

PAGES

MANQUANTES

OCTOBRE 1902

SOMMAIRE

MEMOIRES

- 49 — De l'insuffisance rénale..... *Brochu.*
70 — Progrès à faire dans le traitement mercuriel.. *Leredde.*

ANALYSES

CHIRURGIE

- 75 — Traitement de la tuberculose testiculaire..... *A. S.*
78 — Des altérations cutanées dans le diagnostic
précoce du cancer..... *A. S.*
80 — Quelques phases de l'inflammation de l'ap-
pendice..... *P. C. D.*
83 — Le congrès belge de chirurgie..... *P. C. D.*

OPHTALMOLOGIE

- 83 — Rapport sur la cécité en France..... *N. A. D.*

MEDECINE

- 85 — De la levure de bière en thérapeutique..... *E. M.*
86 — Essai d'inoculation de la tuberculose bovine à
l'homme..... *P. C. D.*

REVUE ANALYTIQUE

- 87 — Empoisonnement par le sumach..... *C. V.*
88 — Nouvelles et variétés..... *C. V.*

SOCIÉTÉS MÉDICALES

- 92 — Société Médicale de Portneuf..... *Paquin.*
95 — Société Médicale de Fraserville..... *Gilbert.*
96 — M. le Dr. D. Brochu.....

Bras et Jambes Artificiels

Avec le caoutchouc perfectionné de MARKS les mains et les pieds sont naturels dans leur action, sans bruit dans leur mouvement et les plus durables grâce à leur excellente construction

Ce n'est pas une chose ordinaire que de voir un fermier travailler dans son champ avec une jambe artificielle, ou un ingénieur, un conducteur, un serre-frein, un charpentier, un maçon, un mineur, de fait, des hommes de tous états, portant une ou deux jambes artificielles avec des pieds en caoutchouc selon les patentes de MARKS, remplissant leurs devoirs tout aussi bien que les personnes en possession de tous leurs membres naturels, et n'éprouvant que peu ou point d'inconvénients.

Il y en a au-dessus de 25,000 en usage, répandus sur tous les points du globe. Des chirurgiens éminents et des juges compétents recommandent la main et le pied en caoutchouc à cause de leurs nombreux avantages. Ils sont préconisés par les gouvernements des Etats-Unis et étrangers qui eux-mêmes les achètent.

Un traité de 500 pages, avec illustrations, sera expédié, ainsi qu'une formule pour prendre les mesures nécessaires pour faire et envoyer ses membres dans toutes les parties du monde avec pleine garantie.

Nous avons reçu le "Grand Prix", à l'exposition de Paris, 1900. Médaille d'or à l'Exposition Pan Américaine, 1901, et trente-sept autres très remarquables récompenses.

On adressera franc de port sur demande notre traité (dernière édition 1902 -) et un catalogue en français. Adressez :



Aucun droit de douane sur les jambes artificielles. — Le 21 juin 1897, le gouvernement de la Puissance a passé un nouveau tarif. Par l'article 479 de cette loi, les membres artificiels sont admis en franchise au Canada.

H. A. MARKS,
701, Broadway, - NEW-YORK.

Maison établie depuis 49 ans.

Pour vos impressions de toutes sortes



BLANCS DE PRESCRIPTIONS
BLANCS DE COMPTES
ENTETES de LETTRES
ENVELOPPES
CARTES de VISITES, etc., etc.

ADRESSEZ-VOUS A

J. A. K.-LAFLAMME

Imprimeur du Bulletin Medical de Quebec

37, RUE SOUS-LE-FORT, BASSE-VILLE.

Ouvrage garanti.

Prix modérés.

TELEPHONE 1602

MEMOIRES

DE L'INSUFFISANCE RENALE (1)

Par le docteur D. BROCHU,

(Professeur de Pathologie interne, à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Québec.)

L'insuffisance rénale, ou le défaut de la dépuración urinaire, n'est pas une entité morbide à laquelle on accorde encore une place nettement définie dans le cadre de la nosographie classique : l'importance des rapports nombreux qui en découlent, au point de vue pathogénique et clinique, me semblerait cependant devoir lui mériter une telle place dans la pathologie. C'est à faire ressortir quelques uns de ces rapports, dont l'intérêt me paraît le plus immédiat pour le médecin praticien, que je consacrerai cette étude. Ce sujet emprunte, d'ailleurs, une partie de son actualité aux développements relativement récents de la physiologie pathologique, qui ont fait suite aux découvertes de Pasteur et aux remarquables travaux de MM. Bouchard et Charrin.

L'insuffisance rénale, considérée comme état morbide permanent, est une altération de fonction intimement liée aux lésions *chroniques* et *diffuses* des *deux* reins. C'est un trouble symptomatique dont l'apparition n'est que le corollaire de la diminution de la perméabilité de l'émonctoire rénal-et qui entraîne comme conséquence la rétention de divers principes nuisibles dans le sang : il devient ainsi le point de départ d'altérations remarquables dans les qualités de ce liquide et de troubles variés

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

dans les principaux organes de l'économie. Ces divers troubles peuvent être confondus, à la vérité, dans une même étude, avec les manifestations cliniques des néphrites chroniques, ou de la maladie de Bright, nom par lequel on désigne encore habituellement toutes les variétés de dégénérescence ou de sclérose des reins : néphrites à prédominance parenchymateuse, néphrites épithéliales, néphrites interstitielles.

Il ne sera pas inopportun de faire ressortir ici, tout d'abord, l'intérêt différent qui s'attache à l'étude des néphrites aiguës et à celle des néphrites chroniques.

Les néphrites *aiguës*, comme toutes les lésions diffuses des reins, ne sont pas sans retentir d'une manière fâcheuse sur la fonction de la dépuración urinaire : elles la troublent plus ou moins profondément et la suppriment quelquefois d'une manière brusque, au risque de produire les accidents les plus graves. Mais ces néphrites ne sont pour la plupart que transitoires et elles ne laissent guère de troubles permanents à leur suite. D'ailleurs, les principaux symptômes qui marquent leur évolution—douleurs lombaires, œdèmes, anasarque—sont toujours assez proéminents pour éveiller l'attention du côté des reins. De plus, les signes tirés de l'examen de la sécrétion urinaire—albumine, dépouilles hyalines—sont toujours positifs, et leur valeur est la plus pathognomonique.

Il n'en est pas de même, comme nous le verrons, dans les néphrites chroniques. Leur début est le plus souvent silencieux, pendant une période plus ou moins longue, et les premiers symptômes, qui marquent la rupture de l'équilibre fonctionnel des reins, ainsi altérés, sont généralement légers, dissociés, n'offrant rien de bien caractéristique. Ils consistent pour la plupart, en des troubles fonctionnels et généraux qui ne sont guère propres, à première vue, à fixer l'attention du côté des reins.

A un degré plus avancé, les symptômes apparaissent diver-

sément associés et ils suffisent, alors souvent, pour éveiller, d'emblée, le soupçon d'une néphrite et d'un trouble dans la dépuratation urinaire

A la période ultime de l'évolution des néphrites, ou d'une manière précoce chez les sujets avancés en âge ou déjà atteints par l'arterio-sclérose, les symptômes brightiques coexistent fréquemment avec des lésions organiques disséminées dans les principaux appareils de l'économie, et dont le développement peut être rattaché soit à la même cause pathogénique qui a touché les reins, soit à l'insuffisance rénale elle-même par l'action des poisons qu'elle laisse s'accumuler dans le sang.

A cette dernière phase, les symptômes brightiques prennent souvent le masque de syndromes appartenant tout entiers à des maladies autres que celles des reins—des poumons, du cœur ou du cerveau. Ajoutons que l'analyse de la sécrétion urinaire, dont les résultats sont généralement si positifs dans les néphrites aiguës, ne fournit, la plupart du temps, que des signes négatifs, dans les néphrites chroniques, à la période de sclérose confirmée. De là, l'intérêt plus particulier qui me semble devoir s'attacher à l'étude de ces néphrites et l'importance pratique pour le médecin dans la clientèle de bien apprécier les rapports pathogéniques de l'insuffisance rénale qui en est la conséquence.

*
* *

L'insuffisance rénale, avons-nous dit, est intimement liée aux lésions *chroniques* et *diffuses* des *deux* reins ; mais nous devons ajouter qu'elle n'en est que l'aboutissant plus ou moins éloigné. En effet, son début est loin de coïncider avec celui des néphrites chroniques. L'insuffisance n'apparaît, dans le cours de ces néphrites, qu'au moment de la rupture de l'équilibre fonctionnel de l'émonctoire rénal, alors qu'il ne peut plus suffire à la tâche d'éliminer, au fur et à mesure, les principes que le

sang fournit à la dépuration urinaire. Jusque là, l'évolution de la maladie a pu se faire d'une manière pour ainsi dire silencieuse, sans qu'aucun symptôme appréciable ne donnât l'éveil au patient.

Ce phénomène peut s'expliquer, pour une grande partie, par le fait que la capacité fonctionnelle des reins, comme pour beaucoup d'autres organes, dépasse en réalité les besoins physiologiques, et aussi peut-être par le fait d'une hypertrophie compensatrice dans les parties saines des reins, comme cela se remarque pour le foie lorsqu'une partie de cet organe a été enlevée ou détruite. Il s'ensuit que tant que les lésions ne sont pas trop diffuses ni trop profondes, les parties restées saines dans les deux reins, qu'elles soient ou non hypertrophiées, peuvent suffire à la tâche de maintenir l'équilibre dans le rôle de la dépuration urinaire, et l'économie ne trahit aucun signe révélateur de l'empoisonnement urémique : tout au plus, pourrait-on déjà observer, à cette phase latente, les conditions de l'hypertension artérielle, que M. Huchard a si bien désignée comme l'un des signes les plus précoces de l'artério-sclérose et des néphrites scléreuses, à évolution lente et progressive.

Il s'agit, ici, d'un phénomène identique à celui que l'on remarque dans l'évolution des maladies chroniques du cœur. Celles-ci, comme les néphrites scléreuses, se rattachent, pour une certaine classe, à un processus d'artério-sclérose plus ou moins généralisée, et, pour une partie encore plus considérable, à des inflammations aiguës localisées à certains tissus du même organe et dont le processus mal éteint est devenu le point de départ d'une sclérose lentement envahissante. La première période de cette sclérose, ou la transition de l'état aigu à l'état chronique, est généralement silencieuse, tant que l'organe reste intact dans son ensemble où qu'il subit l'hypertrophie compen-

satrice : c'est la période de compensation ou de tolérance.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer qu'une lésion unilatérale, ou limitée à un seul rein, comme la tuberculose en fournit des exemples, en arrive à la destruction plus ou moins complète d'une grande partie de l'organe sans déterminer les phénomènes du brightisme, tandis que les lésions, disséminées dans les deux reins, comme dans les altérations *polykystiques*, provoquent, d'une manière précoce, les manifestations de l'insuffisance rénale et aboutissent assez rapidement aux grands accidents urémiques, dont la mort est la dernière conséquence. C'est que, dans le premier cas, la dépuration urinaire continue de se faire par le rein resté sain et que, dans le second, au contraire, cette fonction essentielle est rapidement entravée par la progression des lésions dans les deux reins à la fois, qui supprime toute compensation physiologique.

