

MONTREAL-MEDICAL

REVUE MENSUELLE D'HYGIÈNE, DE
THÉRAPEUTIQUE, DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE PRATIQUE

TOME QUATRIÈME



MONTREAL:
M. LE DOCTEUR D. E. LECAVELIER,
RÉDACTEUR ET DIRECTEUR.

1904

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 MARS 1904

No 1

A NOS LECTEURS

Le MONTREAL-MÉDICAL entre aujourd'hui dans sa quatrième année d'existence ; les nombreux et sincères témoignages d'adhésion reçus prouvent que nous faisons œuvre utile et bonne.

Nous continuerons à marcher dans la même voie, à travailler à la diffusion des doctrines nouvelles et de la thérapeutique moderne qui modifie sans cesse le domaine de la médecine.

Le MONTREAL-MÉDICAL, s'adressant aux praticiens de la médecine générale, possèdera, comme une table d'hôte, des mets pouvant convenir à l'appétit intellectuel de tous les lecteurs.

Nous aurons atteint notre but si nous pouvons concourir à l'instruction scientifique des membres de notre profession et des générations contemporaines d'étudiants.

LA RÉDACTION.

FAUT-IL TOUJOURS FAIRE LA RESECTION DE L'APPENDICE ?

PAR SIR WILLIAM HINGSTON, F. R. C. S.

Professeur de clinique chirurgicale.

En présence d'un malade souffrant d'appendicite aiguë pour lequel il y a indication opératoire, vous savez que le traitement chirurgical consiste à isoler l'appendice et à faire une résection complète le plus près possible de son insertion cœcale. Mais le mode opératoire est bien différent lorsqu'il existe un abcès appendiculaire circonscrit et bien localisé. Dans ces cas faut-il aller à la recherche de l'appendice, détruire les brides inflammatoires, disséquer les cloisons tendues et résistantes afin d'atteindre et de réséquer l'appendice? M. le docteur Devar, de Philadelphie, répond qu'un habile chirurgien qui opère pour abcès appendiculaire, quelle qu'en soit la variété, ne doit jamais fermer le ventre sans avoir extrait l'appendice. C'est pour avoir suivi cette méthode que deux de mes confrères, habiles chirurgiens, ont perdu deux malades. Contrairement à mon opinion on fit une radicale intervention, on alla péniblement à la recherche de l'appendice emprisonnée par de fortes adhérences, car il fallait, disait-on, enlever le corps de délit; l'on réussit, mais dans les deux cas le résultat fut fatal. Pour avoir accepté ce procédé, j'avais perdu auparavant un malade pour les mêmes causes. Or que faut il faire en présence de ces cas? S'il est très important de connaître le moment opportun d'intervenir, il n'est pas moins nécessaire de savoir limiter l'intervention. L'expérience m'a depuis longtemps appris qu'après avoir largement ouvert un abcès appendiculaire circonscrit il est imprudent et souvent dangereux de briser des adhérences défensives dans le but d'atteindre et de réséquer l'appendice. Cela ne veut pas dire qu'il faille arrêter l'opération dès que l'on voit apparaître le pus après la section de l'aponévrose du grand oblique; si le pus s'est ainsi frayé un chemin c'est un signe qu'il existe un sinus profond bien rempli; en suivant cette voie tracée, il faut traverser une couche épaisse avant d'arriver au fascia transversalis qu'on incise prudemment, car sous lui c'est le péritoine. Généralement cette couche profonde est cédémateuse, jaunâtre, saillante et les doigts constatent la fluctuation. Vous pouvez sans crainte faire une boutonnière au péritoine, un flot de pus s'écoule, vous appliquez deux pinces sur les

