; on verra alors l'avant-bras effectuer un petit mouvement brusque de pronation. Ce réflexe est presque absolument constant chez l'individu normal.

Disons en passant qu'il est possible de provoquer le même mouvement de pronation, en percutant la face antérieure du radius, (et non plus le bord externe comme tout à l'heure). Il y a ainsi un réflexe de pronation qui peut prendre naissance par la percussion en deux points principaux.

3° *Réflexe olécranien ou tricipital.* — Souvent, pour rechercher ce réflexe, on prend la main d'un sujet dont l'avant-bras est fléchi à angle droit ; et on percute le tendon du triceps indirectement au-dessus de l'olécrâne, et l'on observe un mouvement *d'extension de l'avant-bras*.

Mais ce mouvement peut n'être pas net, et il vaut mieux faire comme le conseille le Dr Babinski : l'observateur soutient de la main gauche l'extrémité inférieure du bras et percute le tendon tricipital ; il observe en même temps, non plus l'avant-bras mais

le triceps, et la contraction réflexe normale de ce muscle n'échappe jamais dans ces conditions.

Telles sont les manières les meilleures de rechercher les réflexes tendineux des membres supérieurs ; ces réflexes sont constants et de forme régulière chez un sujet sain et ils ont une certaine intensité dite normale, qu'on arrive à bien connaître en examinant de nombreux sujets exempts de toute maladie (nerveuse ou autre).

Nous allons maintenant étudier les altérations pathologiques de ces réflexes.

LES RÉFLEXES TENDINEUX PATHOLOGIQUES DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Les modifications que peuvent présenter les réflexes tendineux dont nous connaissons maintenant le type normal sont de divers ordres.

Ils peuvent être *exagérés*, *abolis*, ou *atypiques*. Les deux premiers termes qualifient : affaiblement les altérations pour que nous ne les décrivions pas davantage, mais nous devons insister spécialement sur les réflexes tendineux atypiques qui sont de connaissance encore toute récente et qui sont fort peu connus, même en France, où ils ont été décrits.

INVERSION DU RÉFLEXE DU RADIUS, DE BABINSKI.

M Babinski a montré, il y a deux ans, qu'on pouvait obtenir, par la percussion de la face externe de l'apophyse styloïde du radius, non plus une flexion de l'avant-bras sur le bras, mais un mouvement de flexion des doigts ; dans les cas les plus typiques, le long supinateur reste absolument flasque, tandis que les doigts se fléchissent vigoureusement dans la paume de la main ; d'autres fois, le trouble est moins complet, les deux mouvements de flexion de l'avant-bras et de flexion des doigts existent, mais tandis que le premier est extrêmement faible, le second est très net, et très brusque.

Dans ces cas comme dans le premier, il y a inversion du réflexe du radius.

RÉFLEXE CUBITO-FLECHISSEUR DES DOIGTS DE
P. MARIE ET A. BARRÉ

Peu de temps après que le Dr Babinski eut décrit l'inversion du réflexe du radius, MM. P. Marie et A. Barré montrèrent qu'une anomalie de même type pouvait s'observer en percutant la styloïde cubitale.

Au lieu d'obtenir un mouvement de pronation de l'avant bras, d'avoir un réflexe cubito-pronateur, on peut, en effet, obtenir, entre autres modalités réflexes normales, un mouvement de flexion des doigts, tandis que l'avant-bras reste absolument ou presque absolument immobile : l'expression de réflexe cubito-fléchisseur des doigts qualifie très heureusement ce réflexe anormal et l'oppose nettement à celle de cubito-pronateur.

INVERSION DU RÉFLEXE TRICIPITAL DE A. SOUQUES.

Un autre réflexe anormal a enfin été décrit par M. A. Souques, sous le nom d'inversion du réflexe tricipital : au lieu d'obtenir un mouvement d'extension de l'avant-bras par percussion du tendon tricipital, on obtient, en percutant (immédiatement au-dessus du bord supérieur de l'olécrâne) un mouvement de flexion de l'avant-bras.

Ce dernier réflexe a été observé par M. Souques chez des tabétiques qui présentaient des troubles hémiplegiques. On l'a quelquefois noté dans des hémiplegies non tabétiques, mais il n'en reste pas moins un signe intéressant de l'hémiplegie du tabétique, même s'il ne lui est pas absolument spécial.

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DES ALTERATIONS DES RÉFLEXES
TENDINEUX DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Des déductions pratiques importantes se dégagent déjà des notions nouvelles que nous venons d'exposer. Grâce à la connaissance de ces anomalies des réflexes tendineux on peut dès maintenant localiser une lésion à tel ou tel segment de la moelle cervicale.

