

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V

15 JUIN 1905

NO 4

LES PYELITIS ET LEUR TRAITEMENT

PAR M. LE PROFESSEUR HOWARD KELLY.

Les pyélites sont souvent méconnues à leur début car les symptômes en sont peu graves: pour la même raison, même quand leur présence est reconnue, leur traitement est presque toujours négligé. Or, une pyélite récente peut fort bien guérir spontanément grâce au lavage naturel du bassinnet par l'urine; mais s'il existe un obstacle quelconque au libre écoulement de l'urine, la pyélite passe fatalement à la chronicité. Pendant longtemps elle pourra rester à l'état latent, puis, très rapidement, des troubles sérieux feront leur apparition aboutissant à la pyélonéphrite grave. Le rein suppure et se transforme en un vaste abcès. Alors on voit parfois survenir une pseudo-guérison par suite de la fermeture spontanée de la poche: d'autres fois elle se rompt dans l'intestin, dans la plèvre, dans le péritoine: elle s'ouvre à la région lombaire ou à l'aîne.

Avant d'appliquer un traitement à la pyélite, il faut, autant que possible, en établir la cause. Il faut savoir que l'infection causale a pu se manifester très longtemps auparavant. C'est ainsi que Kelly a trouvé le bacille d'Eberth dans le pus d'une pyélite chez une malade qui avait eu la fièvre typhoïde trente ans auparavant.

Les malades qui présentent des troubles chroniques d'ordre digestif, les constipés, peuvent faire des pyélites: c'est surtout chez les enfants qu'on observe les rapports étroits qui unissent l'intestin au rein et au bassinnet. Et ces pyélites se voient même chez les nourrissons, si bien que la néphrotomie ou la néphrectomie a dû parfois être pratiquée chez de tout jeunes enfants.

Il est banal d'invoquer la présence d'un calcul pour expliquer

une pyélite, mais il est une cause moins connue à laquelle l'auteur attache une grande importance. C'est la présence d'une petite hydronéphrose insoupçonnée ne s'accompagnant pas de distension du bassinnet. Maintes fois Kelly a trouvé cet état de choses chez des femmes qui se plaignaient de vagues douleurs dans le côté et qui parfois avaient même subi l'ablation de l'appendice ou des annexes sans éprouver d'amélioration. Or, le diagnostic est aisé grâce au cathétérisme des uretères. On introduit le cathéter jusque dans le bassinnet et on injecte assez de liquide pour distendre la poche: la douleur ainsi produite est identique à celle qu'éprouve parfois le malade; sur cette similitude s'établit le diagnostic. Ce sont surtout ces bassinnets à paroi flasque qui deviennent facilement le siège d'une infection atténuée due au colibacille. Cette infection se produit le plus souvent à l'occasion d'une maladie générale comme la grippe ou locale comme un furoncle.

Le rein mobile favorise l'éclosion de la pyélite; dans ces cas il faut traiter l'infection du bassinnet avant de pratiquer la néphropexie. Fixer un rein infecté c'est exposer le malade à la fistulisation de sa plaie lombaire. C'est un peu la même pathogénie qui régit la production des pyélites dans les cas de cystite avec sténose de l'orifice vésical de l'uretère. Ici encore il y a stase en amont de l'obstacle et production facile d'une pyélo-néphrite ascendante.

Les gynécologues voient parfois la pyélite se produire de la manière suivante: une tumeur ovarienne, un fibrome utérin comprimait l'uretère et provoquait de la stase urinaire; on enlève ces tumeurs, mais au cours de la convalescence on peut voir se produire un mouvement fébrile, et alors l'infection s'empare du rein en état de moindre résistance, la pyélo-néphrite s'est installée. De même un appendice enflammé peut comprimer un uretère et l'infecter.

Enfin, il peut exister des sténoses étendues de l'extrémité inférieure de l'uretère, coexistant avec un rein tuberculeux. Mais, comme l'a bien montré Albarran, la pyélo-néphrite dans ces cas peut être le fait non seulement du bacille de Koch mais aussi d'une infection secondaire.

Il est plusieurs traitements à appliquer aux pyélites et Kelly pose les indications thérapeutiques de la manière suivante:

Une pyélite aiguë survenant au cours d'une maladie fébrile sera traitée par le repos, la diète liquide et l'urotropine. Au cas où les troubles s'aggravaient il y aurait lieu de faire une néphrotomie et de drainer le rein. L'urotropine rend les plus grands services, elle peut prévenir l'éclosion d'une pyélite chez les malades dont le bassin est dilaté et qui ont une maladie fébrile aiguë. Sa valeur est surtout grande dans les cas d'infection récente par le colibacille.

Comment traiter localement la pyélite? La première place parmi les moyens thérapeutiques revient au cathétérisme de l'uretère; par lui on vide le bassin de l'urine purulente ce qui produit un soulagement instantané. En outre, en cas de rétrécissement de l'uretère, on peut se servir du cathéter métallique de diamètre variable (jusqu'à 5 millimètres); cette méthode peut amener la guérison en assurant le libre écoulement de l'urine. Tous les deux ou trois jours il est bon de pratiquer le cathétérisme du bassin et de le laver avec un litre ou plus d'un liquide non irritant et légèrement antiseptique. Kelly se sert d'eau boriquée ou de solution de nitrate d'argent à 1 p. 1000, puis à 1 pour 500. On peut même laisser en place quelques centimètres cubes d'une solution de nitrate à 1 pour 200 et même à 1 pour 100.

On est parfois amené à faire une néphrostomie avec drainage du rein par la voie lombaire; entre temps, pour maintenir la perméabilité de l'uretère, on peut laisser à demeure le cathéter urétérique. Ce cathétérisme permanent sera encore très utile pour favoriser la fermeture de la fistule lombaire.

Si l'on est certain que le rein opposé est absolument sain, on fera la néphrectomie dans les cas graves où le parenchyme rénal est presque entièrement détruit.

Travaillons, faisons le bien, disons le vrai, cherchons le juste et soyons au-dessus de toutes basses critiques; il y a toujours des chiens qui aboient lorsqu'une caravane passe.

Une ferme n'est autre chose qu'une saine manufacture qui transforme du fumier en herbe et en grain. Quoi de plus noble et de plus grand au monde que ce travail utile par des citoyens utiles.

UN CAS DE TUMEUR CEREBRALE

PAR M. LE PROFESSEUR ROUSSEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine une tumeur du cerveau dont le diagnostic exact a été fait pendant la vie. L'autopsie autorisée par la famille, — chose rare, — a été pratiquée, en présence du médecin de la défunte, avec l'aide active de mon interne.

Il s'agissait d'une femme de 43 ans, Mme X. . . , fraîche, forte et robuste. Vers le 7 mai dernier, sans avertissement préalable, elle s'aperçoit d'une légère faiblesse du membre inférieur gauche. Quelques jours après, la faiblesse augmente et la parésie gagne le membre supérieur du même côté. A ce moment, il y aurait eu quelques secousses dans les membres gauches; mais ce renseignement ne doit être accepté que sous caution.

Aucun trouble de l'intelligence, la parole est tout à fait libre. Le visage est indemne; pas de déviation de la langue ni de la luette. Les mouvements des yeux s'exécutent bien; les pupilles sont égales.

Aucune douleur; pas de céphalée. La sensibilité, dans tous ses modes, est absolument intacte.

Poumons normaux.

Le cœur est sain, les artères non athéromateuses. Pas d'albumine dans les urines. Proportion d'urée au-dessus de la moyenne.

Pas de fièvre.

Appelé en consultation, le 22 mai, par mon ami M. le docteur Guillaux, j'élimine successivement les diverses hypothèses en présence et je conclus à l'existence d'une tumeur du cerveau, probablement d'un gliome, siégeant dans les zones motrices de l'hémisphère droit.

Un second examen complet, pratiqué le 31 mai, ne fait que me confirmer dans cette idée et j'ai le plaisir de faire partager mon opinion à mon confrère. Par acquit de conscience nous prescrivons l'iodure à haute dose. Notre thérapeutique n'eut d'ailleurs aucun succès.

Le 14 juin, nous maintenons notre diagnostic. Le bras était devenu par degrés complètement inerte; la jambe, au contraire, restait seulement à demi-paralysée. La face était toujours indemne. Un nouveau phénomène s'était montré: une douleur vive et continue au-dessus de la fosse temporale droite.

L'amélioration ne se produisant pas, un autre médecin fut appelé; la question de l'intervention fut posée.

Je croyais la tumeur intra-cérébrale et je conclus naturellement au rejet de toute opération.

Depuis que nous avons cessé de voir la malade, la céphalalgie s'était encore exaspérée et l'hémiplégie avait touché le visage.

Le 27 juin, la malade mourait, sept semaines après le début des accidents, après avoir présenté des convulsions généralisées. Jusqu'à la fin, l'intelligence était restée saine et, dans les dernières heures de sa vie, Mme X... montrait encore par gestes qu'elle souffrait vivement de la tête et qu'elle demandait une intervention.

Aussitôt après la mort, M. le docteur Gouilloux fit les démarches auprès de M. X... , mari de la défunte, pour obtenir l'autorisation de pratiquer l'autopsie. Nous nous acquittâmes de cette triste opération 24 heures après la mort, par une chaleur torride; le cadavre était horriblement putréfié et il fallut une énergique résolution de notre part pour résister au dégoût.

Après l'enlèvement de la voûte du crâne, nous apercevons les méninges très congestionnées; nulle part nous ne constatons de foyer hémorragique. Après incision des membranes, une différence très sensible entre l'hémisphère gauche et le droit frappe d'abord les yeux. En avant de la scissure de Rolando, sur une assez large surface, l'hémisphère droit présente un aspect lisse; les sillons qui séparent les circonvolutions sont effacés. On dirait qu'une pression intérieure a déplié l'écorce cérébrale et égalisé les circonvolutions. En regardant de plus près, on voit que cette déformation atteint son maximum dans la moitié supérieure de la circonvolution frontale ascendante droite; le sillon qui la sépare des deuxième et troisième circonvolutions frontales antérieures est à peu près nul; le lobule paracentral a subi le même nivellement; son sillon médian existe à peine. Aucun autre changement appréciable à l'œil nu; les méninges se décortiquent très bien en ces points, comme ailleurs.

