

MONTREAL-MEDICAL

VOL. II

15 JUILLET 1902

No 5

LA CAGE THORACIQUE, SES MUSCLES ET SES ORGANES

(Suite de la page 143)

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

Professeur d'anatomie à l'Université Laval de Montréal.

Tout en formant une cloison entre les cavités abdominale et thoracique le diaphragme laisse passer l'aorte, l'œsophage et la veine cave inférieure, et chaque orifice a un caractère particulier.

C'est ainsi que l'aorte, qui répond en arrière à la colonne vertébrale, est entourée en avant par l'entrecroisement des piliers du diaphragme qui permettent à l'artère de se dilater sous la poussée sanguine, tout en maintenant l'intégrité de la cavité abdominale.

Malgré que l'orifice cardiaque de l'estomac soit dépourvu de sphincter, que les aliments ingérés soient soumis aux mouvements péristaltiques et que l'organe lui-même soit comprimé à chaque inspiration par le diaphragme, la régurgitation du contenu de l'estomac ne se fait que sous des circonstances exceptionnelles, grâce à la pression plus ou moins forte exercée sur l'œsophage au moment où il traverse le diaphragme.

L'orifice œsophagien situé devant celui qui livre passage à l'aorte est complètement entouré par les faisceaux musculaires qui constituent en arrière les piliers phréniques. Sous ces circonstances il est facile de comprendre que l'œsophage, sauf au moment du passage du bol alimentaire, est soumis, comme nous venons de le dire, à une certaine compression en tout temps. Il faut aussi se rappeler que l'anneau œsophagien est une partie constituante de la portion musculaire du diaphragme, de sorte que quand celui-ci s'abaisse les fibres de l'anneau se contractent en même temps et l'œsophage est pour le moment complètement fermé.

Selon l'état du diaphragme il y aura donc une occlusion partielle ou complète de l'œsophage ; mais sous l'une et l'autre de ces deux conditions l'obstruction n'est pas pour ainsi dire invincible. Dans le premier cas il s'agit des éructations, les gaz accumulés dans l'estomac pouvant se frayer un chemin vers le dehors. Ce phénomène se présente lorsque le diaphragme est relâché comme après l'expiration, et s'accomplit sans trop de difficulté.

Dans l'autre cas la résistance de l'anneau œsophagien est vaine par la pression exercée sur l'estomac par l'action des muscles des parois abdominales, le diaphragme restant abaissé, c'est ce qui s'observe dans le vomissement, et nous avons tous constaté l'effort qui est parfois requis pour avoir raison de l'orifice en question.

Pour résumer donc les fonctions du diaphragme dans ses rapports avec l'estomac, l'on pourrait dire que ce muscle agit comme sphincter de l'œsophage au moment de l'inspiration en neutralisant l'effet de sa propre action sur le suc gastrique, mais à part cela, il y a une certaine compression exercée en tout temps sur le tube œsophagien.

Certains observateurs semblent oublier complètement ces fonctions, et s'appuient sur le *spasme cardiaque* pour refuser à cet orifice tout autre sphincter que les fibres circulaires qui l'entourent. Ce spasme existe certainement, comme du reste celui de l'œsophagien, mais ce sont clairement des conditions pathologiques où une courbe musculieuse relativement faible peut, par l'énergie de ses contractions, arrêter complètement le fonctionnement normal de ces organes.

D'un autre côté, sans oublier des auteurs sérieux comme Testut, qui affirment que l'orifice cardiaque "est dépourvu à la fois de valvule et de sphincter", j'oserais dire que mes propres études sur l'estomac m'ont porté à adopter la manière de voir que je viens d'exposer, et de plus que certaines affections rhumatismales du diaphragme, que j'ai eu occasion d'observer, n'ont fait que confirmer ma croyance sous ce rapport.

L'orifice de la veine cave se trouve dans la portion aponévrotique du muscle phrénique, et à cause de la faiblesse de la circulation à travers ce vaisseau sanguin, tout est disposé pour éviter autant que possible de le comprimer.

Il reste à dire que entre les insertions sternales du diaphrag-

me l'on peut rencontrer une lacune où s'engage quelquefois une anse de l'intestin grêle, constituant une hernie diaphragmatique. Il y a encore au-dessus des reins un *hiatus* ou fenêtre de dimensions variables, par où, parfois, une collection purulente périnéphritique peut aller infecter la cavité pleurale.

Avant de laisser le diaphragme l'on ne saura gré peut-être de parler de certaines affections ou désordres de fonction du muscle, que le praticien peut être appelé à reconnaître et à traiter.

C'est ainsi que le rhumatisme fatigué apparemment des articulations et des muscles extérieurs se réfugie parfois dans le diaphragme, et comme les auteurs que j'ai consultés sont très sobres sur ce sujet, je vais en dire quelques mots.

Il y aura d'abord, comme symptôme, une douleur profonde dans la région épigastrique, augmentée lorsque le malade cherche à se coucher, à tel point que souvent il abandonnera son lit pour passer la nuit dans un fauteuil. Il est clair qu'ici c'est la pression exercée sur le muscle endolori par les intestins qui rend la position horizontale intolérable. Il se plaindra que les éructations lui donnent une douleur très vive, et dans certains cas la respiration devient tellement difficile et si accélérée que l'on est porté à croire qu'il s'agit de quelque affection grave des poumons.

Je me rappellerai toujours d'avoir été appelé un soir à donner mes soins à un homme chez qui cette maladie donnait lieu à de telles crises de suffocation, qu'il me semblait qu'il ne pourrait pas survivre de la nuit, et cependant après l'administration de quelques doses de solicylate de soude, je l'ai trouvé le lendemain respirant parfaitement à l'aise.

Heureusement tous les cas de rhumatisme du diaphragme n'ont pas cette gravité, mais il y en a chez qui les symptômes font croire au médecin qu'il a affaire à une pleurésie chronique, malgré l'absence des indications qui caractérisent ces cas.

Nous rencontrons chez les hystériques de véritables spasmes du diaphragme où le muscle reste abaissé pendant quelques minutes, et pendant ce temps le malade parvient à conserver sa vie en se servant des muscles d'inspiration forcée. Malgré ses efforts il n'entre que peu d'air dans le poumon, la respiration est courte et rapide, et la peau devient cyanosée. Le pire cas de ce genre que j'ai rencontré, s'est présenté chez un jeune

homme, un névropathe prononcé, qui a eu cette crise en apprenant une mauvaise nouvelle ; chez lui l'état s'est prolongé pour au moins un quart d'heure et le diaphragme n'a cédé qu'après une injection hypodermique de morphine.

Enfin, chez les asthmatiques qui présentent le phénomène d'une expiration longue et difficile, il y a certainement un spasme ou un relâchement incomplet du muscle en question.

Je n'ai pas l'intention de parler beaucoup des autres muscles qui prennent leurs insertions sur la cage thoracique, cela nous entraînerait trop loin, mais je voudrais seulement appeler l'attention des confrères sur certains faits que j'ai observés chez des malades et qui jettent une lumière nouvelle sur l'action de certains de ces muscles.

Un mot sur le rhomboïde que les auteurs anglais divisent en rhomboidens *major* et *minor*. Selon les auteurs son action se borne à attirer l'omoplate vers la colonne vertébrale et à le faire basculer un peu. Tout cela est vrai, mais je crois qu'il a des fonctions plus importantes que celles-là. J'étais un jour à ausculter une petite malade qui était dans un état d'émaciation extrême, de sorte qu'il était facile d'observer les contractions musculaires à travers la peau. Elle toussait beaucoup, et avec chaque inspiration profonde qui précédait la toux, je voyais ces deux muscles se raidir comme pour fixer l'omoplate et donner un point fixe à l'insertion populaire des petits pectoraux qui agissaient en leur qualité de muscles d'inspiration forcée. Depuis ce temps j'ai pu contrôler cette observation sur d'autres malades. Il y a encore un autre symptôme qui est assez connu des praticiens : c'est la douleur dont se plaignent les asthmatiques, surtout ceux chez qui l'inspiration est difficile, et qui a son siège justement dans la région des rhomboïdes. En vue de ces faits, je suis porté à croire que la fonction physiologique de ces muscles est d'aider à fixer l'omoplate comme je viens de le dire dans les inspirations forcées, et en outre pour donner à la tête de l'humérus un point d'appui solide pour exécuter certains mouvements du bras.

Le *Trapèze* n'est pas inséré uniquement sur la cage thoracique, et je voudrais rappeler ici que j'ai vu un curieux spasme de ce muscle, il y a quelques années. Une dame qui dépassait la cinquantaine est venue me consulter ; elle portait un ruban de velours qui passait par dessus sa tête et allait se fixer par

chaque extrémité sur sa poitrine. Or en détachant le ruban en question, sa tête était aussitôt attirée fortement en arrière, et c'est pour cette raison qu'elle portait cet ornement un peu frappant. Elle avait évidemment un spasme du trapèze, et il ne disparut qu'après l'application d'un vésicatoire à la nuque.

Un dernier mot des muscles de la cage thoracique. Si l'on observe les mouvements de l'omoplate lorsque le bras est placé dans une position verticale, l'on s'apercevra que cet os est basculé jusqu'à ce que sa pointe inférieure se trouve dirigée en dehors. Ce déplacement de l'omoplate est rendu nécessaire par le fait que le deltoïde est impuissant à porter l'humérus plus haut que le niveau de l'acromion. Or le *grand dentelé*, à cause de ses insertions le long du bord spinal de l'omoplate, est le muscle le plus intéressé dans cet acte, et lorsqu'il est paralysé ou atrophié le bras ne peut guère dépasser la limite de l'action du deltoïde, pour la bonne raison que les muscles tels que le rhomboïde et la partie inférieure du trapèze qui maintiennent l'omoplate près de la colonne vertébrale, offrent une résistance qui ne saurait être vaincue que par un muscle bien développé comme le grand dentelé.

À part cette fonction le grand dentelé est un muscle inspireur assez puissant surtout dans sa première et sa troisième portion. Il est animé par un nerf spécial qui émane des cordons nerveux qui concourent à former le plexus brachial.

Qu'il me soit permis de dire, en terminant cette étude de certains muscles de la cage thoracique, que je n'ai pas eu la prétention de les décrire comme on est habitué de les voir décrits dans les auteurs d'anatomie ; loin de là, j'ai voulu seulement attirer l'attention sur quelques-unes de leurs fonctions les plus intéressantes, et fournir par là quelques points de diagnostic qui peuvent peut-être, dans certains cas, être utiles au praticien.

Dans un prochain article je me propose de m'occuper de la topographie et des organes de la cage thoracique.

(à suivre)

Un excellent remède contre les piqûres de moustiques :

Se mettre sur les endroits piqués, des timbres-poste, c'est le meilleur moyen de "s'affranchir" de la douleur.

CONSIDÉRATIONS SUR LE RÉGIME DES ALBUMINURIQUES.¹

PAR M. LE PROFESSEUR ROBIN.

Il règne dans la science la plus grande confusion au sujet du régime qu'il convient d'imposer aux albuminuriques. Jadis, le mode allait uniquement au régime lacté, et son usage était passé à l'état de dogme. Aujourd'hui, des protestations se sont fait entendre. Si quelques-uns ont déclaré que le régime animal n'avait pas les inconvénients dont on l'a accusé, d'autres, plus nombreux, réclament en faveur du régime végétal, et celui-ci commence à dériver sur lui une partie de la faveur si longtemps monopolisée par le régime lacté absolu.

La question est difficile à résoudre, en raison des éléments complexes qu'elle comprend. L'un des plus importants, c'est évidemment de déterminer le critérium à l'aide duquel on peut apprécier la valeur d'un régime. Or, ce critérium lui-même comporte des facteurs multiples; il doit tenir compte de la quantité d'albumine, de l'état de la nutrition élémentaire, du degré de la perméabilité rénale, des modifications survenues dans l'état général et dans la condition des divers symptômes, etc.

Je me propose d'envisager peu à peu ces divers éléments, et dans la note actuelle j'étudierai l'action de certains régimes ou aliments sur la quantité d'albumine éliminée.

II.—À ce propos, un premier fait apparaît, c'est que le même régime, appliqué à des cas identiques, n'exerce pas, dans tous ces cas, un effet semblable sur l'excrétion de l'albumine.

