

PAGES

MANQUANTES

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

CHIRURGIE

SANTE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

A nos lecteurs, La Rédaction...
 Pédagogie, le diagnostic de l'Ilcé-
 rédo-Syphilis, par M. le Profes-
 seur LAVOUZY, doyen de la
 Faculté de Paris... 53
 Qu'est-ce que l'Éclampsie? par
 le Docteur H. FRIEDL... 15
 Traitement eclectique et biochim-
 ique de la pneumonie, par
 M. le Docteur LE CAVELIER... 12
 Les altérations musculaires au
 cours de la hémorrhagie par
 M. le Professeur CHAUFFARD... 45
 Comment résoudre le problème
 du cancer, par M. le Profes-
 seur L'ÉLLE... 47
 Pleurésie, vomique, septicémie
 pleurotomie, guérison, par
 M. le Professeur BAO... 22
 De l'utilité d'associer les médi-
 cations opothropiques par
 MM les Professeurs RAYON
 et DEBILLE... 30
 Les cystites grippales et leur
 traitement, par M. le Profes-
 seur ALBANY... 58

Les Six Commandements
 de l'orthopédie, par M. le
 Professeur CLAY... 43
 Traitement de la dyspes-
 sie neurasthénique... 39
 Traitement de l'anémie
 pernicieuse par la moelle
 osseuse... 19
 La strychnine est-elle un tonique
 par M. le Professeur TRESCOT-
 TAINES... 21
 La desquamation de la scarlatine
 peut-elle propager la maladie,
 par M. le Professeur LEVOISEL... 35
 Les deux diagnostics à suivre dans
 le traitement de la grossesse
 ectopique... 21
 Rencontre-t-on chez le vieillard
 une hypertrophie de l'amygdale
 pharyngée... 20
 Intérêts professionnels. Le doyen
 d'une Faculté de Médecine... 14
 Ouvrages recommandés à nos
 Lecteurs... 33
 Nouvelles... 10
 A nos lecteurs, La Nouvelle ad-
 ministration... 52

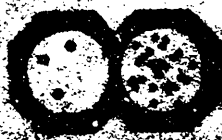
SCIENCE

1-1000-1-1000-1-1000

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LITÉE

40, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

La seule contenant les globules du sang.

100% HÉMOGLOBINE PURIFIÉE ET CONCENTRÉE
 1907 - 100% HÉMOGLOBINE PURIFIÉE ET CONCENTRÉE
 1907 - 100% HÉMOGLOBINE PURIFIÉE ET CONCENTRÉE

A nos Lecteurs

A l'occasion de son huitième anniversaire « Le Montréal Médical » reçoit une nouvelle toilette qui, nous l'espérons, réjouira le goût artistique de tous ses lecteurs et leur inspirera l'heureuse idée d'apporter un nouveau fleuron à l'arbre scientifique qu'ils ont vu progressivement grandir durant huit années de persévérante culture.

La Revue a prouvé par plus de trente articles publiés touchant les intérêts professionnels qu'elle s'est toujours préoccupée de l'étude des réformes favorables aux étudiants en médecine et nécessaires pour tous les membres de notre profession.

Fidèle à son programme « Le Montréal-Médical » poursuit sans cesse le but de faciliter la tâche du praticien, trop occupé pour lire de longs travaux, en lui présentant les nouvelles données de la science médicale sous la forme la plus claire et la plus condensée possible afin d'apprendre beaucoup en peu de temps. Nous nous efforçons de faire chaque jours plus et mieux et cherchons toujours à augmenter, dans notre profession, le nombre de ceux qui pensent, travaillent et produisent.

Afin de stimuler le zèle de jeunes ouvriers de la pensée, outre la rémunération pour leurs travaux, nous aurons le plaisir de leur offrir un petit souvenir d'une grande valeur artistique pour quatre articles d'un travail original que l'on voudra bien nous adresser, durant les prochains douze mois. Cet hommage aux mérites de nos collaborateurs canadiens consistera en une jolie plaquette en bronze, dont le dessin a été fait par notre jeune et illustre compatriote Hébert et frappé à l'Hôtel de la Monnaie à Paris spécialement pour « Le Montréal-Médical ».

La Rédaction.

Nouvelles

Le Congrès de Québec aura lieu au mois d'août prochain ; un Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord fait à tous les deux ans est à date trop rapprochée pour être exclusivement scientifique, nos amis de Québec sont bien inspirés en faisant coïncider ses agapes avec les fêtes du tricentenaire de la fondation de Québec.

Le Congrès sera divisé en trois sections :

- 1^o Section médicale et annexes ;
- 2^o Section chirurgicale et annexes ;
- 3^o Section des intérêts professionnels et hygiène.

Trois questions principales seront traitées dans les Assemblées générales :

1^o " La nécessité de l'enseignement de l'hygiène dans nos maisons d'éducation ".

Premier Rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.

Second Rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.

2^o " Infection des voies biliaires ".

Premier Rapporteur : Dr A. Le Sage, Montréal.

Second Rapporteur : (A faire choix à Québec).

3^o " Cancer ".

Premier Rapporteur : Dr M. Ahearn, Québec.

Second Rapporteur : Dr Eugène St-Jacques, Montréal.

Président-Général : Dr A. Simard, Québec.

Secrétaire-Général : Albert Paquet, Québec.

Assistant Secrétaire-Général : B-G. Bourgeois, Montréal.

Le 16^e Congrès International de Médecine aura lieu à Budapest du 29 août au 4 septembre 1909, dans plusieurs pays les comités se forment pour travailler au succès de ce congrès.

D'après le relevé des inscriptions au 15 janvier 1907 (année scolaire 1906-1907), il y avait en France, à cette époque,

2.879 étudiants étrangers immatriculés sur un total de 35.670 étudiants, soit un peu plus de 8 p. 100. A la même époque, en Allemagne, les étudiants étrangers étaient au nombre de 4.151, soit 9,2 p. 100 de l'effectif total.

La consommation de la bière par habitant et par an est de 30 litres pour le Canada, de 35 litres pour la France, de 125 litres pour l'Allemagne, 150 litres pour l'Angleterre et de 200 litres pour la Belgique.

Mais il ne faut pas oublier que les Canadiens mettent un *petit couteau* de 15 millions de gallons de whisky dans leur bière.

L'étendue des forêts d'Europe :

La Suède en a 39 % de son étendue.

La Russie 32 %.

L'Allemagne, la Hongrie, en possèdent 25 %, en moyenne; quant à la France 17 % de son territoire en est couvert.

La Hollande, le Portugal, l'Angleterre, ont seulement 4 % en moyenne de leur surface occupée par les forêts.

Un médecin américain, le Dr Scott, a soigné pendant 8 jours un multi millionnaire et ne l'a pas guéri : coût 125.000 francs. Le professeur Danisch, de Göttingen, a reçu 150.000 francs pour les soins donnés au Schah défunt; le sultan a donné 110.000 francs au médecin allemand chargé de le guérir.

Il existe des médecins de société auxquels à la fin de l'année la visite a été payée 10 centimes.

Les trois questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès de Genève : 1° Les formes cliniques de l'artériosclérose. Rapporteurs : M. Huchard, médecin des hôpitaux de Paris; M. Jaquet, professeur à l'Université de Bâle.

2° La pathogénie des états neurasthéniques. Rapporteurs : M. Dubois, professeur à l'Université de Berne; M. Jean Lépine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,

3° Le traitement de la lithiase biliaire. Rapporteurs: M. Gilbert, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. Carnot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; M. Mongour, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Traitement Électrique et Biochimique de la Pneumonie

Paris, 15 février 1908.

Pour arriver à la thérapeutique éclectique et biochimique de la pneumonie il faut rejeter bien des erreurs accumulées par la routine ou l'empirisme. Les grandes saignées faites indifféremment chez tous ces malades, l'usage de larges vésicatoires, l'emploi de la vérabrine (Aran, Vogt), de l'acétate de plomb (Lendel), de l'acétate de cuivre (Kissel), de l'ergot et du gelsemium (Wells), de la pilocarpine (Welten), La digitale (Hirtz) n'ont donné que des résultats déplorables.

La thérapeutique antibacillaire n'a pas eu plus de succès : Injections de bichlorure de mercure au niveau de l'hépatisation, d'une solution de naphthol dans la trachée ; les inhalations d'iode d'éthyle (Bartholow), de nitrate d'amyle, de chloroforme (Clément) et la sérothérapie (Emmerich, Mosny, etc.). Toutes ces méthodes de jugulation directe de la pneumonie ont successivement échoué. Il n'est plus permis de voir dans cette maladie qu'une affection locale et le pneumocoque qui tisse sa trame inflammatoire dans les vésicules, il faut aussi considérer l'état général et compter avec l'*infection* et l'*auto-intoxication* par les acides gras, l'ammoniaque, la mucine, l'acide carbonique, etc., que les poumons doivent continuellement éliminer. A l'état normal toutes ces éliminations sont très actives et considérables puisque le poumon est le plus grand lac sanguin de toute la circulation et que son irrigation vasculaire représente une superficie de 450 pieds carrés. Dans l'état pneumonique tous les phénomènes physico-chimiques de la respiration sont diminués, les échanges sont ralentis et les 1.800 millions de vacuoles pulmonaires ne consomment plus leurs 458 litres (pintes) d'air par heure. Au début de la pneumonie tous les échanges organiques sont ralentis, la densité du sang augmente, la leucocytose devient

plus abondante, les urines sont plus rares. Chez un adulte en bon état de santé générale, sans passé pathologique tous ces phénomènes d'inflammation pulmonaire évoluent vers la guérison en parcourant le cycle régulier de 21 jours, sans autre traitement que l'hygiène, la diète et quelques stimulants.

Lorsqu'une maladie guérit seule tous les médecins qui ne font rien peuvent avoir un égal succès ; mais le grand secret du thérapeute, c'est d'intervenir à temps opportun, auprès d'un organisme en faillite physiologique et de lui fournir par des remèdes efficaces le moyen de triompher contre la maladie. Les premiers soins à donner à tous ces malades, c'est un air pur, une chambre ensoleillée et une diète variant selon la période de la maladie.

L'air peut être stérilisé, ou purifié soit par un ozoneleur, soit par l'appareil très simple de Berheim ou aromatisé près du lit du malade par des antiseptiques volatils, à la créosote, à l'eucalyptus, au phénol, etc., etc., qui auront la propriété de conserver à la muqueuse et aux cils vibratiles de l'arbre respiratoire un état de tonicité et de vigueur dont ils ont besoin.

Durant les premiers jours le malade ne doit prendre que du lait et des limonades chaudes, autant que possible, afin de provoquer une diaphorèse abondante. Après la défervescence la diète devient plus généreuse, les boissons seront données froides afin de stimuler la diurèse et les stimulants à petite dose, à toutes les heures au besoin seront recommandés sous forme de cognac, de rhum, d'eau-de-vie de blé, de champagne oxygéné, de thé, de café, etc., variés selon le goût du malade. Plus la température se rapproche de la normale plus l'alimentation peut être augmentée, commençant par des bouillons, des jaunes d'œufs, du thé, du bœuf, du pain rôti, du jus de viande, etc.