En ouvrant l'hémisphère précisément à ce niveau (*coupe frontale de Pitres*), on tombe au milieu d'une tumeur volumineuse de la grosseur d'un œuf de poule, molle, à grand diamètre.

tre vertical, mais cependant plus ferme que le reste du cerveau, de teinte grise dans ses deux tiers supérieurs, jaunâtre dans le tiers inférieur, coupée de nombreux vaisseaux. Son aspect ne rappelle en rien celui de la substance blanche de l'encéphale. A sa périphérie, la tumeur ne présente pas de ligne de démarcation bien tranchée avec les tissus normaux; elle se confond insensiblement avec eux. En haut, elle touche à la substance corticale; en bas, elle plonge dans la substance blanche. Dans le tiers inférieur de la tumeur, on note une petite cavité, de la capacité d'une coquille de noisette, contenant une bouillie claire, de coloration gris-jaunâtre: c'est un foyer de ramollissement.

A l'œil nu, cette tumeur molle, grise et jaunâtre, très vasculaire, renfermant un foyer hémorragique, nous paraît être un de ces sarcomes du système nerveux, auxquels Virchow a donné le nom de gliomes. Elle a, du reste, été plongée dans le liquide de Muller et sera soumise à l'analyse microscopique.

En somme, le diagnostic était confirmé sur tous les points. Il s'agissait d'une tumeur, vraisemblablement d'un gliome. Cette tumeur siégeait dans l'épaisseur du cerveau, et, quoique la doctrine des localisations cérébrales permet d'arriver directement sur elle par la trépanation, il était impossible de l'extirper.

L'absence de tout stigmate névrosique, la persistance de la sensibilité nous avait permis d'éliminer l'hémiplégie hystérique. L'intégrité des vaisseaux et du cœur, la non-existence d'ictus nous avaient induits à rejeter les lésions vasculaires du cerveau: thrombose, embolie, hémorragie. L'examen des urines éloignait l'idée d'accidents urémiques.

Au contraire, la progression lente et implacable de la paralysie, sa marche systématique, la douleur limitée de la tête, les secousses, notées une fois dans les membres gauches, quoique d'une manière assez vague, nous poussaient au diagnostic de tumeur cérébrale. Nous étions aussi frappés d'un fait singulier: la jambe, prise en premier lieu, gardait une partie de ses mouvements, tandis que le bras et le visage, atteints plus tard, étaient complètement immobilisés.

De quelle nature était la tumeur? Aucun traumatisme n'avait eu lieu, la fièvre était nulle. En conséquence, nous écartions l'hypothèse d'un abcès. Le tubercule n'était guère vrai-

semblable chez une femme, héréditairement et personnellement saine jusqu'à ce jour. Était-ce un kyste? Rien ne le donnait à croire; dans la plupart des observations récentes, on signale comme prédominants les phénomènes d'irritation.

Ici, la paralysie était le seul symptôme appréciable et les convulsions généralisées ne survenaient que quelques heures avant la mort. Nous inclinons à penser que nous avons affaire à une de ces tumeurs envahissantes qui, longtemps silencieuses, accusent, à un moment donné, leur présence par des symptômes de déficit, comme disent les Allemands (Goltz). Elles détruisent plus qu'elles n'irritent.

Le point d'implantation nous est inconnu; il est, toutefois, difficile de le placer dans la substance corticale. Une tumeur aussi volumineuse n'a pas parcouru son évolution en sept semaines; nous trouvons beaucoup plus simple d'admettre qu'elle est restée inoffensive, noyée dans la substance blanche, pendant une période indéterminée. Ce n'est que lorsque les cellules corticales ont été atteintes et détruites à leur tour qu'elle s'est révélée à l'observation clinique.

LES SERUMS NON SPECIFIQUES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS

PAR M. LE PROFESSEUR TUTTIER.

“Je crois qu'il serait bon de bien s'entendre, une fois pour toutes, sur la valeur des injections de sérum dans la thérapeutique des tumeurs. Le produit obtenu par Lœffler a donné des résultats *partiels*, amélioration de l'état local et amélioration de l'état général, le tout absolument *temporaire*.

“Or, j'ai publié dans *La Presse Médicale*, 3 février 1904, No 10, p. 73, une série de résultats analogues obtenus par des sérums n'ayant rien de spécifique. Leur méconnaissance ou leur oubli m'obligent à les rééditer.

“Prenez un sérum quelconque, absolument indifférent, et, pour bien préciser cette indifférence je vous dirai: “mettez la main dans l'armoire aux sérums thérapeutiques, les yeux fermés, et amenez le premier flacon qui vous tombera sous la main.” C'est un flacon de sérum antidiphthérique, par exemple; injectez-en le contenu à un cancéreux: vous pourrez voir après cette injection une amélioration de l'état local; une di-

minution de l'induration ou de l'ulcération néoplasique. Répétez cette injection deux, trois, quatre fois, et vous pourrez voir régresser les lésions, et cela dans des proportions notables : un quart, un tiers, une moitié de tissu morbide disparaîtra ; en même temps, comme dans l'observation de Loeffler, l'état général s'améliorera. C'est même cette seule amélioration qui était manifeste avec les premiers sérums de Richet et Héricourt que j'employais en 1898. Mais, après un certain nombre d'injections, le tissu morbide ne sera plus influencé et l'état général restera stationnaire.

“ À ce moment, prenez un autre sérum au hasard : ce sera, si vous voulez, du sérum antitétanique ; pratiquez une série d'injections et vous aurez une nouvelle amélioration locale, moins rapide, moins longue et moins durable que la première, mais indiscutable. Continuez les injections ainsi en variant la nature du sérum employé et vous verrez leur effet s'atténuer progressivement, et bientôt la lésion et le malade resteront indifférents à votre thérapeutique. La maladie reprendra alors une marche inexorable, et peut-être plus rapide que si vous l'aviez abandonné à elle-même.

“ Tous ces sérums antitoxiques ou antimicrobiens modifient sans doute d'une façon profonde les réactions phagocytaires.

“ En tout cas, nous avons pu nous rendre compte que, lorsqu'ils sont injectés, comme chez nos malades, en dehors des maladies qu'ils sont destinés à combattre, ils donnent lieu à des variations leucocytaires se traduisant ordinairement par une *superleucocytose* qui, d'abord durable et très marquée, s'atténue chez le même sujet lorsque les injections sont répétées, même à intervalles assez éloignés.

“ J'ai cru bon de rappeler ces résultats obtenus par des sérums, résultats qui paraissent en tout semblables à ceux que Loeffler obtient avec le sérum d'âne immunisé par l'injection de cancers desséchés, pulvérisés et chauffés à 150°.”

Le citoyen utile n'est pas seulement le citoyen producteur de force disponible, d'aliment indispensable, mais c'est encore le citoyen moral, l'homme de bien qui jouit de la meilleure influence sociale par l'atmosphère morale qu'il crée autour de lui.

LA MARCHÉ PRÉCOCE DANS L'ARTHRODÈSE DU GENOU

D'une façon générale, l'arthrodèse est rarement pratiquée au genou. Mais en Russie, d'après ce que M. Hagen-Torn (de Saint-Pétersbourg) raconte dans le *Centralblatt für Chirurgie*, l'ouvrier et le paysan aiment mieux guérir rapidement avec un genou raide que conserver une articulation relativement mobile au prix d'un long et même très long séjour à l'hôpital. C'est pourquoi M. Hagen-Torn a couramment l'occasion de pratiquer l'arthrodèse du genou, et cette opération il la fait d'après un procédé qui permet au malade de quitter l'hôpital au bout de quinze jours ou trois semaines.

Le procédé en question offre deux particularités, dont la première consiste à réséquer largement les surfaces articulaires et de façon qu'elles forment un angle à peine ouvert en arrière, et la seconde à faire marcher le malade le plus tôt possible. Dès le premier changement du pansement, c'est-à-dire vers le septième jour après l'opération, quand les surfaces osseuses sont déjà soudées, on met le membre dans un appareil plâtre qui prend les deux tiers de la cuisse et les deux tiers de la jambe, on donne au malade deux béquilles et on lui dit de marcher. Dans ces conditions la marche est à peine douloureuse ou même complètement indolore, et, dans les cas où la douleur existe, elle disparaît ordinairement au bout de deux ou trois jours.

M. Hagen-Torn nous donne les raisons de sa façon de faire qui, comme nous venons de le voir, donne des guérisons si rapides. Des études histologiques lui auraient notamment montré que deux surfaces de tissu osseux spongieux mises l'une contre l'autre se réunissent par première intention exactement comme une plaie de parties molles. En second lieu, les données fournies par l'histogenèse du système osseux ont montré depuis longtemps que la "surcharge fonctionnelle", — en l'espèce, la marche, — est un élément des plus favorables à l'ossification. C'est donc la mise en pratique de ces deux principes qui donne à M. Hagen-Torn de si bons résultats dans l'arthrodèse du genou.

L'homme de bien engendre le bien par sa seule présence; le bien comme le mal *contagionne* à distance.

LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

PAR M. LE PROFESSEUR AUSSET.

Les convulsions sont des accidents très fréquents chez les enfants. Symptomatiques, c'est-à-dire liés à une lésion des centres nerveux, leur traitement est de second rang. Nous ne nous occuperons que des convulsions dites idiopathiques.

Informations cliniques.—1o Un nourrisson, atteint de troubles gastro-intestinaux, pousse tout à coup, sans prodromes, un grand cri; son regard fixe exprime la terreur; il perd vite connaissance. Le visage est très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique; la bouche est écumante; les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autre; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. Bientôt apparaissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité: la tête est le plus habituellement rejetée en arrière ou se meut latéralement ou en rotation. Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe ensuite dans un sommeil invincible voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une *grande crise d'épilepsie infantile*.

2o Chez un autre enfant, les mouvements se limitent à une région très restreinte, la face, ou les deux membres supérieurs, ou un seul côté du corps, ou même un seul groupe musculaire et sans cri initial.

3o Enfin la crise convulsive peut n'intéresser que les muscles respiratoires et les muscles du larynx; c'est la convulsion interne. L'enfant devient tout à coup très pâle, rejette la tête en arrière, convulse ses globes oculaires, la face est violacée, la respiration est arrêtée, puis, au bout de quelques secondes, un sifflement inspiratoire se fait entendre et tout rentre dans l'ordre.

Indications pathogéniques.—La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée. La cause occasionnelle peut être une impression nerveuse

périphérique, cutanée ou muqueuse, (vésicatoires, sinapismes, épingles enfoncées dans les chairs, langes trop serrés, furoncles, abcès, dentition douloureuse et pénible, vers intestinaux, corps étrangers de l'oreille et du nez, application défectueuse d'un bandage herniaire, etc.) ; mais les infections gastro-intestinales sont la cause profonde, le facteur le plus habituel de ces accidents : d'où la fréquence des convulsions chez les rachitiques, chez les enfants dyspeptiques soumis à une intoxication digestive permanente.