En voici la preuve :

Quatre malades atteints de mal de Bright à prédominance scléreuse ont été soumis au régime suivant :

- 1o A huit heures du matin, une grande tasse de lait écrémé.
- 2o A midi, un repas uniquement composé de légumes préparés avec un peu de beurre et de lait, avec 100 grammes de pain.
- 3o A sept heures et demie du soir, repas exclusivement animal, avec 100 grammes de pain.

¹ Mémoire lu au congrès international de Paris.

Variations de la quantité d'albumine chez 4 brightliques sous l'influence du régime lacté, végétal et animal.

	RÉGIME LACTÉ		RÉGIME VÉGÉTAL		RÉGIME ANIMAL	
	DENSITÉ	ALBUMINE par litre	DENSITÉ	ALBUMINE par litre	DENSITÉ	ALBUMINE par litre
1 ^{er} cas.....	1028	0.32	1032	0.51	1022	0.45
2 ^e cas.....	1019	0.10	1028	0.30	1027	0.24
3 ^e cas.....	1025	0.38	1025	0.50	1021	0.24
4 ^e cas. . .	1020	1.10	1023	1.80	1025	1.95

Chez le premier malade, c'est le régime végétal qui fournit le plus d'albumine, et le régime lacté qui en donne le moins.

Chez le deuxième malade, le régime végétal l'emporte encore, puis vient le régime lacté, enfin le régime animal.

Chez le troisième malade, le régime animal vient en tête, puis le régime lacté, enfin le régime végétal.

Chez le quatrième malade, le régime lacté, le régime végétal, le régime animal se succèdent en séries croissantes au point de vue de l'albumine.

Donc, aucun de ces malades offrant cependant le même type morbide ne se comporte de la même façon pour le même régime, au point de vue de la quantité d'albumine éliminée.

Mais voici une première objection.—Que se passerait-il si au lieu de calculer l'albumine par litre, on la calculait d'après la quantité d'urine émise par heure dans l'intervalle des régimes ? Les expériences du tableau suivant répondent à cette objection. Elles montrent :

1o Que dans les deux cas l'élimination horaire d'albumine après le régime lacté est supérieure au chiffre trouvé après le régime végétal.

2o Dans le premier cas, le régime animal donne le maximum d'albumine.

Dans le second cas, c'est ce même régime animal qui donne le minimum d'albumine.

Variations horaires de l'élimination de l'albumine sous l'action des divers régimes.

	RÉGIME LACTÉ			RÉGIME VÉGÉTAL			RÉGIME ANIMAL		
	ALBUMINE			ALBUMINE			ALBUMINE		
	Par litre	Quantité rendue	Par heure	Par litre	Quantité rendue	Par heure	Par litre	Quantité rendue	Par heure
1 ^{er} cas....	0.30	0.090	0.0436	0.32	0.230	0.0395	0.46	0.201	0.0567
2 ^e cas....	0.57	0.262	0.0655	0.78	0.413	0.0591	0.54	0.260	0.0235

Ces irrégularités ne sont pas spéciales aux variétés de néphrites que j'ai choisies dans cette première catégorie. Elles se retrouvent dans la plupart des néphrites, comme le démontrent les exemples ci-dessous :

A.—*Néphrite mixte.* (Homme de 40 ans).

	Jour.	Nuit.	Total
Albumine après trois mois de régime lacté absolu....	4,662	4,099	8,761
— un mois de régime lacté mixte.....	4,342	2,401	6,743

B.—*L'agénérescence amyloïde du rein.*

Albumine après le repas du matin (carné).....	2,46	} Total	5,735
— du soir (végétal).....	2,40		
— émise pendant la nuit.....	0,875		

C.—*Néphrite mixte.* (Maladie de Bright).

Régime lacté absolu.....	2,147
— mixte végétal.....	2,109
— — animal.....	1,922
Régime végétal pur.....	1,333
— animal pur.....	1,548

D.—*Néphrite mixte.* (Maladie de Bright).

Régime lacté absolu.....	2,128
— carné.....	2,240
— végétal.....	2,466

Voici quatre malades, dont trois atteints de maladie de Bright vulgaire, chez lesquels aucune règle alimentaire ne préside aux variations de l'albumine, puisque chez tel d'entre eux, tel régime produit des effets diamétralement opposés à ceux qu'il engendre dans un cas étroitement similaire.

Et je pourrais multiplier ces exemples si la preuve ne me semblait pas suffisante, si l'évidence du *fait* ne s'imposait pas.

Ce n'est pas à dire que je nie l'influence du régime chez les albuminuriques; il suffit, au contraire, de jeter les yeux sur les

chiffres précédents pour acquérir la ferme conviction que le régime agit au plus haut chef sur tous les malades qui excrètent de l'albumine, depuis ceux qui sont atteints de sclérose rénale jusqu'à ceux qui présentent, de la façon la plus incontestable, les attributs du classique mal de Bright.

Deux conclusions découlent donc de la première série de faits que je viens de rapporter :

1o Le régime exerce une grande influence sur les albuminuriques, quelle que soit la condition génératrice de l'albumine.

2o Aucune règle fixe ne permet *a priori* d'appliquer indistinctement tel ou tel régime à un albuminurique, même quand on a établi le diagnostic de la variété anatomique de la néphrite à traiter. En d'autres termes, chaque albuminurique présente une personnalité morbide qui ne permet pas de lui imposer, par avance, tel régime, quelle que soit la faveur officielle dont il jouisse.

III.—Ce point étant établi, il s'agit de rechercher pour chaque malade le régime le plus favorable. Pour cela, je commence par le régime lacté absolu institué de la façon suivante :

De sept heures du matin à dix heures du soir, faire prendre, toutes les trois heures, un demi-litre de lait chaud, par petites gorgées, en mettant environ une demi-heure pour ingérer cette quantité. On pourra se servir utilement d'un tube de verre pour aspirer le lait plus lentement. Il y aura ainsi six prises de lait d'un demi-litre chacune, soit 3 litres en tout. Mais dès que la tolérance sera établie, on augmentera peu à peu la quantité de chaque prise de lait, de façon à atteindre 4 à 5 litres dans la journée.

Aussitôt après chaque prise de lait, le malade s'étendra sur un fauteuil et gardera le repos pendant une demi-heure environ, puis il fera une courte promenade à pied.

Sous l'influence de ce régime lacté absolu, on voit d'abord, dans presque tous les cas, augmenter la quantité de l'albumine des vingt-quatre heures. Après cette augmentation ordinairement passagère, l'albumine s'abaisse et arrive à un taux à peine variable. A ce moment, sans cesser l'usage du lait, je conseille d'ajouter des légumes, des pâtes alimentaires, des fruits cuits, du pain. Enfin, j'ajoute des œufs et de la viande quand le régime lacto-végétal ne paraît plus influencer la quantité de l'albumine.

Cette expérience préliminaire, pendant laquelle le dosage de

l'albumine sera fait régulièrement, permet de fixer le régime général qui donne lieu à la moindre élimination d'albumine.

IV.—Alors, quand il s'agit de constituer un régime définitif, il n'est vraiment pas possible de rechercher pour chaque malade en particulier l'action de chaque aliment sur la déperdition albumineuse. Il faut donc avoir réalisé un grand nombre d'expériences antérieures qui permettent de fixer, au moins à peu près, la valeur des aliments considérés individuellement. Il est vrai qu'on pourra toujours objecter en vertu du principe posé plus haut que tel aliment qui augmente l'albumine chez tel brightique la diminuera peut-être chez tel autre. Cette objection est loin d'être sans fondement. Cependant, si des expériences démontraient que certains aliments augmentent ou diminuent toujours l'albumine, il y aurait lieu, il me semble, à en tenir grand compte dans l'institution du régime.

Un pareil travail de revision demande un temps considérable et de très nombreuses analyses. Je n'ai pas la prétention d'apporter dès aujourd'hui des solutions définitives, mais uniquement un certain nombre de faits bien observés, fondés sur plusieurs centaines d'analyses, qui seront complétés au fur et à mesure que l'occasion m'en sera fournie, et dont voici le résumé sous forme de conclusions :

1o Le régime lacté absolu et les régimes lacto-végétal et lacto-animal donnent généralement moins d'albumine que les régimes dans la composition desquels le lait n'entre pas ;

2o L'albumine augmente quand on substitue le vin au lait ;

3o L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime carné ;

4o Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu ;

5o Parmi les viandes, le veau et le bœuf conviennent mieux aux albuminuriques que le poulet et le mouton ;

6o Le poisson paraît toujours augmenter l'élimination d'albumine ;

7o Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine ;

8o Il est rare que l'addition du pain à un régime quelconque augmente l'élimination d'albumine.

LA BILE RESIDUELLE DANS LA CHOLELITHIASE.¹

PAR M. LE PROFESSEUR EHRET.

Qu'est-ce qu'on entend par ce terme "bile résiduelle" ?

M. Stolz et moi nous sommes partis d'analyses bactériologiques de la bile normale. Contrairement à d'autres observateurs, nous n'avons pu nous convaincre de sa stérilité absolue. En employant de grandes quantités de bile, généralement 4 centimètres cubes, nous avons trouvé un certain nombre de germes dans la majorité des cas. Nos expériences, à ce sujet, ont porté sur une vingtaine de chiens, autant de cobayes et 64 bœufs, vaches, etc. Pour aboutir à ce résultat, il est nécessaire :

1o De mélanger intimement la bile à la gélatine liquéfiée ;

2o D'employer toujours au moins neuf parties de gélatine sur une de bile.

Le nombre des germes contenus dans la bile normale est minime. Chez le chien, le lapin, le bœuf, il ne dépasse qu'exceptionnellement le chiffre d'une dizaine par centimètre cube. Parmi les germes multiples trouvés par nous dans la bile normale de nos animaux d'expérience, je me contente de signaler ici le colibacille comme le plus fréquent.

Ces expériences nous ont montré que si la bile normale n'est pas absolument stérile, elle ne contient que des germes tout à fait inoffensifs, et cela en très petite quantité. La présence de ces germes, jointe à leur remarquable pénurie, nous force à admettre des moyens spéciaux par lesquels l'organisme, c'est-à-dire des voies biliaires, en empêchent la multiplication. La bile normale elle-même n'est en effet nullement assez antiseptique pour empêcher, à elle seule, le développement des germes introduits de l'intestin ou d'autre part.

Pour connaître ces moyens défensifs, nous avons cherché, dans une seconde série d'expériences, à augmenter le nombre de germes contenus dans la bile, cela en injectant les voies biliaires :

(a) Par des injections de cultures dans la vésicule biliaire ;

(b) Par des injections de cultures dans le sang.

Voici nos résultats. En partie, ils ne sont que la confirmation d'observations antérieures.

Après l'injection du streptocoque congloméré, par exemple, dans la vésicule normale, la bile se débarrasse très rapidement

¹ Communication faite au congrès international de médecine de Paris.

des germes introduits. Déjà huit jours après l'injection, l'examen de la bile ne nous révèle parfois plus de germes de l'espèce injectée. La bile se débarrasse rapidement des germes injectés. Jamais, par une simple injection de microbes, même virulents, dans la vésicule normale, nous ne sommes parvenus à obtenir une cholécystite.

Après l'injection de streptocoques peu virulents dans le sang du chien, il s'en trouve dans la bile, déjà peu de temps après l'injection. Si l'animal, ce qui arrive fréquemment, survit, les streptocoques disparaissent de la bile presque en même temps que du sang. *Les voies biliaires normales se débarrassent rapidement aussi des germes introduits en elles par voie du sang.* Déjà quinze jours après l'injection, nous avons trouvé une bile bactériologiquement normale.

Donc, les voies biliaires normales non seulement ne permettent pas aux germes qui pénètrent en elles dans le cours normal des choses de se développer, mais elles se débarrassent rapidement d'une inondation artificielle de germes provenant du sang ou d'une injection directe.

Une troisième série d'expériences nous a montré que c'est avant tout à la motilité de la vésicule que reviennent ces effets et ces propriétés.

Nous avons ouvert la vésicule biliaire dans toute son étendue longitudinale intérieure à des chiens laparotomisés. Puis nous l'avons recousue sans y avoir introduit aucun germe. Malgré les précautions d'asepsie et d'antisepsie les plus rigoureuses, nous avons pu démontrer la présence de germes nombreux dans la vésicule biliaire très distendue, déjà quarante-huit heures après ces opérations. Ces germes décroissent en nombre plus tard, plus on s'éloigne de l'opération. Un chien sacrifié après quatre semaines montre une bile absolument normale sous tous les rapports.