lèvres de l'ouverture, puis, avec votre doigt pour guide, vous élargissez en haut et en bas. L'abcès est ouvert et donne issue à un pus fétide, brunâtre, sanieux. Ici commencent les divergences d'opinions : les uns sont des interventionnistes à outrance et veulent franchir tous les obstacles pour trouver l'appendice ; s'il était toujours situé au même endroit le travail serait plus facile ; parfois il est latéro-cœcal et se montre au fond de la collection purulente ; plus souvent il est rétro-cœcal, remonte derrière le cœcum et est accolé, adhérent à sa paroi postérieure ; ailleurs il est sous-cœcal, descend vers le bassin en croisant le symphyse sacro-iliaque ; quelquefois il est en dedans de l'ampoule cœcale derrière la terminaison de l'iléon caché au milieu des anses grêles qui limitent le foyer. Comment peut-on localiser l'appendice et le poursuivre en des endroits si variés sans exposer les malades aux plus graves dangers ? A cette méthode, je préfère la suivante : laissez-vous guider par la masse indurée profonde qui vous dirige. Ordinairement, c'est en dehors et en arrière du cœcum que vous trouverez le foyer purulent qu'il faut ouvrir largement. Cette localisation n'est pas invariable ; quelquefois, le foyer est situé très haut en arrière du côlon voisin de la face inférieure du foie ; souvent c'est en bas, vers le bassin ou en dedans vers le promontoire, que vous sentez une induration, une masse empâtée. Si après avoir ouvert l'abcès, lavé la cavité, vous n'avez pas trouvé l'appendice, vous explorez délicatement avec le doigt le sinus et les cloisons pour chercher avec prudence l'appendice que vous enlevez s'il est là tout près, et facile à extraire ; si vous ne trouvez rien n'allez pas, par des manœuvres trop rudes, compliquer le résultat de votre opération en détruisant des adhérences salutaires. Contentez-vous d'assécher la cavité, de mettre en place un bon drainage et votre but principal est atteint ; vous avez sauvé votre malade d'une septicémie et facilité la guérison commencée par la nature. Cette manière de voir n'est pas partagée par tous les chirurgiens américains et canadiens, mais en suivant cette ligne de conduite, vous serez en compagnie de Koch, de Berlin ; de Lepars et de Payrot, en France ; et d'un grand nombre d'autres qui ont publié plusieurs succès à la suite de ces interventions modérées. Nous n'avons parlé que du traitement des variétés d'abcès appendiculaires à foyers limités, car, dans la péritonite infectieuse généralisée, la situation est bien différente et une plus large intervention s'impose.

ANGINE DE POITRINE TABÉTIQUE

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Le malade que je veux étudier aujourd'hui avec vous est atteint d'ataxie locomotrice. Dans son ensemble, l'affection qu'il présente rentre dans le cadre classique, ce qui me permettra de passer rapidement sur un grand nombre de symptômes que vous connaissez bien et qu'il me suffira de vous énumérer. Mais je veux attirer votre attention sur quelques signes un peu spéciaux qui distinguent l'affection de ce sujet et, en particulier, sur un symptôme que je crois pouvoir faire rentrer dans le groupe des crises viscérales.

Permettez-moi, auparavant, de vous retracer brièvement l'histoire pathologique de ce malade et les débuts de l'affection dont il souffre aujourd'hui.

Dans l'enfance, je note d'abord une manifestation de tuberculose locale, un abcès froid que le malade eut à l'âge de 10 ans, au niveau de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, abcès fistuleux qui dura 2 ans et dont la cicatrice est encore visible. Dès cette époque, le sujet, sans être jamais malade, présenta quelques indices d'un certain état névropathique dont la manifestation la plus marquée était une excitation génésique exagérée qui s'est développée à partir de l'âge de 15 ans jusque dans ces dernières années.

A l'âge de 24 ans, il eut un chancre induré, diagnostiqué par M. Fournier, et suivi à l'échéance ordinaire d'une roséole typique.

Cinq ans après apparaissent des symptômes cérébraux : étourdissements, vertiges et même une perte de connaissance complète. Un traitement antisiphilitique institué à l'hôpital Laënnec eut raison de ces accidents.

Des symptômes analogues se produisirent plus tard, moins intenses, il s'y joignait de la faiblesse des jambes et une certaine dépression mélancolique qui fit croire à une manifestation de neurasthénie. Le malade, après un séjour à l'hôpital, sortit amélioré, mais ayant encore un peu de lourdeur des jambes.