Un peu plus complexes, mais réductibles à ces deux ordres primordiaux de causes, sont : la constipation, les indigestions, l'alcoolisme de la nourrice, l'hyperthermie, les fièvres éruptives, la pneumonie, l'érysipèle, etc., qui débute souvent par des convulsions. Il s'agit dans ces derniers cas d'une action toxoinfectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens ou autres et les microbes eux-mêmes.

Tout ce qui combattra la dyspepsie, c'est-à-dire l'hygiène de l'alimentation en résumé, diminuera la prédisposition aux convulsions ; écarter avec sollicitude les causes occasionnelles, les découvrir lorsqu'elles agissent et y porter prompt remède constituera le traitement vrai. Les accidents immédiats auxquels est exposé l'enfant durant la crise sont le guide des moyens employés pour la combattre.

TRAITEMENT. — A. *Traitement de la crise.* — a) *Lors d'une crise unique.*—Avant toute chose, débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un lit, la tête relevée ; veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude ; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche ; si la saison le permet, entr'ouvrir une fenêtre. Exiger le calme et le silence, éloigner toutes les personnes inutiles de l'entourage. Ne jamais approcher la lumière des yeux du malade : à elle seule, elle peut ramener la crise.

b) Lorsque les crises se répètent, faire préparer un bain à 35°, y plonger l'enfant en ayant soin de lui entourer la tête de compresses froides. Refroidir rapidement le bain jusqu'à 30°. On laissera le malade quinze minutes dans ce bain.

Pendant qu'on aura fait préparer le bain, on mettra cinq à six gouttes de chloroforme sur le coin d'un mouchoir, et on les fera inhaler, en prenant la précaution de bien espacer les inhalations pour laisser beaucoup d'air pur à l'enfant.

Au sortir du bain, administrer le lavement anti-spasmodique suivant:

Assa foetida	1 gramme.
Jaune d'œufs	No 1
Lait	100 grammes

Pour éviter la morsure de la langue, on interposera un bouchon de liège entre les mâchoires.

Ce qu'il ne faut pas faire: 1o Ne jamais pratiquer de saignée générale; tout au plus pourra-t-on exceptionnellement mettre une saignée derrière chaque apophyse mastoïde dans le cas d'éclampsie urémique, et si l'enfant est un peu âgé et très vigoureux.

2o Ne jamais employer de révulsifs cutanés, tels que le vésicatoire, les sinapismes. Ils irritent le système nerveux périphérique et peuvent ramener les crises convulsives.

B. TRAITEMENT D'APRÈS LA CAUSE.—Dès qu'on s'est fait une opinion sur les causes des convulsions, le traitement de la crise doit faire place à une thérapeutique s'inspirant mieux de la pathogénie.

a) Lors des convulsions dues à des troubles gastro-intestinaux, on doit être très parcimonieux des vomitifs, très déprimants chez ces enfants. Ils devront être réservés pour les cas d'indigestion; dans ce dernier cas, on administrera de la poudre d'ipéca, diluée dans de l'eau; on écartera les mâchoires et on ira titiller la luette pour faciliter encore le vomissement.

En même temps, on donnera un lavement purgatif. Plus tard, on donnera le calomel, 0 gr. 10 à 0 gr. 20, mais il ne faudra jamais les donner en premier lieu, car son action est trop lente, et il est urgent d'agir vite.

Il est bien entendu qu'on mettra l'enfant à la diète hydrique pendant au moins vingt-quatre heures, et que les jours suivants on ne se résoudra à reprendre l'alimentation que très doucement et avec les plus grandes précautions. Il faut tout particulièrement veiller à la constipation, et si c'est elle qui est particulièrement la coupable, on ne laissera jamais passer une journée sans obtenir de l'enfant, naturellement ou artificiellement, une selle copieuse.

b) Dans les convulsions par hyperthermie ou du début des

maladies aiguës, la balnéation rend les plus grands services. Il faudra surtout ne pas faire de médication intempestive, les convulsions dans ces cas étant le plus souvent passagères. On se contentera de quelques inhalations au chloroforme et des bains tièdes à 28°-30°. Comme il faut éviter toute cause d'excitation brusque du système nerveux, on mettra d'abord l'enfant dans un bain à 35°-37°, que l'on refroidira progressivement et rapidement jusqu'à 28°. On le laissera un quart d'heure dans l'eau à cette température. C'est le traitement de la crise unique ou isolée: il sera rare en effet qu'une fois l'éruption survenue, dans la rougeole, par exemple, les convulsions se reproduisent fréquentes.

c) Quant aux convulsions vermineuses, outre qu'on ne devra accepter ce diagnostic qu'avec preuves certaines,—les vers intestinaux sont, en effet, souvent accusés à tort,—on se souviendra qu'on observe dans ces cas de véritables convulsions à répétition. Il faudra, alors, administrer le vermifuge approprié.

a) Au cas d'ascarides lombricoïdes, facilement constatés, donner semèn-contra, un gramme, dans un peu de miel, le matin à jeun; le lendemain matin, administrer le paquet suivant:

Scamonnée	}	à 0 gr. 10 à 0 gr. 30
Calomel		

suitant l'âge.

b) Aux cas d'oxyures vermiculaires, bien et dûment constatés, pendant une huitaine de jours, le matin, donner un lavement avec une infusion de fenouil et d'anis, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine; le soir, au coucher, introduire dans le rectum le suppositoire suivant:

Calomel	0 gr. 15
Beurre de cacao	q. s.

Dans la journée, on introduira, dans l'anus, gros comme un pois d'onguent napolitain.

c) Au cas de tonia, donner le matin à jeun, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle:

Extrait de fougère mâle	3 grammes.
Sirope de menthe	30 grammes.

et une heure après la dernière prise:

Huile de ricin	20 grammes.
--------------------------	-------------

C. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.—Comme l'éclampsie infantile atteint surtout les sujets nerveux, on devra, chez les enfants ainsi prédisposés et tarés, surveiller attentivement l'éducation: proscrire les causes d'excitation psychique et physique: interdire le travail intellectuel précocé, ne pas laisser tomber les parents dans le grave travers de vouloir avoir des enfants prématurément brillants. Eviter les jeux prolongés dans les réunions nombreuses d'enfants. Ne pas exciter leur sensibilité par des histoires de revenants ou autres, inventées pour les intéresser ou leur faire peur.

Tous les matins, on imposera le tub tiède, et même froid, si l'enfant peut s'y accoutumer.

Le régime alimentaire sera l'objet d'une minutieuse surveillance, repas bien réglés, bien composés suivant l'âge. Proscrire le vin ou la bière, l'eau pure sera la seule boisson ou, encore le lait coupé.

Chez les sujets particulièrement prédisposés, et chez lesquels il y aura tout lieu de redouter des crises convulsives, on donnera des anti-spasmodiques au début de toute maladie aiguë fébrile.

SOINS A DONNER AUX SEINS DES JEUNES MÈRES QUI ALLAITENT

L'enfant est mis au sein dans les 24 ou 36 heures qui suivent la délivrance. Dès ce moment, les précautions les plus minutieuses s'imposent pour ne pas infecter les canaux galactophores.

On ne devra jamais toucher les seins qu'après lavage des mains. Avant et après chaque tétée, la mère se lavera les seins avec un tampon de coton imbibé d'eau boriquée. Dans l'intervalle des tétées, une compresse bouillie dans l'eau boriquée et recouverte d'un taffetas gommé sera maintenue en permanence sur les seins à l'aide d'un bandage de corps. Les compresses humides valent mieux que le coton sec, qui collé au bout du sein et peut amener l'arrachement de lambeaux épidermiques.

Malgré tout, disent MM. Gaulard et Rué, à qui nous empruntons ces renseignements, beaucoup de primipares ont des gergures et des gergures douloureuses, la succion est douloureuse, et la porte d'entrée aux infections est ouverte. Il faut

donc traiter avec soin ces ulcérations. On peut employer les topiques suivants :

I. Glycérine.....	}	P. E.
Liqueur de van Swieten.....		
		(LEPAGE.)

II. Eau de roses.....	40 grammes.	
Glycérine	20 —	
Borate de soude	8 —	
Teinture de benjoin.....	12 —	
		(MARTIN.)

III. Orthoforme pulvérisé

ou.

Orthoforme en solution alcoolique saturée

(MAYGRIER.)

IV. Glycérine.....	10 grammes.
Tannin.....	1 —
Extrait de cannabis indica.....	0 gr. 60

(GAULARD ET RUÉ.)

Brindeau préconise le traitement suivant :

- 1° Cocaïniser le bout du sein ;
- 2° Frotter le mamelon avec un tampon imbibé d'éther ;
- 3° Toucher légèrement les crevasses avec de la teinture d'iode ;
- 4° Saupoudrer, dans l'intervalle des tétées, les crevasses avec du bicarbonate de soude ;
- 5° Si l'enfant présente des lésions buccales, lui nettoyer la bouche avant la tétée ou faire usage de bouts de seins en verre.

Le travail manuel doit chaque jour recevoir une amélioration nouvelle ; les artisans doivent devenir des artistes et les artistes doivent au besoin devenir des artisans.

Les savants ou les simples artisans qui cherchent à découvrir des forces nouvelles et l'utilisation des forces naturelles sont des citoyens laborieux qui honorent et font honneur à leur pays.

CAUSES DE MORT DANS LA DIPHTÉRIE

MM. Barbier et Alquier étudient les causes de mort dans la diphtérie d'après les 45 autopsies d'enfants ayant succombé aux différents stades de la maladie.

La cause la plus fréquente est la thrombose cardiaque qui a existé dans 50 pour 100 des cas; presque toujours le thrombus occupe le cœur droit. L'examen bactériologique du caillot fait dans 12 cas a donné dans 4 cas un résultat négatif; le bacille diphtérique a été trouvé 4 fois, le streptocoque seul 2 fois, le staphylocoque seul 1 fois, le streptocoque et le bacille de la diphtérie 1 fois.

La thrombose cardiaque semble particulièrement fréquente dans les diphtéries graves, associées ou non. Elle apparaît pendant la convalescence, c'est-à-dire neuf à quinze jours après la disparition des fausses membranes. La mort est brusque, parfois précédée de pâleur de la face, de cyanose, d'agitation, d'angoisse.