Pour obtenir des lésions plus grandes et surtout plus durables, nous avons introduit, par la suite, des petites boules en porcelaine, des cailloux quartzeux, du sable, des morceaux de bouchon, tous soigneusement stérilisés, dans la vésicule biliaire d'un certain nombre de chiens. En dernier lieu enfin, des petites crinoline en fil d'argent : elles devaient rendre impossible une contraction notable de la vésicule. Toujours, après l'introduction de ces objets soigneusement stérilisés au préalable, par une opération méticuleusement antiseptique, nous avons pu constater l'ap-

parition, beaucoup plus durable cette fois, d'une grande quantité de germes dans la bile de la vésicule biliaire.

Tandis que chez les chiens ayant subi simplement une incision et une suture de la vésicule, les germes disparaissent bien vite, au fur et à mesure que s'opère la guérison complète et que s'amoindrit la lésion de la motilité, nous n'avons pas pu constater jusqu'à présent, chez les chiens portant une crinoline en fil d'argent dans la vésicule, un retour aux conditions bactériologiques de la bile normale; trois mois après l'introduction de la petite crinoline chez un chien, et sans infection artificielle aucune, nous avons trouvé plus de 30,000 germes (coli-bacilles) par centimètre cube de bile.

Une partie des chiens portant de ces corps étrangers dans leur vésicule biliaire nous ont servi à étudier les conditions d'une injection :

(1) Par la voie du sang;

(2) Par la voie directe;

sur une vésicule à motilité gravement compromise.

Les chiens normaux, servant de comparaison, n'hébergeaient, déjà quelques jours après l'injection de streptocoques congglomérés dans le sang, plus aucun de ces germes dans la bile. Au contraire, chez les chiens portant des pierres, etc., dans la vésicule, nous avons pu constater, encore trois mois après une seule et unique injection de streptocoques congglomérés dans une veine de l'oreille, la présence de plus de 10,000 de ces germes dans un centimètre cube de bile.

Involontairement, on rapproche le résultat de nos expériences des observations cliniques de Dungern, Chiari, Miller, qui, encore des années après des fièvres typhoïdes, ont démontré la présence du bacille d'Eberth dans des vésicules biliaires hébergeant des concrétions.

L'effet et les suites d'une infection directe de la vésicule sont également changés quand cette infection s'opère sur des chiens portant, par exemple, quelques morceaux de bouchons dans la vésicule. Tout comme les germes introduits par la voie du sang, les microbes injectés directement dans une pareille vésicule s'y trouvent en grande quantité de longs mois après l'opération. De plus, nous avons obtenu ainsi des cholécystites purulentes et autres avec les mêmes cultures qui, injectées dans les vésicules normales, ne produisaient aucun effet.

Le principe commun à nos expériences diverses est une lésion de la motilité de la vésicule biliaire. Il en ressort jusqu'à l'évidence qu'une motilité parfaite est un des facteurs les plus puissants qui contribuent à défendre la vésicule aussi bien contre l'invasion des germes qui se trouvent dans l'intestin que contre l'invasion par des germes pathogènes apparaissant dans le sang. Dès que l'évacuation de la bile ne se fait plus régulièrement, la chasse qui repousse les germes venant de l'intestin perd de son efficacité. *Une vésicule affaiblie, entravée dans sa motilité, est constamment le siège de nombreux bacilles qui s'y développent à l'aise.* Substituant l'effet à la cause, nous disons qu'il y a "bile résiduelle" dans tous les cas, empruntant le terme de résiduel aux faits analogues ayant trait à la vessie et à l'urine.

Nos conclusions sont les suivantes :

(1) C'est avant tout la motilité de la vésicule biliaire qui empêche les germes de s'y établir et de s'y multiplier.

(2) Chaque lésion de cette motilité rend possible une apparition de nombreux germes dans la bile.

(3) Si des germes virulents pénètrent dans une vésicule à bile résiduelle, c'est-à-dire une vésicule dont la motilité est lésée, ils s'y établissent et se développent facilement.

(4) La présence des calculs biliaires équivaut à une lésion de la motilité: il y a bile résiduelle.

DEVONS-NOUS VULGARISER LA MÉDECINE ?

M. le professeur Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, répond ainsi à cette question :

"J'ai pour ma part, dit-il, une opinion générale sur la médecine mise à la portée des gens du monde, qui pourrait être considérée comme devant opposer la question préalable à toute tentative de ce genre.

Je trouve qu'en toute circonstance nous avons le plus grand tort de chercher à initier le public aussi complètement aux choses de la médecine. Nous y perdons beaucoup et lui n'y gagne rien.

L'homme instruit peu ou prou, dépourvu de notre éducation première de physiologie, d'anatomie et de pathologie, ne peut qu'acquérir des idées fausses sur tout sujet vraiment médical

dont nous lui parlons sans précautions. La seule impression qu'il remportera de cette initiation, c'est qu'il est infiniment plus fort et plus averti que son interlocuteur qui, lui, est gêné par ce qu'il sait les incertitudes de la pathologie et de la thérapeutique. Au contraire, celui qui n'est pas médecin, ainsi informé, ne doutera plus de rien et n'acceptera plus aucun conseil.

Nous obtenons, en initiant le public aux arcanes de la médecine le résultat suivant : nous avons des clients qui n'ont plus de confiance en nous, et des confidentes qui ont tous les éléments de l'exercice illégal de la médecine.

Où en peut-on trouver un plus admirable exemple que celui des écoles d'infirmiers et d'infirmières dont on nous encombre et qui n'ont eu pour résultat que de consacrer chez une foule de gens l'exercice illégal de la médecine ? Forts des bribes de pathologie et de thérapeutique parfaitement inutile pour eux, ils font les aides les plus indociles que nous puissions rencontrer, parce qu'ils comptent sur leur initiative qu'ils estiment infiniment supérieure à notre direction.

Nous avons certainement le droit et le devoir de prodiguer aux ignorants de la médecine nos conseils et de faire tous nos efforts vers une bonne prophylaxie. Mais si nous avons raison de travailler en ce sens, nous avons le plus grand tort, pour atteindre ce but, de chercher à leur donner une pseudo-éducation médicale pour les mettre à l'abri des accidents."

Nous engageons ceux de nos confrères qui écrivent dans la grande presse à méditer ces sages paroles.

En rade de Québec :

Un vieux matelot arrivant de voyage, apprend sur le pont qu'un capitaine, son ancien commandant, vient de passer de la vie au trépas.

Il essuie une larme en disant :

— 'De quoi est-il mort ?

— De la rupture d'un vaisseau.

— Ah ! tant mieux ! pour un marin, c'est une belle mort !"

Le comble de la médecine :

C'est de vouloir guérir le tropique du cancer.

DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS.

Causes et Traitement.

Parmi le grand nombre d'affections du système nerveux qu'il nous est donné d'observer chez les jeunes enfants, il n'en est certainement pas de plus fréquentes que les convulsions, qui sont des contractions brusques et involontaires des muscles.

Celles-ci apparaissent, en effet, sous l'influence des causes les plus diverses, physiques ou morales. "Tantôt la douleur, une fièvre accidentelle, dit Jules Simon ; tantôt une émotion, la joie, la peur, la surprise, d'autres fois un simple trouble de la digestion, de l'évolution dentaire, ou même une impatience, un caprice non satisfait, suffisent pour faire naître des attaques éclamptiques fortes ou faibles, grandes ou petites, générales ou partielles."

On peut, à la rigueur, les classer en grandes et petites attaques. Les grandes, venant de temps en temps, suivant l'énergie des causes excitatrices ; les petites, variables à l'infini et de très courtes durées, durant de une à trois secondes.

Parfois très nombreuses dans une même journée, les convulsions peuvent se réduire à une ou deux par jour.

Cause.—Tout d'abord il ne faut pas oublier que les circonstances au milieu desquelles les convulsions sont apparues peuvent à elles seules mettre parfois sur la voie du diagnostic.

Chez le jeune enfant, les convulsions sont très souvent liées :

1o *À l'évolution du système dentaire*, qui, par suite de la distension gingivale, produit chez l'enfant des cris, une agitation constante et par suite des paralysies réflexes, susceptibles de déterminer des congestions de l'encéphale, d'où les convulsions.

2o *Aux troubles fonctionnels digestifs*. Ce sont surtout ces troubles, ainsi que je l'ai déjà observé, qui sont une des causes les plus fréquentes des convulsions dans la première enfance. Les indigestions, après ou pendant, les dyspepsies et les entérocolites en sont le plus souvent les facteurs.

Dans la dyspepsie, alors gastro-intestinale, l'enfant après chaque tétée est tourmenté par des renvois de gaz odorants, des vomissements de lait caillé. Bientôt la douleur, le malaise, l'insomnie et l'agitation nocturne augmentent chaque jour. On remarque des mouvements convulsifs, désordonnés et enfin dans les cas plus graves éclatent les véritables convulsions éclamptiques.

Ces accidents éclatent aussi dans la diarrhée catarrhale, avec selles séro-muqueuses très abondantes accompagnées de vomissements. Ils sont dus aux troubles cérébraux ayant pour origine une action réflexe due à l'état morbide de la muqueuse intestinale.

3o *Aux vers intestinaux*, principalement à l'ascaride lombricoïde. "Celui-ci, d'après Huber, produirait ces effets morbides par l'intermédiaire d'une substance chimique : car pendant qu'il étudiait des ascarides, cet observateur ressentit du prurit à la tête et au cou ; il eut une éruption vésiculeuse, les oreilles se gonflèrent ; son conduit auditif fut le siège de sécrétions anormales ; il eut de la conjonctivite, du chémosis et de violentes douleurs de tête."

Si dans les trois causes que je viens d'énumérer, *il n'existe pas de fièvre*, l'examen des divers appareils permettra le plus souvent de trouver l'origine des convulsions.

4o *Aux fièvres éruptives*, telles que la rougeole, la scarlatine, et surtout la variole. Dans ces cas, les convulsions sans localisation symptomatique seront rapportées à ces fièvres et n'auront en général pas d'autre signification fâcheuse.

5o S'il existe en même temps que la fièvre des symptômes d'affections encéphaliques, selon que les convulsions seront unilatérales ou générales, il s'agira d'*encéphalites localisées* ou d'inflammations *méningées*.

6o Je terminerai cette série par l'étude du spasme phrénoglotique des nourrissons que l'on désigne par synonymie sous le nom d'asthme de Kopp, et de convulsion interne.

Cette maladie que bon nombre d'auteurs classiques ont considérée comme une affection du larynx, rentre plutôt dans le cadre de l'éclampsie infantile, dont elle n'est qu'une forme clinique particulière.

En effet, Ruault, dans son travail sur les maladies du larynx, dit que cette affection est spéciale aux nouveau-nés et à la première enfance, et procédant par accès, elle est caractérisée par un spasme tonique simultané de la glotte, du diaphragme et des muscles thoraciques, accompagné ou suivi le plus souvent par des convulsions toniques des extrémités. Il importe pour éviter toute confusion dans les troubles nerveux du larynx, d'abandonner résolument la dénomination impropre et beaucoup trop compréhensive de *spasme de la glotte des enfants du premier âge*, et de ne décrire comme maladie distincte et autonome que celle où

le spasme du larynx n'est qu'un élément d'un complexus symptomatique caractérisé par la convulsion tonique simultanée de tous les muscles respiratoires. Toutes les fois où le *larynx seul est touché*, que l'enfant ait six mois ou moins ou qu'il ait quatre ou cinq ans, il s'agit d'un spasme glottique symptomatique le plus souvent sans aucune gravité; tandis que, toutes les fois où le spasme est généralisé à l'*appareil musculaire laryngé et thoracique*, on a affaire à une variété d'éclampsie plus souvent mortelle que curable. L'écart est, on en conviendra, assez large pour que ces cas, si dissemblables, soient désignés sous des dénominations différentes.

On doit laisser aux premiers le nom générique de *spasme de la glotte* qui leur convient, et donner aux autres le nom de *spasme phréno-glottique* (Bouchut) qui a l'avantage de les désigner par leur trait le plus caractéristique.