C'est quelques mois après qu'apparut une douleur vive au niveau de la région précordiale et rappelant les accès d'angine de poitrine. Un de mes collègues dans les hôpitaux, qui eut

le malade dans son service à cette époque, porta, paraît-il, le diagnostic d'angine de poitrine.

Deux ans après seulement, — remarquez bien ce long intervalle, — le malade ressentait dans les jambes les premières douleurs fulgurantes, et, deux à trois mois plus tard, apparaissait l'incertitude de la marche. A partir de ce moment, l'affection rentre dans le cadre ordinaire, elle s'est développée lentement et aujourd'hui elle est encore relativement peu avancée.

Examinons maintenant l'état dans lequel se trouve ce malade qui est aujourd'hui âgé de 28 ans.

Vous constaterez d'abord que cet individu est pâle et assez chétif, il est loin d'avoir une mine florissante. Le tabes, en effet, a, dès le début, l'apparence d'une maladie générale; il marque son empreinte dans tout l'individu. Il est rare, enfin, de voir un ataxique ayant tous les dehors d'un homme en bonne santé.

En examinant la face, vous trouvez un léger trouble de l'innervation de la musculaire intrinsèque de l'œil. Vous savez que ces paralysies parcellaires sont très fréquentes au début du tabes; ici, il n'y a qu'un très léger strabisme interne de l'œil droit sans aucun trouble subjectif. L'acuité visuelle est normale et il n'y a même aucune modification pathologique des réflexes iriens, ce qui est rare.

En somme, à la face, les troubles de la motilité se réduisent à une légère parésie du muscle abducteur de l'œil. Dans les membres supérieurs, ils sont complètement défaut.

Mais, si vous faites lever le malade, vous allez voir apparaître les signes caractéristiques du tabes. Constatez d'abord que le malade debout a les pieds écartés, il élargit sa base de sustentation comme pour assurer son équilibre dont il n'est pas sûr et qu'il doit constamment surveiller. En effet, s'il ferme les yeux, il le perd tout à fait, il chancelle et tomberait si je ne le retenais. C'est là le signe de Romberg.

Dans la marche, vous voyez qu'il écarte encore les jambes, qu'il lance ses pieds en avant et talonne à chaque pas. En somme, il marche comme tous les ataxiques. Les ataxiques marchent en écartant les jambes et en fauchant, parce qu'ils cherchent à élargir leur polygone de sustentation et, de plus, comme ils ne sont pas sûrs de leurs mouvements, ils craignent de heurter leurs jambes l'une contre l'autre s'ils ne les main-

tenaient pas écartées. Ils lancent la pointe du pied en avant, car, ne pouvant limiter leurs mouvements, ils font plus pour être certains de ne pas faire trop peu; aussi leurs mouvements manquent-ils de précision. Enfin le talon frappe le sol avec bruit pour la même raison. L'ataxique n'arrête pas lui-même son pied juste au niveau du sol, c'est le heurt contre le sol qui l'arrête.

La démarche de l'ataxique est la résultante de l'incertitude de l'équilibre et de l'incoordination des mouvements des jambes.

Je dois vous signaler, pour compléter l'examen des membres inférieurs, l'abolition complète des réflexes tendineux.

Les troubles de la sensibilité objective sont à peu près nuls chez notre malade; il n'y a ni anesthésie, ni analgésie, pas de dissociation de la sensibilité. Par instants, seulement, le malade debout perd la notion de contact avec le sol; il se rend, au contraire, bien compte de la situation de ses jambes lorsqu'il est couché, les yeux fermés.

Les troubles subjectifs de la sensibilité sont très accentués et les douleurs fulgurantes très vives au niveau des jambes. Le malade dit lui-même qu'elles le "lancent comme l'électricité." Il n'y a pas de mot mieux choisi et les malades comparent toujours ces douleurs à une décharge électrique, à une sensation rapide comme l'éclair. C'est une métaphore qui s'impose à leur esprit alors même qu'elle ne leur a été suggérée par aucun médecin. Les cliniciens n'ont fait que traduire leurs propres expressions en nommant ces douleurs : *douleurs fulgurantes*.