Un autre point qui ressort des autopsies de MM. Barbier et Alquier, c'est la fréquence de la tuberculose latente. Sur 45 autopsies, on a trouvé dans 18, soit dans 40 pour 100 de cas, des lésions tuberculeuses. Dans 25 pour 100 de cas il existait des poussées tuberculeuses récentes, développées sous la diphtérie. Mais si la tuberculose s'aggrave sous l'influence de la diphtérie, elle ne cause pas de thromboses cardiaques, car celles-ci ne coexistaient avec la tuberculose que dans 4 cas.

LA PASTEURISATION DU LAIT A DOMICILE

M. V. Hoton nous donne dans le *Journal médical de Bruxelles* la description d'un appareil qu'il a imaginé et qui permet de pasteuriser le lait à domicile. Il est constitué par une cruche à fermeture hermétique avec robinet de soutirage et d'une marmite de bain-marie de dimensions déterminées. Quand l'eau du bain-marie entre en ébullition, la marmite contenant la cruche remplie de lait est retirée du feu, et une demi-heure après, le lait se trouve pasteurisé à 60-65°. Une échelle graduée placée à l'intérieur du bain-marie indique la quantité d'eau nécessaire pour pasteuriser un litre, un litre et demi ou deux litres de lait et pour avoir, quand on le désire, du lait pasteurisé non plus à 60-65°, mais à 98-100°.

En nous présentant son appareil, M. Hoton passe très longuement en revue les faits qui plaident en faveur du lait pasteurisé, tels qu'ils découlent d'une série de recherches récentes encore peu connues. Celles-ci présentent ceci d'intéressant, qu'elles permettent de préciser la valeur de trois laits entre lesquels le médecin a à choisir: le lait bouilli, le lait stérilisé et le lait pasteurisé.

L'ébullition simple du lait, telle qu'elle se pratique couramment, présente certains inconvénients dont quelques-uns tiennent à la composition même du liquide. Au point de vue physique, le lait peut être, en effet, considéré comme une émulsion qui dès lors conduit mal la chaleur. Quand on chauffe le lait à feu nu, il arrive donc que s'il atteint une température élevée et brûle même dans ses parties qui se trouvent en contact avec les parois du vase, ses autres couches s'échauffent moins. En second lieu, le chauffage à feu nu amène forcément la formation d'une pellicule, la frangipane, laquelle, d'après les recherches de Russell et Hastings, enrobe en quelque sorte les microbes qui peuvent se trouver dans le lait et augmente leur résistance, sinon les garantit contre les effets destructeurs de la chaleur. En ce qui concerne l'action bactéricide de l'ébullition simple, il y a encore à faire observer que si le lait bouilli n'est pas gardé dans un vase stérilisé, hermétiquement fermé, sa réinfection par les poussières de l'air ou par des insectes est pour ainsi dire inévitable.

Un autre inconvénient du lait bouilli, et à plus forte raison du lait stérilisé, réside dans les modifications chimiques que subit le liquide quand il est porté à une température au-dessus de 70°. A partir de cette température, il y a successivement précipitation de la lactalbumine, décomposition des lécithines, production d'hydrogène sulfuré, précipitation du citrate de chaux, caramélisation de la lactose. Ce n'est pas tout. Les ferments du lait, dont on s'est tant occupé ces temps derniers, ne résistent pas à ces températures. Le ferment dédoublant le salol est détruit dès que la température dépasse 65°, la lipase disparaît vers 70° et l'oxydase, la plus résistante des zymases, est décomposée à 80°.

Ce sont tous ces faits que M. Hoton invoque en faveur de son pasteurisateur qui livre un lait chauffé à 60-65°. Comme

Le lait chauffe en vase clos, il ne se forme pas de frangipane, et la température à laquelle il se trouve porté laisse intacte sa composition chimique et ne détruit pas ses ferments. Quant à la valeur bactéricide de cette température, M. Hoton cite les travaux de Smith, de Hess, de Russel et Hastings qui auraient montré qu'à 60-65° les microbes pathogènes, y compris le bacille tuberculeux, sont détruits. Seuls les microbes vulgaires, les microbes qui engendrent les maladies du lait lui-même, résistent à cette température, si bien que leurs spores seraient capables de se développer ultérieurement, à 15 et à 25°, dans du lait pasteurisé. Mais si le lait pasteurisé à domicile est gardé au frais et consommé dans les vingt-quatre heures, la présence éventuelle des microbes banaux constitue un inconvénient de minime importance.

M. Hoton estime donc que le lait pasteurisé à domicile constitue l'aliment de choix chez les malades soumis au régime lacté, puisque ce lait est un lait privé de microbes pathogènes, mis à l'abri de la réinfection, gardant toute sa valeur nutritive et toutes ses qualités sapides, et n'ayant subi aucune modification chimique ni biologique. Pour ces mêmes raisons, le lait pasteurisé à 60-65° conviendrait aussi au nourrisson, le lait stérilisé restant réservé aux cas où, pour une raison ou une autre, on croit nécessaire de donner au malade ou à l'enfant une alimentation rigoureusement aseptique.

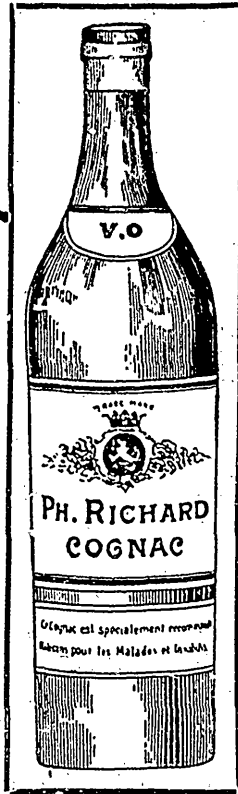
SUR L'IMMUNISATION CONTRE LA TUBERCULOSE AU MOYEN DU LAIT DE VACHES IMMUNISEES

PAR M. R. JEMMA.

Les expériences sur l'enfant, dont l'auteur expose les résultats dans le présent travail, ont été faites au moyen du lait de vaches immunisées contre la tuberculose, à l'Institut Maragliano de Gênes, par des injections de toxine tuberculeuse et de bacilles de Koch "dégraissés" ou d'extrait aqueux de bacilles vivants; ce lait possédait à la fois des propriétés agglutinantes (1:40) et antitoxiques (de 200 à 700 unités). Il fut administré à l'état cru, car le chauffage à 60° suffit à détruire les antitoxines tuberculeuses, et à la dose de 500 grammes à 1 litre par jour. Les enfants qui le recevaient étaient d'ailleurs nourris au sein; les uns étaient issus de générateurs bien portants,



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



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

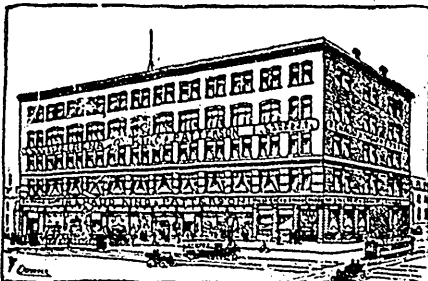
COGNAC

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

LAPORTE, MARTIN & CIE. Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.



Meuble, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE-CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infailible contre l'impuissance et la stérilité.

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

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

à Messieurs les Médecins

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

Tel. Up 971

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

LA DIGESTIVE

A base de Coptis Trifolia Co., capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

“ Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Liberté ”

136 RUE SAINT-DENIS, - - - MONTREAL., Qué.

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ

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

les autres de tuberculeux. Il s'agissait de savoir si ce mode d'alimentation ferait apparaître dans leur sérum des propriétés agglutinantes.

Disons tout de suite que quelques-uns de ces nourrissons présentèrent des troubles gastro-intestinaux légers, qui guérirent sans qu'il fût nécessaire de suspendre l'expérience; mais certains autres eurent des "symptômes graves d'infection aiguë gastro-intestinale", qui obligèrent à cesser l'usage du lait immunisant.

Abstraction faite de ces cas, restent vingt observations: 11 concernant des enfants nés de parents sains, 9 des enfants de tuberculeux; ils prirent le lait en question pendant six semaines à deux mois et demi, en chiffres ronds.

Chez les premiers, le sérum, avant l'administration du lait immunisant, était dépourvu de tout pouvoir agglutinant. — Ce pouvoir apparut chez eux un certain temps après le début de l'expérience (quinze jours, un mois, six semaines et davantage); il augmenta pour atteindre la valeur de 1:3 à 1:10, puis, arrivé à ce maximum, il demeura invariable malgré la continuation de l'usage du lait immunisant; celui-ci une fois supprimé, il disparut en un mois au plus.

Pour ce qui est des neuf nourrissons à hérédité tuberculeuse, dont deux seulement avaient déjà un sérum légèrement agglutinant (respectivement à 1:1 et à 1:3), ils se comportèrent à peu de chose près comme les enfants de la série précédente, mais dans deux cas le pouvoir agglutinant s'éleva à 1:15 et dans 1 cas à 1:20. Parmi ces trois dernières observations figurent celles des deux nourrissons dont le sérum avait avant l'expérience un faible pouvoir agglutinant; chez eux, ce pouvoir, un mois après la suppression du lait immunisant, était encore de 1:5.

Ces recherches sont, en somme, peu encourageantes, puisqu'elles démontrent que l'immunité acquise par le moyen du lait dont il s'agit ne tarde pas à disparaître, et cela alors même que la tentative d'immunisation par voie digestive a été poursuivie pendant un laps de temps relativement long.

La vie est un grand fleuve où s'abreuve la mort dont les médecins s'efforcent d'apaiser l'insatiable soif.

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES PAR L'ADRENALINE

L'adrénaline ayant la propriété de faire contracter les vaisseaux, et, par suite, d'arrêter ou de diminuer l'écoulement sanguin, est indiquée dans les métrorrhagies ou du moins dans certaines d'entre elles. Les métrorrhagies se divisent en effet en deux catégories: les unes ayant pour cause des altérations locales de la muqueuse, les autres étant uniquement en rapport avec des troubles de la circulation utérine. Les premières relèvent du curettage; les secondes sont justiciables d'une thérapeutique ayant pour but de diminuer la congestion utérine. Elles sont les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause, les métrorrhagies réflexes provoquées par la présence d'un cancer, d'un fibrome de l'utérus, ou l'existence de lésions annexielles. Dans ces cas, d'après M. Erlanger, la médication par l'adrénaline serait suivie des meilleurs effets.

Le médicament s'administre sous deux formes: par la voie buccale et en injections intra-utérines.