Cliniquement, on peut donc dire avec assez de justesse que l'insuffisance rénale marque la rupture de l'équilibre fonctionnel de l'émonctoire rénal, comme l'asystolie, au cours des maladies du cœur, indique le défaut de la compensation ou la rupture de l'équilibre fonctionnel de l'organe auquel appartient le rôle de régulateur des deux systèmes de la circulation sanguine. C'est alors seulement que les malades pour le plus grand nombre, acquièrent la conscience d'un trouble appréciable dans leur santé et qu'ils se sentent portés à consulter le médecin.

Mais ce que l'on observe souvent pour ces deux entités morbides, c'est que l'asystolie cardiaque et l'insuffisance rénale se démasquent surtout à l'occasion de causes qui viennent raviver les lésions évoluant à l'état chronique dans l'un ou l'autre de ces organes telles que : fatigues, surmenage, refroidissement, écarts de régime, etc. Ce sont ces mêmes causes également qui précipitent les accidents graves dont les néphrites et les maladies

cardiaques se compliquent fréquemment à la période ultime de leur évolution.

* * *

Les lésions chroniques et diffuses des deux reins ont pour aboutissant une diminution de la perméabilité de ces organes, comme filtre, et l'insuffisance de leur rôle de dépurateurs du sang ; et comme ils constituent la principale voie de l'élimination au dehors de la plus grande partie des résidus de la nutrition et des principes toxiques qui pénètrent dans le sang, on comprend facilement comment l'insuffisance fonctionnelle d'un émonctoire aussi important est apte à modifier la crase sanguine et à déterminer des troubles dans la santé générale.

La rétention dans le sang des principes de la dépuration urinaire produit un empoisonnement que l'on désigne habituellement sous le non *d'urémie*. Mais ce mot ne doit pas signifier seulement *urée* dans le sang, comme on le dit encore souvent, mais bien *urine* dans le sang, selon la judicieuse remarque de Mr. Jaccoud.

Les premières découvertes de la chimie organique, appliquées à l'analyse des urines, avaient fait reconnaître depuis longtemps, il est vrai, l'urée comme l'un des principes les plus nuisibles et les plus constants que l'on retrace dans cette sécrétion. On avait ainsi pris l'habitude de rapporter surtout à la rétention de ce produit dans le sang la plupart des troubles qui marquent l'évolution des néphrites. Mais les progrès plus récents de la chimie biologique, qui ont fait suite aux doctrines microbiennes, et aux travaux remarquables de M. Bouchard etc., nous ont démontré que la pathogénie de ces troubles est beaucoup plus complexe. C'est une connaissance acquise, désormais, que les agents microbiens qui pullulent dans nos voies digestives, de même que les aliments que nous absorbons et qui ont été altérés par les ferments, donnent lieu à la produc-

tion de poisons ou de *toxines* dont l'influence est encore beaucoup plus à redouter que celle de l'urée et des autres déchets de la nutrition. Nous savons de plus, que les actes de la nutrition cellulaire et de la désassimilation contribuent à repandre dans le sang, outre la production de l'urée, divers alcaloïdes toxiques, (leucomaïnes ou ptomaïnes) dont l'influence se rapproche beaucoup de celle des toxines microbiennes. Le rôle accordé à l'urée, bien qu'il ne puisse être nié, est devenu, par suite, tout à fait secondaire.

Dans l'état normal, nous restons indemnes, malgré tout, vis-à-vis de ces poisons, par l'influence de nos moyens de défense naturelle—le rôle antitoxique et phagocytaire des cellules de l'économie, pour une part, et pour l'autre, l'intégrité de fonctions de nos émonctoires, particulièrement du rein et du foie. C'est au Prof. Bouchard (1) et au Prof. Charrin (2) que nous sommes redevables de la majeure partie de nos connaissances dans ce domaine.

M. Bouchard a réuni sous quatre chefs les substances toxiques qui pénètrent habituellement dans le sang et qui déterminent la toxémie lorsque la porte de l'émonctoire rénal devient fermée. Ce sont : 1° les poisons venant du dehors par l'alimentation, particulièrement le régime carné ; 2° les poisons dérivant des fermentations de l'estomac et de l'intestin, surtout dans le cas de stase ; 3° les poisons résultant des échanges nutritifs et des actes cellulaires (ptomaïnes et leucomaïnes) ; 4° enfin, les poisons provenant de la sécrétion biliaire, que le foie n'a pu détruire. On doit tenir compte également des poisons sécrétés par les microbes pathogènes, d'origine extérieure, mais qui pénètrent accidentellement dans l'économie. Ce sont là surtout de notions fondamentales qu'on ne doit pas perdre

(1) Leçons sur les auto-intoxications.

(2) Poisons de l'urine.

de vue pour bien comprendre les principes de la thérapeutique préventive des accidents urémiques auxquels prédispose l'insuffisance rénale, et pour nous guider dans le traitement de certaines maladies infectieuses où le danger de l'auto-intoxication est chose si importante à apprécier au point de vue du pronostic et de l'évolution symptomatique de la maladie.

Mr. Bouchard a séparé de l'urine sept substances toxiques, y compris l'urée, dont les propriétés nous expliquent les principaux phénomènes de l'urémie : l'une serait *narcotique*, la seconde *sialogène*, une troisième *convulsivante*, la quatrième *rétrécit la pupille*, et les autres sont *vaso-motrices*, *hypo* ou *hyper thermisantes*.

M. Roger a confirmé ces données : " Qu'on se porte à l'étude des poisons urinaires, dit-il, on en trouvera un certain nombre qui permettent d'expliquer les principales manifestations de l'urémie : il y a des toxines myotiques, dyspnéiques, convulsivantes, vaso-motrices, hypo et hyperthermisantes. " On entrevoit par là combien multiples et variés peuvent être les symptômes qui résultent du défaut de la dépuration urinaire et combien variables, également, seront les formes que l'urémie peut offrir à l'étude dans la clinique.

* * *

Le diagnostic de l'insuffisance rénale, comme pour tous les autres états morbides, repose principalement sur l'appréciation des troubles fonctionnels et généraux que nous fait constater l'observation clinique.

Mais comme ces symptômes sont tout-à-fait dissociés au début et que, à une période avancée des néphrites, ils se trouvent souvent associés à des lésions d'organes autres que les reins, il s'en suit que l'on ne saurait arriver à un diagnostic sûr, dans la plupart des cas, sans avoir recours en même temps à l'analyse des urines ou aux autres procédés d'examen d'ordre

biologique, qui nous renseignent d'une manière encore plus précise sur l'état du fonctionnement rénal.

Depuis les travaux de Bright, dont le nom est resté attaché à cette classe intéressante de maladies, on a toujours reconnu l'importance de l'appréciation chimique et histologique des principaux constituants de l'excrétion urinaire pour le diagnostic des néphrites. Mais c'est encore là un sujet sur lequel nos idées se sont bien modifiées, durant ces dernières années. Il est un élément, entre autres, dont la connaissance relève de l'examen chimique de l'urine, qui a perdu considérablement de sa valeur sémiologique, au point de vue du diagnostic des néphrites chroniques : c'est la présence de l'albumine dans les urines. Il me semble justifiable de m'arrêter particulièrement à l'appréciation de ce signe, vu le côté d'intérêt pratique qu'il présente pour la masse des médecins dans la clientèle journalière.

La présence de l'albumine dans les urines, avec ou sans les dépouilles hyalines, a été longtemps considérée comme le signe le plus distinctif de l'existence de lésions inflammatoires du côté des reins. Et comme la constatation de cette substance paraissait coïncider le plus généralement avec une diminution de l'élimination de l'urée et des autres résidus solides de l'urine on en a fait en même temps l'un des principaux signes indicateurs de l'insuffisance rénale et du danger de l'empoisonnement urémique du sang.

Cette notion a été si longtemps accréditée que le terme albuminurie était devenu synonyme de brightisme dans le langage habituel. Il n'est pas rare de rencontrer, encore de nos jours, des médecins qui, en présence de symptômes douteux et propres à faire soupçonner une toxémie par un défaut dans les fonctions des émonctoires, se refusent à accepter l'idée d'une néphrite si l'analyse chimique ne leur a pas révélé la présence de l'albumine dans les urines. C'est là véritablement une erreur des

plus graves, et qui porte à des conséquences sur lesquelles on ne saurait trop éveiller l'attention. En effet, en laissant ignorer au médecin la cause pathogénique fondamentale, de troubles variés qui se présentent à son observation, cette regrettable méprise empêche d'établir une thérapeutique judicieuse et un régime préventif et elle expose les sujets ainsi atteints à tomber victimes des accidents les plus graves ou les plus persistants de l'empoisonnement urémique sans que la nature de ces accidents ne soit judicieusement reconnue.

Il est admis aujourd'hui par tous les observateurs que si l'albumine est un signe constant dans les néphrites aiguës, ce signe fait le plus habituellement défaut dans les néphrites chroniques, à la période de sclérose confirmée—c'est-à-dire, comme on ne saurait trop le faire remarquer, à la phase où l'insuffisance rénale est prédominante.

Cette absence de l'albumine et des dépouilles hyalines dans les urines peut même s'observer quelquefois, au milieu ou à la veille des grandes manifestations de l'urémie. Personne mieux que M. le Prof. Dieulafoy n'a mis en lumière ces notions importantes sur les actes morbides du rein.

Dès 1886, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, ce savant observateur énonçait que l'albumine, longtemps considérée comme l'arbitre souverain dans le diagnostic des néphrites, lui paraissait avoir une prépondérance usurpée ; il n'était ni le premier ni le seul à le dire, mais il tenait à le bien affirmer. Il considérait l'albumine dans les néphrites chroniques comme un signe inconstant, infidèle et trompeur : elle n'est qu'un témoin infidèle parce qu'il peut faire défaut ; trompeur, car l'albumine peut exister en dehors de tout état brightique. Les termes "albuminurie et brightisme" ne doivent donc être en rien synonymes. "On peut être brightique, dit encore M. Dieulafoy, et rester longtemps brightique avant d'être

albuminurique ; par contre, on peut être albuminurique indéfiniment avant d'être brightique " c'est-à-dire avant d'être atteint sérieusement dans sa dépuration urinaire.