On a attribué les causes du spasme phréno-glottique à l'hypertrophie du thymus, du corps thyroïde et des ganglions cervicaux ou bronchiques, à la persistance du trou de Botal, etc. Mais les résultats négatifs ou contradictoires des nécropsies ont montré surabondamment que ces suppositions ne reposaient sur aucun fondement positif, et que la maladie, comme le donne à penser son évolution clinique, n'est bien qu'une forme de l'éclampsie.

Comme dernières causes des convulsions, on peut parfois invoquer l'influence d'un froid excessif, d'une température élevée et de l'électricité atmosphérique, l'influence du coton iodé, de l'iode et des vésicatoires, etc.

Traitement.—Dans les convulsions dues aux troubles de la digestion, on emploiera avec succès les vomitifs et les lavements purgatifs; Jules Simon conseille dans cette forme:

1o Un lavement purgatif d'après la formule suivante:

Sulfate de soude	21½	drachmes
Follicules sené	2	“
Miel de mercuriale	5	“
Eau	5	onces

M. S. A. pour des enfants de dix-huit mois à deux ans—au-dessous de cet âge, les lavements purgatifs peuvent être exclusivement composés avec 2 drachmes de sulfate de soude ou un mélange de glycérine et d'huile d'olive délayées dans 5 onces d'eau tiède.

Telle est la première indication à remplir.

La seconde consiste à combattre simultanément les accidents.

cérébraux; si on arrive au moment des attaques éclamptiques, faire respirer de l'éther avec ménagement. Les convulsions persistent-elles, plongez l'enfant dans un bain sinapisé pendant cinq à dix minutes, jusqu'à la rubéfaction de la peau. On pourra répéter ce bain deux à trois fois en vingt-quatre heures. En outre, on fera prendre à l'enfant une potion de quart d'heure en quart d'heure, contenant 3 grains de bromure de potassium et du sirop d'éther. Dans les cas de diarrhée catarrhale, vous alternerez cette potion avec celle au bismuth. Pour peu que les accidents cérébraux résistent à ces différents moyens, il vous faut appliquer un vésicatoire volant à la nuque pendant trois à quatre heures.

20 *Les phénomènes convulsifs* dus aux fièvres éruptives et infectieuses seront traités par les préparations de muse, bromure de potassium et principalement par le lavement suivant :

Camphre	7 grains
Chloral	8 grains
Teinture de muse	15 gouttes
Jaune d'œuf	no 1.
Eau	2 onces

M. pour un lavement. (J. SIMON.)

30 Contre les convulsions déterminées par l'irritation cérébrale, il faut chercher à supprimer les causes accidentelles d'excitation : le bruit, la lumière, les aliments excitants comme le thé, le café, l'alcool, etc., pris par la nourrice ou donnés par mégarde aux enfants déjà sevrés. On devra en outre surveiller les fonctions digestives, car les enfants nerveux sont le plus souvent constipés et cet état de malaise les expose à des congestions encéphaliques.

Il faudra éviter la température très élevée comme le froid excessif, et enfin ajouter le bromure de potassium. Si ce dernier ne donne pas de résultats satisfaisants, recourir aux trois bromures de potassium, de sodium et d'ammonium combinés, aux lavements de valérine, etc.

40 Le traitement du spasme phréno-gottique est avant tout hygiénique, repos, calme, séjour à la campagne. Tant qu'aux accès, les antispasmodiques ont été prescrits sans grand succès ; le muse, à la dose de 1/2 à 2 grains, est très utile. J'ai employé dans ce cas l'antipyrine qui, d'après certains auteurs, posséderait des propriétés antispasmodiques et analgésiantes et j'ai obtenu, grâce à ce médicament, des résultats très favorables.

DR H. MOUFLIER.

LES POISSONS PEUVENT-ILS ÊTRE DES INTERMÉDIAIRES DANS LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE

PAR M. LE PROFESSEUR COMBEMALE.

Les conditions de dissémination du bacille tuberculeux sont, on le sait, très nombreuses, et dans ces dernières années il n'y a pas jusqu'aux punaises, aux vers de terre qui n'aient été convaincus d'être de nouveaux agents de cette dissémination, en apportant le virus sur les aliments ou en l'inoculant. Le plus souvent néanmoins, c'est l'inhalation de poussières contenant le germe tuberculeux ou la consommation de lait ou de viande provenant d'animaux tuberculeux qui doit être incriminée dans la propagation.

Je me suis demandé si le poisson, qui, dans certaines régions côtières, entre dans l'alimentation pour une si grande part, n'était pas susceptible de porter le contagion et de devenir cause d'une tuberculose avérée chez l'homme. On pouvait craindre à priori qu'il n'en fût ainsi en voyant des familles entières de pêcheurs succomber à la tuberculose, en Islande et au Canada en particulier.

Comme l'expérimentation avait eu une part décisive pour établir la nocuité du lait et de la viande tuberculeuse, c'est aussi à l'expérimentation sur les animaux que j'ai eu recours pour élucider la question ci-dessus.

Mes expériences ont porté sur six carpes de bassin, mises obligeamment à ma disposition par le docteur Th. Barrois : à peu près de même grosseur, pesant en moyenne 120 grammes, ces poissons furent tenus en observation pendant trois mois d'hiver dans le laboratoire, placés dans un aquarium à eau courante où on les nourrissait avec du pain émietté et quelques grains de blé. Au bout de ce temps, acclimatées, trois d'entre ces carpes furent inoculées comme on le verra plus loin, tandis que les trois autres restaient momentanément comme témoins dans le même aquarium. Mais quelque dix semaines après cette première série d'expériences, les résultats de ces inoculations tuberculeuses paraissant tarder, des crachats tuberculeux furent quotidiennement délayés dans l'eau de l'aquarium ou incorporés au pain émietté dont on nourrissait les carpes, de sorte que les six poissons furent soumis à partir de ce moment à l'infection tuberculeuse *per os* avec les mêmes chances.

Après avoir passé encore quelques mois au laboratoire et y avoir en particulier frayé, les carpes moururent soit accidentellement, soit surtout dès les premiers froids de l'hiver.

L'expérience ci-après que je transcris d'après les notes de laboratoire précisera encore les conditions et les résultats de l'expérience ; les autres expériences sont absolument calquées du reste sur celle-ci :

EXPÉRIENCE

"Une carpe de 134 grammes reçoit, dans la région caudale, une injection intramusculaire d'une émulsion à parties égales d'eau et d'un crachat sanguinolent, prélevé d'une caverne tuberculeuse, à l'autopsie d'une jeune fille de 20 ans, morte de tuberculose aiguë après des oscillations thermiques énormes (on pouvait donc supposer la virulence du bacille intense).

"Neuf mois après l'inoculation, ce poisson meurt, ne pesant plus que 71 grammes ; depuis plus de quinze jours, l'animal agonisait ; tantôt à la surface de l'eau, tantôt à mi-hauteur il restait sur le côté, n'agitant ses nageoires que si on faisait vibrer les parois de verre de l'aquarium.

"A l'autopsie, qui ne fut faite que quinze jours après la mort, il n'y avait pas la moindre putréfaction, la température de zéro restant la normale cet hiver dans cette partie du laboratoire ; on trouva l'intestin vide, les ouies saines, la vessie natatoire fortement distendue. Au point d'inoculation, une dépression visible à travers la peau montrait qu'il existait là un abcès : en effet, constitué par des débris musculaires et une substance gélatineuse, cet abcès montrait au microscope des microcoques isolés ou en très courtes chaînettes inégales en longueur et en grosseur et quelques très rares bacilles tuberculeux, difficilement caractérisables du reste.

"Avec ces détritits, on inocule un cobaye femelle de 300 grammes dans le péritoine. Observé pendant plus d'un an, ce cobaye n'a pas présenté le moindre trouble local ou général."

Ainsi donc, sur six carpes inoculées ou nourries avec des produits tuberculeux, on ne trouve pas de néoformation dans l'économie ; et si, sur celles que l'on a injectées dans la masse musculaire, on trouve très rare le bacille de Koch, il a perdu toute virulence et n'infecte pas le cobaye.

Ces expériences ont donc en somme abouti à un résultat né-

gatif, mais ce résultat négatif a par lui-même une valeur : il indique que le poisson peut bien porter en lui-même, conserver dans sa forme le bacille tuberculeux, mais qu'il en annihile la vitalité, qu'il détruit complètement sa virulence.

Cette constatation a donc son importance ; mais il convient de dire qu'elle était prévue.

Le bacille tuberculeux ne vit pas, en effet, ou tout au moins ne prospère pas dans un milieu dont la température est sensiblement inférieure à 37°c ; le poisson ayant une température en équilibre avec celle du milieu ambiant, l'eau, son organisme ne pouvait convenir que très médiocrement au développement du bacille ; bien plus cette constance de température inférieure à 37° devait mieux qu'une température momentanément très basse, enrayer la virulence.

Par sa consommation à l'état frais le poisson ne peut donc pas, même en réalisant les conditions excessives de l'expérience que j'ai citée, être considéré comme un agent de dissémination ou de propagation de la tuberculose. Fumé c'est-à-dire imprégné des substances empyreumatiques qui se forment par la combustion de la tourbe ou du bois, le poisson est encore plus certainement, s'il est possible, incapable de transporter le contagium tuberculeux, car s'il était des bacilles qui eussent été ingérés et qui ne fussent pas digérés ou que le légument extérieur eût arrêté, la fumigation antiseptique qu'est en réalité l'opération du fumage les aurait rendus inoffensifs. Salé enfin, c'est-à-dire plongé dans une substance antiseptique puissante, le poisson peut bien sortir de la saumure saturée de toxines, telles que la triméthylamine, mais il ne resterait pas la moindre virulence au bacille tuberculeux que porterait d'aventure le poisson.

Le poisson, à quelque état qu'on le consomme, ne peut donc pas et ne doit donc pas être considéré comme un moyen de propagation de la tuberculose.

Bien plus, il faut peut-être considérer le poisson comme un auxiliaire précieux dans la destruction du bacille tuberculeux, lorsque le crachat, le lait, ou en un mot le produit tuberculeux, est non pas détruit ou rendu stérile par la chaleur, mais dirigé par le moyen du tout à l'égout dans un cours d'eau. Je n'ai pour étayer cette vue de l'esprit aucune expérience probante ; néanmoins, à m'en rapporter à ce fait qu'à se nourrir

exclusivement de crachats tuberculeux, c'est-à-dire d'aliments bourrés de bacilles de Koch et d'autres microorganismes pyrogènes, les trois carpes de la seconde série n'ont gagné qu'à se bien porter pendant plus de six mois, on pourrait affirmer avec ombre de raison que certains poissons débarrassent l'eau infectée des microbes qu'elle contient. L'important serait, il est vrai, de savoir si le microbe ingéré revoit le jour avec la même vitalité. Or, sur ce point, je ne possède aucune donnée expérimentale.

En tout cas, si l'eau a sur beaucoup de microbes, sur celui de la tuberculose en particulier, une influence certaine qui consiste à amoindrir sa virulence, le passage de ce même bacille dans le corps du poisson ne fait qu'augmenter encore, on l'a vu, cette action déprimante, en raison probablement des actions vitales communes aux tissus de tous les êtres vis-à-vis des microbes. Et cette raison peut, jusqu'à plus ample informé, tenir lieu d'expérimentation dans la question que je soulève.

Au reste, je ne signale ainsi que ce que l'observation journalière a montré : certains poissons d'eau douce en particulier se chargent au su des pêcheurs de la voirie des rivières et des ports, et nous exigeons certainement d'une eau potable une teneur en matières organiques bien inférieure à celle qui oblige un poisson donné à quitter la région par excès de richesse.

Loin d'être un agent de dissémination du bacille tuberculeux, le poisson serait au contraire un agent d'épuration des eaux salies ou charriant des produits tuberculeux.

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES PAR LA GASTRO- ENTEROSTOMIE

Depuis quelques années, le traitement chirurgical a été appliqué aux dyspepsies. Par la gastro-entérostomie, on met au repos l'estomac et on lui permet de se réparer. La gastro-entérostomie postérieure, par le procédé dit en Y de Roux (de Lausanne), doit être considérée comme la meilleure opération. M. le docteur Richelot l'a pratiquée deux fois avec succès chez des malades atteints d'affection gastrique non cancéreuse, que le traitement médical n'avait point soulagés.