Dans certains cas, en même temps qu'un réflexe anormal, il existait des troubles de la sensibilité ou des amyotrophies à topographie radiculaire qui permettraient de localiser à un segment

ou à une racine donnée la cause de tous les troubles concomitants. Ces cas permirent à M. Babinski de localiser à la Ve racine cervicale la lésion qui causait l'inversion du réflexe du radius ; MM. P. Marie et Barré purent de la même façon indiquer le VIIe ou VIIIe racine comme siège ordinaire de la lésion qui donne lieu au réflexe cubito-fléchisseur des doigts.

Et maintenant que ces notions sont acquises, nous pouvons, dans les cas où les altérations des réflexes que nous avons en vue existent isolément, sans anyotrophie, sans troubles de la sensibilité, conclure à une lésion de tel ou tel segment ; c'est là une déduction qu'il était impossible de faire il y a deux ans, et dont l'intérêt est considérable.

IMPORTANCE PRATIQUE DE LA CONNAISSANCE DES RÉFLEXES ANORMAUX DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

On sait, en effet, combien la chirurgie nerveuse est devenue plus audacieuse en ces derniers temps ; des appareils très ingénieux ont été inventés par M. de Martel, et ont été presque immédiatement adoptés par tous ; les chirurgiens, mieux outillés, n'hésitent plus à trépaner la boîte crânienne et le canal rachidien ; et l'on peut espérer, de cette convergence des efforts et des perfectionnements des techniques médicale et chirurgicale les effets les plus heureux.

Un malade de M. Babinski trépané au niveau de 5e segment cervical parce qu'il présentait l'inversion du réflexe du radius, avait une petite tumeur qui comprimait la Ve racine cervicale.

D'autres malades bénéficieront sûrement de ces secours médico-chirurgicaux, mais il en est déjà un certain nombre pour lesquels la connaissance du signe de l'inversion du radius et du signe du cubito-fléchisseur des doigts ont été très avantageux.

Et M. Babinski, après avoir montré au cours de sa leçon, des exemples nombreux des nouveaux faits qu'il portait à l'attention de tous, présenta plusieurs malades dont l'histoire clinique peut se résumer ainsi :

Parésie plus ou moins marquée d'un ou des deux membres supérieurs, troubles sensitifs légers, existence du réflexe radial inversé, ou du cubito-fléchisseur des doigts ; lymphocytose céphalo-rachidienne ; réaction de Wassermann positive. Le diagnostic de

lésions syphilitiques de quelques racines cervicales fut fait, le traitement rationnel institué ; les malades guérirent.

La fréquence des malades qui présentent le type clinique que nous venons de schématiser est tout à fait digne de remarque et mérite d'être bien connue de tous les praticiens. Il semble, en effet, que cette région cervicale soit très fréquemment, aussi fréquemment peut-être que la région lombaire, le siège de lésions syphilitiques ; elle en constitue comme un lieu d'élection.

Ce fait qui vient d'être mis en évidence s'accorde d'ailleurs bien avec celui qu'avait noté Frenkel et qu'il énonçait ainsi : chez les tabétiques ce sont les réflexes tendineux des membres supérieurs qui disparaissent d'abord.

Il y a là, selon toute évidence, une part d'exagération, et si les réflexes des membres supérieurs sont fréquemment abolis dans le tabes, s'ils sont parfois abolis avant ceux des membres inférieurs, la disparition des réflexes achilléens et rotuliens est très généralement la première en date.

Dans tous les cas, il apparaîtra désormais comme très important d'examiner aussi souvent que les réflexes des membres inférieurs ceux des membres supérieurs ; on saura que recherchés dans de bonnes conditions, les réflexes tendineux sont constants et ont un type normal dont toutes les modifications, et particulièrement celles qui viennent d'être décrites, devront fixer l'attention et orienter le médecin vers l'idée de telle ou telle lésion syphilitique ou autre, qu'on pourra désormais reconnaître presque toujours, et guérir souvent.

PHARMACOLOGIE

Formules pour marquer le goût de l'huile de ricin.

Huile de ricin.....	15 grammes
Eau de menthe.....	} à 10 grammes
Sirop d'orgeat.....	

Soulier reproche au sirop d'orgeat d'être pesant sur l'estomac et conseille de lui substituer, dans le mélange ci-dessus, soit du sirop de nerprun, soit du sirop de fleur de pêcher.

Obrastzov propose la formule que voici, purgative aux mêmes doses que l'huile de ricin pure :

Saccharine.....	12 centigrammes
Essence de menthe poivrée....	V gouttes
Alcool.....	Q. S. pour dissoudre
Huile de ricin.....	240 grammes

Dans l'entéro-colite muco-membraneuse, A. Robin donne une cuillerée à café ou à dessert d'huile dans laquelle on mêle trois gouttes du mélange suivant :

Teinture théraïque.....	} à 5 grammes
Teinture de jusquiame.....	
Teinture de belladone.....	