Autre fait important à signaler, c'est qu'il n'y a aucune corrélation entre la présence ou l'absence de l'albumine dans les urines et l'insuffisance fonctionnelle des reins : la présence de l'albumine pouvant s'expliquer, dans bien des cas, par des lésions très partielles et très limitées dans les glomérules ou les épithéliums—lésions qui, cantonnées de cette façon, ne font pas perdre aux reins dans l'ensemble leur capacité physiologique, ou leur compensation. Ce ne sont pas toujours les brightiques albuminuriques, dit encore le savant professeur, qui sont menacés des accidents les plus graves de l'urémie : l'albumine peut disparaître parfois aux moments même des accidents les plus graves ; mais, par contre, elle peut persister malgré la guérison apparente de la maladie de Bright. (Dieulafoy, *Traité de pathologie interné.*)

Enfin, j'emprunterai au même auteur, une dernière citation qui me justifiera de m'être arrêté aussi longtemps à l'interprétation de la valeur sémiologique de cet élément de la pathologie rénale. " On avait tellement pris l'habitude, dit Dieulafoy, (*Traité de Pathol. Int.* 1900), de considérer l'albumine comme un signe prépondérant dans le diagnostic des néphrites qu'on n'a pas encore su s'en affranchir."

Si ce savant observateur, auquel il est donné d'exercer son art dans le milieu le plus éclairé, en pleine Ville-Lumière, trouve encore raison, aujourd'hui, de signaler la persistance d'une erreur aussi préjudiciable, on sera moins surpris de nous entendre rappeler, devant cet auditoire, pour le profit de tous, que trop souvent encore dans nos milieux, on rencontre des praticiens, très bien éclairés, d'ailleurs, qui sont portés à nous opposer la même erreur dans la discussion d'un diagnostic où le soupçon

d'une néphrite chronique, ou de l'insuffisance rénale, doit entrer en ligne de compte ; trop souvent également sommes-nous témoins, dans la pratique, de faits qui démontrent que ces états brightiques restent méconnus si l'analyse des urines n'a pas donné les signes positifs de la constatation de l'albumine ou des dépouilles hyalines. Voilà pourquoi il nous a paru légitime de nous apesantir sur le sujet.

* *

Je ne m'arrêterai pas à l'appréciation des autres principes de l'excrétion urinaire qui fournissent chacun leur appoint au diagnostic et complètent nos renseignements sur l'état des fonctions ou sur la nature des lésions des reins morbides. Je ferai remarquer de suite qu'on ne se contente plus aujourd'hui de la recherche de produits normaux ou anormaux de l'urine par les procédés de l'analyse chimique et de l'examen histologique.

De nouveaux procédés ont été mis en avant, depuis quelques années, et tout récemment encore, qui permettent de mieux déterminer le degré de la perméabilité rénale et qui nous rendent mieux compte en quoi la dépuratation urinaire est en défaut, dans les néphrites. La chose la plus importante à apprécier, à la vérité, dans les dégénérescences des reins "ce n'est pas ce qui passe par les urines, comme on l'a dit avec raison, mais bien ce qui ne passe pas." Voilà précisément en quoi les nouvelles méthodes sont plus aptes à nous renseigner sur l'insuffisance du fonctionnement rénal et sur la pathogénie des troubles toxémiques ou urémiques qui en découlent.

Ces procédés, de date plus ou moins récente, sont au nombre de trois :

Le premier, le plus ancien, d'ordre biologique, est celui que M. Bouchard a décrit dans ses remarquables leçons sur les auto-intoxications. Il consiste à injecter dans les veines d'un animal une certaine quantité de l'urine d'un sujet dont on veut

apprécier l'état du fonctionnement rénal. L'urine normale détermine la mort d'un lapin à la dose de 45 centimètres cubes par kilogrammes de l'animal : c'est là le *coefficient urottoxique* normal. Dans les néphrites scléreuses et atrophiques, où la perméabilité pour l'eau n'est pas cependant toujours diminuée, c'est un fait constaté que ce coefficient s'abaisse plus ou moins, selon le degré de l'insuffisance de la dépuration urinaire ; ce phénomène est d'ailleurs conforme à ce que la conception de l'insuffisance rénale pouvait laisser présumer, *a priori*.

M. le Prof. Dieulafoy a répété bien des fois, dans sa clinique, les expériences de M. Bouchard ; et les résultats qu'il en a obtenus lui ont permis de corroborer, en tous points, les propositions émises par ce remarquable observateur, à savoir : que les urines des brightiques sont peu toxiques et qu'il en faut une bien plus grande quantité pour tuer un animal. Et, ce qui fournit encore un appoint de plus grande valeur pour le diagnostic des néphrites, c'est que bon nombre de ces expériences ont été faites systématiquement avec l'urine de brightiques non *albuminuriques*—dans des cas, par conséquent, où le diagnostic de la néphrite et de l'insuffisance rénale pouvait laisser les plus de doutes (Etude clinique et expérimentale de la maladie de Bright. —Société médicale des hôpitaux, 1886). Dieulafoy.

Le second procédé, de date un peu plus récente, est celui de la détermination de la perméabilité rénale par l'élimination provoquée. L'épreuve du Bleu de méthylène, proposé par MM. Achard et Castaigne, est le procédé le plus simple et le plus à la portée de tous les praticiens. Il consiste à injecter sous la peau du malade 5 centigrammes de bleu de méthylène, dilué à 20. Cette substance, assez caractéristique, s'élimine facilement par les reins. L'exploration oblige à rechercher d'heure en heure, dans l'urine, la présence de la matière colorante, soit en nature soit à l'état de chromogène. Dans l'état normal, où la perméa-

bilité n'est pas altérée, le bleu apparaît dans l'urine, après une demi-heure ; dans l'état pathologique, par contre, ce phénomène peut être retardé d'une à plusieurs heures. Et non seulement il y a retard dans l'apparition de la substance injectée, mais comme le défaut de la perméabilité ne permet pas à cette substance de passer en aussi grande quantité, à la fois, à travers les reins, l'élimination en est en même temps prolongée.

Le troisième procédé, le plus récent, est celui de la *cryoscopie* sur lequel M. Achard a fait une intéressante communication, au dernier Congrès de Paris, 1900.

Cette méthode a pour objet de déterminer la concentration moléculaire de l'urine et du sérum du sang, en recherchant le point de congélation de l'un et de l'autre, ce qui permet d'établir la comparaison pour les deux liquides. On sait qu'il existe un rapport entre le point de congélation d'un liquide et le nombre de molécules dissoutes qu'il contient. La conception de l'insuffisance rénale, par lésions chroniques et diffuses des reins, laissait présumer d'avance, d'après cette loi, que le point de congélation devait être abaissé pour les urines dans les néphrites. En effet, le défaut de la perméabilité rénale n'entrave pas seulement l'élimination des toxines liquides mais aussi des principes solides de l'urine : c'est bien là ce qui explique la diminution de la densité de la sécrétion urinaire chez les brightiques. La méthode cryoscopique est donc venue ajouter une nouvelle preuve, et des plus convaincantes, pour vérifier ce phénomène de physiologie pathologique.

Je ne m'attarderai pas à faire une description plus complète de ces procédés : il m'aura suffi, pour l'intérêt de notre sujet, d'en indiquer le principe, tout en laissant entrevoir les résultats qu'on peut en obtenir au point de vue du diagnostic de l'insuffisance rénale. D'ailleurs, comme je m'adresse surtout à des praticiens, je ne saurais m'empêcher de rappeler que les observa-

teurs, les plus compétents, MM. Achard, Claude Barthazard et L. Bernard, reconnaissent que ce sont là des méthodes de laboratoire qui obligent à des calculs un peu plus compliqués que ne le comportent les exigences de la clientèle journalière et qui ne sont pas sans souffrir, chacune, quelques objections. M. le Prof. Dieulafoy lui-même, tout en appréciant les avantages que ces méthodes peuvent apporter au diagnostic des néphrites chroniques, n'hésitait pas à dire encore, tout récemment, que ce sont là des recherches peu pratiques pour le moment, et même parfois infidèles ; et il ajoutait que, dans cette question si complexe du diagnostic de l'insuffisance rénale, le rôle principal reste encore à la clinique. C'est à cette partie que nous allons maintenant nous arrêter.

* * *

L'observation clinique a fait reconnaître depuis longtemps un ensemble de symptômes fonctionnels et généraux, qui ne sont pas tous l'expression directe de l'insuffisance de la dépuraction urinaire, mais qui peuvent permettre, dans bien des circonstances, d'en faire le diagnostic d'une néphrite chronique avec une quasi certitude avant même la mise en application des différents procédés de l'examen chimique des urines et des autres méthodes de l'appréciation du fonctionnement rénal.

M. Dieulafoy a réuni sous le titre de *petits accidents du brightisme* un ensemble de symptômes de peu d'importance, à première vue, mais qui apparaissent le plus souvent comme les premiers signes de la rupture de l'équilibre fonctionnel des reins. Ce sont : les *maux de tête*, les *épistaxis légères*, les *envies fréquentes d'uriner* (*pollakiurie, polyurie*), les *palpitations*, *l'essoufflement*, les *crampes* dans les *mollels*, les *douleurs lombaires*, les *secousses électriques* au début du sommeil, les *bourdonnements d'oreilles*, les *vertiges*, les *troubles visuels*, la *cryesthésie*, et les *troubles digestifs*.

Je n'entrerai pas dans la description de chacun de ces symptômes que vous trouverez, d'ailleurs, la plus complète et la plus précise dans le chapitre des néphrites de tous les traités classiques, de l'excellent Manuel de pathologie interne de M. Dieulafoy, particulièrement. Il me suffira de rappeler que ce sont des troubles qui, pris dans leur ensemble, doivent être mis le plus rationnellement sur le compte d'un empoisonnement urémique léger. Ils témoignent de la fin de la période de compensation physiologique dans le rôle fonctionnel des reins altérés, et marquent, à vrai dire, une période intermédiaire entre la santé et la maladie.

Ces troubles, insignifiants en apparence, peuvent apparaître isolés ou diversement associés, légers, fugaces ou tenaces, pendant une longue période de l'évolution d'une néphrite chronique, surtout chez les jeunes sujets; et cela, sans que les œdèmes brightiques, sans que les grands symptômes de l'urémie, sans même que l'albuminurie ne fassent leur apparition. S'ils ne passent pas tout à fait inaperçus du malade, celui-ci les rapporte de prime abord à des dérangements banals de la santé sans se sentir porté à consulter le médecin; ils sont mis souvent sur le compte d'une dyspepsie ou autres troubles du foie et des organes digestifs. Ce n'est souvent qu'à l'occasion de certains épisodes sous-aigus, qui viennent entrecouper l'évolution de la néphrite latente et font apparaître les œdèmes à la face, que l'attention du malade ou même du médecin, est attirée du côté des reins.

Ce sont ces épisodes aigus, dit Dieulafoy, que l'on prend à tort pour le début d'une néphrite. Si l'on se donnait la peine de rechercher, dans tous les cas, les antécédents morbides, dont le malade a pu souffrir depuis longtemps, on pourrait le plus souvent retracer, comme signes révélateurs, quelques uns de ces petits accidents du brightisme que nous avons mentionnés plus haut.