TRAITEMENT DE LA VARIOLE

A l'Académie de Médecine de Paris, M. Landouzy a lu, au nom de M. F. Barbary, un mémoire sur le traitement de la variole par l'association à la photothérapie (méthode de Finsen; action de la lumière rouge) d'une méthode rigoureuse d'asepsie et d'antisepsie locales et générales. Le sujet est isolé dès le début de la maladie dans la chambre rouge, tapissée de rideaux de cotonnade rouge, et éclairée par la lumière rouge.

On ajoute à ce traitement des lotions et des vaporisations au sublimé sur le corps et la face, l'antisepsie des cavités, le badigeonnage des parties envahies avec un mélange de salicylate de soude, eau de laurier-cerise et alcool, et les lavements d'eau boriquée. A l'intérieur on donne du sirop phéniqué, du salol, du bromhydrate de quinine.

Les résultats ont été excellents :

Sur huit varioleux ainsi traités, huit guérisons. Au cours de la maladie, disparition rapide de la fièvre, pas de suppuration, pas de complications, évolution rapide. Après la desquamation, visage indemne de stigmates.

LES SYMPTOMES CEREBRAUX DES OTITES

PAR M. LE DOCTEUR LACROIX

Pour comprendre et apprécier le rôle des otites comme sources de complications et de symptômes cérébraux, il suffit de se représenter l'anatomie topographique de l'oreille. Si, prenant en main un crâne, on regarde le rocher, on le voit creusé à son centre d'une série de cavités ou cellules qui sont : l'une d'entre elles, antérieure, l'oreille moyenne ou caisse du tympan, les autres, postérieures, intéressantes au point de vue pathologique surtout, les cellules de l'apophyse mastoïde. Les rapports anatomiques de ces cellules sont extrêmement importants ; le nerf facial chemine dans leurs propres parois, le sinus veineux latéral les recouvre en arrière, les méninges et le cerveau s'appuient directement sur leur toit, en haut. Au niveau de l'oreille moyenne, l'encéphale n'est séparé de la caisse que par une simple lamelle osseuse, à peine souvent de l'épaisseur d'une feuille de papier et quelquefois dehiscente. On conçoit, dès lors, aisément, quels dangers les suppurations

et les caries osseuses si fréquentes de l'organe de l'ouïe font courir aux malades et on se représente quelle source abondante de complications et de symptômes encéphaliques l'oreille peut constituer.

Et, effectivement, les otites offrent un intérêt de premier ordre dans la pathogénie des affections méningo-cérébrales. Je ne saurais, bien entendu, faire ici une revue complète de ce sujet encore insuffisamment étudié d'ailleurs, tant il est étendu. Je me propose uniquement d'attirer l'attention du praticien sur une partie jusqu'à ce jour trop ignorée de la pathologie et d'indiquer, chemin faisant, les troubles morbides les plus saillants causés par les otites.

Il est, tout d'abord, un symptôme appartenant en propre à l'oreille sur lequel je vais m'arrêter un instant, c'est le vertige. Depuis le jour où Trousseau a fait connaître le vertige *a stomacho laeso* un certain nombre de médecins, exagérant son importance, n'ont prescrit contre toute sensation vertigineuse qu'une médication gastro-thérapique, régime lacté, alcalins, gouttes amères, etc. C'est là une opinion erronée et dangereuse. Le vertige peut assurément dans quelques cas relever d'une origine stomacale, de même qu'il peut dépendre d'une lésion oculaire, nasale, néphrétique et de bien d'autres affections encore. Mais en réalité dans la majorité des circonstances, ce phénomène tient à une altération pathologique de l'oreille. Dans sa nature, dans son essence, en effet, le vertige est en grande partie d'origine auriculo-cérébelleuse. Des recherches anatomiques et physiologiques récentes prouvent que le sens de l'équilibration et de la coordination, assez complexe il est vrai, a néanmoins sa source principale dans les irradiations cérébelleuses et les terminaisons auriculaires du nerf labyrinthique. Le vertige, dès lors, trouble de l'équilibration et du sens de l'espace, devient pour l'oreille et ses racines nerveuses dans le cervelet ce que le vomissement est pour l'estomac et la toux pour l'appareil respiratoire. Ne pas penser à l'oreille en face d'un vertige équivaut à oublier d'examiner l'estomac en présence de vomissements.

Il existe également — en dehors de toute complication crânienne — d'autres symptômes cérébraux des otites, des otites suppurées en particulier. Au cours de celles-ci, il n'est pas rare de noter la céphalalgie, la lourdeur de tête, la fatigue

intellectuelle. Chez certains sujets névropathes, les phénomènes précédents s'exagèrent et il s'ensuit un état neurasthénique profond que le traitement de l'oreille suffit souvent à soulager et à guérir. Signalons, dans le même ordre d'idées, la paralysie faciale dont le mécanisme est facile à comprendre. Quelquefois, les symptômes nerveux vont plus loin. Ainsi, le Dr Champeaux, de Lorient, vient de signaler l'intéressante observation d'un malade atteint d'otorrhée chez lequel la médication locale a amené la guérison d'une épilepsie jacksonienne (convulsions faciales, secousses intenses dans le bras et la jambe correspondante, bredouillement de la parole) dont il souffrait depuis 2 à 3 mois. Ici, nous touchons à la limite des signes cérébraux dus à l'oreille exclusivement et nous allons entrer dans les complications de voisinage des otites, dans les propagations de l'infection et de la suppuration de la caisse tympanique aux méninges, aux sinus latéraux, au cerveau lui-même.

Les suppurations de l'oreille moyenne, associés ou non aux suppurations des cellules mastoïdiennes, ont une tendance naturelle à s'étendre aux organes immédiatement voisins. Cette propagation peut se faire dès les premiers jours de l'otite, si le toit de la caisse est déhiscent, ou à une date plus ou moins éloignée suivant l'épaisseur des parois osseuses protectrices, la nature et l'importance de l'otorrhée, les progrès de la carie et surtout suivant l'existence ou l'absence de traitement approprié.

Les complications cérébrales des otites se classent en quatre groupes principaux qui sont :

- 1o L'abcès sous-dural ;
- 2o Les méningites aiguës ;
- 3o L'abcès cérébral ou cérébelleux ;
- 4o La sinusite veineuse latérale.

L'abcès sous-dural est la première étape de l'invasion du cerveau. L'infection traverse la lamelle osseuse servant de toit à la caisse ou à l'autre mastoïdien et elle vient attaquer la duremère qui résiste, forme des adhérences et emprisonne la suppuration : l'abcès sous-dural est constitué. Malheureusement, les choses n'en restent pas toujours là, la résistance des méninges fait quelquefois défaut ou est insuffisante à barrer la route au pus. Alors, les agents microbiens émigrent par

voie circulatoire dans les lobes cérébraux pour constituer un abcès, ou bien ils infiltrèrent les méninges elles-mêmes et la méningite se déclare. D'autres fois, le mur osseux s'altère en arrière dans les parois des cellules mastoïdiennes postérieures au niveau du sinus veineux latéral qui se prend à son tour. Telle est la marche des complications craniennes des otites ; souvent la suppuration d'oreille gagne lentement, peu à peu, les parties voisines, s'avance progressivement à l'intérieur du crâne, frappant les méninges, les sinus, faisant des incursions plus éloignées encore dans le cervelet et le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau. Ces complications sont d'une grande fréquence.

Je ne saurais donner ici qu'un aperçu général très succinct de toutes ces questions. Elles sont bien trop vastes pour tenir même sommairement dans le cadre d'un article. Il est nécessaire néanmoins de les avoir présentes à l'esprit en clinique pour ne pas méconnaître des faits journaliers essentiels de la pathologie neuro-cérébrale.

Quels sont les signes principaux propres aux complications ci-dessus énoncées ?

1o Abcès sous-dural. Petite nappe de pus recouverte par la duremère péri-pétreuse, elle constitue la première étape de l'invasion cranienne. C'est une lésion intermédiaire qui donne l'alarme, guérit dans un certain nombre de cas ou au contraire fait place aux troubles définitifs de l'abcès du cerveau ou de la méningite. Aussi se caractérise-t-elle par des périodes de rémission qui sont parfois des guérisons. Lorsque l'abcès sous-dural se développe lentement, il entraîne une céphalée progressive assez violente, des vomissements et quelques phénomènes de compression cérébrale, torpeur intellectuelle, parésies, secousses convulsives, qui se calment ou s'exagèrent suivant que le pus s'écoule ou non dans l'oreille. Parfois, il se produit un véritable orage méningé, rappelant la méningite aiguë, et susceptible de se calmer.

2o La méningite otorrhéique. Les symptômes sont ceux de la méningite aiguë. Début brusque par une céphalée intense, atroce, tenace, généralisée rapidement à toute la tête. La température est élevée, 104°, le pouls fréquent, les paralysies et les convulsions diffuses. Il y a délire, vomissements, constipation opiniâtre et coma précoce. On reconnaîtra l'invasion

méningite à l'hyperthermie, au coma précoce et au défaut de localisation des troubles morbides (céphalée diffuse, accidents paralytiques et spasmodiques également diffus).

3o L'abcès cérébral et cérébelleux. Cet accident apparaît au cours des suppurations otiques anciennes ou récentes. Quelquefois l'oreille a suinté à peine quelques gouttes de pus et à cessé de couler, les lésions de la cuisse s'étant rapidement cicatrisées. L'abcès du cerveau ne s'en développe pas moins. L'observation rapportée le 26 juin 1900 par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine en est un exemple. Chez ce malade, l'otite avait duré au plus une journée ou deux et elle avait si peu attiré l'attention du patient qu'il ne s'en souvenait pas personnellement. Il portait néanmoins un abcès cérébelleux contrôlé par l'autopsie. D'autres fois, la lésion causale est une otorrhée datant de longues années, 10, 20, 50 ans!

Les signes qui caractérisent les abcès cérébraux et cérébelleux sont assez nombreux; la céphalée, d'abord, constante, progressive, particulièrement violente, localisée plus ou moins nettement, les vomissements verdâtres et sans efforts, le ralentissement du pouls et de la respiration, les vertiges, une démarche ébrieuse, surtout dans l'abcès cérébelleux de l'amalgissement, puis des symptômes de localisation, l'épilepsie jacksonienne, les paralysies motrices, les monoplégies du côté opposé à l'abcès, l'aphasie, le strabisme, l'hémiopie, etc. On a décrit à certains abcès du cerveau une période de latence qui, si elle existe réellement, doit être exceptionnelle.

4o Phlébite du sinus. Avec la phlébite du sinus latéral, la symptomatologie varie quelque peu. Il y a là infection veineuse, par conséquent pyhémie. Et, effectivement, ce sont les signes de la pyhémie qui dominent, les frissons, la fièvre à grandes oscillations thermiques, l'adynamie, la faiblesse du pouls, la sécheresse de la peau, la diarrhée. Le patient se plaint de céphalalgie unilatérale et au lieu de tomber rapidement dans le coma, conserve son intelligence jusqu'au dernier moment. Le thrombus se prolonge quelquefois dans la veine jugulaire et on sent, le long du cou, au dessous de la mastoïde, un cordon assez accusé. Comme dans toute pyhémie les abcès métastatiques ne sont pas rares.

Diagnostic.—Disons-le tout d'abord, le diagnostic précis des complications cérébrales des otites présente, comme la plupart

des diagnostics de neuro-pathologie, des difficultés assez sérieuses. On reconnaît aisément qu'il y a affection intra-cranienne, on arrive généralement à établir sa nature et son siège approximatifs, mais quand il s'agit de préciser rigoureusement la cause, le siège exact et l'étendue des lésions, il n'en est plus toujours de même, il s'en faut. Cette remarque faite, comment appréciera-t-on si une affection cérébrale quelconque est d'origine otique ?

La première chose à faire est d'abord d'y penser. La fréquence des complications intra-craniennes des otites est telle que le clinicien, en face d'un trouble cérébral rappelant la méningite, la sinusite ou l'abcès, doit toujours examiner l'oreille. Si la suppuration otique est évidente, ancienne, avec carie osseuse, douleurs à la pression sur la mastoïde (sans mastoïdite aiguë cependant), céphalée plus accusée du côté de la caisse tympanique malade, suintement purulent venant de la partie supérieure de l'oreille moyenne (attique), si la symptomatologie décrite il y a un instant existe au complet, on doit s'arrêter à l'idée d'otorrhée compliquée de migration cérébrale.