Le traitement médical s'inspire de la physiologie pathologique, l'inflammation vésiculaire, la congestion active du lobe, la dyspnée, le point de côté est combattu par la saignée générale ou par l'application de ventouses scarifiées ou sèches *loco dolenti*, survie d'un pansement humide chaud ar-

rosé d'une demi once d'essence de thérébentine. En thèse générale l'on doit s'abstenir de donner de la morphine qui diminue les réactions de défenses de l'organisme. Lorsque la saignée est contre-indiquée l'on peut ralentir le pouls et ménager les forces du cœur en administrant durant 5 à 6 heures une demi goutte de teinture d'aconit, toutes les demi heure. Au deuxième jour, 2 à 3 heures après le lait pris le soir, on donne un purgatif au calomel de 1 à 5 grains, associé aux antiseptiques volatils qui s'élimineront principalement par les poumons : carbonate de gaiacol un quart de grain, menthol un huitième de grain, eucalyptol, 3 minimes. Le lendemain matin au besoin l'on prescrit 1 à 2 drachmes de sulfate de soude à prendre dans un demi verre d'eau ; le laxatif répété, si nécessaire, élimine les poisons de l'intestin en produisant une dérivation sanguine. Le troisième jour si la température est au-dessus de 101°, il y a lieu de donner matin et soir un cachet de 4 à 10 grains de Bichlorhydrate de quinine.

En vue de diminuer la densité du plasma, de fluidifier les sécrétions bronchiques et de rendre à l'organisme le chlore qui lui manque et qui trouble l'équilibre osmotique des liquides lymphatiques l'on fait prendre au malade à toutes les trois heures durant 3 à 5 jours une potion dont chaque dose contient 3 à 5 grains de chlorhydrate d'ammoniaque.

Lorsqu'au cinquième ou au sixième jour les phénomènes d'hydratation oxydo-réductrice n'apparaissent pas il y a lieu de venir en aide à l'action physiologique des diastases et de favoriser au moyen des ferments métalliques, la formation de l'urée, de l'acide urique, d'accroître le coefficient d'oxydation azotée, de stimuler les organes hématopoïétique et d'exercer, contre l'agent infectieux une action microbicide manifeste. Dans ce but l'on fait une injection sous-cutanée ou endo-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution platine, palladium ou or, on répète la dose au bout de 24 heures si une amélioration évidente n'est pas obtenue.

Si l'hépatisation se prolonge et n'a pas de tendance à se résoudre on a recouru aux pointes de feu en application locale à tous les trois.

Si l'insomnie nécessite un traitement spécial on choisit de préférence la paralaldéhyde à dose de 1 à 2 cuillerées à thé dans du lait chaud, son élimination par le poumon a une action favorable sur l'évolution de la maladie. L'adynamie sera combattue par les injections d'eau de mer à dose de trois onces répétées à toutes les quatre heures, par les injections hypodermiques de caféine, de spartéine ou par la digitaline, évitant de donner l'huile camphrée qui ralentit les échanges et diminue les phénomènes d'oxydations que nous cherchons à provoquer.

D^r D. E. LECARVELIER.
PARIS.

Clinique Farnier

Éclampsisme et Éclampsie sans succès

(CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR PAUL BAR)

Le professeur Bar vient de consacrer une de ses leçons toujours si pratiques à l'étude d'une syndrôme qu'il a proposé de désigner sous le nom d'« Éclampsisme ». Jusqu'à ces dernières années on avait étudié dans l'éclampsie les crises convulsives, la science a évolué et l'observation a démontré qu'il y avait autre chose que les convulsions dans cet état pathologique. A l'éclampsie maladie convulsive, le professeur Bar substitue la notion d'éclampsie simple intoxication. Cette intoxication éclampsique peut s'accompagner ou non de convulsions, évolue plus ou moins lentement et s'annonce toujours par des symptômes multiples. Ce sont ces phénomènes prémonitoires, révélant la maladie alors que les accès n'existent pas et sur lesquels le professeur insiste qui constituent ce syndrôme morbide qualifié d'éclampsisme.

La pathogénie de l'éclampsie a été longtemps entourée d'obscurité. On a d'abord cru que les altérations du rein étaient seules la cause de cette maladie. Mais depuis que l'on a remarqué que certaines femmes ont fait de l'éclampsie avec imminence, d'accès sans présenter d'albumine dans les urines, ou une très légère albuminurie, on a cherché dans une autre voie la raison de cette intoxication. C'est Virchow et son élève Jurgens qui les premiers découvrirent dans le foie des éclampsiques des lésions considérées aujourd'hui comme caractéristiques. Ces mêmes lésions furent retrouvées par Pilliet, Bouffe de Saint-Blaise et Bar à l'autopsie de femmes mortes pendant les accès éclampsiques ou en état d'éclampsie. Elles consistent en un nombre considérable de petites hémorragies profuses siégeant autour des espaces de Kiernan.

Quels sont les symptômes qui feront prévoir qu'une femme est sur la route de l'éclampsie ou en état d'éclampsie ?

Ce sont d'abord les signes de désorganisation du rein et du foie. La femme enceinte bien portante urine beaucoup et des urines peu chargées, si brusquement les urines deviennent rares et si cette oligurie persiste, il faut tenir ce symptôme comme défavorable. Mais le plus important c'est la rétention des chlorures dont le phénomène avertisseur est l'apparition de l'œdème. Ici, le Maître s'étend longuement sur la valeur de cette rétention des chlorures et sur les précautions à prendre pour la juger. Il faut bien tenir compte des chlorures pris, savoir si cette femme est soumise à un régime hyperchloruré ou achloruré. Chaque fois que chez une femme soumise au régime hypochloruré l'œdème augmente cela signifie que le filtre rénal est profondément désorganisé. Au contraire, si chez une femme dont la ration alimentaire est abondante en chlorures on voit disparaître rapidement les œdèmes avec le régime lacté, c'est l'indice que les reins sont légèrement atteints. Mais il y a un moyen d'explorer directement la fonction rénale, c'est l'épreuve du bleu de méthylène et de phloridzine. Si l'élimination du bleu de méthylène est tardive et lente c'est que le rein est malade.

Quant au diabète que provoque la phloridzine il est prompt à apparaître chez les sujets dont la fonction rénale est intacte. Une des recherches les plus importantes à faire est celle de l'albumine. Une femme qui rejette de l'albumine dans ses urines doit toujours faire réserver notre pronostic, particulièrement si cette albumine augmente avec le régime lacté.

Comment juger la désorganisation du foie ?

L'examen des urines pouvant nous révéler la présence de l'urobiline ou des pigments biliaires sera d'un précieux concours. La coloration des sclérotiques, la teinte ictérique ou sub-ictérique de la figure et des téguments seront l'indice d'une perturbation de la fonction hépatique, car la femme enceinte est une cholémique et non une ictérique.

Voilà les principaux signes de l'intoxication naissante, mais dès que cette intoxication devient plus accentuée on voit apparaître d'autres symptômes également très importants.

Ce sont l'hypertension artérielle, la céphalée, l'amblyopie et la douleur épigastrique.

La femme enceinte normale n'est pas une hypertendue, sa tension artérielle oscille entre le chiffre de 14, 15, quand elle est intoxiquée sa tension augmente et peut atteindre le chiffre de 18, 20, 22. Chaque fois que l'on voit chez une femme enceinte au régime lacté la tension vasculaire s'élever lentement, se méfier, on est sur la route d'accident grave. On ne connaît pas encore les méfaits de l'hypertension, mais ils sont considérables. Non seulement l'hypertendue est menacée d'accès éclamptiques mais aussi de nombreuses hémorragies, hémorragies rétiniennes, méningées ou hématemèses et très probablement l'hypertension est aussi la cause de tous ces foyers hémorragiques du foie. Il faut donc diminuer cette pression artérielle, la saignée généreuse est l'agent qui donne les meilleurs résultats. La céphalée apparaît hâtivement, c'est une céphalée frontale, tenace gravative qui donne un aspect migraineux à la malade qui se plaint continuellement de sa tête. Elle est tantôt due à l'hypertension et à l'hémorragie méningée, tantôt à l'intoxication des centres nerveux.

Quant à l'amblyopie elle peut aller jusqu'à l'amaurose, on l'attribue soit à l'hypertension, soit à l'hémorragie rétinienne ou à des lésions choroïdo-rétiniennes. La douleur épigastrique est un symptôme extrêmement fréquent, elle est aussi commune que l'œdème et elle est due à la même cause : l'organisme se sert de l'estomac pour éliminer ses chlorures. On l'observe quatre heures après le repas, elle se calme par le régime lacté et les alcalins. Cette douleur persistant avec un régime non salé, ne cédant pas aux alcalins indiquera un pronostic grave. Mais ce ne sont pas là les seules atteintes de cette intoxication ; le système nerveux est aussi fortement frappé. C'est ainsi que l'on peut voir apparaître une dyspnée intense, dyspnée qui peut être due à une congestion ou à un œdème pulmonaire ce qui est excessivement rare, car si l'on ausculte ces malades on ne trouve aucun symptôme physique. Ces femmes sont des intoxiquées et leur dyspnée se rapproche par leur nature de celles des urémiques. Elle est particulièrement grave parce qu'elle annonce que les centres nerveux sont louchés et que les accès ne sont pas très loin. Cette atteinte du système nerveux se manifeste parfois par des troubles de la sensibilité, la femme est prise d'une névralgie trifaciale, intercostale ou d'un trouble sensoriel tel que surdité passagère, sifflement. On peut aussi voir apparaître des troubles moteurs des contractures de toute une région musculaire, de la paralysie soudaine. Parfois elles font des troubles mentaux, de la confusion mentale avec agitation à laquelle succède de la mélancolie. Cette manie éclamptique apparaît le plus souvent le troisième jour après les accès convulsifs, dure cinq, six, sept semaines et guérit. Plus rarement elle apparaît dans la période de l'éclampsisme et Farnier a décrit une forme particulière s'accompagnant de manifestations de terreur et à laquelle il donnait le plus de gravité, car disait-il, dans son langage imagé, ces femmes en état de terreur voient venir leurs accès.

Tels sont les différents signes de l'éclampsisme, selon leur mode d'apparition ou leur gravité, nous aurons des modalités cliniques différentes.

Comment se termine cet état ?

Le plus souvent la femme guérit, soit sous l'influence du traitement, soit par ce que l'enfant meurt ou que la femme accouche. D'autrefois elle succombera victime d'un de ces accidents cités plus haut, ou encore dans la phase cataclysmique des accès.

Certaines femmes font des crises atypiques. Voici ce que l'on observe. Elles présentent tous les symptômes de l'éclampsie et brusquement elles sont prises de névralgie trifaciale, ou encore d'un délire mystique extraordinaire, chez d'autres ce sont des crises épileptiques ou des périodes de coma.

Cette conception de l'éclampsie intoxication, maladie de durée plus ou moins longue, étant admise, le professeur termine par un conseil pratique.

Quand une femme présente les symptômes prémonctores de l'éclampsie, c'est-à-dire l'insuffisance rénale, hépatique, de l'hypertension, de la dyspnée, de l'amblyopie, etc., il faut immédiatement intervenir médicalement par le repos, le régime lacté, la saignée.

Bien surveiller l'évolution des symptômes et règle générale lorsque ceux-ci ne s'amendent pas par le traitement médical, il ne faut pas attendre le cataclysme, il est indiqué de provoquer l'accouchement.

D^r Z.-H. ETHIER.
PARIS.

Traitement de l'anémie pernicieuse par la moelle osseuse

PAR M. GARDON GULLAN

Dans tous les cas d'anémie pernicieuse qu'il a observés dans ces dernières années, l'auteur a constaté l'existence d'une lésion bien caractérisée des voies digestives, lésion qu'il rattache à une infection microbienne ou toxique.