Contre le prurit anal préputial ou vulvaire.

Menthol.....	0 gr. 30 à 0 gr. 60
Cocaïne (chlorhydrate).....	0 — 20 à 0 — 40
Eau de laurier-cerise.....	2 gr. 50
Lanoline.....	5 grammes
Vaseline.....	25 —

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 6 juillet 1912 de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Haute-fenille, à Paris, est entièrement consacré aux **Maladies du Cœur, du Sang et des Vaisseaux** :

Les Maladies du sang, en 1912, par le Dr P. LEREBoulLEt, médecin des hôpitaux de Paris. — Quelques données récentes sur l'hémolyse splénique, par le Prof. GILBERT et les Drs CHABROL et BÉNARD. — La viscosité du sang chez l'enfant, par les Drs WEILL et GARDÈRE. — Angor pectoris et distention cardiaque, par le Dr DE MASSARY. — L'érythémie ou maladie de Vaquez, par le Dr LAUBRY. — Ultra-microscopie du sang, par le Dr AYNARD. — La transfusion, technique et indications, par le Dr A. SCHWARTZ. — La thérapeutique des leucémies, par le Dr RIEUX. — ACTUALITÉS MÉDICALES. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — *Libres propos.* — *Chronique.* — *Variétés.* — Les monuments médicaux. — *Technique hémalogique*, par le Dr VILLARET. — *La médecine au Palias.* — *Silhouettes médicales.* — *La médecine humoristique.* — *Diététique.* — *Formules thérapeutiques.* — *Revue de la Presse française et étrangère.* — *Chronique des Livres.* — *Nouvelles.* — *Vie médicale.* — *Cours.* — *Memento.* — *Thèses.*

(Envoi franco de ce numéro de 108 pages in-4 avec figures contre 1 fr. en timbres-poste tous pays).

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Abonnement : 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger : 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger : 15 fr.) A. ROUZAUD, Editeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No de juin 1912.

Les maladies de nos ancêtres de l'âge de pierre (6 illustr.), par le Dr Paul RAYMOND, Professeur agrégé des Facultés. — Tuberculose, syphilis, trépanation crânienne à l'époque de la pierre polie, etc.

Un grand chirurgien au XVIIIe Siècle: Frère Côme (5 illustr.), par le Dr Henry BOUQUET. — La grande figure du frère Côme s'y détache avec un reflet singulier.

Les marques du Diable (6 illustr.), par Jean LORÉDAN. — Récit du procès en sorcellerie de Louis Gaufridy, accusé d'avoir suborné, violé, possédé, livré au Diable, Madeleine de Demandol...

Le docteur Jouhaud, émailleur. (8 illustr.), par le Dr Georges PATTET. — L'Auteur nous dit l'originalité de ce médecin limousin digne continuateur du moine Réginaldus et des Galpais de Limoges.

Notes médico-religieuses sur les scopits de Roumanie (7 illustr.), par le Dr Richard MILLANT. — Etude curieuse et très documentée sur cette secte de chatrés.

Le Musée de la vaccine de Plessis-les-Tours, (8 illustr.), par le Dr Edmond CHAUMIER. — Reproductions multiples de la belle collection du Dr Chaumier.

La Thérapeutique des Talismans, (7 illustr.), par le Dr MATHÉON. — La crédulité, la suggestibilité du Céleste ; le rôle que la nécromancie, le mauvais œil jouent dans son existence, etc.

L'Hôpital des Cigognes à Brousse, (7 illustr.), par le Dr LIBERT. — L'Auteur continue son enquête dans des domaines très variés, — social, psychologique, médical — toujours également pittoresques.

SUPPLÉMENT. — *Les types noirs de Leguilloux.* — *La placentophagie.* — *La littérature et la morale.* — *La vitesse et la forme des poissons.* — *La photographie et l'étude des phénomènes psychiques.* — *Notes sur la Licorne.* — *Les mangeurs de terre.* — *La mort et la vie devant le spiritisme.* — *L'Élection à l'Institut et le Jubilé de M. Lucas-Championnière.* — *La sorcellerie des campagnes.* — *L'anguille commune va pondre dans la mer.* — *Congrès et Anguilles.* — *William Stead.*

SUPPLEMENT

AGUERRISSEZ VOS ENFANTS CONTRE LA CHALEUR DE L'ÉTÉ

Durant le mois de juin, il est sage de préparer les enfants, en les tonifiant, afin qu'ils puissent résister aux assauts pernicieux de la chaleur des mois d'été.