D'autres fois, l'otite a guéri ; la suppuration, après avoir duré un temps variable, quelques semaines ou quelques jours seulement (exemple de Dienlafoy) s'est tarie lorsqu'apparaissent les troubles intra-craniens, la céphalée atroce et tenace, les vertiges, etc. Il ne faut pas écarter pour cela l'hypothèse de propagation cérébrale de l'otite. On éclairera le diagnostic souvent par exclusion en discutant la possibilité et la valeur des autres causes d'infection des méninges et du cerveau. On ne doit pas oublier que la très grande majorité des cas d'abcès du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal est d'origine auriculaire.

Les complications cérébrales des otites peuvent être confondues avec nombre d'affections des centres nerveux, la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les tumeurs, la syphilis, les traumatismes cérébraux, voire la fièvre typhoïde intermittente. Souvent de soi-disant méningites bacillaires chez les enfants ne sont autre chose que des infections craniennes d'une otite. Je ne saurais développer ici tous ces diagnostics différentiels. Le signe de Kernig, les résultats de la ponction lombaire, les antécédents et le traitement d'essai spécifiques, la tendance envahissante avec apparition de nouveaux

symptômes propres aux néoplasmes, le séro-diagnostic de Widal aideront beaucoup dans les cas difficiles et douteux. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sont pas rares et parfois la complexité du diagnostic est extrême.

Les traumatismes craniens peuvent très bien servir de cause occasionnelle à une infection méningo-cérébrale d'origine otique. Une suppuration de la caisse tympanique et des cellules mastoïdiennes, connue du malade ou latente, se trouve ainsi par l'ébranlement traumatique transportée plus ou moins loin dans la boîte crânienne et joue un rôle considérable dans les symptômes consécutifs. Il n'est pas toujours aisé de faire la part des troubles dus au traumatisme seulement et des troubles de source otique. En tous cas, il convient en pareille circonstance d'examiner l'oreille à fond, de noter les antécédents auro-mastoïdiens du patient, de s'enquérir s'il ne souffrait pas auparavant de vertiges, de bourdonnements, de surdité, de céphalée du côté de l'oreille soupçonnée malade. On pèsera la valeur de chaque symptôme et on se fera progressivement une opinion basée sur l'ensemble des signes. En matière de pathologie cérébrale, il convient d'être souvent prudent dans ses conclusions; les localisations cérébrales les mieux connues n'ont-elles pas été ces temps derniers battues en brèche? Les auristes, devenus par la force des choses opérateurs, ont simplifié un peu la question: lorsqu'il y a otite et symptômes cérébraux graves, ils opèrent, faisant ainsi à la fois le diagnostic et le traitement.

TRAITEMENT DU COUP DE CHALEUR PAR LA SAIGNEE ET LES INJECTIONS DE SERUM ARTIFICIEL.

PAR M. LE DR BONNETTE.

Le coup de chaleur est une véritable intoxication due à l'accumulation dans le sang d'acide sarcolactique, d'acide carbonique, de calorique non rayonné et de toxines organiques. Tous ces poisons, toutes ces substances extractives mal éliminées s'accumulent dans l'organisme, congestionnent les reins et produisent un arrêt inhibiteur sur le pneumogastrique et les vaso-moteurs: d'où stases méningitique et pulmonaire et consécutivement phénomènes d'asphyxie.

Contre cette asphyxie souvent très grave, la saignée suivie d'injections de sérum artificiel a donné les meilleurs résultats.

La saignée produit d'abord deux effets salutaires :

- 1o Un effet mécanique : soustraction de sang noir.
- 2o Un effet éliminateur : décharge de poison (Co^2 , leucomaines), qui décongestionne le rein et surtout les poumons.

L'injection de sérum artificiel produit :

- 1o Le relèvement de la tension sanguine ;
- 2o La stimulation des centres nerveux, hématopoiétiques ;
- 3o L'élimination des déchets toxiques par les divers émonctoires.

Dans trois cas graves d'asphyxie par la chaleur, observés par l'auteur, les symptômes observés généralement ont été les suivants :

Anxiété respiratoire. vertiges, vomissements, sueurs profuses. cyanose de la face, injection des conjonctives, rétrécissement des pupilles, résolution musculaire. Dans la poitrine, sibillances nombreuses, spumes sanguinolentes aux lèvres, pouls rapide et filiforme. Menaces d'asphyxie et d'asystolie.

Le traitement a consisté en frictions vigoureuses des membres, saignée de 250 à 400 grammes, injection d'eau salée de 300 à 500 grammes.

Si le collapsus est trop inquiétant, ne pas hésiter à employer la voie intra-veineuse dans laquelle l'injection a des effets beaucoup plus rapides. En ce cas, ne pas oublier que l'ondée liquide doit arriver dans la veine avec une pression modérée et constante (environ 100 cc. par minute).

Peu de temps après l'injection (environ trois heures) réaction critique avec mixtion, sueurs, diarrhées et vomissements. Le pouls se relève peu à peu, la respiration devient plus calme, plus large, les convulsions diminuent de fréquence et d'intensité, la face n'est plus cyanosée et les pupilles sont contractiles. La convalescence est généralement longue.

En consultation :

«Docteur, je ne vais pas bien, mon sommeil est agité, je suis troublé par des cauchemars et surtout par des visions de femmes complètement nues.

—Très bien, mon ami. Vous prendrez tous les soirs, avant de vous coucher, une infusion de feuilles de vigne.»

ACADEMIE DE MEDECINE

Prophylaxie et thérapeutique de la tuberculose, fondées sur la connaissance du terrain de cette affection

PAR M. LE PROFESSEUR ROBIN

M. Robin a démontré que chez tous les tuberculeux, du début à la fin de la maladie, les échanges respiratoires étaient augmentés. Les recherches faites depuis cette époque, avec M. Binet, prouvent que la plupart des descendants de tuberculeux ont également des échanges respiratoires exagérés et que, dans les états antagonistes de la phtisie, comme l'arthritisme, ces échanges sont au contraire diminués, ainsi d'ailleurs que dans la scrofule, ce terrain où ne germent que des tuberculoses locales.

L'exagération des échanges respiratoires est donc une des conditions du terrain de la phtisie.

Ces recherches ont démontré que cette suractivité des échanges peut être acquise, que le surmenage sous toutes les formes et l'alcoolisme, pour ne citer que ces deux facteurs, exagèrent le chimisme respiratoire au même titre que l'hérédité.

Parmi les conséquences des faits précédents, il en est trois qui méritent d'être signalées.

Puisque cette modification des échanges respiratoires est presque constante, elle peut aider à faire le diagnostic précoce de la phtisie, quand on hésite entre celle-ci et une autre affection ; elle permet en outre, de reconnaître la prédisposition ; elle ouvre, enfin, à la prophylaxie une voie nouvelle, puisqu'il ne s'agit plus que de rechercher quels sont les médicaments et les médications capables de restreindre l'appétitude de l'organisme à fixer trop d'oxygène et à produire trop d'acide carbonique.

Le repos est un excellent sédatif des échanges, car ceux-ci peuvent être doublés et même triplés par un travail énergique et soutenu. L'attitude contribue également à la variation du chimisme respiratoire : on exhale moins d'acide carbonique quand on est couché que dans la position assise.

L'inspiration d'air chaud et sec n'agit pas d'une manière uniforme chez tous les tuberculeux ; aussi, avant d'envoyer un phtisique dans un climat chaud et sec, est-il nécessaire de pra-

tiquer l'examen de son chimisme respiratoire avant et après l'inspiration d'air chaud et sec. On interdira ces climats aux sujets dont les échanges augmentent après l'épreuve. On peut peser, en outre, comme règle générale, que les climats chauds et humides doivent être déconseillés.

L'inspiration d'air froid ne fait pas varier la capacité pulmonaire ni la quantité d'oxygène absorbé par les tissus, mais elle diminue le taux d'acide carbonique produit et d'oxygène total consommé. Les climats froids paraissent donc convenir à la majorité des phthisiques, à la condition que la surface cutanée ne subisse aucun refroidissement.

Quant aux effets de l'altitude et de l'air marin, ils sont subordonnés à trop de facteurs individuels pour qu'on puisse formuler à cet égard une règle uniforme.

Parmi les médicaments susceptibles de diminuer les échanges respiratoires, l'auteur signale l'huile de foie de morue à la dose de 250 grammes par jour, le tartre stibié à doses fractionnées (de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 centigr.), l'arséniate de soude et l'arséniate de potasse aux doses de 0 gr. 005 milligr., et enfin le cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr. Employés à des doses doubles des précédentes. Les arsenicaux exercent plutôt sur les échanges une action accélératrice; on possède ainsi un critérium de la dose médicamenteuse *optima* qui ne saurait être dépassée.

DE LA DUREE DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

Pendant combien de temps les syphilitiques doivent-ils prendre du mercure et de l'iodure de potassium? Cette question, déjà ancienne, a été beaucoup discutée dans ces dernières années et a reçu diverses solutions. Actuellement, la méthode des traitements successifs de Fournier s'est beaucoup répandue en France; à l'étranger, elle compte aussi de nombreux adhérents. Sans doute elle est rationnelle, son utilité est incontestable dans certains cas. Mais si l'on admet que ce traitement héroïque doit durer quatre ans, est-on certain qu'au bout de ce temps il ne restera dans l'organisme aucun résidu du virus? Pourquoi s'arrêter à ce moment, plutôt qu'après cinq ans, ou encore plus tard, après six ans, comme le veut Denis Dumont? La marche irrégulière des accidents syphilitiques ne justifie pas

cette manière de voir: beaucoup de syphilitiques traités, soit pendant quelques mois, soit pendant un an ou deux, restent ensuite complètement indemnes de toute rechute et se marient sans transmettre la syphilis. C'est là un argument que Caspari considère, à juste titre, comme irréfutable.

En outre qu'il est inutile, le traitement prolongé, continu ou périodique, n'est pas sans danger pour l'organisme, particulièrement pour le sang et le système nerveux; c'est à lui qu'on devrait attribuer la fréquence des accidents nerveux tardifs. Au point de vue moral, son influence est néfaste: il rappelle constamment au syphilitique l'existence de son mal; il le confirme dans ce préjugé que nous sommes impuissants contre la syphilis, et il devient ainsi une cause de syphilophobie.

Les malades qui sont traités au début de leur affection et qui se portent en parfaite santé, pourquoi les traiter encore? D'autres, au contraire, dont les enfants sont cependant bien portants, ont vu survenir constamment de nouvelles rechutes, malgré la reprise fréquente du traitement, et finalement ils sont morts l'un après l'autre de complications cérébrales? A quoi a servi le traitement périodique? On ne saurait donc trop tenir compte des conditions individuelles.

En règle générale, le traitement doit être rigoureux au début de la syphilis, prolongé et répété tant qu'il apparaît des accidents du côté de la peau, des muqueuses, des ganglions lymphatiques; il doit être suspendu aussitôt après. Tout autre mode de traitement est inutile et dangereux.

LA PELADE

La pelade est-elle une maladie parasitaire et contagieuse, comme on l'admettait jusqu'à présent? La pelade est-elle d'origine nerveuse et par conséquent non transmissible? C'est ainsi que la question se pose. M. Jacquet, qui, à l'aide d'arguments très minutieusement établis et nombreux, soutient la seconde doctrine, a fait une communication à la Société médicale des Hôpitaux sur la "pelade d'origine dentaire".

L'auteur rapporte qu'il a vu chez des sujets atteints de lésions dentaires en activité, survenir la pelade après une pleurésie, une pneumonie, une bronchite, une gastralgie, une crise hépathique, une orchite. L'association unie ou bilatérale d'irri-

tations dans la sphère des nerfs crâniens est plus directe et paraît plus puissante encore ; ainsi les angines, les lésions nasales, les irritations auriculaires semblent superposées aux lésions dentaires, posséder le maximum d'action peladogène. En résumé, la pelade est pour M. Jaquet une dermatose banale où l'on trouve jointes, d'une part, l'unité du mécanisme pathogénique de la mort du poil et, d'autre part, la diversité et la multiplicité étiologiques.