L'administration qu'on avait d'abord faite de l'arsenic dans ces cas a fait baisser la courbe des érythrocytes, mais en supprimant le médicament et en lui substituant de la moëlle osseuse fraîche de bœuf, aussi rouge que possible, donnée à chaque repas sous forme de sandwich, on constata rapidement une élévation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine. Dans un cas le chiffre de globules rouges de 1.200.000 s'éleva à 4.500.000 et le taux de l'hémoglobine passa de 37 à 98 p. 100 après deux mois de traitement.

Un point sur lequel insiste Gullan est que, malgré la répugnance et les nausées du malade, celui-ci doit persévérer dans son traitement par la moëlle osseuse, qui doit être donnée en plus grande quantité qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Hypertrophie de l'amygdale pharyngée chez le vieillard

PAR M. LE DOCTEUR FRANK

L'auteur rapporte trois cas de végétations adénoïdes volumineuses chez des malades âgées respectivement de soixante, de soixante-cinq et de soixante-six ans. Dans les trois cas, les symptômes étaient ceux qu'on observe chez l'enfant : obstruction nasale et surdité, troubles qui disparurent après l'ablation des végétations.

Frank insiste sur l'utilité d'un examen microscopique de la tumeur à cet âge, car, chez les gens âgés, les néoplasmes du cavum sont d'ordinaire de mauvaise nature. La structure histologique de l'amygdale hypertrophiée est d'ailleurs un peu différente de ce qu'elle est chez l'enfant : les follicules y sont moins nombreux; ils sont, de plus, aplatis, comme s'ils étaient comprimés par le tissu environnant. Il en résulte que l'aspect de la coupe n'est plus celui d'une amygdale normale : l'hypertrophie porte, non sur la partie folliculaire de l'amygdale pharyngée, mais exclusivement sur le reste du tissu adénoïde. Chez un des malades de Frank, cette différence avec le tissu adénoïde normal était rendue plus sensible par la présence d'une grande quantité de tissu conjonctif de nouvelle formation.

- La strychnine comme tonique

PAR LE PROFESSEUR TROISFONTAINES

La strychnine, d'après le professeur Troisfontaines, doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles que l'on prescrit d'habitude. Cet alcaloïde donnerait alors des résultats thérapeutiques meilleurs que ceux obtenus jusqu'à présent, comme le prouvent les cas suivants.

L'auteur, pour lutter contre le surmenage, a pris lui-même, en trois doses, aux repas, 15 milligrammes pendant trois semaines, 24 milligrammes pendant dix-neuf jours, 15 milligrammes pendant quinze jours. Il absorba donc, au total, 5 gr. 550 de strychnine.

De même le professeur Troisfontaines a guéri un œdème aigu du poumon, chez un goutteux, en prescrivant en une fois 20 milligrammes de sulfate de strychnine par voie hypodermique. La strychnine fut continuée à doses fractionnées, d'heure en heure, jusqu'à ce que la crise d'œdème pulmonaire eût cessé.

L'auteur administra également à un enfant d'un mois, atteint d'une bronchite grave, la dose quotidienne de 2 milligrammes de sulfate de strychnine. Cette thérapeutique, continuée pendant six jours, guérit le malade.

Enfin ce praticien a relevé l'état général de deux vieillards très affaiblis (l'un avait 82 et l'autre 87 ans), par l'usage de la strychnine à la dose quotidienne de 9 à 24 milligrammes.

Sur le traitement de la grossesse ectopique

PAR M. DODERLIN

Le traitement de la grossesse tubaire nous offre deux directions différentes, en premier lieu une thérapeutique symptomatique, expectante, ensuite un traitement opératoire.

Après 135 cas dernièrement observés, l'auteur est arrivé à cette conviction qu'il est inexact de croire que le traitement expectant est moins dangereux que le traitement opératoire. Sur 24 cas ainsi traités, il y a eu 2 cas de mort, ce qui donne une mortalité de 8 p. 100 chez des femmes qui, malgré une expectation dirigée suivant toutes les règles, ont eu cependant des hémorragies intrapéritonéales graves et subites, de sorte que l'opération pratiquée immédiatement ne peut sauver les malades d'une mort par hémorragie. Par contre, sur 111 cas traités par l'opération, 4 femmes seulement sont mortes, de sorte que l'opération faite en temps voulu est moins dangereuse que la simple expectation. Mais on ne peut douter, en cas d'absence d'hémorragies graves, de la possibilité de la guérison spontanée du processus. Toutefois, les malades sont incapables de travailler pendant plusieurs mois et restent dans les premiers temps sous la menace d'une hémorragie mortelle.

Pleurésie purulente; vomique suivie de septicémie pleurotomie suivie de guérison

PAR M. LE DOCTEUR BROCA

A juste titre, la pleurésie purulente à pneumocoque a réputation relativement assez bonne, et de fait quand elle est onérée à temps et bien, elle a coutume de guérir vite et radicalement. Mais parfois on a voulu aller plus loin et soutenir que volontiers elle guérit d'elle-même, ou à peu près, le pus ayant été évacué par simple ponction ou, spontanément par vomique. De la ponction, je ne vous parlerai pas aujourd'hui, sauf pour vous conseiller en passant de ne pas trop vous y fier, et il ne va être question que de la vomique, à propos de l'enfant qui sort aujourd'hui de notre service, après y avoir été admise dans un état presque désespéré.

Je crois inutile de vous expliquer longuement ce qu'est la vomique, c'est-à-dire l'évacuation au dehors, à travers l'arbre bronchique, d'une cavité purulente le plus souvent thoracique. A l'époque de chirurgie sceptique où l'on cherchait tous les prétextes possibles pour éviter la pleurotomie, on soutenait que c'était une terminaison fréquente et heureuse des pleurésies purulentes métapneumoniques, chez les enfants surtout. Cette assertion contient une part de vérité, en ce que les pleurésies, dont nous connaissons aujourd'hui la nature pneumococcique, ont une grande tendance à l'enkystement, et que d'autre part ces poches enkystées sont à peu près les seules qui aboutissent à la perforation broncho-pulmonaire et à la vomique. Est-ce aussi fréquent qu'on l'a dit autrefois? Je suis loin de le penser. Et surtout je suis loin de croire que ce soit aussi favorable.

Certes, la possibilité de faits heureux est incontestable : seulement, autrefois on la croyait grande, aujourd'hui on sait qu'elle est faible, et la plupart du temps à la vomique fait suite la septicémie chronique, les choses se passent comme chez l'enfant que nous venons de soigner.

Cette fille de 5 ans, de bonne hérédité, de bonne santé personnelle — car elle eut seulement, à 2 ans et demi, la rougeole et fut opérée d'hypertrophie amygdalienne — fut prise, six semaines avant son admission à l'hôpital, d'un point de côté thoraco-abdominal droit avec fièvre. Un médecin la soigna pour entérite, et ce m'est une occasion de vous rappeler que les pneumonies simulent l'appendicite aiguë. Au bout de 12 jours on parla, paraît-il, de « broncho-pneumonie avec pleurésie sèche », et l'enfant, dont la température restait aux environs de 103° F., fut traitée par les enveloppements froids du thorax.

Autant qu'il soit permis de reconstituer l'histoire d'une maladie à laquelle on n'a pas assisté, je crois pouvoir conclure qu'il y a eu dès le début pneumonie et que la pleurésie purulente existait au moment où on songea à quelque chose de thoracique. Il faut, en effet, toujours se méfier de la pleurésie purulente chez un enfant qui reste hyperthermique après 8 ou 10 jours de pneumonie, et se souvenir alors que

l'auscultation ne nous donne, souvent pas avec netteté ces signes habituels des épanchements pleuraux, que la matité est le seul signe fidèle, celui qui commande la ponction exploratrice.

Cette ponction ne fut pas faite, et ce fut une faute, car pendant un mois on laissa l'enfant se cachectiser, jusqu'au jour où, le 20 avril, une quinte de toux amena l'expulsion d'une quantité considérable de pus. A partir de ce moment, deux ou trois fois par jour l'évacuation se reproduisit, et tout de suite sa fétidité fut grande ; lorsque je vis l'enfant pour la première fois, le 27 avril, la puanteur était extrême, au point de me faire douter du diagnostic.

Il est exceptionnel, en effet, qu'une pleurésie ouverte par vomique prenne aussi vite une semblable odeur, en sorte que je me demandai s'il ne s'agissait pas d'une dilatation bronchique plus ou moins ancienne, autour de laquelle se seraient produits des phénomènes inflammatoires, plus ou moins gangréneux, comme chez une fillette que j'ai opérée il y a quelques mois. La question était importante à juger, car la plupart du temps, même quand il y a des vomiques caractérisées, ces dilatations bronchiques des enfants ne sont pas justiciables de la chirurgie ; dans les cas où des médecins m'ont invité à opérer, nous n'avons pas trouvé de cavité utile à drainer, et quand ces enfants ont succombé, plusieurs mois après l'opération, on n'en a pas trouvé davantage à l'autopsie.

Je fis donc passer l'enfant dans le service de mon collègue et ami Comby, qui voulut bien l'examiner, et me la renvoya quelques jours après, en concluant à l'existence d'une cavité de pleurésie enkystée, peut-être interlobaire, utile à drainer par thoracotomie. Pas de souffle, pas de gargouillement, pas de signe cavitaires à vrai dire, mais seulement de la matité (et encore pas très accentuée) en arrière et au-dessous de la partie moyenne du poumon. Ce qui entraîna notre conviction à Comby et à moi, ce fut surtout la manière dont le mal avait commencé et avait évolué, et encore n'étions-nous pas sûrs de notre diagnostic : mais en cas de dilatation bronchique nous n'avions rien à perdre, et beaucoup à gagner en

cas de pleurésie purulente, donc il fallait agir dans l'espoir que la seconde hypothèse se vérifierait.

Sans doute même alors notre diagnostic était bien réservé, car la septicémie était grave, avec une fièvre qui n'oscillait guère il est vrai qu'entre 38 et 39°, mais avec un amaigrissement, une faiblesse, une cachexie extrêmes. Cependant comme il m'est tout à fait indifférent de ménager ma statistique et de passer pour l'homme qui n'a pas d'échecs, j'ai considéré avec Comby qu'il fallait risquer la partie, et le 6 mai j'ai opéré.

La zone de matité, franchement postérieure, allait à peu près de la quatrième à la huitième côte, et c'est ce qui me guida; j'ai incisé dans la septième espace, réséqué la septième côte en dehors de son angle postérieur sur une longueur de 2 à 3 pouces, et trouvé sous une plèvre pariétale très épaissie, une cavité qui contenait une verre environ de pus rougeâtre, extraordinairement infect. Les parois de cette poche étaient fongueuses, facilement saignantes: je ne le curettai pas et je drainai avec deux gros tubes en caoutchouc. D'après ce que j'ai vu, je crois que l'enkystement a eu lieu directement entre la face postérieure du poumon et la paroi costale correspondante, sans pleurésie interlobaire préalable.