Les troubles qui caractérisent ces épisodes aigus ne sont généralement que passagers ; ils disparaissent ou ils s'atténuent avec la cause qui les a fait naître : écarts de régime, surmenage, refroidissement, etc. Certains sujets reviennent, apparemment du moins, à l'équilibre de leur santé normale s'ils s'astreignent à un régime approprié : le régime lacté ou lacto-végétarien. Il ne faudrait pas cependant prendre ces périodes d'accalmie ou de compensation, chez les brightiques, pour une guérison définitive de la néphrite. Les lésions de sclérose plus ou moins diffuses des deux reins ne sont pas en effet tout à fait incompatibles avec une certaine compensation physiologique, mais elles sont, de fait, *indélébiles*. Et le brightique dont les reins ont été ainsi touchés doit se résigner pour toujours, à vivre dans un état d'équilibre instable de sa santé et dans un état permanent d'imminence morbide.

Ces considérations laissent entrevoir l'importance de la recherche systématique des antécédents du brightisme chez tous les malades qui se présentent pour la première fois à notre observation. Cette importance ne découle non seulement du fait que ces petits accidents, pris dans leur ensemble, peuvent servir à nous faire dépister l'existence d'une néphrite, à nous éclairer sur les précautions à prendre pour prévenir les accidents plus graves de l'urémie confirmée, mais aussi du fait que la connaissance d'un défaut dans le fonctionnement rénal impose certaines précautions dans l'usage de certains médicaments et modifie, dans un bon nombre de cas, les moyens de l'intervention thérapeutique. Cette connaissance est également importante pour l'appréciation du pronostic et du traitement des maladies infectieuses, en particulier.

“Reconnaître comment le rein s'acquitte de ses fonctions, dit M. Achard, est un problème auquel s'attache en clinique un intérêt de premier ordre. Chaque jour cette question se pose au

praticien" : tantôt c'est pour établir de bonne heure le diagnostic d'une affection rénale afin d'instituer à temps un régime approprié, ou un traitement préventif des accidents nombreux que l'on peut avoir à redouter chaque fois que la porte de l'émonctoire rénal est fermée ; tantôt c'est pour ne pas transformer en effet toxique l'action thérapeutique de certains médicaments qui doivent être éliminés avec les urines et dont l'accumulation dans le sang ajouterait une nouvelle intoxication à celle de la maladie ; tantôt c'est pour nous aider à faire la part de la défaillance du rein dans les syndromes morbides compliqués de lésions organiques dans quelques-uns des principaux appareils de l'organisme ; tantôt enfin, ajouterons nous, c'est au début d'une maladie infectieuse grave, alors qu'il s'agit de mieux calculer les chances d'une dépuraction urinaire active, qui est une condition fondamentale pour éviter les risques d'une auto-intoxication par les toxines microbiennes, toujours si à redouter dans le cours de ces maladies. C'est là un rapport sur lequel je crois devoir particulièrement insister. On sait, en effet, que l'un des principes les plus admis dans la thérapeutique moderne des maladies infectieuses aigues est de stimuler les fonctions de la diurèse pour laver le sang des toxines microbiennes et des autres déchets de la nutrition qui résultent d'une désassimilation exagérée.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître aujourd'hui que les pratiques de la balnéation froide, universellement accréditées dans le traitement des maladies infectieuses et hyperthermiques, toutes de même origine, doivent leurs bons effets non pas tant peut-être à la soustraction du calorique et à l'abaissement de la température, comme on l'a longtemps pensé, mais aussi, pour une bonne part, à leur influence sur l'activité de la dépuraction urinaire. Le régime lacté et les boissons abondantes, que l'on prescrit conjointement avec les pratiques de la

balnéation froide, dans les mêmes maladies, ont une action corollaire et réalisent le même desideratum : ils doivent ainsi une partie des bons effets que la clinique leur accorde au maintien d'une diurèse active.

On ne s'arrête plus guère aujourd'hui à l'idée de détruire sur place, dans nos organes ou dans le sang, par le moyen des antiseptiques, les microbes pathogènes qui développent en nous les maladies infectieuses. Ces agents antiseptiques, qui n'antiseptisent rien, selon le mot de M. Huchard, ajoutent trop souvent une nouvelle intoxication médicamenteuse à l'auto-intoxication qui dérive des fermentations microbiennes ; ils donnent, de plus, le risque de fermer la porte de l'émonctoire rénal, dont l'intégrité fonctionnelle, ou la perméabilité, est une des meilleures sauvegardes dans la lutte contre les maladies infectieuses. On pourrait même dire que l'activité de la diurèse, comme moyen de défense dans ces maladies, ne le cède en importance qu'aux *serums* thérapeutiques, tous plus ou moins précieux, dont quelques-uns offrent l'avantage de neutraliser directement les toxines microbiennes, ou, plus vraisemblablement, d'exciter les fonctions antitoxiques et phagocytaires des cellules de l'économie.

Tels sont les principaux rapports d'intérêt pratique qui se rattachent de plus près à l'appréciation des antécédents du brightisme et au diagnostic précoce de l'insuffisance rénale.

*
* *

Mais à une période plus avancée des néphrites, le défaut de la dépuración urinaire produit des troubles plus appréciables et plus graves, qui constituent les accidents de l'urémie confirmée. Ces troubles sont, encore ici, variables, plus ou moins dissociés ; ils coexistent souvent avec des œdèmes fugaces ou permanents et quelquefois avec les signes d'une cachexie brightique précoce.

À la période ultime des néphrites, que les sujets soient ou non arterio-scléreux, les troubles de l'insuffisance rénale

se trouvent fréquemment associés à des lésions organiques dans les principaux appareils de l'économie : cœur, poumons et cerveau. Il en résulte des syndromes compliqués qui peuvent masquer à première vue la maladie rénale et faire devier le diagnostic, si l'esprit du médecin n'est pas prévenu.

Les grands accidents urémiques les plus intéressants à noter et dont l'insuffisance du rein nous fournit l'explication, sont du côté du système nerveux : les céphalées violentes, les convulsions, le délire sous toutes ses formes, le coma ; du côté des voies respiratoires : les bronchites, l'essoufflement, l'œdème suraigu des poumons, la dyspnée par accès qui peut rappeler l'asthme vrai, la dyspnée des cardiaques, ou même les crises de l'angine de poitrine (dyspnée cardio-aortique) ; du côté des voies digestives : les troubles dyspeptiques, les gastralgies, les vomissements, souvent incoercibles, les diarrhées ; du côté des sens : les troubles de la vue et de l'ouïe.

A toutes les périodes de l'insuffisance rénale on peut s'attendre de voir s'ajouter aux grands symptômes ou même aux petits accidents de l'urémie, diverses complications qui se rattachent soit à la dyscrasie sanguine, telles que les œdèmes splanchniques, les épanchements, l'anasarque généralisée, soit à des phlegmasies du côté des organes internes, telles que les pleurésies, les péricardiites, les péritonites, avec ou sans épanchement, les hépatites, les myocardites. Enfin, on doit compter de plus avec l'artério-sclérose et ses conséquences sur la circulation et la nutrition des organes : dégénérescence, hémorragies, etc. Un sujet atteint de néphrite chronique peut finir par avoir, selon les expressions de M. Huchard, un *rein cardiaque*, un *rein hépatique*, comme aussi un *rein rénal* avec tous les signes d'une double asystolie.

Parmi les accidents directement imputables à l'influence des poisons urémiques l'un des plus graves et des plus importants à signaler est la suppression brusque de la sécrétion urinaire

(urémie rénale.) Cette forme d'anurie, le plus souvent mortelle est expliquée par une paralysie brusque des reins, sous l'influence des poisons urémiques, dont la plupart sont vaso-constricteurs ; ces poisons déterminent un spasme vasculaire prolongé et un changement brusque dans la circulation des deux reins, d'où résulte la paralysie de leurs fonctions. C'est là une véritable asystolie rénale. Cet accident, qu'on peut prévenir, mais qu'on ne peut guère contrôler, est souvent le résultat d'un défaut dans le régime, soit par abus des boissons alcooliques, soit par l'empoisonnement alimentaire aigu.

(A suivre)



PROGRES A FAIRE DANS LE TRAITEMENT MERCURIEL. (1)

(Par M. le DR. LEREDDE, Paris.)

Depuis plus de six mois je me suis occupé de la question des affections parasyphilitiques et j'ai été amené à penser que le terme " parasyphilitique " pouvait être appliqué à des affections telles que la neurasthénie et l'hystérie de la période secondaire qui sont d'origine et non de nature syphilitique, et qui se rencontrent plus fréquemment chez les non syphilitiques que chez les malades atteints de syphilis, mais que des maladies comme le tabès et la paralysie générale qui sont presque exclusives, sinon exclusives, aux syphilitiques ne pouvaient être déclarées d'origine syphilitique et non de nature syphilitique.

Je me suis demandé pourquoi le Prof. Fournier, qui a établi cette notion de la parasyphilis, avait cru que le tabès, la paralysie générale, d'autres maladies, sont incurables par le traitement spécifique et je me suis aperçu que de côté et d'autre on avait publié des observations en nombre respectable déjà, où le tabès et la paralysie générale avaient été guéris par le traitement mercuriel. C'est ainsi que j'ai été conduit à me demander si le traitement mercuriel fait par le Prof. Fournier chez les malades qu'il avait considérés comme parasyphilitiques n'avait pas été un traitement insuffisant et si par hasard ces malades n'auraient pu guérir traités d'une autre manière. Or, on sait que, depuis quelques années, le traitement par les injections de calomel a pris une extension importante, et a permis de guérir des accidents rebelles aux autres méthodes de traitement hydrargirique.

(1) Communication présentée au premier Congrès des Médecins de langue française tenu à Québec les 25, 26, 27 juin 1902.

La notion de la parasyphilis est supérieure à l'époque où les injections de calomel ont pris l'extension que l'on sait, et où le traitement mercuriel a été fait d'une manière plus énergique.

J'ai déjà recueilli un certain nombre d'observations de paralysies améliorées ou guéries par le calomel et j'ai publié récemment une observation de tabès à marche rapide guéri par le calomel.

Le calomel a-t-il donc une action spécifique dans la syphilis? Je fus très frappé en entendant un jour une communication de M. Albert Robin concernant une malade atteinte d'accidents oculaires graves ayant résisté au traitement par le calomel et ayant guéri par des injections de benzoate de mercure. En étudiant l'observation, je m'aperçus que les injections avaient été faites à une dose infiniment supérieure à celles qu'on emploie d'habitude, puisqu'elle était de 5 ctgr. par jour. En réfléchissant à la question, je fus moins surpris et je fus conduit à admettre les opinions que j'ai soutenues récemment, qui ont déjà eu un certain retentissement et qui conduisent à modifier sur quelques points importants le traitement mercuriel dans la syphilis.