HYGIENE DE L'ENFANT PENDANT LES FORTES CHALEURS

1o Eviter, s'il est possible, de sevrer les enfants pendant la période des chaleurs ;

2o A défaut, ou en cas d'insuffisance de l'allaitement, ne donner aux nourrissons que du lait stérilisé ou au moins préalablement bouilli, et à intervalles réguliers ;

3o Ne faire usage que du biberon sans tube ;

4o Veiller avec le plus grand soin à la propreté des vases, biberons, tételles qui, après chaque emploi, devront être passés dans l'eau bouillante et conservés à l'abri des poussières.

5o Faire bouillir et lessiver tous les linges ; ne donner aucun fruit aux enfants n'ayant pas trois ans ; au-dessus de cet âge, ne donner aux enfants que des fruits cuits et modérément ; enfin, au premier dérangement de l'enfant, appeler de suite un médecin.

TRAITEMENT DE LA DYSMENORRHEE FONCTIONNELLE.

PAR M. JAMES OLIVER.

L'auteur recommande, dans ces cas, une nourriture fortifiante, un exercice modéré, et le fait d'avoir tous les matins une selle normale. Quand il existe de la douleur et des nausées, il n'est pas nécessaire de rechercher longuement si ces phénomènes ont une origine centrale ou locale ; et alors on administrera chaque soir, avant le coucher, une forte dose de bromure de potassium, pendant une semaine dans l'intervalle des règles ; on ordonnera également 0,30 centigr. d'antipyrine à prendre toutes les heures,

dès que l'arrivée des règles se fera sentir, et on continuera cette médication jusqu'à concurrence de six prises. Quand l'écoulement est peu abondant, et surtout quand les douleurs semblent dues à un spasme vasculaire, la malade prendra un bain chaud chaque soir pendant la semaine précédant les règles; et aussitôt après le bain, elle prendra également un mélange des trois bromures, la dose de chacun d'eux variant de 0,75 centigr. à 1 gr. 25. Si les douleurs, au contraire, semblent provenir de quelque trouble gastro-intestinal, on ordonnera dans l'intervalle des époques une potion contenant du chlorure de calcium ou du phosphate de chaux à des doses appropriées.

LE MARIAGE DES CHLOROTIQUES.

C'était autrefois une opinion courante, que le mariage guérit la chlorose. Comme plus tard les ferrugineux, nos ancêtres ordonnaient les rapports conjugaux et en graduaient sagement la dose : " Il faut d'abord user du mariage modérément, disait Astruc, en rendre peu à peu l'usage plus fréquent, mais ne pas se hâter d'en vouloir retirer tous les avantages qu'on doit en attendre". Denyau était plus explicite et détaillait le *modus faciendi*, tandis que Maucroix pensait que la chlorose devrait disparaître puisque le remède est si agréable à appliquer.

M. P. Gosset n'est pas loin de penser comme le galant chanoine de Reims. Il montre que les quelques observations où sont consignés les mauvais effets du mariage sont susceptibles d'une autre interprétation, et, qu'au contraire, celles qui relatent ses conséquences salutaires sont plus sérieuses. Les "émotions physiques" qui accompagnent l'acte conjugal y sont peut être pour quelque chose; mais il est probable que l'injection de liquide séquestre par la voie la plus naturelle que l'on puisse imaginer, y contribue davantage.

M. P. Gosset montre aussi que, à moins d'infantilisme des organes génitaux, les chlorotiques sont aussi fécondes que d'autres, qu'elles n'ont pas plus de chances d'avorter, et que si leurs enfants sont des candidats à la chlorose, ils ne sont pas particulièrement prédisposés à devenir tuberculeux, quoi qu'on en ait dit.

On ne peut que savoir gré à l'auteur d'avoir élucidé ce point peu connu de l'histoire de la chlorose, et surtout de l'avoir fait d'une façon intéressante: sa thèse, joliment écrite, est des plus agréables à lire.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE MILITAIRE

Dans un grand nombre de cas, on voit, au cours du traitement d'urétrites chroniques, le suintement persister ou réapparaître après avoir cessé quelque temps, malgré tous les moyens employés (lavages, injections, intillations).

Dans ces blennorrhées, par le toucher rectal, on sent une prostate dure, gonflée, tendue, douloureuse à la pression ; l'augmentation de volume porte, le plus souvent, sur un seul lobe. Parfois, ce sont les glandes de Cowper qui sont prises. Rarement ces phénomènes se traduisent par des douleurs spontanées ; que'ques chatouillements, de la pesanteur au périnée au moment de la défécation, un léger suintement urétral coloré lorsque l'on va à la garde-robe.

Les filaments de l'urine, dont on a fait le signe infailible du siège de la lésion de l'urètre, ne seraient que des sortes de moules des canaux excréteurs de la prostate et des glandes de Cowper ; cette conviction s'appuie, entre autres preuves, sur le fait que, quand on exprime la glande, on fait toujours sortir des filaments les premières fois.

Dans ces formes, le traitement se pose donc ainsi : agir sur la prostate ou les glandes de Cowper, les vider ; alors l'écoulement diminue, puis se tarit.

L'auteur fait d'abord, pendant trois ou quatre jours, de grands lavages au permanganate de potasse et prescrit un grand lavement chaud matin et soir. Puis, tous les deux ou trois jours, il fait une séance de massage de deux à trois minutes (le malade ayant les coudes appuyés sur une table, se baisse autant qu'il peut), et avec le doigt, il exprime alternativement chaque glande de Cowper. Les premières séances sont douloureuses ; la quantité de liquide qui s'écoule est souvent considérable.

Le traitement dure en moyenne trois semaines ; sur soixante cas de goutte militaire ainsi traités, M. Sterne n'a obtenu aucun succès.

Entendu au congrès de Québec :

—Mon cher docteur P... si dans la grosse extra-utérine, de crainte de récurrence, vous jouez du couteau avec la "trombone" vous ferez du bruit.

**TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE PAR
LA PONCTION SUIVIE DE LAVAGE A L'EAU
STERILISEE**

Les bons résultats de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique ont conduit M. Baylac, médecin des hôpitaux de Toulouse, à essayer, dans le traitement de cette affection, la ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée chaude. Sur 10 cas traités de cette façon, il a obtenu 6 guérisons durables.

La technique de l'opération, telle que M. Baylac la décrit est assez simple.

Pour le lavage, on peut se servir de l'aspirateur Potain, ou bien d'un réservoir quelconque placé à une certaine hauteur et relié au trocart par un tube en caoutchouc.

L'eau employée est préalablement bouillie et stérilisée à l'autoclave à la pression de trois atmosphères. Au moment de l'opération, elle doit être portée et maintenue à la température de 43° à l'aide d'un bain-marie. Comme trocart, on se sert du gros trocart de l'appareil Potain.

Trocart, appareil et tubes en caoutchouc sont, comme l'eau, stérilisés à l'autoclave; à défaut d'autoclave, on peut avoir recours à l'ébullition prolongée.

Avant de procéder à la ponction, il est indispensable de faire une désinfection rigoureuse de la paroi abdominale sur une assez vaste étendue.

La ponction est faite de préférence dans le flanc gauche, sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On a soin de faire incliner la malade de ce côté, de façon à accumuler, en ce point, la plus grande quantité de liquide ascitique. Cette ponction ne provoque, en général, aucune douleur. Chez certains sujets pusillanimes, on peut la faire précéder d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, ou d'une pulvérisation de chlorure d'éthyle.

Après évacuation de l'ascite, on pratique le lavage du péritoine. On fait pénétrer dans l'abdomen 3 ou 4 litres d'eau qu'on laisse écouler ensuite. Puis on recommence le lavage. On peut employer de 12 et 15 litres de liquide, jusqu'à ce que celui-ci sorte complètement clair.

On procède alors au pansement, qui doit être fait d'une façon méthodique, pour éviter toute infection. On applique

sur la plaie un tampon de coton imbibé de collodion iodoformé, puis le ventre est recouvert d'une épaisse couche d'ouate et soigneusement bandé. Le repos le plus absolu, l'immobilisation au lit sont recommandés au malade.

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES FOSSES NASALES A L'ETAT NORMAL ET DANS LES RHINITES

M. le docteur Neumann a fait l'examen bactériologique des sécrétions nasales chez 206 individus, les uns normaux, d'autres atteints de coryza aigu ou chronique. Les sécrétions du nez normal ont été examinées 111 fois ; le nombre d'examens dans le coryza a été de 95.

Dix-neuf espèces microbiennes ont été trouvées dans les sécrétions nasales. Par ordre de fréquence, l'auteur cite : le bacille pseudo-diphthérique (dans 98 pour 100 des cas), le staphylocoque blanc (dans 86 à 90 pour 100 des cas) ; viennent ensuite le pneumocoque, le streptocoque, le pneumobacille, le bacille diphthérique, le colibacille, des levures, etc.

En cas de coryza, les espèces pathogènes, comme le pneumocoque, le pneumobacille, le streptocoque, le bacille diphthérique, sont plus nombreuses que les bacilles qui se trouvent normalement dans les sécrétions nasales (bacille pseudo-diphthérique, staphylocoque).

Dans aucun cas le bacille pseudo-diphthérique ne s'est montré virulent pour les cobayes auxquels il a été injecté.

CONTRE-INDICATION DE L'ACIDE PYROGALLIQUE DANS LES GROSSESSES

M. Rusch relate un cas d'intoxication grave par l'acide pyrogallique. Ce cas est celui d'une femme de 37 ans, arrivée au septième mois de la grossesse et traitée pour un psoriasis à la clinique dermatologique de Vienne. La malade éprouvait de la dyspnée, de l'asthénie cardiaque, de la cyanose et présentait une coloration vers grisâtre de la peau. L'urine ne contenait pas d'acide pyrogallique. Les phénomènes menaçants disparurent aussitôt après l'accouchement prématuré artificiel.

L'autopsie du fœtus, qui présentait des signes de macération, fit découvrir une thrombose de la veine ombilicale près de l'insertion placentaire. Il existait de nombreuses hémorragies sous-pleurales et des masses sanguines rouges vifs dans le cœur.

Rusch conclut que de faibles doses d'acide pyrogallique ont pu avoir pour conséquence une intoxication grave, étant donné l'état d'intolérance créé par la grossesse. En tout cas, l'acide pyrogallique employé contre le psoriasis est contre-indiqué dans l'état de grossesse.

LES APPAREILS DANS LA COXALGIE

Aujourd'hui, le chirurgien ne doit pas se contenter de guérir les plaies inflammatoires de la coxalgie, en négligeant la persistance des attitudes vicieuses : il doit rendre au malade un membre qui, au point de vue fonctionnel, se rapproche le plus possible de celui du côté sain. Et cette deuxième indication du traitement est justifiable des moyens que nous employons pour subvenir à la première.

Les planches capitonnées et le système de traction de M. Lannelongue sont des moyens très imparfaits. L'appareil silicaté présente un inconvénient grave : la lenteur de sa dessiccation, et c'est pour cette raison qu'il a dû céder le pas à l'appareil plâtré. Mais l'appareil plâtré, pour qu'il ne soit pas défectueux, doit s'appliquer exactement à la configuration normale du bassin et du tronc. Calot a donné des règles spéciales pour la construction d'un appareil irréprochable.

Dans les trois catégories de malades : coxalgie sans attitude vicieuse, coxalgie avec attitude vicieuse réductible, coxalgie avec attitude vicieuse et ankylose, la position à donner au malade sera à peu près identique. Le membre sera toujours placé en hyperextension, abduction à 25° et rotation indifférente.

Cette attitude, qu'il sera très aisé d'obtenir dans le premier cas, ne deviendra possible dans les deux autres qu'après une intervention faite sous chloroforme avant la mise de l'appareil.

Pour corriger l'adduction, on portera la jambe malade en dehors, en ayant soin de repousser de bas en haut la jambe saine, ce qui rendra impossible l'abaissement de l'épine iliaque du côté sain et l'ascension de l'épine du côté malade. Pour détruire l'ensellure, la manœuvre consiste à amener d'abord le bassin sur le rebord de la table l'opération. Un aide saisit l'ischion du côté malade avec une main et l'attire vers lui, tandis que son autre main repousse l'épine iliaque antéro-supérieure, cherchant ainsi à produire un mouvement de rotation autour d'un axe transversal qui passerait par la cavité cotyloïde. Cette saisie de l'ischion est commode chez l'enfant.