Le premier fait remarquable fut la cessation immédiate et à peu près complète de la fétidité; l'odeur était telle que j'avais dû isoler l'enfant dans un box pendant les deux jours qu'elle passa dans le service avant d'être opérée et, dès le lendemain de l'opération, elle ne sentait presque plus mauvais. Elle ne cracha plus jamais, cela va sans dire, mais en outre la sécrétion de la cavité diminua très vite. Malgré cette amélioration locale très rapide, nous ne fûmes pas tout de suite hors d'inquiétude. Les premiers jours furent assez bons, mais à partir du 10 mai, commencèrent des accidents sérieux: de la diarrhée d'abord; puis, du 13 au 16 mai, de grands frissons avec température montant le soir à ; puis, du 16 au 22, des oscillations semblables, presque sans frissons. Mais à partir de ce moment une détente se produisit: descente de la température en hypertension, du 22 au 27, date

à laquelle elle devint définitivement normale, cessation de la diarrhée. A partir de ce moment, la convalescence fut extrêmement rapide ; le 27 mai, malgré l'apyrexie, malgré la diminution graduelle de la suppuration, ayant permis le raccourcissement puis la suppression du drain, la faiblesse générale était telle que je redoutais un dénouement fatal. Or, le 16 juin, l'amélioration était remarquable ; assise dans son lit, l'enfant avait retrouvé l'appétit ; le 14 juin, elle se levait et le 16 juin elle rentrait dans sa famille. Je ne l'ai pas pesée, et je le regrette, car son engraissement est extraordinaire.

Déjà deux fois j'ai opéré et guéri des malades qu'une pleurésie purulente terminée par vomique et septicémie conduisait à la mort. L'un, il y a une douzaine d'années, était un garçon atteint d'une pleurésie diaphragmatique enkystée qu'au vieil hôpital Trousseau, mon collègue et ami Moizard voulut bien me confier : il était dans le même genre que notre fillette d'aujourd'hui, mais avec moins de félicité et moins de cachexie. L'autre était un homme qui, en 1891 avait échoué dans un crevoir à phtisiques. Thibierge l'y trouva en prenant le service, fut étonné par ces vomiques et cette grande caverne chez un sujet dont l'autre poumon était absolument sain, remonta à un début aigu de pleurésie métapneumonique et m'envoya le malade à Bichat où je lui drainai avec succès une poche interlobaire. Dans ce cas, l'expectoration n'était pas fétide.

Ces trois cas sont ceux qui m'ont le plus frappé, et j'ai souvenir d'un autre qui succomba, malgré l'opération, à sa pleurésie diaphragmatique. Peut-être en ai-je oublié parmi les guéris, sûrement pas parmi les décès ; mais cela n'a aucune importance car, en pareille circonstance, l'intérêt d'une statistique me paraît parfaitement nul. J'ai voulu vous enseigner deux choses :

Dans votre pratique personnelle, si vous êtes appelés alors que la vomique vient de se produire — car j'espère bien que toujours, sauf difficultés spéciales de diagnostic, vous l'aurez devancée par l'opération chez les malades dont vous serez responsables dès le début —, attendez un peu, dans l'espoir de la guérison annoncée par vos livres, mais n'atten-

dez pas beaucoup si l'expectoration et la fièvre persistent.

Si vous êtes appelés lorsque déjà s'est installée la cachexie septicémique, souvenez-vous qu'il n'est jamais trop tard pour tenter la pleurotomie avec des chances réelles de succès et vous aurez assez souvent la joie d'assister, comme aujourd'hui, à de véritables résurrections.

La Section césarienne vaginale

PAR M. LE PROFESSEUR BAR

Sous ce nom, Dührssen (de Berlin) a décrit un procédé opératoire consistant à substituer aux incisions multiples du col utérin des incisions précises, grâce auxquelles on obtient un orifice suffisant pour le passage du fœtus. Une fois le fœtus extrait, on termine par une suture de la brèche faite au col et au segment inférieur, ou bien on pratique l'hystérectomie.

La section césarienne vaginale serait, d'après Dührssen, indiquée dans tous les cas où la dilatation du col est impossible (cancer, tumeurs, sténose), dans les cas où il faut terminer rapidement l'accouchement, bien que le col ne soit pas dilaté; quand, la mort de la femme étant imminente, on veut, le col étant fermé, extraire l'enfant encore vivant.

Voici, dans ses grandes lignes, la technique opératoire donnée par Dührssen :

Le rectum et la vessie étant vidés, le vagin désinfecté, on fait une injection sous-cutanée d'ergotine. Pour peu que le périnée présente la moindre résistance, on annule celle-ci par une profonde incision partant de la partie latéro-droite de l'orifice vaginal et s'avancant vers le côté droit de l'anus.

Cette incision périnéo-vaginale facilite beaucoup l'opération.

Une large valve ayant bien découvert le col, on fixe la portion vaginale avec deux pinces tire-balle, puis avec deux

anses de fil placées sur les parties latérales. On incise alors la lèvre postérieure du col sur le plan médian jusqu'au cul-de-sac vaginal, et on prolonge cette incision de 4 centimètres sur la paroi vaginale. Par cette incision, le doigt peut décoller le péritoine de la paroi postérieure du col; il opère le décollement en remontant aussi haut que possible. Si cela est nécessaire, on fait, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une incision transversale qui donne beaucoup de jour.

On incise de même la lèvre antérieure du col sur le plan médian et le cul-de-sac antérieur, et on décolle la vessie. Tous ces temps se trouvent très facilités par l'abaissement du col.

Les parois postérieures et antérieures du segment inférieur sont ainsi mises à nu. Avec les ciseaux, on prolonge sur elles les incisions médianes du col, en restant sur le plan médian et en donnant à ces nouvelles incisions une longueur de 6 centimètres. La main peut alors pénétrer dans l'utérus, rompre les membranes, aller chercher les pieds et extraire le fœtus qu'elle saisira par les pieds.

L'extraction du fœtus faite et la délivrance terminée, on abaisse de nouveau le col à l'aide des fils qui ont été passés dans les parties latérales du museau de tanche et on suture ou bien on pratique l'hémisection de l'utérus et l'hystérectomie.

Les résultats publiés par Dürhssen sont assez encourageants. La mortalité a été de 10,5 % dans 47 cas où cette opération a été faite, alors que l'état de la femme était souvent des plus graves.

Les risques dont l'importance n'a pas été encore bien précisée sont: l'hémorragie par extension et déviation des incisions au moment de l'extraction de l'enfant; c'est la rupture du péritoine; ce sont les cicatrices, qui rendent particulièrement dangereux les accouchements utérins.

Quoi qu'il en soit, la section césarienne vaginale, qui substitue aux procédés de pure violence, aux incisions aveugles, une méthode opératoire réglée, constitue un progrès. Tout en devant rester une opération d'exception, elle mériterait d'être étudiée en France.

L'Hémichorhée post-hémiplégique

PAR M. LE PROFESSEUR RAYMOND

Trois malades du service présentent en ce moment des accidents analogues : à savoir des mouvements involontaires qui ont pris position sur des membres paralysés.

La première, une jeune femme de 27 ans, est infirme depuis l'âge de deux ans. A-t-elle eu à cet âge une hémorragie cérébrale, ou bien une encéphalite d'origine infectieuse, la sclérose du tissu pyramidal s'étant installée par la suite ? L'encéphalite du premier âge est chose assez fréquente et bien des hémiplégies infantiles reconnaissent cette cause.

Quoi qu'il en soit, cette malade est obligée de tenir son bras gauche avec sa main droite. C'est la seule manière d'empêcher ce bras gauche de se livrer à des gesticulations dans tous les sens. Avec cela, le bras est contracturé, on constate une exagération des réflexes tendineux, de l'atrophie osseuse et musculaire, les mêmes phénomènes étant reproduits moins accentués à la jambe. Il s'agit de mouvements choréiformes ayant débuté à l'âge de deux ans sur le côté gauche paralysé.

Les deux autres malades sont plus âgées. La première, une femme de 37 ans, a des mouvements plus modérés. La main les doigts se relèvent par instants, se dressent, se fléchissent, les orteils sont animés par des contractions de même ordre. La maladie a fait suite à des émotions morales (pertes d'argent) subies il y a quelques années. Un jour, sans avoir perdu connaissance, la malade a senti sa figure se contracter ; en même temps elle ne pouvait plus se lever du siège où elle était assise. La main et le bras étaient paralysés. Quelques semaines plus tard apparaissent les mouvements involontaires et depuis cinq ans la situation n'a point changé. Aujourd'hui on constate une diminution de la force musculaire.

une exagération des réflexes tendineux du côté malade, mais pas de trépidation spinale ni de réflexe de l'orteil, preuve que si le faisceau pyramidal est touché, il l'est relativement peu. La ~~maladie~~ a fait sans doute suite à une thrombose ou une hémorragie artérielle : on constate en effet des urines albumineuses et de l'hypertension artérielle qui, indiquant une lésion des vaisseaux du rein a pu provoquer des lésions d'endartérite sur des branches des vaisseaux encéphaliques et déterminer soit un ramollissement, soit une hémorragie cérébrale.

Une autre malade, âgée de 67 ans, a vu des mouvements de même nature paraître au bout de sept mois dans les membres paralysés.

Ces mouvements restent parfois ébauchés, à l'état de tremblements qui ne se produisent qu'à l'occasion du déplacement d'un segment de membre ; d'autres fois ils consistent, comme chez les malades présents, en contractions choréiformes, ou, quand ces contractions sont traînantes et prolongées, en mouvements athétosiques, comme on les appelle. Une variété de ces hémichorées peut s'accompagner d'anesthésie persistante : en pareil cas, il s'agit d'ordinaire d'une lésion postérieure de la couche optique. Toute irritation portant sur un point du système pyramidal peut produire de semblables mouvements ; ajoutons toutefois que les fibres motrices au niveau des ganglions centraux sont le siège habituel de la lésion, produite par une lésion des branches de l'artère lenticulo-optique et lenticulo-striée.

Au lieu de suivre l'hémiplégie, le tremblement ou les mouvements choréiformes peuvent la précéder. C'est l'hémiplégie pré-hémiplégique qui peut avancer de deux à six mois sur la paralysie ultérieure.

Le praticien se méfiera de ces tremblements qui surviennent sans cause appréciable chez des sujets dont le système vasculaire n'est point net et il ordonnera le régime alimentaire végétarien et la médication déplétive utilisée en pareil cas.

Le pronostic de ces accidents est grave. Les mouvements post-hémiplégiques persistent indéfiniment, une fois qu'ils

ont paru. Il sera utile de ne pas confondre ces hémichorées post-hémiplégiques avec l'hémichorée telle qu'on la rencontre parfois dans la chorée de Sydenham. En pareil cas, il s'agit de jeunes sujets : il n'y a pas de paralysie préalable et la médication par l'antipyrine, aidée de l'hydrothérapie tiède et des pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale, amène des améliorations rapides. Il y a lieu de se méfier de la médication arsenicale. La liqueur de Boudin que des médecins d'enfants ordonnent à hautes doses produit des polynévrites et plus d'une fois M. Raymond a eu à recevoir des enfants qui, traités d'abord par l'arsenic dans un hôpital d'enfants, sont entrés à la Salpêtrière avec une polynévrite toxique.

Rôle problématique de la desquamation dans la propagation de la scarlatine

PAR M. LE PROFESSEUR LEMOINE

Il existe au sujet du rôle des squames épidermiques dans la propagation de la scarlatine des différences d'appréciation qui doivent être attribuées à des observations incomplètes. Suivant la judicieuse remarque de M. Holsch, pour que les squames puissent être justement incriminées, il faudrait qu'elles se montrassent infectantes, après avoir été transportées loin du foyer morbide où elles ont été émises. Or les trois observations de Sanné, Grassel, Schoull, les seules que nous possédions dans ce genre (transport par lettres), une seule spécifie expressément l'envoi d'un débris épidermique, les deux autres mentionnent simplement que le malade était à la période de desquamation. Le malade de Grassel n'était qu'au vingtième jour de la maladie, il n'est pas fait mention du stade de l'infection pour les autres. Cinquante et un malades renvoyés par moi dans leur foyer encore porteurs d'une desquamation assez abondante aux

membres inférieurs, n'ont pas propagé la maladie, les malades avaient dépassé le 40^e jour et avaient pris plusieurs bains. Il semble donc bien que par elle-même la squame épidermique ne soit pas virulente.