J'ai remarqué que tous les sels couramment employés en injections solubles ont rencontré des partisans, que chacun a déclaré que le sel dont il se servait était supérieur aux autres et cependant aucun sel n'a démontré sa supériorité d'action d'une manière réelle. Je me demandai si, réellement, il existait des raisons d'admettre que tel sel fut supérieur à tel autre au point de vue de l'efficacité et si l'action des sels n'était pas due simplement à la quantité de mercure qu'ils contiennent. Or, les sels mercuriels employés d'une manière courante ne contiennent pas des doses de mercure semblables puisque le cyanure de mercure contient 79 p. 100, le sublimé 73 p. 100, le bi-iodure 44 p. 100, et le benzoate 45 p. 100.

L'action du calomel se comprend si l'on pense que l'on

introduit en une semaine une quantité de mercure supérieure à celle qu'on introduit par un autre sel employé d'une manière courante et la supériorité des injections insolubles sur les injections solubles est dûe simplement, me semble-t-il, à ce que, jusqu'ici, on a employé des doses de sel soluble beaucoup trop faibles.

Il est prouvé aujourd'hui que l'on peut injecter chaque jour, à un syphilitique, 6 et 7 ctgr. de benzoate de mercure et de bi-iodure. J'ai même pu injecter 3 ctgr. de cyanure, chaque jour, à des syphilitiques. Par suite on peut injecter, sous forme de sels doubles, des doses bien supérieures à celles qu'on a injectées jusqu'ici.

Ces notions établies conduisent à modifier le traitement syphilitique sur un certain nombre de points.

Je dois d'abord remarquer que l'on doit attacher la plus grande importance à la quantité de mercure injecté dans l'organisme, puisque c'est par elle qu'on s'explique facilement la supériorité d'action de certains procédés sur certains autres.

J'ai pu établir la loi suivante :

Un accident syphilitique rebelle à une quantité de mercure A peut guérir par une quantité $A \times a$ à quelle que soit la valeur de a .

Etant donnée l'importance de la quantité de mercure introduite dans l'organisme, il est nécessaire de faire le traitement des accidents syphilitiques graves ou rebelles uniquement sous forme d'injections mercurielles car elles sont le seul moyen à notre disposition pour savoir quelle quantité de mercure nous introduisons dans l'organisme.

Dans les accidents syphilitiques qui atteignent le système nerveux, il est urgent d'agir le plus rapidement possible. On se servira donc d'injections solubles à la dose de 6 à 8 ctgr. de ben-

zoate ou de bi-iodure par jour, ou d'injections de cyanure ou de sublimé à la dose de 2 ou 3 ctgr.

Dans les accidents nerveux à évolution lente, tels que ceux qu'on a appelés parasyphilitiques, on injectera des sels solubles aux doses précédentes, mais on pourra se servir de calomel en modifiant la technique indiquée jusqu'ici.

Le calomel a un effet précieux, c'est d'agir brutalement. L'injection de calomel est suivie de phénomènes locaux et généraux qui démontrent une résorption rapide du mercure injecté.

On pourra, comme je l'ai fait, dans les accidents parasyphilitiques, employer le calomel sous forme d'injections de 10 ctgr. la première à un jour déterminé, la deuxième seize jours après la première, la troisième, six jours après le deuxième, la quatrième cinq jours après la troisième.

Je n'ai pas encore rapproché les injections davantage car, dans ces conditions, on détermine un affaissement et un amaigrissement marqués et je ne rapprocherai les injections que chez les malades chez lesquels je n'observerai pas ces phénomènes. Bien entendu, l'état du rein et des urines doit toujours être surveillé.

Les mêmes considérations sont applicables aux accidents syphilitiques graves, en dehors du système nerveux. On doit agir le plus énergiquement possible. Dans ces cas on fera pénétrer sous forme d'injections de calomel ou d'injections solubles, la plus forte dose de mercure possible dans l'unité de temps.

Lorsque ces accidents seront graves par les phénomènes à début rapide qu'ils peuvent déterminer, on agira par les injections solubles aux doses que j'ai indiquées de manière à introduire, dans le plus bref délai possible, la plus grande quantité de mercure possible.

Tels sont les principes qui doivent, pour moi, guider les médecins dans le traitement des accidents syphilitiques

graves. J'expose, en ce moment, sur ce point, des idées personnelles, mais qui ont, je crois, le mérite d'être extrêmement simples et de reposer sur des raisonnements faciles à comprendre. Je ne pense pas du reste, que le traitement mercuriel, tel que je l'indique ne puisse être perfectionné. La question des injections intra-veineuses, particulièrement, est à reprendre et, d'autre part, on peut se demander si certains sels organiques ne permettront pas d'agir encore plus énergiquement que nous pouvons le faire, sans déterminer les effets toxiques que nous aurions avec les sels actuels en élevant les doses. Mais ce que je veux indiquer en ce moment, c'est la possibilité de faire le traitement mercuriel mieux qu'on ne le fait à l'heure actuelle et de réaliser un progrès sur les règles aujourd'hui suivies par tous les syphili-graphes.



ANALYSES.

CHIRURGIE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE TESTICULAIRE.

(LA SEMAINE MÉDICALE 1902.)

Le Dr. Lejars publie, dans la *Semaine Médicale*, une très longue étude sur cette question qui a été l'objet de bien des discussions. Quel parti prendre en face d'un malade atteint d'une pareille affection? C'est le moyen le plus simple, semble-t-il, de résoudre cette question, en l'étudiant sur des données cliniques.

Deux principes doivent toujours dominer la thérapeutique et guider le praticien.

Le premier, c'est qu'un foyer tuberculeux découvert chez un malade, n'est peut-être pas le seul existant chez lui; et le fut-il, le sujet n'en est pas moins en puissance d'infection tuberculeuse.

Le second concerne la résistance vitale de l'individu atteint. Cette dernière, (quel qu'en soit le mécanisme intime) est l'agent essentiel de la guérison; elle ne doit pas cependant nous faire conclure à l'abstention opératoire.

Mr. Lejars distingue plusieurs formes de tuberculose testiculaire :

1^o-*Noyau-épididymaire, isolé, unilatéral.* Il est clair ici qu'une castration d'emblée n'est pas de saison. D'accord avec Quenu l'auteur estime qu'il vaut mieux enlever sans tarder le noyau tuberculeux. Mais s'empresse-t-il d'ajouter, il y a bien des cas où, en tenant compte de l'âge, du milieu, de l'évolution locale, on pourra se borner à un traitement purement médicamenteux, dont les principaux seront: le repos, (y compris le repos génital,) le grand air, la mer, la suralimentation. Ces moyens devront être employés pendant une très longue période. Le pronostic de la tuberculose s'aggravant avec l'âge, on ne devra pas s'attarder au traitement médical au de là d'une certaine époque de la vie. Il en est de même chez des hommes jeunes, mais chez qui l'évolution n'est pas franchement en regression

après quelques mois. Les noyaux observés grossissent-ils, et à plus forte raison sont-ils ramolis, abcédés ou fistuleux, on devra faire l'excision immédiate. Cette excision du noyau tuberculeux crée, il est vrai, une perte de substance de l'épididyme et supprime ordinairement le fonctionnement du testicule, mais il ne faut pas oublier que la tuberculose en fait de même.

2. *Épididymite tuberculeuse totale mais encore unilatérale.*

Ici la question se pose à savoir, si l'on doit se borner à faire simplement une épидидymectomie (enlever le mal) ou faire la castration. L'auteur se déclare carrément en faveur de l'épididymectomie, la jugeant suffisante et pouvant donner des résultats tout aussi favorables que la castration. Il ne s'agit en définitive que de savoir si l'opération conservatrice enlève sûrement tout le foyer tuberculeux. La réponse est fournie par l'état du corps testiculaire. Est-il sain, il est clair que la castration n'a aucune raison d'être. Outre l'observation clinique, et l'examen direct du testicule, on peut toujours au moment de l'intervention se renseigner par une incision testiculaire. De fait, l'auteur a trouvé que le testicule était sain dans la majorité des cas: et il l'était en proportion d'autant plus forte que la maladie était plus près du début, d'où la conclusion qu'il tire qu'en opérant de bonne heure on pourra espérer trouver le testicule intact dans les deux tiers des cas et se contenter alors de l'épididymectomie avec de bons résultats.

3. *Orchi — épидидymite tuberculeuse unilatérale.*

Ici dans un grand nombre de cas où il y a envahissement du scrotum, les formes hypertrophiques ou diffuses et rapides la castration d'emblée s'impose. On devra toujours la faire *large et haute*.

4. Supposons maintenant un degré encore plus avancé de la tuberculose. Elle a pénétré plus avant encore dans l'économie il y a concomitamment de la *déférentite totale*, de la *vésiculite*, de la *prostatite*, qu'elle conduite faut-il tenir? Mr le Dr. Lejars estime que non seulement la castration n'est pas contre-indiquée, qu'elle est à conseiller, vu que la suppression du foyer principal testiculaire exerce d'ordinaire une influence heureuse sur le foyer profond. D'ailleurs, les lésions des organes profonds ne sont pas inaccessibles, et il sera à conseiller de les opérer quand les lésions sont fort avancées et que l'état général est encore suffisamment résistant.

5. L'affection peut maintenant être *bilatérale*. S'agit-il simplement d'une *épididymite double*, on aura recours au traitement médical et s'il fait faillite, une *épididymectomie double* sers de rigueur. Se trouve-t-on en présence d'un malade dont les *deux testicules sont pris soit simultanément soit successivement*, quoi qu'en disent certains auteurs Mr, Lejars estime qu'il faut à tout prix éviter une double castration et pour cause; on y aura recours qu'on dernière ressource et pour une sorte de nécessité vitale.

C'est dans le but de ne pas se trouver acculé à cette double opération complète qu'on ne perdra pas trop de temps par l'expectation et le traitement médical, si l'épididyme du second testicule vient à être pris après une castration unilatérale.

6 Que faire dans ces *formes extrêmes*, abcédées et fistuleuses, où l'état général et local est tel que l'action chirurgicale ne saurait plus être que palliative et temporaire. Ces opérations ne sont certes pas destinées à faire honneur au chirurgien, c'est vrai, mais c'est le bien du malade qui doit primer toute considération.

Or, si on suppose un état général assez bon, bien que les lésions locales soient au dessus de toute ressource et même étendues dans bien des cas, à tout l'appareil génito-urinaire, il reste en faveur d'une intervention, qui donne, outre le soulagement général, certaines survies et améliorations prolongées ce qui est déjà quelque chose. L'état général maintenant est-il mauvais, par exemple dans le cas d'un phthisique fort avancé chez qui survient une orchite secondaire à évolution rapide, l'opération suivant l'auteur, est encore à conseiller, car elle est bénigne et débarrasse le malade de ce qui constitue le plus souvent le principal tourment de ses derniers jours.

A. S.

DES ALTÉRATIONS CUTANÉES DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER

(LA SEMAINE MÉDICALE) (1902.)

La question du diagnostic précoce du cancer est trop importante pour que l'on ne porte pas une attention spéciale à toutes les recherches qui sont dirigées de ce côté.

La *Semaine Médicale* donne les résultats obtenus jusqu'à présent dans l'étude des altérations cutanées en rapport avec son cancer.