A l'intérieur, l'adrénaline se prescrit suivant la formule:

Chlorhydrate d'adrénaline (solution au millième).....	x à XL gouttes.
Eau distillée.....	60 grammes.

à prendre par cuillerées à café toutes les cinq minutes.

Quant aux injections intra-utérines elles doivent être données de la façon suivante:

Après avoir lavé l'intérieur de la cavité utérine à l'aide d'une solution de sublimé à 1 pour 4000, on injecte dans cette cavité, avec la seringue de Braun, et directement au-dessus de l'orifice interne, deux centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième.

Quel que soit le mode d'administration, le médicament agit toujours et ne tarde pas à manifester son action, d'abord, par une diminution notable, puis par la cessation complète de l'hémorragie.

Nous vivons par nos actes, non par nos années; par nos pensées, par nos sentiments, non par les chiffres d'un cadran. Celui-là vit le plus, qui pense le plus, éprouve les plus nobles sentiments, accomplit les meilleures actions.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE HEPATIQUE

Le praticien appelé auprès d'un malade en proie à un accès de colique hépatique, nettement caractérisé, doit avoir pour objectif:

- 1o De soulager la douleur;
- 2o De provoquer l'issue favorable de la crise en facilitant la progression du calcul hors des voies biliaires;
- 3o De prévenir les complications.

La douleur est apaisée au plus haut degré par l'injection sous-cutanée de morphine. On a coutume d'y associer l'atropine qui augmente d'une façon non douteuse les propriétés sédatives de la morphine et dont on escompte l'action favorable sur la contraction des fibres lisses du cholédoque. Un autre avantage de cette association serait de prévenir les vomissements occasionnés chez certains sujets par la morphine.

En pratique, l'atropine ne sera employée qu'avec prudence et à de très faibles doses chez des malades que leur accès expose au collapsus cardiaque et dont les sécrétions doivent être respectées.

La formule suivante répond très suffisamment aux indications:

Sulfate neutre d'atropine 0 gr. 001
 Chlorhydrate de morphine 0 gr. 10
 Eau stérilisée. . . . Q. s. p. 10 cent. cubes

Il peut être injecté d'emblée de cette solution 1 cent. cube et demi et même deux si les douleurs sont très vives. Si, malgré cette dose, elles persistent ou réapparaissent, il sera prudent d'attendre environ 6 heures pour donner une nouvelle piqûre d'un centigramme.

Chez les sujets qui ne supportent pas la morphine ou chez lesquels elle est contre-indiquée, le chloroforme et le chloral seront souvent d'une efficacité parfaite.

Le chloroforme est donné par gouttes, sur un mouchoir, en inhalations convenablement espacées, à la manière des accoucheurs, et son administration ne doit dans aucun cas être poussée jusqu'à l'anesthésie.

S'il n'y a pas de vomissements, le chloral peut être prescrit, par exemple, sous la forme de la potion suivante, prise par

cuillerées à soupe de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à soulagement:

Hydrate de chloral	2 gr.
Sirop de menthe	30 gr.
Eau chloroformée	100 gr.

Lorsqu'il y a intolérance de l'estomac, on donne le chloral en un lavement porté aussi loin que possible au moyen d'une longue canule rectale en caoutchouc rouge souple (35 centimètres). Voici une formule recommandable:

Hydrate de chloral	2 à 3 gr.
à dissoudre dans	
Eau bouillie	10 gr.
mêlez intimement avec	
Jaune d'œuf	No 1
Laudanum de Sydenham	X gouttes
ajoutez peu à peu en agitant pour obtenir un liquide homogène:	
Lait tiède	200 gr.

L'antipyrine administrée par la voie rectale ne donne que des résultats incertains et le plus souvent nuls. Quant aux bains tièdes prolongés, ils ne trouvent leur indication que dans les coliques de faible intensité.

L'éther et la térébenthine d'une part, l'huile d'olive et la glycérine d'autre part sont les remèdes les plus habituellement employés pour faciliter l'issue du calcul biliaire hors du cholédoque.

La térébenthine agit comme l'éther en faisant sécréter une bile plus fluide, et l'association de ces deux médicaments aurait en outre pour résultat de combattre victorieusement le spasme du cholédoque. En pratique, la térébenthine est mal acceptée dans l'accès franc, aigu, que nous avons seul en vue ici, et, lorsqu'elle est tolérée, elle ne paraît pas influencer la marche de la colique hépatique. Quant à l'éther, pris en potion, il est inférieur comme antispasmodique au chloroforme, au chloral et à la morphine. La térébenthine et l'éther ne sont par conséquent pas à employer, malgré leur ancienne réputation.

Toute autre est l'action de l'huile d'olive, ingérée *per os* à la dose de 50 à 200 grammes. Opère-t-elle comme cholagogue ou comme lubrifiant des voies biliaires? Il ne nous appartient pas

de le décider. Mais, dans la grande majorité des cas, ses effets sont, pour ainsi dire, instantanés, et le soulagement précède fréquemment même, le moment où le pouvoir cholagogue de l'huile commence à s'exercer. C'est le médicament vraiment héroïque de la crise hépatique qu'il dénoue le plus souvent avec rapidité.

La grosse difficulté est de vaincre la répugnance qu'inspire ce moyen thérapeutique à des malades ayant déjà ce malaise gastrique qui précède la nausée. Un bon moyen consiste à verser l'huile sans l'agiter, dans un grand verre contenant un peu de bière très mousseuse. On peut encore ajouter 0 gr. 10 p. 100 de menthol, une ou deux gouttes d'essence d'amandes amères ou d'anis et faire rincer la bouche, avant et après, avec un peu de cognac ou de kirsch.

La glycérine, plus aisément acceptée, n'a pas une efficacité aussi certaine: néanmoins elle se montre dans quelques cas d'une activité très grande et contribue à déterminer la fin de la crise. On l'administre à la dose de 30 grammes en une fois.

Enfin, le spasme peut encore être heureusement combattu, lorsqu'il n'y a pas une trop grande hyperesthésie cutanée, par l'application, en avant et en arrière de la région du foie, de sacs de caoutchouc très souple à moitié remplis d'eau très chaude.

De toutes les complications de l'accès de colique hépatique, la plus redoutable est le collapsus cardiaque. C'est pour le prévenir que nous avons depuis longtemps abandonné l'association classique de la morphine avec l'atropine, pour substituer à l'alcaloïde de la belladone, un médicament toni-cardiaque, la spartéine, que nous formulons ainsi:

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Sulfate de spartéine	0 gr. 25
Eau stérilisée.	Q. s. p. 10 cent. cubes

Même mode d'emploi que la formule classique.

Avec cette précaution, on évite la plupart des inconvénients de la morphine, y compris les vomissements, et on prévient des accidents cardiaques.

Le chloral est absolument contre-indiqué lorsqu'il y a tendance au collapsus. On emploiera utilement dans ce cas les injections sous-cutanées d'éther, et surtout d'huile camphrée.

Camphre 1 gr.
 Huile d'olives stérilisée 10 gr.

1 à 5 grammes en injection.

Contre les vomissements, on aura recours à la potion de Rivière, à l'ingestion de petites gorgées d'un mélange d'eau de Vichy, de glace pilée et de kirsch.

Pour prévenir tout accident grave du côté des voies biliaires (rupture ou enclavement du calcul), il faut éviter avec soin d'employer pendant toute la durée de la crise, les purgatifs ou les lavements froids. Pour les mêmes raisons, le malade doit suspendre toute alimentation jusqu'à ce que les douleurs aient complètement disparu depuis plusieurs heures. Tout au plus l'autorisera-t-on à calmer sa soif, par quelques cuillérées d'eau de Vichy glacée. Le lendemain de la crise, au contraire, un purgatif sera utilement prescrit.

LE CRESSON ANTIDOTE DE LA NICOTINE

On a considéré longtemps que l'antidote de la nicotine était la strychnine, mais il résulte des expériences faites par M. C. ZALACKAS, sur les cobayes et particulièrement sur les lapins, expériences communiquées à l'Académie des sciences, que l'antagonisme entre la strychnine et la nicotine est nul. Avec l'ésérine l'antagonisme est plus marqué; une dose non toxique de nicotine neutralise une dose toxique d'ésérine à condition que la nicotine soit administrée avant l'alkaloïde du *Physostigma venenosum*; on obtient le même résultat lorsqu'on injecte chez le lapin la nicotine après l'ésérine. Par contre, une dose toxique de nicotine ne neutralise nullement une dose toxique d'ésérine; cependant, si cette neutralisation n'a pas lieu effectivement, elle est apparente, car la nicotine masque complètement les effets de l'ésérine; par conséquent nous nous trouvons en présence de ce fait curieux, qu'a si bien démontré Martin Damourette, à savoir: la nicotine possède deux propriétés, une excitante et une paralysante, l'une inverse de l'autre; or il arrive parfois que les effets paralysants qui forment, probablement, une minorité parmi les effets totaux de l'ésérine, s'ajoutent aux effets paralysants qui sont les principaux de la nicotine et ainsi les deux antagonistes, souvent, deviennent deux ardents auxiliaires.

Mais il est un autre antidote de la nicotine qui rend de grands services dans les cas des psychoses nicotiniques; c'est le *Nasturtium officinale* appartenant à la famille des Crucifères; ce dernier est très riche en azote et surtout en iode et fer; il est encore plus riche lorsqu'il croît près des sources iodurées ou ferrugineuses. Il est démontré que la nicotine produit l'anoxémie, (cette anoxémie serait indirecte, néanmoins elle est occasionnée par cet alcaloïde), par conséquent il faut quelque chose pour vivifier les globules. Or, des expériences de l'auteur, il résulte ce qui suit:

L'auteur a pris 1000 gr. de *Nasturtium officinale* qu'il a pilés dans un mortier; ensuite il a filtré le suc à froid. Il a injecté une dose toxique de nicotine (0 gr. 025) dans la jugulaire d'un lapin; l'animal, après 1 minute, a eu une contraction tétanique de l'intestin, puis des mouvements péristaltiques, la respiration devenait accélérée, ce qui indiquait une excitation bulbaire; mais la section préalable du pneumogastrique (faite chez un autre animal) l'empêche d'avoir lieu; les cordes vocales et la glotte étaient resserrées, offrant ainsi un obstacle au passage de l'air, ainsi l'asphyxie devenait imminente par raideur des muscles respiratoires; le système artériel s'était rétréci de manière à se vider complètement; quant à la température, elle a varié; pendant la première période (excitation) elle s'est élevée, fort probablement sous l'influence du tétanisme; pendant la seconde (collapsus) elle a diminué; lorsque l'expérimentateur a vu que l'asphyxie était imminente, il a tenté l'expérience suivante: Il a injecté dans la jugulaire, après avoir chauffé au bain-marie le suc ainsi préparé du *Nasturtium officinale* et ajouté 0 gr. 30 de caféine, le contenu d'une seringue de Pravaz; après 10 minutes, une forte diurèse s'était produite et l'urine excrétée sentait fortement le tabac; après 1 heure, il a de nouveau injecté, mais cette fois-ci, la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz; l'urine excrétée était abondante et l'odeur nauséabonde du tabac était moins forte qu'à l'excrétion précédente; les convulsions diminuaient peu à peu d'intensité et de fréquence, la respiration redevenait normale, les battements cardiaques reprenaient leurs mouvements rythmiques et la sensibilité, qui, sans avoir totalement disparu, avait diminué, reparaisait; seulement il a constaté

une forte salivation après le rétablissement de l'animal; les mêmes expériences tentées sur les chiens ont donné des résultats analogues; par conséquent l'auteur conclut que le *Nasturtium officinale* est l'antidote par excellence de la nicotine, à condition qu'il soit injecté à temps.