Une enquête faite par M. Millard en 1902 auprès des médecins de Londres aboutit au même résultat. Il y a lieu, lorsqu'on rapporte un cas positif de déterminer la région du corps à laquelle appartient la squame, et la période de la maladie à laquelle était parvenu le malade au moment de la contagion.

La squame épidermique, comme les vêtements et les objets qui entourent le malade peuvent véhiculer des éléments venus de la cavité bucco-pharyngienne, surtout quand elle provient de la face, du cou, des mains à chaque instant souillées par la salive et les mucosités qui s'échappent de la bouche des malades atteints d'angines plus ou moins graves. Il n'en sera pas de même d'une squame des membres inférieurs. Enfin une première lotion antiseptique aura raison de ces souillures.

Aussi fera-t-on mieux pour la prophylaxie de la scarlatine, de diriger son attention du côté de la désinfection de la bouche et du pharynx, qu'en se basant pour l'établir sur la virulence très problématique des squames épidermiques.

De l'utilité d'associer les médications opothérapiques

PAR MM. LOUIS RÉNON ET ARTHUR DELILLE

Les nombreuses recherches expérimentales et histopathologiques entreprises depuis plusieurs années établissent d'une façon de plus en plus nette le rôle capital joué dans l'économie par les glandes à sécrétion interne. Les résultats obtenus par l'opothérapie ne font que confirmer ces notions. Mais, si nous commençons à connaître les effets de ces glandes, nous ignorons encore presque complètement leur mode

d'action. Thyroïde, ovaire, surrénale, hypophyse, thymus, etc., constituent un ensemble très complexe, très variable, où certaines glandes paraissent avoir des actions synergiques, tandis que d'autres semblent être franchement antagonistes. De cette mise en œuvre de forces aussi dissemblables résulte un équilibre très instable; la lésion d'une glande a les conséquences les plus étendues, car elle jette le trouble non-seulement dans le fonctionnement de cette glande, mais encore dans celui de toutes les autres. Suivant leurs affinités, ces organes entrent les uns en hyperfonctionnement, les autres en hypofonctionnement, pour aboutir à l'hypofonctionnement général et terminal, s'il s'agit d'une affection grave ou prolongée. Ces phénomènes se traduisent cliniquement par des symptômes d'interprétation délicate et groupés jusqu'ici en syndromes simples, uniglandulaires: hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypo-ovarie, etc. Il est certain que ces tableaux morbides ne correspondent pas toujours à la réalité; aux lésions polyglandulaires constatées par les histologistes doivent correspondre des syndromes polyglandulaires.

Dans nos recherches opothérapiques nous avons mis en pratique ces idées, et, après des tâtonnements parfois très longs, il nous est arrivé de modifier heureusement par une médication mixte, thyro-ovarienne, ovaro-hypophysaire, etc., des affections qui avaient résisté à l'emploi d'une médication simple, thyroïde seul, ovaire seul, etc.

Nous citerons, en exemples, deux cas très probants. Une femme, atteinte d'acromégalie à forme douloureuse, avait pris sans succès et aussi sans accident, de la thyroïde, de l'ovaire, etc. Une médication mixte thyro-ovarienne fut instituée par nous: nous donnions 0 fr. 20 de poudre totale de thyroïde, et 0 gr. 40 de poudre totale d'ovaire par jour. Au bout d'une semaine, la malade éprouva un très vif soulagement: le sommeil devint meilleur, les souffrances se montrèrent moins vives, les forces devinrent plus grandes, etc. Cette amélioration alla en croissant, mais d'une façon lente et presque insensible. Le traitement était bien toléré; il était institué par périodes de 20 à 25 jours, avec intervalles de 8 à 10 jours. Au bout de trois mois, survinrent des symp-

tômes très nets d'hyperthyroïdie, tremblement, palpitations, tachycardie, sueurs, diarrhée. La médication fut suspendue, puis reprise, puis suspendue de nouveau quand l'hyperthyroïdie reparut. Actuellement, huit jours de traitement suffisent pour faire renaître ces signes d'intolérance. Nous ne saurions trop le faire remarquer : jamais la thyroïde, donnée seule, n'a provoqué d'accidents. Chez cette malade, l'hyperthyroïdie ne survient que si la poudre d'ovaire est associée à la poudre de thyroïde.

Dans cette observation, l'opothérapie mixte a procuré uniquement de l'amélioration fonctionnelle ; dans la suivante, au contraire, elle a déterminé la guérison, ou du moins la guérison apparente. L'un de nous a publié avec M. Vincent, à la Société de Neurologie, l'histoire de cette malade atteinte de myasthémie bulbo spinale grave. La poudre totale d'hypophyse associée à la poudre totale d'ovaire a eu une influence si rapide que la patiente put quitter l'hôpital à pied, six semaines après le début du traitement. Dans la suite, la suppression de l'une ou l'autre médication opothérapique a provoqué fatalement la réapparition de tous les symptômes. En ce moment, la malade est sans traitement depuis un mois ; elle n'éprouve aucun trouble parétique. Elle a pris de la poudre d'ovaire et de la poudre d'hypophyse pendant cinq mois.

A ces deux exemples, nous pourrions en ajouter encore d'autres non moins démonstratifs.

Si l'expérience a mis en lumière plusieurs signes cliniques capables de nous permettre d'éviter, ou du moins de diminuer la période des tâtonnements, elle ne nous a pas encore fourni assez de matériaux pour établir ces syndromes polyglandulaires, dont l'existence est indéniable, et qui ne peuvent être réellement améliorés que par des médications opothérapiques associées.

Nous nous réservons de reprendre plus tard l'étude de toutes ces questions, ayant seulement voulu attirer aujourd'hui l'attention sur une méthode opothérapique que nous croyons nouvelle, et qui nous paraît devoir être féconde en applications pratiques.

Le traitement des dyspepsies neurasthéniques

Dans le traitement des dyspepsies nerveuses, la médication ne joue qu'un rôle secondaire ; c'est surtout au régime alimentaire qu'il faut demander une amélioration des phénomènes douloureux. Avant d'ordonner un régime à suivre, le médecin devra connaître la valeur nutritive des aliments recommandés, c'est la seule manière qui lui permettra de lutter avec succès contre les phénomènes d'inanition. Tout être vivant a besoin d'un minimum de nourriture, l'homme est tenu d'y puiser un chiffre d'environ 2.500 calories par jour.

Or un gramme de graisse dégage.....	9,3	calories.
— d'hydrate de carbone.....	4,1	—
— d'albumine	4,8	—

Avec ces données il est facile, en se reportant aux tables de composition chimique des substances alimentaires, de calculer la valeur exacte d'un régime ordonné.

Le lait à la quantité d'un litre correspond à 600, à 700 calories. Il faut donc 4 litres de lait pour assurer la ration quotidienne de 2.500 calories. Le beurre de tous les aliments est le plus nourrissant : 100 grammes de beurre correspondent à 750 calories. Deux œufs (100 gr.) dégagent 150 calories, il faut 10 œufs pour remplacer un litre de lait. La valeur nutritive des viandes varie souvent suivant la teneur en graisse. C'est ainsi que 100 grammes de bœuf dégraissé dégagent 100 calories. Le pain donne 250 calories pour 100 grammes, les biscottes et les biscuits 400 calories pour 100 grammes, les pâtes alimentaires (macaroni) 350 calories pour 100 grammes, les pommes de terre 300 pour 100 grammes, les légumes verts et les fruits 20 à 50 calories pour 100 grammes, 100 grammes de sucre dégagent 400 calories.

C'est pour avoir ignoré ces principes que certains médecins condamnent quelques malades à une inanition progressive. J.-Ch. Roux (*Maladies du tube digestif*, Debove et Castaigne, Masson 1907) cite le fait suivant, il a eu un malade qui depuis six mois était maintenu à l'alimentation suivante: trois quarts de litre de lait, deux œufs, 30 grammes de viande, 100 gr. de pain, soit en tout de quoi donner 875 calories. Or il est nécessaire d'atteindre 2.500 calories pour que la ration soit suffisante; veut-on engraisser un malade, on doit pousser l'alimentation jusqu'à 3.000 ou 3.500 calories, le sujet étant maintenu au repos physique.

Le régime alimentaire dans la dyspepsie neurasthénique ne doit pas être trop rigoureux. Le lait peut être pris pur ou mieux sous la forme de potage au lait. Les œufs seront pris crus ou à peine cuits. En plus on donnera des bouillies de farine d'avoine, de maïs, d'orge, de riz, toujours très cuits; riz au lait cuit pendant deux heures; macaroni, nouilles, cuits à l'eau, auxquels on ajoutera du beurre avant de servir. Purées de pommes de terre, de lentilles, de haricots, de pois. Pommes de terre « en robe de chambre » avec du beurre frais. Jambon maigre, poissons bouillis (sole, merlan, limande, perche et brochet). Poulet jeune et pigeons bouillis. Cerveille cuite à l'eau. Crèmes au lait et aux œufs. Fromage blanc. Fruits cuits. Pain rassis. Et comme boisson on permettra l'eau, ou le vin étendu d'eau.

Lorsque l'estomac présente une dilatation asthénique, il faut éviter de le surcharger par de trop grandes quantités d'aliments pris d'un seul coup. On fera bien de multiplier les repas; l'estomac fournira mieux l'effort nécessaire pour évacuer les aliments, si on prévient toute distension.

Pour le même motif, on évitera les aliments trop liquides; le malade sait par expérience qu'il digère mieux les purées ou les potages épais, que les soupes liquides. J.-Ch. Roux met en outre en garde contre un régime sec qui offre l'inconvénient de faire presque sûrement maigrir le malade. L'usage des infusions chaudes de tilleul, camomille, feuilles d'orange, ou de menthe pendant le repas est particulièrement indiqué dans cette variété de dilatation asthénique. Mieux

vaut encore ne rien boire du tout pendant le repas et réserver la boisson chaude pour la fin, un bol de tisane très chaude avalé par petites gorgées, le malade étant renversé en arrière sur une chaise longue. Cette position horizontale sera gardée une heure environ après les repas.

L'hygiène alimentaire n'est pas la seule arme que possède le médecin. Il dispose encore de l'hydrothérapie. Suivant les cas on recommandera la douche froide, courte en jet brisé (excitante et tonique) ou la douche chaude donnée aux environs de 37° (sédative). La douche froide ne convient qu'aux sujets qui ne sont pas trop épuisés ; sinon elle les accablera tout à fait, de l'insomnie y fera suite et une fatigue plus grande. En général la douche tiède est mieux supportée. L'application de drap mouillé dans l'eau à la température de la chambre, puis tordu et exprimé, dans lequel le malade est enveloppé rapidement, tandis qu'on pratique quelques frictions, est essentiellement calmante à condition d'être suivie d'un enveloppement dans une couverture de laine pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la réaction se produise. Les sujets se plaignent-ils de douleurs gastriques, on recommandera l'usage des compresses humides chaudes ou froides, maintenues sur la région épigastrique sous un taffetas gommé, pendant les trois heures qui suivent le repas. Le massage abdominal est conseillé dans l'atonie gastrique.

Delherm recommande les courants galvaniques pour modifier l'hypéresthésie, la galvano-faradisation pour réveiller la motricité de l'estomac. Les bains statiques ont une action favorable sur l'état nerveux général.