Le Prof. Leser avait eu, depuis quelques années, l'occasion de constater, chez des sujets atteints de cancer, l'existence de très petites tumeurs multiples des téguments, augmentant de nombre au cours de l'évolution de la maladie. C'est ainsi que dans un cas de carcinome récidivant du voile du palais, le nombre de ces petites tumeurs qui n'était d'abord que de 19 se leva rapidement jusqu'à 216. Ces tumeurs d'une coloration bleu-rougeâtre se présentent sous la forme de petites éminences du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille ne disparaissant pas sous l'influence de la pression du doigt. Elles siègent de préférence au niveau du tronc, plus rarement sur les membres et exceptionnellement aux mains et aux pieds. Le microscope y décèle la structure caractéristique des angiomes. Dans le but de se rendre un compte exact de la fréquence de ces angiomes chez les cancéreux et chez les sujets exempts de cette affection, l'auteur institua une série de recherches cliniques. Or, voici les résultats auxquels il est arrivé. Sur 50 malades atteints de cancers dont la nature maligne avait été confirmée par l'examen microscopique, tous, sauf un seul, furent trouvés porteurs de tumeurs angiomatenses susmentionnées. Leur nombre était en moyenne de 15 à 18 pour les hommes et 13 pour les femmes.

Des recherches furent faites, d'autre part, sur 300 malades hospitalisés pour des affections non cancéreuses et à l'égard desquels l'observation prolongée permettait d'exclure d'une façon catégorique l'hypothèse d'une tumeur maligne.

Ces recherches ont montré que les angiomes cutanées s'ob-

servent parfois aussi chez les individus non cancéreux mais à un âge beaucoup plus avancé et en très petit nombre.

C'est pourquoi, Leser attribue aux néoplasmes en question une certaine valeur diagnostique au point de vue de l'existence du cancer.

Le Dr. Gebele n'arrive pas lui aux mêmes conclusions. Sur 21 individus cancéreux, 11 seulement présentaient ces tumeurs, les autres en étaient complètement exempts.

D'un autre côté, 206 malades non cancéreux fournirent 86 porteurs d'angiomes.

Gebele conclut de là, qu'on ne saurait attribuer aux angiomes cutanés une valeur diagnostique au point de vue de l'existence du cancer, et cela, d'autant plus que ces petits néoplasmes coexistent parfois avec des tumeurs non cancéreuses voire même bénignes.

Le Dr. Rosenbaum trouve des conclusions analogues.

Par contre, le Dr. Hollander se rallie complètement à l'opinion de Leser. Il fait très judicieusement observer, notamment en ce qui concerne les recherches de Gebele, qu'elles ont porté sur un nombre restreint de cancéreux. (La même remarque s'applique aux constatations de Rosenbaum.)

En se basant sur une expérience de 10 années, Hollander estime qu'on ne saurait mettre en doute la fréquence des angiomes cutanés chez les cancéreux, fréquence, du reste, déjà notée par un certain nombre de chirurgiens de marque, (Von Langenbeck, Israël, W. Freund etc.)

Mais comme ces petites tumeurs se montrent également chez des individus exempts de cancer, ce n'est pas le fait seul de leur présence qui offrirait une certaine valeur diagnostique, *mais leur apparition brusque et leur multiplicité.*

En outre, toujours d'après Hollander, ces angiomes ne seraient pas les seules manifestations certaines qui pourraient mettre sur la voie d'un cancer. Deux autres altérations cutanées à savoir : la formation de verrues en grand nombre et une pigmentation particulière de la peau auraient la même valeur.

Cette dernière lésion serait particulièrement importante pour le diagnostic précoce du cancer, et notamment d'un néoplasme malin de l'intestin : il s'agirait de taches rappelant par leur aspect, les éphélides, d'une coloration cependant plus sombre, avec des contours moins réguliers, et s'en différenciant encore par leur localisation habituelle aux parties du corps qui res-

tent ordinairement couvertes. Il ne serait pas rare de voir cette pigmentation s'étendre surtout au voisinage des parties atteintes de cancer; c'est ainsi qu'elles occuperaient, par exemple, la région fessière dans le cancer du rectum.

La question n'est certes pas encore parfaitement élucidée, mais on ne doit pas ignorer dans une question aussi sérieuse que celle du diagnostic précoce d'une lésion cancéreuse, les recherches et les constatations accréditées du rapport des altérations cutanées avec l'évolution d'un néoplasme malin.

A. S.

— 000 —

QUELQUES PHASES DE L'INFLAMMATION DE L'APPENDICE.

Par SIR FREDERICK TREEVES.

(Ex British Medical Journal 26 juin 1902.)

Tous les symptômes qui constituent la classique attaque d'appendicite sont dûs à la réaction péritonéale dans la région appendiculaire—la maladie est essentiellement une variété de péritonite—Sa cause, sa pathologie, son diagnostic, son traitement sont ceux de la péritonite.

Tant que le péritoine n'est pas intéressé, il n'y a pas d'attaque appendiculaire possible.

Si on recherche quels sont les symptômes propres à l'inflammation de l'appendice on arrive à trois hypothèses:

1° On peut avoir : Inflammation chronique et étendue de l'appendice, épaissement des parois, même légère sténose sans symptômes aucuns: de là viennent les attaques foudroyantes, de là viennent aussi les formes à répétition.

2° L'attaque est précédé d'une série plus ou moins longue de symptômes; douleurs, vomissements, etc, le tout sans température. Ce qu'on appelle colique appendiculaire n'est que la participation du péritoine à l'inflammation localisée.

3° Le malade a une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, avec ou sans attaques appendiculaires, on trouve alors quelques fois l'appendice malade sans aucune participation quelconque de la part du péritoine.

Les porteurs de cette lésion sont toujours mals : douleurs, troubles stomacaux et intestinaux, douleur irradiée dans la cuisse, tendance à marcher courbé. La température n'est pas toujours nécessaire : C'est dans cette troisième hypothèse que l'on trouve l'appendice apparemment sain à l'extérieur, mais lésé de manières les plus différentes à l'intérieur : Inflammation légère, coudure, obstruction, etc.

Dans ces cas on a la gradation des symptômes du simple malaise aux douleurs les plus sérieuses.

Pour ce qui regarde les causes de l'appendice il y a peu de choses à dire.

Les jeunes y sont plus disposés.

80 pour cent des malades sont âgés de moins de 30 ans.

73 pour cent sont des hommes.

1° La vie sous les climats tropicaux prédispose les habitants des climats tempérés à l'appendicite, probablement à cause des erreurs de régime dont les étrangers sont victimes, aussi parce que les troubles intestinaux sont plus fréquents sous les tropiques que n'importe où ailleurs.

2° Chez les femmes, l'inflammation de l'appendice coïncide souvent avec une lésion anaxielle du même côté—les deux organes sont innervés par la même source.

3° La cause la plus fréquente, qui empiète même sur le domaine des deux autres, c'est la surcharge du gros intestin par des matières indigestes ou non digérées. La muqueuse intestinale devient malade (catharre chronique) et la lésion s'étend jusqu'à l'appendice.

Inutile de noter que le premier noyau avalé ne s'en va pas, en droite ligne, se loger dans le processus vermiforme, les noyaux n'ont rien à faire en cette galère.

Pour plusieurs : Douleur au point de McBurney et appendicite sont synonymes : cette opinion vient de l'idée bien arrêtée qu'on a que le point de McBurney correspond exactement au siège de l'appendice.

En dehors du fait que toute douleur dans la fosse iliaque droite doit faire songer à l'appendicite le point de McBurney n'a aucune valeur diagnostique ; Et ceci simplement parce que le point ou la ligne joignant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic croise le bord externe du muscle droit, (point de Munro, ou point de McBurney) ne correspond pas à la situation de l'appendice.

Une série de recherches portant sur des cadavres, des opérés, des sujets malades et des sujets sains, faites par le Dr Arthur Keith du London Hospital, ont prouvé que c'est la valvule illéo-cœcale qui se trouve le plus exactement sous le point nommé.

Plusieurs sujets sains ont une sensibilité plus marquée à ce point sans lésion appendiculaire quelconque.

On sent souvent à la palpation une petite tumeur en forme de tuyau de pipe que l'on prend pour l'appendice et qui ne l'est pas. Cette tumeur est le plus souvent due à une contracture fibrillaire des muscles.

Le traitement opératoire peut se résumer à deux choses :

N'ouvrir pendant la phase aigue que s'il y a du pus formé ;

Opérer après le refroidissement. Cette dernière opération est presque sans danger et radicale, puisqu'on enlève l'appendice. Dans cette opération la mortalité n'est que d'environ un pour cinq cents.

P. C. D.

LE CONGRÈS BELGE DE CHIRURGIE

LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

(Dr A. BROCA, rapporteur.)

Le docteur fait surtout un rapport concernant son expérience personnelle. Il a vu beaucoup de cas d'appendicite, et il a été tour à tour interventionniste radical puis temporisateur.

Ses dernières statistiques lui ont prouvé la valeur plus grande de ce dernier mode de traitement-

Il donne donc comme traitement de cette affection l'expectation comme l'a formulée Jalaguier.

On ne doit opérer à chaud que si l'on a la main forcée. Le docteur Sonnenburg de l'hôpital Moabit à Berlin abonde dans le même sens. Tous ces orateurs reprennent le même thème sauf le docteur Peugniez d'Amiens. Il intervient toujours et le plus vite possible, il enlève l'appendice—depuis qu'il opère à bonne heure ses statistiques sont beaucoup meilleures.

Comme on le voit la théorie de Dieulafoy v. q. appendicite égale opération, reçoit de rudes coups depuis la communication du Dr Jalaguier qui le premier fit valoir à son juste mérite le traitement médical bien attendu de l'appendicite.

P. C. D.

—ooo—

OPHTALMOLOGIE

Rapport sur la cécité en France, M. TROUSSEAU (de Paris).

Voici d'après Trousseau les affections les plus caractéristiques qui font le plus d'aveugles.

Glaucome	19%
Atrophies du nerf optique	19%
Conjonctivite purulente	9%
maladies de la cornée	8%
Myopie.	8%
Traumatismes et ophthalmies Sympatiques	6%
Maladies congénitales	6%

D'après ce tableau, le Glaucome et l'atrophie optique sont les deux causes principales de cécité : Vient ensuite la conjunctivite purulente suivie de bien près par les maladies de la cornée et la myopie.

Passons de suite aux conclusions de cet intéressant travail qui surtout peuvent être utiles non seulement à l'oculiste mais aussi à chaque médecin praticien. Quels sont les moyens pour prévenir la cécité ?

Ils sont au nombre de trois : moyens sociaux, législatifs et médicaux.

Moyens sociaux.

Le rapporteur insiste surtout sur l'utilité des avis donnés au public, qui s'intéresse de plus en plus aux questions d'hygiène, et il conclut, que les circulaires, les brochures bien faites, et ne mentionnant jamais un moyen quelconque de traitement peuvent avoir la plus heureuse influence pour la prophylaxie des maladies oculaires.