Les deux caractères principaux de ces douleurs sont la *rapidité* et l'*intensité*. Le malade dit qu'elles sont parfois assez violentes pour le faire crier et même pour le faire tomber. Un troisième caractère, c'est qu'elles se présentent sous forme de *crises*. Elles surviennent ici tous les 2 ou 3 mois et durent pendant 3 à 4 jours.

Le malade se plaint encore de douleurs en ceinture occupant la base de la poitrine. Ces douleurs surviennent également par crises en dehors des crises qui atteignent les membres inférieurs. La sensation douloureuse s'accroît peu à peu pendant une demi-heure et dure 2 à 3 heures. Le malade la compare à une constriction produite "par un étou." C'est là encore une comparaison familière aux malades : comme pour les douleurs fulgurantes, vous retrouvez toujours, en les interrogeant, les mêmes expressions.

Tout cela est classique, mais voici qui est particulier. En effet, au cours de cette crise de constriction thoracique, il se produit quelquefois, mais pas toujours, une nouvelle sensation douloureuse qui survient au bout d'un quart d'heure, une demi-heure, et n'apparaît jamais sans être précédée de la douleur constrictive en ceinture. Cette nouvelle douleur siège en un point que le malade montre du doigt et qui correspond à la région précordiale au niveau de la troisième côte. La sensation dure de 5 à 6 secondes et s'accompagne d'une irradiation qui se prolonge dans le bras gauche jusqu'à l'extrémité du petit doigt. Elle est très violente, il semble au malade que "tout s'arrête en lui." Vous reconnaissez là le cachet de l'accès d'angine de poitrine. En effet, ces accès en ont tous les caractères, lorsque le malade commença à les éprouver, on crut à une manifestation d'angine de poitrine idiopathique. On conseilla même au malade, qui était un fumeur modéré, de cesser complètement l'usage du tabac. Or, bien qu'il ne fume plus depuis cette époque, les accès n'en continuent pas moins à se montrer de temps en temps. L'auscultation du cœur ne décèle aucune altération, l'aorte est saine; le pouls a des qualités normales, il donne 88 battements par minute, ce qui est une légère accélération assez fréquente chez les tabétiques.

Aucune lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux ne vient donc donner une explication à des phénomènes angineux. Je crois, pour ma part, qu'il faut considérer ces accès douloureux comme une crise viscérale anaïogue à celles qui peuvent atteindre d'autres organes internes chez les tabétiques. Ce qui caractérise les accès d'angine de poitrine que présente notre malade, c'est qu'ils sont toujours précédés d'une sensation de constriction thoracique, symptôme commun chez les ataxiques.

Cette concordance constante affirme la légitimité de l'angine de poitrine tabétique. Elle aurait peut-être pu éclairer le diagnostic lorsque le malade a été examiné au début, et permettre de rapporter les accidents angineux à leur véritable origine; mais à cette époque le malade n'avait aucun autre symptôme du tabes; les douleurs fulgurantes n'ont apparu que deux ans après, et il était difficile auparavant de bien interpréter un symptôme isolé et rare.

Ces crises angineuses tabétiques précédées de douleurs cons-

trictives ont été chez notre malade, le premier et longtemps même l'unique symptôme; depuis, il s'est manifesté d'autres crises viscérales; des douleurs anales comparables aux douleurs fulgurantes des jambes avec lesquelles elles alternent et s'accompagnaient d'irradiations dans les testicules et la verge. La maladie s'est, dans la suite, peu à peu complétée; actuellement elle est encore assez peu prononcée.

Je n'ai pas à vous rappeler ici quelle est son évolution ordinaire. Bien que le malade soit affaibli, son état général est encore assez satisfaisant; il a conservé l'appétit, mais il éprouve facilement des troubles intestinaux; il souffre d'alternatives de constipation et de diarrhée sans que ce dernier symptôme soit assez accentué pour constituer un exemple de diarrhée tabétique. Je noterai encore quelques troubles de la miction; il existe parfois de l'incontinence nocturne d'urine, mais je n'insiste pas sur ces symptômes bien connus.