Ces différents agents physiques nous montrent que nous ne sommes pas désarmés contre ces dyspepsies ; ce n'est qu'en dernier recours que l'on utilisera les médications pharmaceutiques (calmants, bicarbonate, etc.), et encore on se défiera de la tendance de ces malades à toujours abuser des médicaments.

L'autorité et les paroles encourageantes du médecin font beaucoup, il faut stimuler ces malades, les forcer souvent à se nourrir. Un changement de milieu est favorable. Il semble qu'une excitation salutaire sorte d'un cadre nouveau au-

quel on n'était pas encore habitué à rattacher ses souffrances. Certaines stations hydro-minérales, Plombières surtout, sont utiles ; mais il faut déjà que les malades aillent mieux pour en retirer un avantage marqué. La présence du médecin est journallement nécessaire ; la guérison du malade est subordonnée à l'autorité que le médecin exerce sur sa personne.

Les six commandements de l'Orthopédie

PAR M. LE DOCTEUR CALOT (BERCK)

- 1° Diagnostic précoce ;
- 2° Traitement immédiat.
- 3° Traitement persévérant ;
- 4° Faire des plâtres précis ;
- 5° Dans le redressement des déviations tuberculeuses, éviter tout traumatisme inutile ;
- 6° Dans le traitement des foyers tuberculeux, ne jamais ouvrir, mais ponctionner et injecter.

I

Diagnostic précoce. — Lorsqu'on vous présente un enfant pour une impotence ou une douleur siégeant dans une partie quelconque du squelette, vous ne négligerez jamais d'y regarder et d'examiner l'enfant complètement nu.

Les 9/10 des erreurs de diagnostic viennent d'un défaut d'examen, et l'on pourrait ajouter que le dernier dixième vient d'un examen mal fait.

1° Pour éviter l'erreur, palpez et pressez les extrémités articulaires suspectes (puis comparez avec le côté sain) ;

2° Explorez l'étendue des mouvements articulaires jusqu'à leur limite extrême.

II

Traitement précoce. — Le diagnostic fait ne laissez pas traîner les choses ; commencez le traitement sans retard, car le mal n'attend pas.

Traitement précoce veut dire traitement facile et guérison intégrale.

III

Traitement persévérant. — Vous le continuerez sans défaillance jusqu'au bout, ce bout étant parfois éloigné du début d'une et même de plusieurs années. Prévenez-en les parents et sachez leur infuser, ainsi qu'à vous-même, une forte dose de patience.

IV

Faire un plâtre précis. — Vous saurez faire un plâtre précis, qui maintienne bien et ne gêne pas. C'est chose aussi indispensable en orthopédie que l'antisepsie en chirurgie. Il n'est pas plus difficile de faire un bon plâtre que d'en faire un mauvais, de même qu'il n'est pas plus difficile à un médecin d'être aseptique que d'être sale.

V

Éviter tout traumatisme inutile. — Dans le redressement des déviations tuberculeuses, il faut procéder avec douceur et plutôt par étapes. Cela est plus nécessaire encore ici que dans les autres déviations, afin d'éviter tout danger de généralisation tuberculeuse.

VI

Ne jamais ouvrir les foyers tuberculeux, ni les laisser s'ouvrir. — Si la tuberculose est suppurée, abcès adénites, ostéo-arthrites, faire des ponctions suivies d'injections modificatrices.

Si la tuberculose n'est pas suppurée et qu'elle soit bien accessible (ce qui est vrai pour toutes les tuberculoses externes, excepté la coxalgie et le mal de Pott), faire, dans le foyer de ces lésions torpides, des injections modificatrices pour provoquer ou hâter la transformation scléreuse ou le ramollissement, après lequel on fera des ponctions comme dans le premier cas.

Se rappeler que, dans la tuberculose, le bistouri guérit rarement, aggrave souvent et mutilé toujours ; tandis que les ponctions et les injections sont un traitement sûr, bénin et facile à appliquer partout.

Le Doyen d'une Faculté de Médecine

La personnalité d'un doyen n'appartient pas seulement à la Faculté, ni à une chapelle, petite ou grande, elle doit planer, comme celle du président d'une assemblée, avec une complète impartialité, en dehors et au-dessus de tous les partis.

« Un bon doyen est celui qui n'accepte pas ses fonctions avec la secrète ambition d'avoir des honneurs qui souvent déshonorent, comme disait G. Flaubert, de gagner un grade dans la Légion d'honneur ; qui ne songe pas toujours à s'octroyer ou à faire accorder aux seuls membres de la Faculté les présidences ou vice-présidences des congrès et des commissions ou sous-commissions ; qui cherche la dignité dans le mérite et non dans la fonction, dans l'intelligence et non dans le grade ou le titre, l'autorité dans un fier caractère et non dans l'humiliante tutelle de tous ceux qui ont contribué à sa nomination. Un parfait doyen est celui qui regarde sa mission comme sacrée, étendant son appui aux plus dignes comme aux plus humbles, écoutant les milliers de voix des modestes praticiens qui réclament une réforme radicale de notre triste enseignement médical ; un homme qui prête l'oreille à toutes les justes revendications sans se laisser inflécher par son éphémère élévation et qui n'ait pas le vertige des hauteurs ni le délire des grandeurs ; un homme qui soit juste pour tous avec un peu de bienveillance pour ceux que les hasards et les misères de la vie ont éloignés de la chapelle professorale. Il faut qu'il sache élever la voix, agir avec une complète indépendance, et qu'il prenne exemple sur ceux qui savent bien parler et écrire en une bonne langue française, sans y mêler du chinois, comme cela peut arriver à quelques-uns.

Comme journaliste libre je parle comme un doyen de Faculté devrait toujours parler et agir, s'il veut être fort : de la justice, de l'autorité, de l'indépendance.

H. HUCHARD.

La myosite blennorragique

PAR M. LE DOCTEUR CHAUFFARD

Les altérations musculaires au cours de la blennorragie consistent d'ordinaire en une atrophie rapide, précoce, des muscles qui entourent une articulation frappée de rhumatisme blennorragique. Un genou est tuméfié ; le quadriceps fémoral fond à vue d'œil. Aucune autre inflammation articulaire ne détermine à son voisinage des atrophies aussi soudaines. C'est un caractère particulier au rhumatisme blennorragique de retentir avec cette rapidité sur les muscles voisins. Les atrophies musculaires qui s'observent en pareil cas ne sont point douloureuses, s'accompagnent d'une exagération des réflexes tendineux et de la réaction de dégénérescence. Jadis, on accusait l'immobilisation des jointures de produire ces atrophies ; mais aujourd'hui que l'immobilisation est beaucoup moins prolongée et qu'on évacue les épanchements abondants par la ponction articulaire, l'atrophie apparaît tout autant. D'ailleurs celle-ci est précoce et dépend sans doute d'une réaction d'origine médullaire, la moelle ayant été touchée par l'agent blennorragique.

L'atteinte de la blennorragie sur le système nerveux se manifeste en effet de diverses manières. C'est d'abord l'atrophie non douloureuse du muscle, ce sont ensuite des névralgies ou névrites plus ou moins généralisées, ce sont enfin des méningo-myélites.

Les *névralgies* blennorragiques affectent souvent le nerf sciatique ; en pareil cas, il n'y a pas d'amyotrophie. Les *névrites* peuvent être isolées, se localiser au nerf sciatique ou tibial ; ou bien elles sont généralisées, présentent le type de polynévrite, s'accompagnent dans tous les cas de douleurs, d'atrophie, d'une perte des réflexes rotuliens. La moelle peut s'enflammer sous forme de *méningo-myélite* avec paraplégie spasmodique et fonte musculaire rapide. L'atrophie musculaire peut s'étendre aux quatre membres, la blennorragie ayant évolué avec ou sans arthropathies.

Dans tous ces cas, la localisation musculaire est secondaire à l'imprégnation des éléments nerveux par le germe ou plutôt la toxine blennorragique.

Mais il existe aussi des localisations musculaires primitives, celles-ci beaucoup plus rares, à tel point qu'on en compte à peine huit ou dix cas relevés en Amérique, en Allemagne ou en France.

Un garçon de 20 ans a une blennorragie depuis quinze jours, quand apparaissent des douleurs articulaires au niveau des articulations médio-tarsiennes et du carpe. En outre l'épaule gauche est prise (14 mai). La température varie entre 37° 5 et 38° 2. Des enveloppements articulaires sont pratiqués au salicylate de méthyle lorsque sept jours plus tard (21 mai) le bras gauche devient douloureux au niveau de sa partie moyenne. Les téguments sont rouges, le membre est tuméfié, dur, bombe en haut vers l'aisselle. Des vaisseaux veineux dilatés sillonnent sa surface. La douleur spontanée s'exagère par la provocation des mouvements et les mouvements de supination sont très difficiles.

Un ganglion hypertrophié occupe l'aisselle. L'écoulement uréthral a diminué. Les jours suivants l'état du bras s'aggrave. Il existe de l'œdème mou des téguments. On perçoit une sensation de fluctuation profonde. Le traitement consiste simplement en enveloppements chauds et humides, la glace qui avait été appliquée tout d'abord étant mal supportée. Le malade est envoyé en chirurgie, une aiguille aspiratrice ponctionne à divers niveaux de le biceps sans qu'il s'écoule une goutte de pus ; mais le muscle étant récliné, on trouve sous sa face profonde un foyer séro-purulent qui fournit de 3 à 4 cuillerées de pus et remonte jusqu'aux environs de l'articulation scapulo-humérale, sans toutefois toucher celle-ci. Drainage et guérison rapide. L'ensemencement du pus donne une culture de gonocoques typiques. Le malade revient au bout d'un mois dans un service de médecine, guéri de son abcès, mais porteur d'une atrophie musculaire de toute la région malade.

D'autres faits du même ordre ont été signalés. C'est tantôt le tissu cellulaire sous-jacent du muscle comme dans le cas

actuel et tantôt le muscle lui-même qui sont atteints par la suppuration. On trouve des noyaux multiples disséminés dans les muscles des membres supérieurs et inférieurs. Une seule observation montre le sterno-cléido-mastoïdien touché. Le pus renferme du gonocoque à l'état de pureté ou associé à des germes d'infection secondaire (staphylocoque blanc). Il arrive toutefois des cas où la suppuration ne se produit pas, comme dans une observation de Eichorst, où une tuméfaction fusiforme de la cuisse droite, ayant envahi le tenseur du *fascio lata*, se termina par résolution dans la quinzaine.

Le pronostic de pareils accidents, à moins de septicémie surajoutée, est peu grave. Courtois-Suffit et Beaufumé ont noté un cas de myosite suppurée avec accidents septicémiques graves. C'est exceptionnel. En général, la maladie guérit à la faveur d'une suppuration locale, le traitement au début ayant simplement consisté en application de glace et en enveloppements humides et chauds. Si plus tard, la suppuration se montre, il sera toujours temps d'intervenir. Une incision prématurée est parfaitement inutile, puisque la maladie peut quelquefois se terminer par résolution.

Le problème du Cancer

PAR M. LE PROFESSEUR LETULLE

La recherche de l'agent spécifique du cancer a un peu fait oublier l'anatomie pathologique. M. Letulle le dit en termes nets dans un travail qu'il vient de faire paraître et qui remet ainsi les choses au point. Il y montre que, plus que jamais, l'histopathologie a voix au chapitre, et les arguments qu'il invoque sont vraiment décisifs. On nous permettra d'en citer quelques-uns, d'autant qu'ils ne sont pas d'anatomie pathologique pure et que de très près ils touchent à la clinique. Cela nous permettra de reviser très rapidement ce qu'on sait aujourd'hui sur le cancer.