Il conseille surtout, de donner des notions d'hygiène oculaire aux instituteurs dans les écoles, en les chargeant de les transmettre aux enfants dont ils ont charge. Les habitations ouvrières doivent être saines, les écoles et les ateliers bien aérés et bien éclairés. Le devoir du médecin est tout tracé : il doit s'efforcer de répandre la valeur des lois hygiéniques à la ville et à la campagne et favoriser par tous les moyens possibles le bien-être et l'état moral des classes pauvres.

Moyens législatifs.

Il insiste surtout sur la désinfection des locaux habités par les granuleux, sur les lois visant la propagation des maladies contagieuses.

Il fait une mention spéciale de la syphilis, de l'alcoolisme etc. Notons en passant qu'il est d'une sévérité extrême contre les charlatans qui soignent les maladies des yeux, et les pharmaciens qui distribuent si aisément les collyres dans leurs officines.

Moyens médicaux.

Cette dernière partie de son travail s'adresse surtout au médecin praticien.

En effet, les connaissances ophtalmologiques des médecins sont insuffisantes. Combien d'enfants privés de la vue à la suite d'ophtalmies purulentes mal soignées, combien de sujets aveugles par des glaucomes pris pour des iritis et abreuvés d'atropine. On ne peut trop insister sur cette situation et les étudiants devraient être forcés de faire un stage obligatoire dans un service d'ophtalmologie bien organisé et sous la surveillance de spécialistes compétents. L'intérogation aux examens devrait être plus sévère. C'est en effet une grave erreur de considérer l'ophtalmologie comme une entité négligeable.

N. A. D.



MEDECINE

“ DE LA LEVURE DE BIÈRE EN THERAPEUTIQUE ”

M. Durand (de Caluire) a passé en revue dans le “ Lyon Medical ” les différents travaux parus sur cette question. De cette critique et de son expérience personnelle, et “ retenant seulement les faits cliniques indiscutables, ” il tire les conclusions suivantes :

1° Dans les furoncles, anthrax et tous les dermatoses suppurées d'origine interne, comme l'impétigo, les folliculites sycosiformes, les orgallets ; la levure de bière donne des résultats merveilleux, et c'est là, suivant nous, sa véritable indication ; elle agit dans ce cas comme un antiseptique interne d'une grande puissance.

2° Elle modifie aussi, d'une façon très heureuse, nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-intérite infantile, fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

3° Enfin, en applications locales, elle peut constituer, dans certains cas, un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations, certaines brûlures).

E. M.

ESSAI D'INOCULATION DE LA TUBERCULOSE BOVINE A L'HOMME.

Par le Dr PAUL GARNEAULT.
(ex Gazette Médicale de Paris)

Le docteur commence ses expériences le 17 juin après avoir appliqué une vésicatoire sur la peau de l'avant bras gauche ; il y mit en contact pendant 2 hrs. un fragment de gauglion tuberculeux pris sur une vache saisie.

Le 15 juillet il introduit sous la peau du même bras environ 10 centig. de tissu tuberculeux d'un nodule du foie d'une autre vache saisie.

Le bras porte au 31 juillet une forme très discrète de tuberculose cutanée. Inoculée aux cobayes cette peau donne la tuberculose mais après une incubation longue 35 jours.

Le point d'infection profond du bras est resté fistuleux il en sort un liquide purulent à la pression (3^e juillet.)

Les cobayes inoculés deviennent tuberculeux (14 et 18 jours.)

Les cobayes inoculés le 4 Août deviennent tuberculeux après 20 jours.

Aujourd'hui le nodule sous cutané laisse encore couler du pus et la lésion superficielle est encore apparente.

Le Dr. Garneault conclut que si la tuberculose bovine ne se transmet pas à l'homme elle peut du moins s'y cultiver fort bien puisque 15 jours après l'inoculation le système n'est pas encore parvenu à se débarrasser de la semence déposée sous la peau ou seulement des germes qui y ont pris racine après un contact de 2 hrs.

P. C. D.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Empoisonnement par le sumach (rhus toxicodendron).

Les journaux américains sont remplis à cette saison, d'articles sur le traitement de la dermatite causée par le suc—on a même prétendu par les émanations—de cette plante qu'on appelle en anglais *poison ivy* (r. radicans) ou *poison oak* (r. toxic.) que nos campagnes—surtout du district de Québec—contiennent en abondances sous le nom vulgaire d'*herbes à puce*. Il ne serait peut-être pas hors de propos de résumer ici quelques-unes des méthodes les plus vantées comme les plus nouvelles préconisées pour le soulagement et la guérison de cette affection.

1° *Ichthyol*. Le traitement par ce médicament paraît être celui le plus recommandé à l'heure présente : On peut se servir de la formule suivante :

R

Amidon	grammes	XX
Eau froide	"	X
Ichthyol	"	XX
Solution concentr. albumine	"	1.50
(blanc d'oeuf)	"	

M.

Sig. En application locale.

3

Enlever avec de l'eau chaude à chaque nouvelle application.

S'il y a beaucoup de gonflement, il vaut mieux appliquer alors sur les parties du corps ainsi affectées, des pansements (coton absorbant) humides contenant une solution aqueuse du même médicament à 1 ou 2 o/o. On applique ce traitement toutes les 24 heures et il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours à plus de 3 ou 4 applications. Quelques médecins recommandent de laisser chaque couche précédente d'ichthyol en place, de manière à former en toute la surface de la peau malade une croûte épaisse qu'on n'enlève qu'après la guérison. On peut alors remplacer celle-ci par un onguent émollient, à l'acide borique par exemple.

2^o *Traitement par les astringents* : Voici les principaux recommandés :

R	Oxyde de Zinc	½ once
	Acide phénique	1 drachme
	Eau de chaux	1 chopine
	M.	

Sig. Agiter et appliquer localement plusieurs fois dans la journée, en laissant les compresses en places. Où il y a des solutions de continuité dans la peau, ne pas employer l'onguent ci-dessus pour éviter l'absorption.

L'ichthyol a l'immense avantage, lui, d'être non-toxique.

R	Alun	12 grammes
	Acétate de plomb	60 "
	Eau	500 "
	M.	

Sig. En lotion.

Même emploi et précaution que le précédent.

3^o *Traitement par le Grindelia Robusta.*

Cette forme de traitement est encore considérée comme la meilleure par un grand nombre. Elle consiste à lotionner fréquemment les parties malades avec une solution de l'extrait fluide, une drachme pour 4 à 8 onces d'eau. On peut laisser les linges imbibés de cette lotion en place constamment.

Dans les cas de prurit très rebelle, on pourra recourir à l'application d'une solution de cocaïne (à 6 o/o) mais toujours surveiller la possibilité d'absorption en trop forte proportion.

Enfin dans chaque cas d'empoisonnement par le sumach ne pas négliger les laxatifs au début et la quinine à l'intérieur pendant toute la durée de l'attaque.

C. V.

—000—

NOUVELLES ET VARIÉTÉS

Typhoïde : On rapporte qu'une épidémie sérieuse de typhoïde aurait éclaté parmi les mineurs dans les environs du Cap Nome (Alaska), La maladie serait due à l'eau contaminée de ces terrains marécageux (tundra) que les mineurs boivent.

Peste : Celle-ci continue à exercer ses ravages principalement dans l'Île de Formose (maintenant faisant partie du Japon) où 1515 morts ont eu lieu depuis janvier au 8 juillet 1902. Un cas de peste a été rapporté dernièrement (juillet 23) à Honolulu (Îles Hawaii).

La reine de Portugal qui s'intéresse grandement à tout ce qui concerne la médecine, vient récemment de contribuer au delà de \$20.000 à l'établissement d'un hôpital pour les tuberculeux à Lisbonne.

Un congrès pour " l'amélioration du sort des aveugles " vient de s'ouvrir à Bruxelles (août 6) sous le patronage du roi des Belges et du duc Théodore de Bavière, (qui comme on le sait, est lui-même un oculiste de distinction et à la tête d'une clinique ophthalmologique à Munich). Les délégués à ce Congrès, parmi lesquels se comptent plusieurs savants d'une renommée universelle, vont chercher les moyens les plus propres à rendre les aveugles capables de se trouver des moyens de subsistance, et aussi examiner les différentes méthodes de récréation adoptées pour les aveugles dans les différents instituts ophthalmiques.

Le Dr Samuel Léopold Schenck, pendant 30 années professeur d'embryologie à l'Université de Vienne, et qui en 1898, annonça au monde sa théorie sur la procréation des sexes à volonté, est décédé à Schwanberg, Autriche, le 8 août dernier, âgé de 62 ans. En raison du bruit que causa dans le temps l'ouvrage qu'il fit paraître sur cette question, le Dr Schenck fut forcé de résigner alors et sa place de professeur et celle de directeur de l'Institut Embryologique de Vienne.

Rudolf Virchow, le fondateur de la pathologie moderne, dont le nom mérite d'être inscrit au fronton du Panthéon de la Médecine à côté des Galien, des Harvey et des Pasteur, est décédé à sa résidence à Berlin le 5 septembre. Sa mort est le résultat indirect d'une fracture du col du fémur qu'il reçut en tombant d'un tramway en janvier dernier. Il était âgé de 82 ans.

Quelques rares médecins sont nés poète (nascunt poetae). Parmi ceux-ci se comptait le Dr English, décédé en Angleterre il y a déjà plusieurs années, l'auteur de cette si touchante et si simple

romance anglaise "*Ben Bolt*," que plusieurs de nos lecteurs connaissent peut-être, et que Du Maurier a achevé d'immortaliser dans son fameux roman "*Tribby*." Doué d'un grand cœur, trop large pour amasser fortune, le Dr English est mort pauvre, laissant même sa famille dans un état presque voisin de la pauvreté. La "*Society of American Authors*" (32 Broadway, New-York) a maintenant ouvert une souscription pour défrayer le coût d'un monument convenable qui marquerait la tombe de ce confrère. Le résultat a été que nombre d'admirateurs du poète, à part les membres de la profession médicale, se sont inscrits sur la liste.

L'assemblée annuelle du "*Canadian Medical Association*" tenue à Montréal les 16, 17 et 18 septembre dernier, a été, de l'aveu de tous, un bon succès. L'adresse en médecine du Dr Osler de Baltimore, en particulier a été reproduite avec enthousiasme par tous les grands journaux professionnels des Etats-Unis. Le nombre des travaux lus et discutés, a été aussi considérable et varié qu'intéressant.

D'après le témoignage du Dr Baral, de l'Institut Pasteur, à Paris, des cobayes auxquels on avait inoculé des particules de peau provenant du bras du Dr Garneault (qui veut actuellement prouver sur lui-même la fausseté de la théorie de Koch sur la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'espèce humaine), aurait présenté tous les symptômes de la véritable tuberculose. On sait que Garneault s'était lui-même inoculé (sans réaction *générale* a-t-on dit) avec une toxine provenant d'une vache tuberculeuse.