THERAPEUTIQUE PHYSIQUE DES HEMORROIDES ET DE LEURS COMPLICATIONS

(HÉMORRAGIES, PRURIT, FISSURATION).

“Quand les hémorroïdes sont peu accentuées, que leurs poussées congestives sont modérées, quand les hémorroïdes internes, sorties après la défécation, rentrent facilement, qu'elles ne sont pas trop volumineuses, que les hémorragies sont peu abondantes, le traitement médical suffit; quand, au contraire, les hémorroïdes sont volumineuses, difficilement réductibles, ou même complètement irréductibles, qu'elles donnent lieu à une perte de sang considérable, répétée, il faut avoir recours au traitement chirurgical.” (Mathieu.)

Cette règle thérapeutique s'applique, bien entendu, aux hémorroïdes dites constitutionnelles, et que l'on rencontre chez les individus arthritiques, goutteux, menant une vie sédentaire et chroniquement constipés et non aux hémorroïdes symptomatiques d'une affection du foie ou d'une lésion du système vasculaire.

Le traitement médical des hémorroïdes dites “constitutionnelles” comporte des moyens médicamenteux et des moyens physiques. Ceux-ci sont empruntés à l'hydrothérapie, à la kinésithérapie et à l'électricité.

La première indication à remplir est de traiter la *constipation*.

Aux procédés faciles tels que les laxatifs même légers qui offrent souvent l'inconvénient de favoriser la congestion des hémorroïdes, on préférera le massage léger de l'intestin, le lavement froid de 60 grammes environ pris au réveil, l'électrisation intestinale, associés avec un régime approprié.

On veillera surtout à la parfaite régularité des selles et à leur nombre: le malade ne devra pas aller à la selle plus d'une fois par jour, et dans ce but on lui conseillera de prendre le

temps nécessaire à l'accomplissement complet de la fonction. C'est, de préférence, le soir que la malade devra se présenter à la garde-robe, étant donné que les hémorroïdes rentrent plus facilement la nuit que le jour par le repos et la position du décubitus.

A ce propos on pourra recommander le décubitus siège soulevé, c'est-à-dire le siège reposant sur un coussin assez épais, mais mou.

La position élevée de l'anus favorise en effet la décongestion du plexus hémorroïdaire, en facilitant le retour du sang vers le cœur.

Dans le cas de poussées aiguës, ce moyen peut à lui seul suffire pour dissiper la poussée dans l'espace de deux ou trois nuits. Quelques auteurs ont préconisé le décubitus ventral qui permettrait de faire aisément des applications locales sur l'anus, mais le moyen n'est guère pratiqué.

Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur l'absolue nécessité de tenir la région anale dans l'état de propreté le plus parfait. Les lotions simples répétées avec de l'eau tiède, le petit lavement tiède pris après l'évacuation suffisent en général, et il ne faudrait pas s'exagérer l'importance des antiseptiques (Quénu, Hartmann), dont les partisans de la théorie injective des hémorroïdes recommandent de faire usage.

Parmi les moyens hydrothérapiques auxquels on pourra avoir recours, le plus précieux est sans conteste le *bain de siège*. On a dit que ce moyen était peu commode et que la position accroupie était fatigante pour les malades. Aussi jouit-il en France d'une moindre faveur que le grand bain chaud qui, cependant, offre le notable avantage de produire une importante dérivation sanguine à la surface de la peau.

Le bain de siège néanmoins a des indications précises. Court et froid, (15°, trois à quatre minutes), il a pour effet de combattre la stase, en activant la circulation locale et à ce titre il convient aux cas jeunes et simples.

Le bain de siège froid et prolongé, (20°, vingt minutes), ou mieux le bain de siège frais et prolongé, (25°), sera prescrit dans le cas d'hémorroïdes enflammées et saignantes.

Tiède, c'est-à-dire vers 30°, il aidera à calmer le prurit qui accompagne si souvent leur développement. Quant au bain de siège chaud et prolongé on y aura recours lorsqu'on se trou-

vera en présence d'une poussée aiguë d'hémorroïdes turgescentes et douloureuses, ou lorsque cette poussée s'accompagnera de ténésme ou de sphinctéralgie.

Comme adjuvant du bain de siège, signalons l'utilité des compresses froides *loco dolenti*, dans le cas d'irritation locale avec "leucorrhée", et des applications très chaudes (compresses) ou des lotions chaudes répétées contre le prurit et la turgescence. Celles-ci peuvent parfois à elles seules amener la disparition ou tout au moins la diminution des hémorroïdes. Elles aident également à faire disparaître la procidence dans les hémorroïdes réductibles et peuvent faire cesser les petites hémorragies qui surviennent si fréquemment au cours de la défécation. Lorsque, en raison d'une violente congestion au cours d'une poussée aiguë, la défécation sera douloureuse, on pourra conseiller au malade d'aller à la selle sur un vase rempli d'eau extrêmement chaude.

Raynaud, (de Marseille), a conseillé un procédé analogue assez original, et qui consiste à ordonner au malade de s'asseoir sur un vase où l'on fait brûler un morceau d'amadou pendant cinq minutes environ. Le résultat immédiat serait la suppression des douleurs, et le résultat éloigné, la flétrissure des hémorroïdes qui "se ratatinent et se dessèchent, comme un objet quelconque que l'on exposerait devant le feu."

Les lavements sont communément conseillés par les praticiens. Mais on n'est pas absolument d'accord sur la température qu'il convient de leur donner. Les uns préfèrent les longues irrigations rectales chaudes conseillées par Ræclus comme moyen décongestif et d'analgésie locale dans le cas de poussées aiguës; les autres revendiquent pour le lavement froid une action antiphlogistique plus énergique. Il y a peut-être, à ce point de vue, à compter avec la susceptibilité individuelle.

Le massage a été essayé dans le traitement des hémorroïdes, mais il ne semble pas avoir donné des résultats bien encourageants.

Lagrange, cependant, rappelle qu'on peut avoir recours au massage vibratoire mécanique *in situ* au moyen d'une pelote conique vibrante qu'on fait agir à travers les vêtements.

Hippins également prétend avoir guéri par le massage manuel des hémorroïdes chez les enfants.

D'après Lagrange, les hémorroïdes sont justiciables du *traitement mécanique*, et cet auteur attribue à certains mouvements passifs des muscles abdominaux une action manifeste sur les engorgements hémorroïdaires. Ces mouvements sont des mouvements de flexion passifs du bassin sur le tronc, le malade étant couché à plat ventre. Ils nécessitent une instrumentation spéciale (appareils Zaverherz ou Krukenberg).

En aucun cas, on ne laissera faire aux hémorroïdaires de la gymnastique abdominale active, c'est-à-dire des mouvements de flexion du tronc sur le bassin, comme on le conseille quelquefois à tort. Les mouvements actifs augmentent en effet la tension abdominale et mettent obstacle au reflux du sang veineux.

Les seuls mouvements actifs qui soient utiles aux hémorroïdaires sont ceux des *muscles du plancher périnéal*. "Ils agissent en remontant l'anus (muscle releveur) et leur répétition fréquente donne à tous les muscles du périnée plus de tonicité pour s'opposer à l'issue des tumeurs hémorroïdales." (Lagrange.) Cette gymnastique périnéale s'exécute de la façon suivante: Le malade est étendu sur un lit dans la position demi-couchée et y prend point d'appui avec les épaules et les talons. Un aide saisit la face interne des genoux avec la face palmaire de ses deux mains. On commande alors au malade de chercher à rapprocher les genoux, tandis que l'aide résiste au mouvement, et en même temps de soulever le siège au-dessus du plan du lit. Ce mouvement, qui fait contracter les adducteurs et, "par synergie", les muscles du plancher périnéal, sera répété plusieurs fois de suite avec des intervalles de repos. On commencera par des séances courtes (2-4 minutes) pour arriver plus tard à 10-15 minutes. L'exercice devra toujours être mesuré de façon à ne jamais provoquer de fatigue.

Tous ces moyens kinésithérapiques s'appliquent surtout aux hémorroïdes dans l'intervalle des poussées aiguës.

A côté des poussées kinésithérapiques on pourrait placer le *taxis* auquel on a parfois recours dans le cas d'hémorroïdes proclidentes irréductibles.

Il est inutile de rappeler la technique de ce procédé trop connu: nous nous bornerons à faire remarquer qu'on peut aider à la réductibilité par le *taxis* au moyen d'applications chaudes ou d'une application électrique préalable.

L'électricité a fourni entre les mains de Doumer, de Schdanoff, de Stembo, de nous-mêmes des résultats assez encourageants.

La méthode consiste à appliquer dans le rectum les courants de haute fréquence soit au moyen du résonnateur d'Oudin, soit au moyen de l'appareil de d'Arsonval.

Chaque séance doit être de trois minutes environ et il suffit en général de deux à trois séances pour faire disparaître, dans les cas aigus, la douleur, la tension et le ténésme et voir se flétrir les hémorroïdes.

Dans les formes chroniques, il y a avantage à faire des applications quotidiennes pendant une semaine, laisser une semaine d'intervalle et recommencer après.

Non seulement l'électricité peut amener la disparition des hémorroïdes, mais c'est surtout lorsque les hémorroïdes s'accompagnent de prurit et de sphinctéralgie qu'elle constitue une ressource précieuse.