Qu'est-ce que le cancer. Le vrai cancer, le cancer épithélial, le seul qui mérite ce nom ? C'est une production épithéliale, une néoplasie spécifique en ce sens que, quel que soit le point dans lequel elle se manifeste, toujours elle porte en elle-même sa marque d'origine, son sceau.

Mais en quoi consiste sa spécificité ? Réside-t-elle dans la tuméfaction hyperplasique des tissus en voie de transformation ou dans différentes dégénérescences qui frappent tel tissu ou tel organe ? Ou bien est-elle déterminée par l'induration sclérosante, la cirrhose péricancéreuse qui enserre la région néoplasée ? Ni l'un ni l'autre. Pour M. Leffalle, le seul signe pathognomonique du cancer, c'est l'effraction de leur « assise connective » par les proliférations épithéliales désordonnées, et c'est dans ce phénomène, dans cette effraction du tissu connectif que réside peut-être tout le problème du cancer.

C'est que, à l'état normal, à l'état non cancéreux, dirons-nous volontiers, aucune force morbide, aucun « morimen pathologique » n'est capable de prêter au revêtement épithélial la faculté anarchique de franchir, de détruire la barrière connective qui le porte et le nourrit en vertu des lois de l'hérédité normale. Mais, que cet épithélium se cancérisse, qu'il devienne le siège d'une « puissance cancérigène », et la barrière connective est bientôt franchie, cependant que la cellule cancérisée se transforme en parasite pour l'organisme entier. Et, dès que cette effraction s'est effectuée, le cancer constitué va essaimer dans l'organisme tout entier, en utilisant pour ses greffes, avant tout, les voies lymphatiques, mais aussi, et presque au même titre, le système circulatoire, les veines plus particulièrement. Dès ce moment, rien ne saurait résister à la force de prolifération, à la force de pénétration de l'épithélium cancérisé.

Voici la règle. Elle comporte cependant des exceptions. Si la prolifération anarchique après effondrement de l'assise connective est le caractère spécifique du cancer, comment se fait-il qu'il existe des cancers bénins — et ils sont nombreux — limités, circonscrits à un territoire restreint, sans tendance à la greffe et à l'essaimage ? Pour certains d'entre

eux, pour ceux du rein et du larynx, on peut, à la rigueur, invoquer la structure de l'organe envahi, naturellement encapsulé dans une enveloppe fibreuse. A la rigueur encore, la barrière qui s'oppose à l'extension du cancer peut encore être constituée par des produits inflammatoires. Ce serait le cas des cancers se développant en un ulcère calleux de l'estomac, sur un appendice oblitéré, sur un intestin atteint de colite chronique fibreuse. Mais, pour une foule d'autres cas, la bénignité du cancer reste inexplicable.

Si l'on pouvait établir les conditions grâce auxquelles la cellule épithéliale acquiert la faculté d'effondrer son assise connective et de proliférer sans frein, le problème du cancer serait résolu. Malheureusement, nous ne savons encore rien de ces conditions, et les théories pathogéniques du cancer ne nous donnent pas le mot de l'énigme.

Certes, l'ancienne théorie de Cohnheim, qui attribue le cancer au développement tardif des inclusions fœtales, des cellules fourvoyées, pendant la période de formation, dans tel ou tel organe, trouve sa confirmation dans le fait d'un cancer se développant sur telle ou telle production tératologique, kyste dermoïde de l'ovaire, tumeur congénitale de la région ano-coccygienne; et les chirurgiens ont certainement raison d'opérer de bonne heure ces tumeurs quand elles sont accessibles au bistouri. Mais, à côté de ces cas, combien y en a-t-il d'autres qui, ne s'expliquent pas par la théorie de Cohnheim! Et l'on peut en dire autant de la théorie qui, dans la genèse du cancer, attribue un rôle prépondérant aux lésions inflammatoires préexistantes.

La seule chose qui paraît certaine, c'est qu'il existe un rapport pathogénique intime entre la syphilis et le cancer. Par l'intermédiaire de la leucoplasie, la syphilis fait en quelque sorte le lit du cancer, qu'il s'agisse de la bouche, de la vulve, du vagin, du col utérin ou encore de la vessie, de l'urètre, du bassin. Et cette relation se comprend fort bien quand, sous le microscope, on voit la leucoplasie disloquer les assises connectives d'une muqueuse, c'est-à-dire réaliser les conditions pathogéniques et spéciques du cancer. La syphilis n'a même pas besoin de procéder par leucoplasie, et nom-

breux sont aujourd'hui les cas — M. Letulle en cite six pour son propre compte — qui permettent d'affirmer qu'un organisme laré par la syphilis appelle en quelque sorte le cancer. Cela se comprend surtout quand on envisage la façon de procéder du tréponème de Schaudinn. « Partout où le tréponème pâle passe en labourant profondément le tissu, écrit M. Letulle, il y laisse des traces ineffaçables des effractions, et les désordres qu'il occasionne portent toujours le sceau de leur générateur : le squelette élastique de la région est fragmenté, disloqué, détruit, en un mot, annihilé. »

Et ceci nous ramène à la théorie microbienne du cancer.

M. Letulle voudrait que toute théorie du cancer tint compte de quatre conditions, de quatre desiderata essentiels. Elle doit expliquer — ou reproduire quand il s'agit de cancer expérimental — l'effraction de l'assise connective par l'épithélium devenu proliférant. Elle a encore à expliquer et à reproduire la sélection vraiment spécifique que le cancer, son choix une fois fait, montre, et cela dans toutes ses manifestations, pour telle ou telle variété de cellules épithéliales. Il faut également qu'elle ne néglige pas la puissance « organogénique » des cellules cancérisées, c'est-à-dire la faculté qu'elles possèdent de créer, à distance des tissus d'où elles sont parties, des organes sinon parfaits, du moins suffisamment caractérisés au point de vue histologique. Enfin, elle ne doit pas négliger la transmission héréditaire de la faculté cancérique, c'est-à-dire le cancer héréditaire dont M. Letulle cite un bel exemple : une série de cinq cancers génito-pelviens sévissant sur la même famille.

Or la théorie microbienne du cancer est impuissante à expliquer ou à reproduire ces quatre conditions. Aussi M. Letulle hésite-t-il à l'accepter « L'épithélium, écrit-il, me paraît n'avoir nul besoin d'un parasite inclus ou satellite pour devenir concréteux. Il trouve en lui-même cette force anarchique, spécifique, en ce sens qu'aucune autre maladie connue n'est capable de la lui apporter. Ainsi bouleversé dans sa vie normale, extra-connective, l'épithélium cancérisé devient son propre parasite. Telle est la doctrine du parasitisme épithélial spécifique. »

C'est à cette doctrine que M. Letulle se rattache sans réserve. Je regrette beaucoup que le manque de place m'oblige à signaler seulement une analogie très séduisante que M. Letulle établit entre le parasitisme épithélial spécifique qui constitue le cancer, et le parasitisme épithélial normal et temporaire que réalise l'œuf humain quand, fécondé par le spermatozoïde, il se greffe sur la muqueuse utérine par ses villosités. Dans son idée, cette analogie permet « de concevoir qu'une fois libéré de sa greffe utérine, le produit de la conception emporte en lui-même, parmi tant d'autres facultés héréditaires, celle de pouvoir, accidentellement, envoyer vivre dans son propre milieu intérieur tel ou tel de ses éléments épithéliaux mobilisés ».

Ainsi naîtrait le cancer.

Les cystites grippales

PAR U. LE PROFESSEUR ALBALAN

Un homme de 58 ans a eu la grippe, en décembre dernier. Depuis ce temps, il urine fréquemment; puis, au bout de quelques jours, sont survenus des douleurs et du sang dans les urines. A l'entrée à l'hôpital, — quinze jours après le début des hématuries, — le sang a disparu, mais les urines sont troubles et renferment du pus. Pas d'antécédents urinaires. L'état général est bon; à peine si la prostate est légèrement augmentée de volume.

L'examen cystoscopique montre sur la paroi latérale de la vessie l'existence de petites exulcérations en coup d'ongle, couvertes de taches ecchymotiques. Le bas-fond vésical est œdématisé. Le cathétérisme des uretères décele une légère infection rénale: une urine renfermant des hématies, des leucocytes, des cocci. Cependant, les reins fonctionnent d'une façon normale et cette infection légère ne trouble pas l'intégrité de la sécrétion.

L'usage des boissons aqueuses, la pratique des lavages vésicaux au nitrate d'argent, l'emploi de l'urotropine calment en quelques jours les accidents, et bientôt après la muqueuse vésicale a repris son aspect normal.

La cystite grippale apparaît au cours ou au déclin de la grippe. Elle se traduit par des douleurs, des besoins fréquents d'uriner ; guérit par le repos, en quelques jours. Les lavages vésicaux au nitrate d'argent (1/1000) sont nécessaires si la maladie traîne en longueur. Parfois se produisent des hématuries concomitantes, dont l'abondance peut induire en erreur. D'autant que les phénomènes de cystite qui accompagnent cette hématurie, ne sont pas toujours prononcés et que les médecins, en présence de ces accidents, ont pu croire à une tumeur de la vessie. En pareil cas, les ulcérations en coup d'ongle couvrent la paroi de la vessie, mais la muqueuse elle-même demeure exempte de rougeurs. Chez une malade de la ville, il en était ainsi. Suite de grippe, elle avait uriné beaucoup de sang ; le médecin, craignant une tumeur de la vessie, manda M. Albarran qui ne découvrit qu'une cystite grippale avec trois à quatre petites ulcérations isolées, non entourées de congestion de la muqueuse. Il est des cas où la cystite grippale est localisée au col ; les besoins d'uriner sont incessants, les douleurs vives ; quelques instillations de nitrate d'argent (au 1/50, tous les quelques jours) viennent rapidement à bout de ces accidents.

Les grippés supportent très mal l'application de vésicatoires ; une cystite cantharidienne fait aisément suite. Cette cystite est hémorragique, pseudo-membraneuse ; elle peut se compliquer de néphrite et des cas de mort ont été signalés.

Tous les germes infectieux peuvent produire la cystite grippale : colibacille, streptocoque, staphylocoque, proteus, pneumocoque, bacille de Friedlander, etc. Par contre, le bacille de Pfeiffer, dont on voulut jadis faire le microorganisme spécifique de la grippe, n'a jamais été rencontré.

L'infection se fait par des voies diverses. La voie urétrale (ascendante) est beaucoup plus rare qu'on ne croyait. La voie rénale est plus répandue ; des décharges bactériennes traversent le rein, passent par la vessie où elles déterminent

parfois des phénomènes infectieux, lorsque la muqueuse a été affaiblie ou rendue malade, soit du fait d'une rétention d'urine, soit du fait d'un cathétérisme, ou tout simplement des troubles trophiques résultant de l'infection grippale.

L'infection peut encore naître par infection de voisinage (périvésicale). C'est le fait de certaines salpingites suppurées. Elle se produit par voie sanguine, des embolies septiques pouvant s'opérer dans la muqueuse. M. Albarran estime ce dernier mode de propagation assez répandu. D'ordinaire, en effet, et au début, la couche épithéliale est intacte, ce qui ne se produirait pas si l'infection s'opérait de dehors en dedans. C'est au contraire la couche sous-épithéliale qui est malade et infiltrée de cellules embryonnaires.

La conclusion pratique à tirer de ces faits est le danger de l'application des vésicatoires chez les grippés. Quant à la cystite elle-même, dans la grande majorité des cas elle guérit soit spontanément, soit à la suite de quelques lavages de nitrate d'argent à 1/1000.