Il faut surveiller la nourriture avec un soin rigoureux, mais ce n'est pas suffisant, au point de vue du sang, car un grand nombre d'enfants ont un sang pauvre en hémoglobine. Il n'y a pas, dans toute la matière médicale, de préparation qui soit supérieure au Pepto-Mangan (Gude) pour cette classe d'enfants. Agréable au goût, non irritant pour l'estomac, il convient à l'enfant le plus faible. Il ne constipe pas.

Le Pepto-Mangan (Gude), donné à petites doses, quelques semaines avant les chaleurs: voilà le moyen d'armer nos bébés pour la lutte qui les décime chaque année.

GLYCO-THYMOLINE

Son usage selon les saisons.

Dans tous les cas d'irritation ou de congestion de la peau — rayons X ; coups de soleil, — la glyco-thymoline en solution 25% à 50% en lavage ou en application locale, soit avec un éponge, soit avec un coton fromage imbibé, soulagera la douleur et fera disparaître les accidents dans l'espace des trois ou quatre heures qui suivront. Il en sera de même dans les cas d'irritation de la peau par excès d'acide urique, diathèse arthritique, etc.

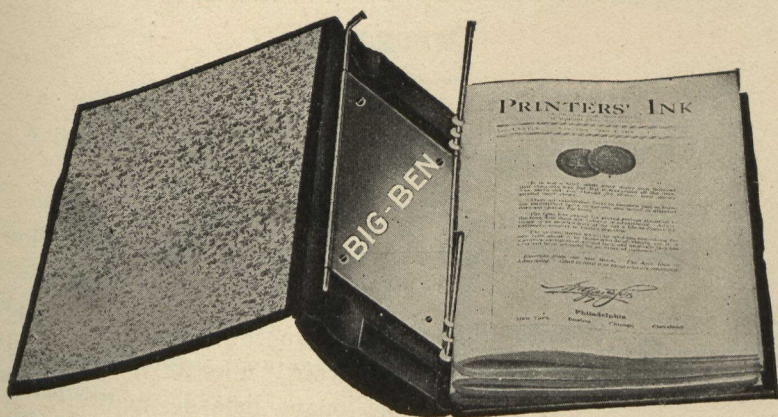
On cite des cas où une application de glyco-thymoline a fait disparaître les troubles de la peau exposée au soleil, où à l'eau salée, dans l'espace de 24 à 48 heures.

Dans certains cas d'urticaire soit à la suite d'une marche prolongée à la chaleur, soit à cause de contacts avec des plantes irritantes, des applications locales de glyco-thymoline ont fait disparaître la douleur, l'irritation et bientôt les troubles secondaires en très peu de temps.

La Glyco-thymoline est en vente chez tous les pharmaciens dans des flacons : petites, \$0.25 cts, grandes \$1.00.

Les fabricants : Kress & Owen Co., 361-63 Pearl St. N. Y. ont des succursales à Montréal et dans toutes les grandes villes du monde.

FAITES RELIER VOS JOURNAUX MEDICAUX



ECRIVEZ POUR DETAILS

Medical Surgical Supply Co.
 223, rue Bleury MONTREAL.

LES CATAPLASMES DOIVENT ÊTRE STÉRILES

Le prof. Howard Hoxie, de l'Université de Kansas écrit que les cataplasmes doivent être stériles afin qu'une affection externe ne vienne pas se surajouter à une affection interne. Il parle des dangers du cataplasme de mie de pain et de graine de lin.

Comme les cataplasmes ont pour effet de produire de la congestion de la peau par la chaleur qu'ils dégagent, il est intéressant de rapporter l'opinion du même professeur lorsqu'il dit : "Les cataplasmes d'argile, connu sous le nom d'*Antiphlogistine* sont supérieurs à tous parce qu'ils sont stériles et propres."

LE PROBLEME DE LA FIEVRE DES FOINS

En dépit des progrès de la thérapeutique durant ces dernières années, on est très embarrassé de savoir "quoi faire contre la fièvre des foins". Nous avons une longue liste de médicaments parmi lesquels l'*adrénaline* est un des premiers, à cause de son action remarquable contre les troubles vaso-moteurs des rhinites.

Contre la fièvre des foins, nous pouvons prescrire l'*adrénaline* en solution, en inhalation, en pommade et en tampons.

Tous les cas de fièvre des foins ne sont pas identiques, c'est pourquoi nous avons varié nos produits de façon à les rendre propres à tous les cas.

Pour plus amples détails, demandez à la maison Parke-Davis qu'elle vous adresse de la littérature sur ce sujet, elle accédera à votre désir avec empressement.