Contre le prurit les applications chaudes prolongées sont parfois, en effet, insuffisantes, Leredde a montré les bons effets que l'on pouvait retirer de la haute fréquence dans les cas rebelles. L'effluration statique pourrait être aussi employée, mais elle est sur la région anale d'une application moins comode que la haute fréquence.

Assez souvent la fissure anale avec sphinctéralgie se montre au cours de l'évolution des hémorroïdes. L'existence de cette complication impose encore plus particulièrement peut-être l'emploi des courants de haute fréquence, car les observations de Doumer, de Bolaan, de Joulia, de Laguerrière et de nous-mêmes, de par l'uniformité du résultat obtenu, ont fait la preuve de la prééminence de ce traitement sur tous les autres traitements médicaux et chirurgicaux connus.

Dans la vie il y a toujours lutte entre les besoins, et sans cesse il en est qui sont vaincus et meurent. Les vitrines des musées historiques sont pleines de besoins morts. Mais ils ne meurent qu'autant qu'ils ont un ou des successeurs: un autre besoin dont la satisfaction procure une jouissance supérieure.

**LE GONOCOQUE: MORPHOLOGIE, CULTURE, VIRULENCE;
SES RAPPORTS AVEC LE MENINGOCOQUE**

PAR M. LE DOCTEUR PINTO.

Partant du gonocoque recueilli dans l'urèthre humain au cours de la blennorrhagie aiguë, l'auteur a réussi à en exalter la virulence au point d'avoir à sa disposition un microbe actif, pour les animaux de laboratoire, à un degré complètement imprévu. Sa technique est la suivante: le gonocoque est injecté dans le péritoine de jeunes lapins, après une série de passages en bouillon ascite qui sont indispensables. Si le nombre de ces passages a été suffisant, l'inoculation est suivie de septicémie, le sang du cœur est fertile et le microbe recueilli dans le sang devient apte à fournir, par inoculations en série, une race à virulence très exaltée. Ce gonocoque hypervirulent est actif pour presque tous les animaux de laboratoire (sauf les gallinacés). L'inoculation sanguine produit une septicémie très rapidement mortelle, l'inoculation au niveau des muqueuses donne une blennorrhagie. L'activité est telle que l'inoculation au millième de millimètre cube par kilogramme de lapin est mortelle.

Quelles sont les relations qui unissent le méningocoque et le gonocoque? Ces relations sont déjà nombreuses si l'on étudie les deux microbes normaux, non exaltés: morphologie, affinités tinctoriales, vitalité, exigences culturales offrent de très nombreuses analogies. Quant à la virulence initiale, à peu près nulle des deux côtés pour les animaux de laboratoire, elle est un peu plus grande avec le méningocoque. Exaltés, les deux microbes produisent sensiblement les mêmes effets, locaux ou généraux; leurs toxines, d'après Christmas (gonotoxine) et Lepierre (méningotoxine), offrent un grand parallélisme d'action.

S'il est dès lors impossible de distinguer un gonocoque exalté d'un méningocoque exalté, si les points de contact à l'état normal sont si nombreux et si évidents, l'auteur croit pouvoir conclure que le gonocoque n'est qu'un méningocoque atténué.

Ces deux microbes doivent être considérés comme des variétés de la même espèce, très proches l'une de l'autre, dont l'action pathogène, différente chez l'homme, provient surtout de l'adaptation prolongée à des régions différentes de l'organisme.

SUR LA SYPHILIS PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

Il n'est pas inutile d'attirer de nouveau l'attention sur une maladie professionnelle grave à laquelle le médecin se trouve journellement exposé, dont il n'ignore pas le danger mais contre laquelle, sans doute par habitude de métier, il ne se préserve généralement pas d'une façon suffisante. Ce n'est qu'ainsi, en effet, qu'on peut s'expliquer la fréquence encore relativement grande des cas de syphilis professionnelle chez les médecins. Personnellement, M. Blaschko en a observé douze cas dont dix chez des confrères berlinois, et, à ce propos, il communique quelques réflexions que cette expérience personnelle lui a suggérées relativement à l'étiologie, au diagnostic et à la prophylaxie de la syphilis contractée dans l'exercice de la profession médicale.

Et tout d'abord, relativement à la porte d'entrée de l'infection, la statistique de M. Blaschko montre une fois de plus que l'accident initial, le chancre, se manifeste dans l'immense majorité des cas au niveau des doigts (10 fois sur 12). M. Blaschko passe successivement en revue les différentes lésions — chancre mou, tubercule anatomique, herpès, panaris — qui peuvent prêter à confusion avec le chancre syphilitique et les caractères différentiels qui permettent le diagnostic exact. C'est surtout avec le panaris et le tubercule anatomique que la confusion a été faite le plus souvent. Dans un des cas observés par M. Blaschko, l'accident primitif siégeait à la face: il s'agissait d'un médecin qui avait l'habitude de se gratter les joues et qui s'infecta à la suite d'un curage utérin pratiqué pour avortement chez une syphilitique. Dans un autre cas, il fut absolument impossible de découvrir la porte d'entrée de l'infection; le confrère malade déclara que jamais il n'avait eu la moindre lésion qui pût faire croire à un chancre syphilitique. Ce cas de syphilis "cryptogénétique" est d'autant plus intéressant, constaté chez un homme averti et qu'il n'y a aucune raison de ne pas croire sincère, qu'on nie communément la possibilité de l'infection syphilitique sans accident initial visible et tangible, et qu'on qualifie généralement de menteurs les malades manifestement syphilitiques qui affirment ne pas avoir eu de chancre. Peut-être, pense M. Blaschko, y a-t-il lieu de faire intervenir dans ces cas une contamination par l'intermédiaire de parasites tels que puces et punaises??

Le plus souvent la porte d'entrée de l'infection est une de ces petites plaies, "envies" ou crevasses, auxquelles on ne prête généralement pas attention, et qui sont peut-être plus fréquentes chez le médecin que chez tout autre, surtout depuis les nouvelles pratiques de l'antisepsie médicale qui exigent des brossages répétés des mains et leur passage fréquent dans l'eau chaude savonneuse et les solutions antiseptiques: toutes conditions qui favorisent les excoriations de l'épiderme. L'infection a lieu, généralement, par contact avec les lésions syphilitiques muqueuses ou cutanées. Le sang des syphilitiques lui-même ne semble pas infectant; du moins n'a-t-on jamais signalé de cas de contagion du médecin par piqûres de bistouri ou d'aiguilles de seringues hypodermiques employées chez des sujets syphilitiques: cet accident est survenu maintes fois à l'auteur lui-même sans qu'il en ait ressenti le moindre inconvénient. M. Blaschko compte parmi ses malades un anatomopathologiste qui s'est infecté en disséquant un cadavre de syphilitique dans les premières heures après la mort. Cette observation est des plus intéressantes, car les infections syphilitiques contractées au contact de cadavres ont été plutôt considérées jusqu'ici comme du domaine de la fable.

La prophylaxie de la syphilis professionnelle pour le médecin est des plus faciles à réaliser, puisqu'il lui suffit de soigner ses mains et, en cas de lésions si minimes soient-elles, de son épiderme, de ne procéder à l'examen d'un malade, suspect ou non, qu'après avoir mis ces lésions épidermiques à l'abri de toute infection par un pansement occlusif approprié. Un des plus simples et des plus recommandables consiste après attouchement de la petite plaie avec la solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 pour 100, à la recouvrir d'un morceau de diachylon ou de taffetas gommé; le collodion est mauvais car il se fendille et s'écaille rapidement. On ne fera jamais le toucher vaginal ou rectal, sans mettre un doigtier de caoutchouc.

Que faire quand on s'est aperçu, plus ou moins immédiatement après l'examen d'un syphilitique, qu'on a des chances de s'être infecté? M. Blaschko estime que les lavages et les cautérisations au sublimé ou au nitrate d'argent sont inutiles; il préconise plutôt l'emploi de la teinture d'iode dont on imbibera la plaie ou l'excoriation suspecte. Il n'est nullement partisan d'un traitement spécifique préventif et conseille d'attendre les

premiers accidents avant de s'inquiéter sérieusement et de se saturer de mercure.

Le médecin devenu syphilitique doit-il renoncer à exercer sa profession, au moins pendant quelques années, comme certains l'on demandé? M. Blaschko considère cette mesure comme irréalisable en pratique et d'ailleurs comme inutile. Seul le médecin atteint de lésions syphilitiques au niveau des mains devra se dispenser d'opérer, de panser et même de toucher des malades susceptibles de s'infecter, (plaies, ulcérations diverses, affections des muqueuses, etc.).

LA THERMOGENESE CHEZ L'HOMME APRES LA DOUCHE ET LE BAIN A DIFFERENTES TEMPERATURES

PAR M. LE DOCTEUR IGNATOSWKI.

Pour étudier les modifications de la thermogénèse après le bain ou la douche, l'auteur a utilisé un anémocalorimètre analogue à celui de d'Arsonval, la perte par évaporation étant évaluée à l'aide d'un hygromètre. Bien que ce fût l'objet de son étude, l'auteur a dû simultanément chercher quelle était la dépense en calories pendant le bain; il a alors repris la méthode de Libermeister si perfectionnée par Lefèvre, du Havre. Le calorimètre anémométrique était réglé à l'aide d'une spirale chauffée par un courant dont on connaissait exactement les constantes. Les lectures de l'anémomètre n'étaient commencées que dix minutes après l'entrée du sujet dans la tente, et on les continuait de quinze en quinze minutes.

En ce qui concerne l'influence du bain froid, les expériences confirment les recherches de Lefèvre; ainsi, un sujet qui, avant le bain dans l'anémocalorimètre, donnait moins de deux calories par minute, en fournit 28 par minute en étant plongé deux minutes et demie dans un bain à 17°, et sa température rectale s'élevait de 0°,03. Mais cette énorme élévation est peu durable, et dans les minutes qui suivent, quand le bain est supportable, 25°, la thermogénèse est moins excessive.

Après le bain, il faut considérer deux périodes. Une période primaire qui varie suivant la baisse de la température de l'eau et la réactivité du sujet, et qui peut dépasser deux heures. Pendant cette période, les pertes au calorimètre indiquent une

diminution de la radiation, et, comme la température centrale est également abaissée, il y a donc diminution de la production de chaleur, cette diminution étant fonction de la température du bain ou de la douche; dans la seconde période qui peut être fort longue et dont la limite est imprécise, on note une augmentation de la thermogénèse. Après les bains chauds on observe, au contraire, une augmentation de l'émission de calorique représentée principalement par l'évaporation qui peut être triplée. Les fébricitants se comportent, en général, comme les sujets sains, les modifications étant cependant plus accentuées.