DIAGNOSTIC

DE

L'Hérédo-Syphilis tardive

PÉDAGOGIE MÉDICALE

PAR M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Hier, nous étions, *in aere parisiensi*, une phalange de médecins que, véhémentement, on accusait de ne savoir partout voir que tuberculose, alcoolisme et syphilis.

De fait, nous pensions et nous enseignions que, à eux seuls, ces maux évitables frappent, directement ou indirectement, les trois cinquièmes des clients de la ville et de l'hôpital.

C'est que, à pratiquer la médecine, nous nous étions de suite heurtés à bien d'autres bacillaires qu'à des phtisiques, à des lupiques, à des coxalgiques et à des pectiques.

C'est que, dans la clientèle comme à l'hôpital, nous appréhensions à reconnaître l'intoxication bachique à d'autres symptomatologies qu'à celles du *delirium tremens*, de la congestion cérébrale ou des hépatopathies praecirrhotiques.

C'est que la Clinique nous amenait vite à dépister fracassants nombre de malades de tous âges, de tous sexes, de toutes éducations et de toutes conditions, atteints d'infinité d'autres choses que de plaques muqueuses, de dermatoses, d'ulcérations ou de gommès.

La tuberculose, l'alcoolisme et la syphilis, nous les voyions et les voyons partout, parce qu'un flot montant les porte partout : tantôt sous les dehors caractéristiques sous lesquels les Nosographes nous dépeignaient phtisiques, alcooliques et syphilitiques ; tantôt, revêtus d'une symptomatologie empruntée, si fruste et si larvée, si neuve, que le classicisme de nombre de médecins se refuse encore à voir chez pareils clients des infectés de bacillose et de syphilis ou des intoxiqués d'alcools.

La phalange que nous étions hier, grossie de nos élèves, forme aujourd'hui une cohorte ; elle sera légion demain, quand les « jeunes » auront appris à se reconnaître au milieu des formes atypiques de la bacillose, de la syphilis et de l'alcoolisme, formes plus fréquemment coudoyées que ne l'est le gros des phtisiques, des alcooliques et des syphilitiques dont le diagnostic saute aux yeux.

Pour ce qui est des syphilitiques, qu'il s'agit de savoir dépister partout où ils sont, le livre du docteur Edmond Fournier : *Recherches et Diagnostic de l'Hérédo-syphilis tardive* (belle réplique de sa thèse inaugurale sur les « Stigmates dystrophiques de l'Hérédo-syphilis »), arrive bien à son heure.

Par lui seront converties, puisque dûment averties, les générations nouvelles qui, demain, s'apercevront que la seule manière de ne pas souvent passer à côté de la syphilis, c'est,

comme je ne cesse de le répéter, d'y penser, toujours, en usant avec comme avec la tuberculose.

La trame serrée de l'ouvrage est tout imprégnée de la pratique et de l'enseignement du chef de l'École syphiligraphique française, dont, comme chacun sait, l'Hérédo-Syphilis tardive et le Tabès spécifique demeurent l'œuvre géniale et maîtresse.

Le livre du fils est un plaidoyer dans lequel, pour ainsi parler, est magnifiée l'hérédo-syphilis. Quiconque compulsera et méditera pareil dossier ne pourra pas, converti désormais à la thèse des syphilitiques atypiques, ne pas devenir un doctrinaire d'abord, puis un pratiquant de l'art de rechercher et de diagnostiquer l'hérédo-syphilis tardive.

Pour ce, le praticien ne saurait suivre meilleur guide que le plan de recherches qui lui est offert. Dépister le mal héréditaire consiste, en l'espèce, à savoir mener de front une enquête sur la famille et une enquête sur le malade.

Pour ma part, à l'user, j'inverse l'ordre et la marche proposés par M. Edmond Fournier, les nécessités de la clinique, autant que la logique, voulant que la première enquête se mène sur le malade, puisque c'est lui que nous tenons sous l'œil et sous la main ; l'enquête sur la famille (présente, absente ou défunte) viendra à son tour, à propos de l'étude des antécédents qui, pour être complète, portera à la fois sur les antécédents personnels et sur les antécédents héréditaires.

Cette réserve faite sur la préséance à donner à l'enquête *objective* sur le malade ; cette réserve faite sur l'importance primordiale de l'examen direct du suspect, le médecin, parti à la découverte de l'hérédo-syphilis, n'a qu'à, étape par étape, suivre la route qui lui est tracée, en allant des chemins largement fréquentés vers les voies plutôt jalonnées encore qu'ouvertes. En ce sens, l'enquête sur le malade, commencée par l'étude de sa physionomie et son habitus, aboutira, comme point terminus, à la relève des dystrophies générales ou partielles (malformations) dont il pourra être atteint.

A vrai dire, les stigmates de l'habitue ont, dans l'espèce, une importance indicatrice majeure, tant par leur fréquence que par leur netteté : l'infantilisme et l'obésité précoce, entre

autres, surtout — ce qui leur arrive fréquemment — s'ils se marient à quelque stigmate cranien, facial, oculaire et dentaire, prennent une valeur dénonciatrice de premier ordre.

De même, pour les stigmates craniens (bosselures frontales, crâne natiforme, hydrocéphalie, asymétrie cranienne) et les stigmates faciaux (nez en lorgnette, bec-de-lièvre, prognathisme, malformation du pavillon de l'oreille) isolés ou associés. De même, et encore plus, pour les stigmates auriculaires (surdité foudroyante) ; pour les stigmates oculaires (cornéens, iriens, strabiques), et pour les stigmates dentaires (atrophie cuspidienne de la première grosse molaire ; dent d'Hutchinson ; dent en tournevis ; amorphisme et désorientation dentaires ; absence de certaines dents) qui, fréquemment se réunissent chez un même sujet pour former *la triade d'Hutchinson*, triade tellement révélatrice que s'il était vraiment des signes pathognomoniques en médecine, la triade devrait, parmi ceux-ci, figurer en toute première place.

Après ces stigmates cardinaux viennent : les stigmates cutanés ou muqueux ; les stigmates testiculaires, les stigmates nerveux (convulsions ; perte des reflexes ; tics ; nervosisme ; épilepsie ; tabès ; dystrophies intellectuelles et morales), auxquelles font suite ce que j'appelle volontiers les  tats *d sharmoniques*, organiques et fonctionnels, dans lesquels rentreraient, entre autres : l'hémoglobinurie ; les  tats diathésiques, bradytrophiques ; les dystrophies de croissance ; les dystrophies cutanées et les dystrophies viscérales parmi lesquelles les affections congénitales, cardio-vasculaires et cérébro-spinales, semblent occuper une place que les observations modernes marquent chaque jour plus grande.

A telle enseigne que, la semaine dernière, à l'autopsie d'un bébé de trois mois, mort à la Clinique Médicale Laënnec, je trouvais une de ces dystrophies viscérales sous la forme d'une communication interauriculaire et d'une aplasie aortique. Une éruption   caractères spécifiques observée chez l'enfant lors de son entrée à l'hôpital ; une cicatrice de chancre relevée sur la mère ; par surcroît, des spirochètes trouvés dans la peau et dans les glandes surrénales, témoignant de la nature de l'affection cardio-vasculaire, faisaient bien de celle-ci un stigmate majeur d'hérédo-syphilis.

La découverte de pareils stigmates, relevés uniques ou multiples sur un sujet, indicatrice déjà par elle seule de syphilis, trouvera souvent sa valeur complémentaire dans l'enquête sur la famille, enquête visant à la fois les ascendants et les collatéraux. L'enquête, pour être valable, ne devra pas — autant que faire se pourra — se borner à poser des questions et à attendre des réponses, mais à voir, par confrontation directe, ou par étude de portraits (comme cela m'a plusieurs fois réussi), si la vérole, non avouée, méconnue ou oubliée, n'a pas laissé de marques, qui, par leurs caractères objectifs, ont imprimé sur les père, mère, frères et sœurs la signature de l'infection.

On conçoit combien parlante sera cette enquête familiale portant plus loin que sur les générateurs, si elle se double d'enquêtes visant les collatéraux ; si la polymortalité infantile, les avortements, la gémellité viennent grossir le dossier dans lequel se trouvent déjà rassemblées plusieurs pièces accusatrices.

Ce livre de syphiligraphie, écrit dans le meilleur esprit pratique, est plus qu'une œuvre de pathologie spéciale, c'est tout un **gros chapitre de Pathologie générale**. Une foule de troubles organiques et fonctionnels n'y sont-ils pas étudiés en tant qu'éléments de séméiotique ? N'y est-il pas montré combien l'avarie héréditaire, conditionnant toute une série de perturbations nutritives, fait dystrophiques, désharmoniques, dégénérés les fils de syphilitiques ? Cela, elle le fait, à elle seule, plus souvent, plus fort et plus essentiellement que le paludisme, le saturnisme, la tuberculose et l'alcoolisme héréditaire, sans cependant prétendre que le monopole des dystrophies lui soit réservé.

J'ai dit le livre conçu dans le meilleur esprit pratique, parce que l'auteur peint, montre et décrit l'héredo-syphilis tardive plus qu'il ne la définit.

Les 110 figures que renferme l'ouvrage, lui donnant plus de vie encore que de lustre, enchantent ceux d'entre-nous qui, préoccupés de Pédagogie Médicale — dont devraient être plus soucieux tous les éducateurs — répètent chaque jour que la médecine n'étant pas affaire d'entendement, mais d'audition.

de vision, de sensations quotidiennement éveillées et avivées, l'enseignement de la médecine doit être une perpétuelle leçon de choses.

C'est une parfaite leçon de choses hérédosyphilitiques que, dans le livre de mon jeune confrère, tout praticien apprendra et retiendra par les yeux.

Le précieux et confortable commerce que les étudiants auront avec le présent ouvrage leur sera une nouvelle occasion de goûter la valeur pédagogique de l'axiome de Condillac. Cette valeur, je la prise si fort, que, sans crainte des redites je répète constamment à mes élèves la maxime du philosophe du XVIII^e siècle. Par elle, je les veux persuader que l'enseignement de la médecine ne saurait se montrer plus fécondant qu'en étant clinique, objectif, iconographique. Par cette maxime, je les veux persuader qu'on devient médecin à force, *tous les jours de la vie*, de regarder, palper, écouter et sentir les malades : *nil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu.*

La Nouvelle Administration

La nouvelle administration accepte la tâche de réparer les erreurs de l'ancienne sans cependant en prendre les responsabilités ; les procédures suivies furent aussi étranges à l'esprit du fondateur de la revue que contraires aux idées libérales du Bureau actuel.

Si l'on veut bien s'en rapporter à l'article du 15 octobre 1901, l'on voit que la Direction écrivait : « Le Montréal-Médical » dépourvu de toute ambition d'intérêt matériel, veut « bien faire profiter tous ses lecteurs de la générosité d'un certain nombre de confrères qui ont eu l'aimable obligation de verser à l'avance le prix de l'abonnement, et nous avons l'honneur de vous adresser la revue augmentée « jusqu'à 52 pages. »

Partageant les mêmes sentiments nous désirons surtout le succès scientifique du journal et travaillons, dans l'intérêt général de tous les membres de la profession médicale.

Nous aurons bientôt une bibliothèque de plusieurs centaines de volumes, les plus récents, que nous mettrons à la disposition de tous nos confrères.

Dans quelque temps nous recevrons de France un certain nombre de thermomètres cliniques en graduation Fahrenheit, qui seront offerts *gratuitement* à tous nos lecteurs qui en feront la demande.