En somme, dans cette démonstration, je n'ai nullement cherché à vous décrire tous les signes du tabes; j'ai simplement voulu vous signaler un symptôme peu commun, une forme particulière de crise viscérale qui est l'*angine de poitrine tabétique*.

Je n'entrerai pas, non plus, dans l'étude des lésions anatomiques multiples du tabes. Je veux seulement vous dire en terminant qu'on a tort, à mon sens, de regarder le tabes comme une affection exclusivement nerveuse. Non, le tabes a tous les attributs d'une maladie générale. Toutes les parties du système nerveux sont atteintes, la moelle, le cerveau, les nerfs optiques, les nerfs périphériques, mais il existe aussi des crises viscérales, des lésions articulaires, osseuses, dentaires, etc.; l'organisme est frappé tout entier.

Je sais bien que l'on considère toutes ces lésions comme une conséquence des troubles trophiques engendrés par les altérations primitives du système nerveux, mais cette théorie ne me satisfait pas, elle ne me rend pas compte de cette sorte de déchéance, d'affaiblissement général qui frappe l'individu dès le début même de la maladie.

Les travaux modernes ont démontré, vous le savez, que la syphilis joue un rôle manifeste dans l'étiologie du tabes. Pour beaucoup de médecins, 90 sur 100 des tabétiques sont d'anciens

syphilitiques; et les moins convaincus admettent une proportion de 20 pour 100.

Eh bien, la syphilis est certes une maladie générale, une altération humorale, et il n'y a rien d'illogique à considérer les manifestations multiples du tabes comme une conséquence de cette altération humorale. Ce n'est qu'une théorie, mais elle me séduit plus que la théorie des troubles trophiques secondaires.

DISSERTATION SUR L'EMPLOI DE LA MORPHINE DE LA VESICATION CANTHARIDIENNE ET DE LA SAIGNEE DANS LES COMPLICATIONS GRIPPALES

PAR S. E. LE PROFESSEUR ISSA HANDY PACHA.

D'après les observations de savants très distingués, il se produit, même dans la forme commune de la grippe, dès le début de l'atteinte, altération de l'organe sécrétoire de l'urine; les fonctions rénales sont profondément troublées et d'une façon précoce, car c'est un fait bien remarquable que, dès les premières heures de l'invasion de la grippe, se manifeste une disposition prononcée de l'anurie. Beaucoup de malades n'expulsent en 36 heures que 250 grammes d'urine concentrée, légèrement rosée, et le plus souvent albumineuse.

L'éminent professeur Jaccoud disait en 1883 que, " parmi les symptômes de la grippe, la sécrétion urinaire est fréquemment diminuée, quelquefois même, elle est supprimée."

Donc, la complication qui facilement en résulte c'est la néphrite.

Et en effet, la néphrite, compliquant l'influenza, n'est pas faite pour nous surprendre, considérant la fréquence de l'albuminurie dans la grippe.

Le professeur Teissier mentionne " l'existence, presque dans la moitié des cas qui se présentent, d'un certain degré de néphrite infectieuse; on observe de véritables néphrites graves qui, dès les premières heures, peuvent exposer les malades aux conséquences les plus funestes de l'insuffisance urinaire." Il cite le cas d'une jeune fille de 18 ans, très rapidement emportée par des accidents comateux d'urémie, suites d'une néphrite grippale, ayant déterminé l'anurie complète. Maintes autres observations ont été rapportées sur des cas analogues.

La néphrite infectieuse est naturellement due à l'action des microorganismes pathogènes sur l'épithélium canaliculaire et à l'action de la toxine, modifiant profondément, à elle seule, la vitalité des épithéliums.

Et du fait, l'injection de la toxine stérilisée a produit chez l'animal la néphrite; chez la plupart des animaux sacrifiés après l'injection, on constata une congestion œdémateuse des reins et l'altération des épithéliums canaliculaires.