ALTERATION DES MUSCLES INTERCOSTAUX DANS LES MALADIES DE LA PLEVRE

PAR M. LE DOCTEUR PERNICE.

Les muscles intercostaux et particulièrement les intercostaux internes subissent des altérations au cours des affections les plus variées de la plevre: pleurésies aiguës et chroniques, tumeurs. En règle générale il s'agit de modifications de nature inflammatoire. La myosite prédomine au niveau du tissu conjonctif où l'hypérémie, les altérations des parois vasculaires coïncident avec les hémorragies minimales et l'infiltration cellulaire. Cette dernière peut être plus accentuée et s'insinuer entre les fibres musculaires qui sont alors plus ou moins séparées et dissociées. Du côté des fibres mêmes, le gonflement, l'allongement et la multiplication des noyaux témoignent de l'atteinte qu'elles ont subie. Si le processus pleural a une durée plus longue, on voit du côté des fibres la striation transversale s'effacer et la désintégration granuleuse se produire. Au degré ultime correspond la disparition plus ou moins complète de la fibre musculaire dont quelques granulations enfouies dans un manchon de sarcolemme et de tissu conjonctif constituent les restes. La graisse qui vient combler les aréoles du tissu conjonctif proliféré prend peu à peu la place de l'élément contractile disparu. Tout ce processus de myosite consécutive à une irritation de voisinage paraît reconnaître comme point de départ les altérations vasculaires qui, primitives, commandent la distribution des lésions.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

Relations de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine.

—Une commission avait été nommée en Angleterre, avec mission de contrôler les expériences sur lesquelles s'était appuyé Koch, pour nier l'identité des tuberculoses humaine et bovine. Elle vient d'adresser au Parlement anglais un rapport sur ses propres travaux qui l'ont amenée aux conclusions suivantes:

Les altérations morbides engendrées par le bacille de la tuberculose humaine, d'une part, et par le bacille de la pommelière, d'autre part, concordent aussi bien dans leur ensemble qu'en ce qui concerne les détails histologiques. Il a été impossible de découvrir des caractères différentiels permettant de les distinguer les unes des autres. Parmi les procès-verbaux d'autopsies de bovins infectés avec de la matière tuberculeuse de provenance humaine, ils s'en trouvent qui cadrent de tous points avec les descriptions classiques de la pommelière, de la tuberculose bovine commune.

Les légumes frais sont-ils des véhicules de germes infectieux?

—Non, semble-t-il, si on s'en rapporte aux résultats des récentes recherches bactériologiques du Dr A. Rizzoli, de Padoue. Ce médecin annonce que dans l'eau qui avait servi au lavage de toutes sortes de légumes, il n'a jamais pu découvrir d'œufs de cestodes, pas plus que des bactéries pathogènes, sauf deux fois le bacille de l'œdème malin, et une fois le colibacille.

L'influence de la cuisson sur la valeur nutritive des aliments végétaux.—Les recherches faites par la doctoresse J. Williams, pour élucider cette question, l'ont amenée à conclure que pendant la cuisson la plupart des aliments végétaux absorbent une très grande quantité d'eau, en raison de quoi leur valeur nutritive se trouve diminuée indirectement. Il n'y a guère que les asperges, qui perdent une partie de leur eau (le tiers environ). Les choux-raves abandonnent environ le quart de leur substance nutritive à l'eau dans laquelle on les fait cuire, et ainsi de la plupart des autres légumes. Pour que ceux-ci conservent toute leur valeur nutritive, il faut donc faire absorber

l'eau utilisée pour leur cuisson, contrairement à ce qui a lieu habituellement.

Pneumonie consécutive à une contusion.—Le cas concerne un jeune écolier, qui avait été fortement gifflé par un instituteur, puis projeté sur le sol et contusionné assez gravement. Immédiatement à la suite de ces brutalités, une pneumonie se déclara. La justice prit l'initiative d'une enquête, dont fut chargé le Dr Kob. Celui-ci conclut à une relation de cause à effet entre la contusion dont le malade portait encore les traces et le développement de la pneumonie. Deux autres médecins appelés à intervenir se sont prononcés en sens contraire.

La population des asiles d'aliénés en Hollande.—Elle est allée en augmentant progressivement, au cours de la seconde moitié du siècle dernier, tandis que le nombre des cas de guérison est allé en diminuant. Aussi l'encombrement sévit-il dans les asiles hollandais. Sous ce rapport, des choses se passent donc en Hollande comme dans tous les autres pays d'Europe.

Condamnation d'un médecin pour relations d'affaires avec un charlatan.—La condamnation a été prononcée par le jury d'honneur qui, en Prusse, juge ce genre de délit. Le délinquant a été condamné à une amende de 300 marks et aux frais, avec insertion du jugement dans l'organe officiel de la "Chambre des Médecins" de la province de Prusse.

Condamnation d'un médecin, pour négligence professionnelle.—Le Tribunal civil de Berlin vient de condamner à une amende de 500 marks (125 piastres) ou, en cas de non-paiement de l'amende, à un emprisonnement éventuel de 50 jours, un médecin qui exerce depuis 1878, et qui, appelé à faire une application de forceps, laissa la parturiente succomber à une métrorrhagie profuse. Deux confrères, chargés par la justice de faire l'autopsie de cette femme, attribuèrent son décès à

une négligence professionnelle grave. Devant le tribunal, les professeurs Ruge et Dürrssen firent ressortir que la métrorrhagie pouvait avoir eu une cause autre que l'application de forceps. Ces deux témoignages autorisés n'ont pas empêché le tribunal de se prononcer dans le sens indiqué ci-dessus.

Décidément, la pratique de la médecine promet plus de déceptions que de rémunération, aux simples praticiens non titrés, que ne couvre aucun patronage officiel.

L'oubli de pinces dans le ventre d'une opérée est-il assimilable à un délit?—Une instruction judiciaire a été ouverte récemment contre le professeur J. Dollinger, de Budapesth, pour oubli d'une pince dans le ventre d'une opérée. Toutefois, le parquet n'a pas cru devoir retenir l'affaire, sous prétexte que pareille méprise ne saurait être toujours évitée, même au prix des précautions les plus minutieuses.

Traitement de l'hémophilie.—L'hémophilie est relativement très rare chez les sujets du sexe féminin. M. Grant s'est demandé si ce fait ne serait pas en rapport avec une sécrétion interne, telle que la sécrétion ovarienne, spéciale à ce sexe. Il a été ainsi amené à expérimenter l'administration d'un extrait d'ovaire, dans un cas d'hémorrhagie grave, chez un garçon hémophilique, auquel on avait déjà fait prendre d'autres remèdes, notamment de l'adrénaline. Cet essai thérapeutique a été couronné d'un plein succès.

Arthrite syphilitique.—Une arthrite, dont était affecté un malade depuis neuf années, avait été considérée jusque-là comme étant de nature tuberculeuse. Puis des gommès firent leur apparition à la surface des tibias. Le malade fut soumis à une cure mercurielle et il guérit de son arthrite.

L'appendicite a-t-elle augmenté de fréquence? — D'après Holsti, l'augmentation de fréquence de l'appendicite dans le

cours des dix dernières années serait purement apparente. Elle serait imputable à l'attention plus grande portée à cette maladie, et à l'habitude prise par les familles de déclarer maintenant les cas d'appendicite les plus bénins. Depuis que l'appendicite paraît sévir avec une intensité exceptionnelle, la mortalité n'a pas augmenté à Helsingfors.

Quantités de sang perdu pendant les époques menstruelles.— Les recherches faites par les Drs G. Hoppe-Seyler, Brodensen et Rudolph, pour élucider ce point leur ont donné les résultats suivants:

Chez quatre jeunes femmes normalement réglées, la quantité de sang perdu a varié entre 26 et 52 c. c., entre 5,2 et 29,3 c. c., chez trois femmes âgées, entre 5,2 et 29,3 c. c., chez quatre chlorotiques. Elle s'est réduite à 14,8 c. c., au cours d'une amygdalite fébrile, chez une jeune fille qui, en temps normal, perdait 41 c. c. de sang.

La flore de l'urèthre masculin.—Le Dr H. Pfeiffer a fait l'examen bactériologique du contenu de vingt-quatre urèthres normaux, chez des sujets du sexe masculin. Un seul contenu a été trouvé stérile, après ensemencement. Tous les autres contenaient des bactéries qui se rattachaient à treize espèces, mais dont aucune ne s'est révélée comme pathogène, à la suite d'inoculations à des animaux. Jamais, notamment, on n'a pu constater la présence de streptocoques typiques ou de colibacilles.

L'auteur a pu constater aussi que la richesse de l'urèthre en bactéries va en diminuant d'avant en arrière, mais qu'elle est encore passablement élevée, dans les parties profondes de l'urèthre. Une fois franchie la limite postérieure de la fossette naviculaire, les espèces bactériennes se retrouvent sensiblement les mêmes dans différents urèthres.

Emmurement du vagin avec de la paraffine.—Le Dr H. Bardleben préconise cette pratique pour remédier au prolapsus utérin, dans les cas inopérables, et dans ceux où le port d'un pessaire ne procure aucun soulagement.

Action du plomb sur l'utérus.—Dans une récente publication, le professeur Levin a réuni tout un faisceau de preuves pour mettre en lumière l'action nocive que l'intoxication saturnine exerce sur l'utérus et sur le produit de la gestation. Il conclut à la nécessité d'une intervention de l'Etat interdisant aux femmes l'accès des professions qui, en les exposant à des intoxications plus ou moins graves, les empêchent de procréer.

La toxine de la fatigue.—Le Dr Weichardt, ayant soumis des cobayes à de grandes fatigues musculaires, a recueilli chez ces animaux du suc des muscles, en s'entourant de toutes les précautions destinées à rendre cette opération parfaitement aseptique. Ce suc, injecté à d'autres animaux en quantité suffisante, les a tués. Le résidu de ce suc renferme une toxine qui, injectée à des cobayes, détermine la formation d'une antitoxine. L'ingestion de cette antitoxine, *per os*, confère une certaine immunité contre la fatigue musculaire.

Dans toutes les névralgies et les cas de dysménorrhée, plusieurs médecins américains recommandent l'Antikamnia qui leur a donné de très bons résultats.

M. le docteur Ryle, de Stamford, Conn., U. S., a obtenu plusieurs guérisons de cas d'ulcères des jambes en joignant au traitement local l'administration de la Bovinine à l'intérieur.