Ensuite on applique l'appareil fait de bandes plâtrées. Mais, alors que beaucoup de chirurgiens considèrent leur tâche comme terminée lorsqu'ils ont roulé leur dernière bande, Calot veille à ce que l'appareil se modèle bien sur les points d'appui des régions articulaires, et, pour atteindre ce but, il déprime l'appareil plâtré au niveau des quatre points suivants: 1o au-dessus des crêtes iliaques; 2o au-dessus du grand trochanter; 3o au-dessus des condyles fémoraux; 4o au-dessous de l'ischion.

L'appareil ainsi construit donne aux malades des résultats jamais obtenus avec les autres appareils en usage. Lorsque tous les phénomènes douloureux sont disparus, la maladie peut être considérée comme guérie. Mais le malade ne doit marcher que soutenu par un tuteur. L'appareil silicaté pourra être employé dans ce cas; la déviation, qui naguère se reproduisait en effet instantanément, demande maintenant des mois avant d'être sensible. Deux substances sont encore utilisées: le celluloïde et le cuir; on ne les applique pas sur le malade lui-même, mais bien sur un moulage obtenu au préalable. Le meilleur procédé d'emploi du celluloïde consiste à imbiber trois à cinq jerseys de colle de celluloïde; on obtient ainsi des appareils légers et d'une rigidité absolue.

VIENT DE PARAITRE

"Dictionary and Cyclopaedia", nouvelle édition préparée par M. M. T. J. Ford, Toronto. Papier de luxe; illustrations colorées; contenant 50,000 définitions des mots les plus importants. Prix: 40 piastres.

"Les Dilatations de l'estomac", par le Dr M. Soupault, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (Actualités médicales): 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le Dr Soupault présente un exposé clair et précis de la question des "Dilatations de l'estomac" comme les travaux modernes permettent de l'envisager.

Il étudie d'abord les symptômes communs à toutes les dilatactions, puis leur étiologie et leur pathogénie: dilatactions d'origine pylorique, dilatactions de cause extrinsèque, dilatactions par insuffisance de la contraction des parois gastriques.

Le traitement qui intéresse surtout le praticien, comprend la moitié du volume. L'auteur indique d'abord les prescrip-

tions d'hygiène ou de régime qui concernent toutes les variétés de dilatations ; puis il passe au traitement spécial des dilatations d'origine pylorique et des dilatations par insuffisance.

“Notes pratiques sur l'Hydrothérapie, l'Électricité et les Rayons X”, par M. le docteur C. N. Deblois, de Trois-Rivières. L'auteur termine son intéressant travail par les conclusions suivantes :

“Notre institut, unique en Canada, est appelé à rendre les plus grands services à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il offre toute la gamme des moyens hygiéniques à utiliser chez les enfants, les vieillards, les personnes à vie sédentaire et les surmenés de la vie, des affaires ou des plaisirs.

Il réunit tous les moyens de traitement physique des maladies chroniques, du système nerveux et de la nutrition.

Aussi, c'est avec confiance que nous présentons “l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières” à nos confrères et à leurs malades. Les uns et les autres nous en seront reconnaissants.”

NECROLOGIE

La province de Québec pleure encore la mort d'un jeune savant tombé au moment (1) où il montait à la chaire d'hygiène de l'Université McGill qu'il avait déjà illustré de ses travaux.

M. le docteur Wyatt Johnston laisse un passé qui peut servir d'exemple à tous ses confrères.

Il aima la science et travailla courageusement avec toute l'ardeur de son fertile talent.

Il aima sa famille et lui donna tout l'amour d'un père dévoué.

Il aima son Université et s'efforça d'apporter à l'enseignement toutes les modifications requises.

Il aima son pays et ses persévérantes et fructueuses études touchant l'hygiène publique, l'hygiène privée et les questions médico-légales ne mourront pas.

La science de l'hygiène de notre province s'arrête pour saluer avec émotion son cortège funèbre et nous ne savons pas quand elle reprendra la marche rapide qu'elle avait acquise sous l'impulsion du regretté défunt.

(1) M. le docteur Wyatt Johnston, décédé le 21 juin 1902, avait été nommé professeur d'hygiène au mois de mai dernier.

LE CONGRES DE MEDECINE DE QUEBEC.

Durant trois jours, les 25, 26 et 27 juin dernier, une douce brise scientifique venant de toutes les parties de l'Amérique du Nord, souffla dans les créneaux semi-séculaires de l'Université Laval de Québec, et au milieu de superbes décors et d'un exquis parfum patriotique embaumant la vieille Capitale, naissait le premier congrès des Médecins Canadiens-français de l'Amérique du Nord. Plus de 400 médecins avaient approuvé l'heureuse idée de grouper en un seul faisceau toutes les lumières intellectuelles de notre nationalité; 200 confrères répondaient présent à l'appel et 80 apportaient le fruit de leurs travaux. Un certain nombre de congressistes inscrits par complaisance ne sont pas apparus à la tribune, d'autres présents n'ont pas eu l'occasion de se faire entendre. "Ces congrès n'ont plus leur raison d'être, c'est une occasion pour messieurs les intrigants X et Y etc., de faire un peu et beaucoup de réclame autour de leur nom, vous n'y apprenez rien, vous vous ennuyez beaucoup quand vous n'embêtez pas les autres; ça ce termine toujours en queue de poisson, c'est une véritable blaque..... universelle. Aujourd'hui la richesse de notre presse médicale a détruit tout l'ombre de valeur que pouvait avoir autrefois les *sociétés d'adhérations mutuelles* de ce genre". Tel est le langage de quelques confrères qui s'abstiennent scrupuleusement et *dignement* de ces conventions médicales.

Heureusement que les stoïciens de cette force sont rares dans notre pays et leur froide éloquence ne porte pas avec elle la douce conviction. Les nombreux bienfaits de la publicité ne peuvent remplacer les avantages d'une communication originale entendue, d'un rapport discuté, faisant jaillir instantanément de plusieurs cerveaux différentes opinions qui produisent agréablement une fusion de connaissances pratiques. Ce n'est qu'au sein de ces grandes assises que peut germer la noble émulation de travailler à promouvoir la science médicale canadienne; ce n'est qu'au milieu de ces agâpes fraternelles que l'échange de bonnes paroles peuvent unir des confrères autrefois divisés; c'est dans ces réunions intimes que peut se développer plus rapidement qu'ailleurs l'idée de solidarité professionnelle.

Non, la publicité ne sera jamais assez puissante pour faire circuler dans *tous les yeux* et dans tous les cœurs des courants de profonde et chaude sympathie dont la source remonte à ces grands banquets scientifiques.

Le premier congrès de médecine de Québec sera une page éloquente de notre histoire, mais il ne faut pas conclure que cette première page est un chef-d'œuvre. De tous les travaux présentés il n'est résulté aucune révélation importante reculant l'horizon de la science; certains mémoires lus rappelaient souvent les descriptions de nos auteurs de pathologie; quelquefois en entendant une longue communication, *sentant l'huile*, il nous semblait voir le rapporteur perdu au milieu de nombreux infolio. Arrivé après l'ouverture d'une séance, un congressiste demanda à un confrère le nom de celui qui parle. On ne peut le reconnaître, fut-il répondu, il est entouré d'un nuage de poussière soulevée par les vieilles paperasses préhistoriques qu'il a consultées pour faire son travail."

D'autres sujets présentés n'avaient pas la fraîcheur de la première jeunesse.

Quant à la discussion elle s'égara quelquefois dans des labyrinthes obscurs, s'éloignant du sujet soumis à la considération de l'auditoire. Pour être juste, nous devons dire que tous les mémoires, les observations personnelles, les remarques improvisées, tous étaient revêtus d'un cachet particulier portant des conclusions éminemment pratiques.

D'ailleurs, il ne faut pas être trop exigeant; c'était une première, et les rôles ne pouvaient être remplis d'emblée d'une manière parfaite.

L'organisation générale laissait un peu à désirer; cependant le brillant succès qui couronne les efforts de nos excellents amis de Québec, parle plus hautement que les témoignages de sincères félicitations que nous pouvons leur adresser.

Le congrès se termina vendredi, le 27, après avoir siégé que quelques minutes en assemblée générale, pour faire à l'improviste les élections des officiers du prochain congrès, qui aura lieu à Montréal, en 1905.

À cette dernière séance, la Constitution qui régit le congrès, faite en collaboration, devait être soumise à l'approbation de tous les membres. Nous regrettons vivement que cette partie importante du programme ait été oubliée; car en communauté d'idées et de sentiments avec M. le Président général, nous avons l'honneur de demander que ce congrès qui, dès l'ouverture, fut considéré comme national, soit baptisé du nom d'*Association des Médecins Canadiens de l'Amérique du Nord*, et que l'article

II de la Constitution se lise comme suit: "Le Congrès se composera des médecins nationaux et étrangers *parlant la langue française*, qui se seront inscrits comme membres et qui auront versé la cotisation requise".

"Il faut, a dit M. le Président général, dans son discours d'ouverture, que nous marchions d'un pas égal aux autres nations dans la voie de la science."

En effet il ne suffit pas d'être connu à l'étranger à cause de la beauté de notre grand fleuve, de nos relations commerciales, de la fertilité de notre sol, de la vitesse de nos navires ou parce que Québec est le port le plus rapproché de l'Europe, mais pour être compté au nombre des nations, il faut que les progrès intellectuels et scientifiques de notre nationalité, s'élevant au-dessus des succès matériels, nous signalent à l'attention du monde civilisé.

Pour s'affirmer comme nation aux regards des puissances étrangères, il faut prendre un titre national qui personnifie bien ce que nous sommes. A l'aurore de ce siècle, notre pays doit apparaître à l'horizon du monde scientifique dans le ciel des congrès.

Il faut qu'au doux rayonnement de notre étoile se dirigeant vers son zénith l'on puisse dire: voici le "*Canada*".

(à suivre.)

NOUVELLES

Noms des officiers du prochain congrès de Montréal :

Président, le Dr Foucher, de Montréal ;

1er vice-président, le Dr Ahern, Québec ;

2e vice-président, le Dr Petit, de Nashua, N. H. ;

3e vice-président, le Dr Rouleau, Calgary, T. N. O. ;

Secrétaire-général, le Dr Lesage, Montréal ;

Secrétaire-général, division de Québec, le Dr Art. Simard, Québec ;

Trésorier général, le Dr Boucher, Montréal.

Trésorier général, division de Québec, le Dr Marois, Québec.

Le gouvernement de la province de Québec a nommé une commission pour étudier l'importante question de la Mutualité et le fonctionnement de nos sociétés de secours mutuels.

Toute suggestion sera reçue avec plaisir par M. le docteur Daigneault, M.P.P., Acton Vale ; M. F. X. Dupuis, M.P.P., Montréal, et M. le docteur Bissonnette, M.P.P., St-Esprit.

Dans la division électorale No 5, six médecins ! ont élu M. le docteur Pominville gouverneur de notre chambre médicale, il existe cependant 48 médecins dans cette division !

Dites donc, mon cher docteur, au grand congrès de Québec qu'avez-vous fait de nos intérêts professionnels ?

— Mon cher confrère, dans un prochain article nous répondrons à votre question.

M. Monod, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et M. Albano, docteur en médecine de la Faculté de Naples, viennent d'être autorisés par le Bureau des Gouverneurs à exercer leur profession dans la province de Québec.

Le 10 du mois dernier, M. le docteur Baril, député de la "division médicale" No 12, convoquait une assemblée de ses électeurs pour soumettre à leur haute considération les nombreuses réformes à opérer dans la refonte de notre constitution. M. le gouverneur d'Hochelega vient de tracer la voie dans laquelle doivent marcher ceux qui, fidèles à leur mandat, désirent connaître l'opinion de tous, afin de travailler dans l'intérêt général des membres de la profession.

Madame X... annonce et pratique "sans licence" l'art obstétrical dans la ville de Montréal. M. P..., occupant une belle position sociale, requiert pour sa femme les soins de Madame X... L'accouchement est fait aussi mal que possible. Huit jours après deux chirurgiens anglais sont appelés à voir la malade très souffrante, on fait un curettage de l'utérus, on enlève des cotylédons placentaires infectés, on présente une note de \$125.00 et trois semaines après la malade meurt. Le malheureux père se console avec un orphelin.

Voilà comment la société est protégée contre les charlatans !