Le choléra asiatique sévit actuellement d'une façon alarmante en Egypte, ce qui nuira sans doute beaucoup à la "*saison des touristes*" cette année. Le nombre total de cas rapportés dans ce pays depuis le commencement de l'épidémie cet été jusqu'au 21 septembre dernier était de 31,765, dont 26554 morts. Le choléra abonde de ce temps-ci au Caire, la capitale.

L'accident arrivé au Président Roosevelt lors de sa tournée politique il y a quelques semaines a nécessité indirectement l'intervention chirurgicale. Au nombre des contusions reçues par celui-ci dans cette malheureuse collision avec le tramway, il s'en trouvait une au tibia qui paraissait vouloir développer du gonflement et enfin de

la sérosité tandis que tous les autres guérirent rapidement sans suppuration. On aspira donc dernièrement pendant que le Président se trouvait à Indianapolis, ce liquide sérieux mais non purulent, mais il appert que celui-ci s'est reformé aussitôt avec persistance des symptômes fébriles. On a donc décidé—cette fois à Washington—pour une seconde opération cette fois aussi plus profonde jusqu'à l'os et laissant en place un bon drainage. Aux dernières nouvelles M. Roosevelt serait en pleine voie de rétablissement. Il s'agirait ici d'une effusion sous-périostale non-résorbée depuis l'accident et soulevant le périoste sur une petite étendue.

C. V.

(*Ex Journal de Médecine de Paris.*)

Une belle opération.—Les lecteurs de *El Hadira*, journal tunisien, no 699 (mardi 3 juin 1902), ont pu se délecter dans le récit d'une bien belle opération :

“ Nous apprenons que le Dr X. médecin en chef de l'hôpital Sadiki ne cesse de faire des opérations chirurgicales et de délivrer des griffes de la mort, ce qui témoigne de sa parfaite habileté et ce qui indique son intérêt toujours croissant pour le progrès de cette maison médicale dans la voie de la guérison et de l'humanité. Ainsi, se présenta à ses amis dans le milieu du mois courant, un homme de la tribu des Oulad-Ayar, nommé Mahmoud ben Belkasssem, la tête fracassée d'un coup de matraque (*haroua*), prêt à mourir. *Le médecin sortit la cervelle du blessé en dehors de ses membranes et changea l'enveloppe.* Il assembla les os de la tête fracassée, dans un ordre tel et de telle sorte, qu'elle devint comme elle était avant. Et avec l'aide de Dieu et l'habileté de ce médecin adroit, ce malheureux obtint les bienfaits de la guérison, et il ne tarda pas à rentrer dans son pays. Puisse Dieu multiplier l'espèce de ce savant et faire, par sa main, le bien de tous. ”.

El Hadira ne dit pas par quoi on a bien pu remplacer l'enveloppe de la cervelle, ce qui serait cependant intéressant à connaître.

P. C. S.

SOCIÉTÉS MÉDICALES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF.

Le 31 juillet, a eu lieu à Portneuf, chez le Dr Auguste Weillbrenner, la 7^{ème} réunion des membres de la société médicale du comté. Étaient présents :

Messieurs les Docteurs Aug. Weillbrenner, A. E. Voisard, Clovis Mayranu, S. J. Paquin, Armand Marcotte, E. Archambault, Philippe Lord, Phidime Dolbec, A. E. Fillion, Eugène Descarreaux, Rosario Frigon et le Dr Samuel Alain de Batiscan, (membre honoraire).

M. le Dr L. G. E. Rousseau de St-Casimir n'a pas pu se rendre à cette réunion, vu qu'il est retenu à sa chambre par une indisposition assez sérieuse.

M. le Dr Thomas Savary du Pont-Rouge est retenu chez lui auprès de son jeune enfant mourant.

Une dépêche du Dr Arthur Delisle, de la Pointe-aux-Trembles, nous apprend qu'il lui est impossible de laisser une malade qui réclame ses soins immédiats.

L'ouverture de la séance a lieu à 3½ hrs. sous la présidence du Dr A. E. Voisard.

Le secrétaire fait la lecture des minutes de la dernière séance. Le rapport en est accepté.

Il est proposé par le Dr A. Marcotte et secondé par le Dr Dolbec que MM. les Dr Eugène Descarreaux et Rosario Frigon soient élus membres de la société : adopté avec applaudissements.

Le secrétaire fait ensuite connaître à l'assemblée qu'il a officiellement adressée une invitation au Dr A. Rocchi, médecin étranger nouvellement établi au Cap Santé et que le Dr Rocchi a renvoyé l'invitation avec le mot " *Refusée* " écrit sur l'enveloppe. Après

délibération, l'assemblée est unanime à prendre note de ce refus *inexplicable et inexplicable*.

Le Dr A. Weilbrenner dans une courte et sympathique improvisation nous rappelle le souvenir du Président honoraire de la Société, le Dr F. X. Mayrand décédé durant le mois de juin dernier. Le Dr Weilbrenner qui a connu le défunt confrère il y a 40 ans qui a été son compagnon, son ami, s'applique surtout à nous faire apprécier et à nous donner comme exemple à suivre les qualités qui ornaient et l'esprit et le cœur de ce vrai modèle du médecin de campagne, qui pendant 64 ans n'a jamais failli au devoir et à l'honneur.

Bien que feu le Dr Mayrand ait fait peu de bruit, les services qu'il a rendu sont incalculables. Aussi les populations rurales qu'il a desservies le proclament le père et le bienfaiteur de l'humanité, et comme le dit si bien le Dr Weilbrenner, toujours le souvenir de cet homme de bien sera conservé avec affection et reconnaissance dans l'esprit et le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

En terminant l'orateur propose que l'assemblée passe une résolution de condoléance et de sympathie pour être offerte à notre confrère le Dr C. Mayrand qui devra la transmettre à toute la famille du regretté défunt.

Adopté à l'unanimité.

Le secrétaire donne communication d'une lettre du secrétaire général du grand congrès médical, le Dr Arthur Simard de Québec, invitant la Société Médicale de Portneuf d'envoyer des délégués à la Convention tenue à Québec le 24 juin dernier, nous honorant par là-même d'une manière toute spéciale ; cette lettre malheureusement reçue trop tard (3 jours avant la convention) a rendu impossible l'organisation de cette délégation.

Il est proposé par le Dr Armand Marcotte, secondé par le Dr S. G. Paquin, qu'à l'avenir les conférenciers devront *un mois* avant la réunion de la société, faire connaître au secrétaire le sujet qu'ils auront choisi. Le secrétaire devra ensuite en informer tous les membres, permettant ainsi à chacun de préparer les remarques, les

explications, les exemples, c'est-à-dire les cas rencontrés dans la pratique enfin tout ce qui pourra contribuer à intéresser et instruire mutuellement.—Adopté.

Le Dr E. Archambault est ensuite invité par le Président à donner lecture du travail qu'il a du préparer pour cette réunion.

Le sujet choisi par le confrère des Grondines est : " La *Diphthérie* et son traitement par le serum " *Antitoxine.* "

Le Dr Archambault a hautement intéressé tous les membres présents, et en félicitant le conférencier, le Président le remercie au nom de tous, car le travail qu'il vient de communiquer prouve une fois de plus que le Dr Archambault est un ami de l'étude et du progrès de la science moderne. Si l'exemple qu'il donne à ses confrères est suivie, le succès de notre belle société est assuré.

Le Dr E. Mayrand propose secondé par le Dr P. Lord que M. le Dr Eugène Descarreaux de St-Augustin et M. le Dr Rosario Frigon de St-Casimir soient choisis comme les deux conférenciers pour la prochaine réunion.

Adopté avec applaudissements.

Proposé par le Dr A. Marcotte, secondé par le Dr E. Filion que la prochaine assemblée ait lieu à St-Basile chez le Dr Marcotte le 16 octobre à 1 hr, p. m.

Adopté unanimement.

La séance est close à 5 $\frac{1}{2}$ hrs. p. m.

M. le Dr Weilbrenner invite alors tous les confrères à déguster un somptueux souper auquel nous avons fait le plus grand honneur.

A 8 heures nous nous séparons emportant avec nous un ineffable souvenir de notre joyeux et aimable confrère le Dr Weilbrenner qui aujourd'hui est le doyen de notre belle et prospère société.

DR S. G. PAQUIN

SÉC.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRASERVILLE.

(On nous prie de reproduire la lettre suivante.)

Mon cher confrère.

Les médecins du district de Kamouraska se sont réunis jeudi, le 24 juillet dernier, à l'hôtel Commercial, de cette ville dans le but de fonder une société médicale du district. Ces sociétés se forment dans toutes les parties de la province, et nous qui sommes placés dans un des plus beaux districts, nous ne pouvons pas raisonnablement nous laisser devancer par nos confrères des autres divisions.

Les avantages de ces sociétés sont indiscutables tant au point de vue de la profession en général, qu'au point de vue des médecins pratiquants en particulier.

En effet, si nos droits et nos privilèges sont mis de côté avec tant de facilité par les législateurs ; si les lois judiciaires nous protègent d'une façon si illusoire, c'est que nous ne sommes pas un corps assez compact et assez uni.

Les associations médicales sont de nature à resserrer les liens d'amitié et de confraternité qui doivent exister entre les membres d'une si belle et si noble profession que la nôtre ; et appelées à faire cesser les discussions malheureusement trop nombreuses qui existent entre les confrères d'un même district ; elles stimulent aussi le goût des études et des connaissances nouvelles, et à ce point de vue sont aussi utiles aux pauvres malades qu'aux médecins eux mêmes.

En tous cas, le bureau de direction de notre société a été formé comme suit :

Président : Dr J. F. Langlais, Trois-Pistoles ;

Vice-Président : Dr P. Picard, Fraserville ;

Secrétaire : Dr F. E. Gilbert “

Trésorier : Dr Art. Vaillancourt, “

Membre du comité : Dr B. Deschênes, St-Paschal.

Par ordre,

F. E. GILBERT, M. D.

Secrétaire.

P. S.—La souscription annuelle a été fixée à \$1.00

Note de la rédaction—Nous félicitons chaleureusement nos confrères du district de Kamouraska de leur initiative, et nous espérons que l'on verra sous peu tous les autres groupes de médecins suivre cet exemple de travail et de bonne confraternité.

—000—

M. LE DR. D. BROCHU

Le gouvernement Français vient de reconnaître publiquement le mérite professionnel, le travail constant et éclairé pour l'avancement des sciences médicales dans ce pays, de M. le Dr. D. Brochu professeur de Pathologie interne à l'université Laval, en le décorant des palmes Académiques.

Nous en sommes très flattés, vu que M. le Dr. Brochu a toujours été depuis sa fondation, l'âme dirigeante du *Bulletin*.

Nous croyons être l'écho du vœu des lecteurs du *Bulletin* en priant M. le Dr. Brochu, notre distingué ami, d'accepter sans réserve nos félicitations pour l'honneur qui vient de lui être conféré et qu'il mérite à tant de point de vue divers.