En présence d'une telle prédisposition à l'anurie et à la néphrite dans l'influenza, et lorsque pendant le cours de la maladie il y a indication pour l'une et pour l'autre, l'emploi de la morphine et de la vésication cantharidienne serait-il permis? Ou bien l'emploi thérapeutique d'un seul de ces moyens, en supprimant l'autre? La saignée serait-elle avantageuse dans le cas d'urémie, due à la néphrite grippale? C'est ce que nous allons examiner, nous appuyant sur des observations par moi faites.

M. X... fut atteint d'influenza.

Le cinquième jour, amélioration pendant toute la journée.

Le sixième jour, rechute avec dyspnée et point de côté intense; manifestation d'une broncho-pneumonie double, plus étendue de gauche; injection d'un centimètre cube d'une solution au centième de morphine.

Soulagement passager.

Réapparition de la dyspnée et point de côté.

Consultation. — Prescription: application d'un large vésicatoire et de ventouses sèches.

Sept heures après l'application du vésicatoire et seize heures après l'injection de la morphine, se produisit l'anurie et le coma (la quantité d'urine retirée ne fut que de 10 grammes, albumineuse, sanguinolente). Ensuite la mort.

Dans ce traitement la morphine a été employée et motivée par la dyspnée et le point de côté; le mieux qui en résultait ne fut que passager, mais inoffensif malgré l'anurie.

Voici ce que dit le professeur Jaccoud à propos de la douleur et de la dyspnée dans l'influenza:

“On aura recours aux calmants dont on connaît aisément l'heureuse application, en se rappelant l'origine nerveuse de la dyspnée.

“Les injections hypodermiques de morphine ont l'avantage

de calmer les douleurs ainsi que la toux, si souvent douloureuse et opiniâtre, et de modérer l'oppression qui constitue un des symptômes les plus pénibles de l'influenza."

En conséquence, l'emploi de cet alcaloïde, loin d'être proscrit dans l'influenza, même en présence de la néphrite, est, au contraire, recommandé, lorsqu'il y a : douleur, dyspnée, toux douloureuse et opiniâtre et des convulsions.

L'emploi du vésicatoire, dans cette observation, a été indiqué par la broncho-pneumonie, mais son effet fut de déterminer la néphrite dont les conséquences furent : l'anurie, l'urémie, le coma, la mort.

"Quant aux vésicatoires, leur utilité me semble douteuse, car souvent ils ajoutent aux souffrances des malades, sans modifier en rien les symptômes pulmonaires, ni la dyspnée. Cette impuissance des vésicatoires est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe; pour moi, j'y ai complètement renoncé." (Jaccoud).

Aujourd'hui, chers confrères, on a une raison de plus pour renoncer à l'application des vésicatoires, raison qui, autrefois ignorée, est confirmée à présent par les observations et les expériences faites sur les animaux : c'est l'existence de la prédisposition à la néphrite.

Donc, malgré l'indication (la pneumonie ou autre phénomène respiratoire) la vésication par la cantharide n'est point prescrite. Or, nous savons que la cantharide entrée dans la circulation — soit par la résorption cutanée, à la suite de l'application de larges vésicatoires sur la peau — soit par l'absorption du tube digestif à la suite de l'administration de cantharide dans un autre but, — la cantharide irrite l'organisme, et, éliminée par les reins, elle les enflamme, ce qui est incontestable, surtout lorsque les reins sont déjà troublés, et comme effectivement ils le sont dans la grippe.

Le résultat de cette détermination inflammatoire rénale est l'anurie complète, finalement l'urémie aiguë, qui emporte le malade au bout de quelques heures.

Deuxième observation :

Le sujet est un homme de 35 ans, dont les fonctions génitales s'étaient affaiblies. Décidé à se marier, il désirait augmenter sa puissance "génératrice." On lui conseilla l'application d'un large vésicatoire sur les lombes.

Huit heures après l'application du vésicatoire, la sécrétion urinaire cessa, et deux heures après survint le coma, qui au bout de cinq autres emporta le patient.

Dans cette observation, la cantharide a été évidemment la cause de la néphrite, qui a déterminé l'anurie, le coma, et finalement la mort.

Un autre cas :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, plein de santé ; au moment de se marier il prend une pilule contenant de la cantharidine, dans le but d'augmenter sa puissance génératrice ; quelques heures après, se produisent des vomissements, ensuite l'anurie complète, le coma et la mort en vingt-quatre heures.

Et voici l'expertise :

On constata la présence de la cantharidine dans les tissus rénaux, et néphrite intense.

De cette observation j'ai pu conclure que la cantharidine éliminée par les reins a déterminé la néphrite, et les conséquences en furent : l'anurie, le coma urémique et la mort !

Passons à la saignée :

Le coma, qui déterminait la mort comme nous l'avons exposé précédemment dans les trois cas, est dû à l'urémie aiguë résultant de la néphrite.

Ces différentes observations m'ont amené à me demander si l'emploi de la saignée ne serait pas avantageux et heureux, mis à exécution dès l'apparition des premiers symptômes de l'urémie ? L'exemple suivant pourrait justifier ma manière de voir :

Le sujet dont il s'agit, marié la première fois à l'âge de 15 ans, voulait se remarier à l'âge de 45 ans avec une jeune fille de 16 ans. Ayant le sentiment de son impuissance génératrice, il se servit de drogues dans l'espoir de corriger cette impuissance. Peu satisfait des résultats des prescriptions de ses médecins, il eut recours à un pharmacien qui lui confectionna des pilules contenant de la cantharidine. Il n'en absorba qu'une seule et, quelques heures après, il fut pris de vomissements ; un peu après, survint l'anurie ; 10 grammes d'urine sanguinolente albumineuse, au moyen de cathétère ; enfin le coma.

J'étais appelé, et un des amis du patient me communiqua son secret. Sans hésiter je m'empressais de pratiquer une saignée copieuse, 400 grammes de sang. Une heure après la saignée,

le coma diminue et à peu près quatre heures plus tard, se dissipe complètement. Le cathétérisme pratiqué après ces quelques heures produisit 100 grammes d'urine à peine sauguinolente, tandis que les 10 grammes sortis avant la saignée étaient tout à fait sanguinolents, contenant de l'albumine.

On pourrait m'objecter peut-être que ce n'était pas là un cas d'influenza !

D'accord ! Mais je répondrai que chez les femmes atteintes de cette maladie, affectées de l'anurie, et lorsque surviennent les menstrues, non seulement l'anurie disparaît, mais le plus souvent l'influenza elle-même.

Ainsi par exemple les femmes brightiques, dérangées par les symptômes de l'insuffisance urinaire, sont-elles soulagées par les menstrues.

Je pense que la saignée est indiquée non seulement dans l'urémie, due à la néphrite occasionnée par la cantharide, mais aussi dans celle qui résulte de la néphrite compliquant l'influenza ; par la saignée on diminue la pression veineuse, on fait sortir avec le sang une grande quantité de microbes de la maladie et des résidus de la combustion, et les éléments de l'urine ; ainsi, les complications rénales a leur cortège sont-elles arrêtées, et la grippe elle-même s'abrège.

J'arrive, Messieurs et chers confrères, à mes conclusions :

1° Que la morphine est indiquée lorsqu'il se produit : douleur, dyspnée, toux douloureuse et opiniâtre, et que la néphrite elle-même n'est pas un empêchement à son emploi.

2° Que la vésication cantharidienne doit être proscrite dans l'influenza, considérant la prédisposition de l'individu à la néphrite.

3° Que la saignée doit être pratiquée dans le cas de la néphrite, dès l'apparition des premiers symptômes de l'urémie, puisque la saignée est suivie de succès heureux dans l'urémie, résultant de la néphrite cantharidienne.

L'avenir médical comme l'avenir social c'est nous qui le déciderons par la manière dont nous aurons formé nos médecins et élevé les générations nouvelles.

La vie doit être une éducation incessante, il faut tout apprendre depuis parler jusqu'à mourir.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CITRIQUE

Une jeune fille a succombé à l'absorption d'une certaine quantité d'acide citrique qu'elle avait employée comme abortif. Malgré des vomissements répétés, l'estomac renfermait à l'autopsie 9,50 gr. d'acide. Il résulte des constatations médico-légales, que ce n'est pas par une corrosion locale, mais bien par un empoisonnement général que la mort s'est produite. Kionka s'est livré à des expériences sur les lapins avec une solution à 100 %; les animaux succombaient en quelques minutes; la mort survenait encore après 20 minutes avec des solutions à 30 %; les animaux en expérience ont résisté à des solutions à 20 %. L'expérimentateur a conclu que la suicidée avait dû absorber de 25 à 30 gr. d'acide citrique.

Cet accident montre que les "cures de citron" tant prônées ne sont pas sans danger.

LA PYELONEPHRITE ET SUITES DE COUCHES

PAR M. LE DOCTEUR WALLICH.

1° Les suites de couches peuvent être apyrétiques, surtout dans les cas où l'accouchement a lieu, alors qu'un temps notable s'est écoulé depuis la dernière élévation de température.

2° Les suites de couches peuvent être fébriles, surtout dans les cas où la pyélo-néphrite provoque encore des élévations de température, à une époque voisine de l'accouchement.

3° Les suites de couches fébriles par pyélonéphrites peuvent se distinguer de ce qu'on observe dans l'infection puerpérale par les grandes oscillations thermiques (pouvant dépasser 2°), par des rémissions matinales (pouvant être inférieures à 37°), par l'état du pouls (qui est resté normal dans le seul cas où il a été régulièrement compté), et enfin par la persistance d'un bon état général.

4° On doit donc distinguer, dans les suites de couches, la *fièvre par pyélonéphrite*, pour ne pas avoir recours à une thérapeutique intra-utérine qui n'est pas seulement inutile, mais qui peut être dangereuse étant donnée la septicité des urines.

Parmi les éléments du diagnostic différentiel, il y a encore le pus dans les urines et les douleurs rénales.

Le cathétérisme vésical dans ces cas de pyélonéphrites est tout au moins inutile.

Dans bien des cas d'albuminurie de la grossesse, il s'agit en réalité de pyurie, probablement par infection des voies urinaires supérieures. Dans la plupart des cas de pyélo-néphrite, on doit laisser la grossesse aller jusqu'à terme.

LA FIEVRE TYPHOÏDE A DÉBUT BRUSQUE SIMULANT L'APPENDICITE

PAR M. LE DOCTEUR MOIZARD,

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Il y a quelques semaines, on amenait dans mon service à l'Hôpital des Enfants-Malades, une fillette de douze ans, dont l'histoire clinique était des plus intéressantes. Bien portante habituellement, nerveuse, et fille de nerveuse, cette enfant avait été prise dix jours auparavant, et très brusquement, de fièvre intense, de vomissements répétés et d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. Pendant les premiers jours, la douleur de ventre avait été si violente, sa localisation au point de MacBurney, si nette, que la possibilité d'une appendicite avait été discutée et admise pendant quelques heures. L'intensité de la fièvre, l'état général moins mauvais qu'il n'aurait dû l'être avec des symptômes aussi intenses, le peu de défense de la paroi abdominale, légitimaient une hésitation que venait lever au huitième jour l'apparition des taches rosées lenticulaires. Quand la malade fut amenée dans mon service au dixième jour de la maladie, la question d'appendicite ne se posait même plus, et je fus étonné de voir, aussi complètement, aussi définitivement calmé, un orage dont les renseignements très précis m'apprenaient l'intensité. Tout était fini en effet. La palpation au niveau de la fosse iliaque déterminait à peine de sensation douloureuse; il n'y avait ni défense de la paroi, ni empatement profond, et je me trouvais en présence d'une fièvre typhoïde banale qui a du reste évolué d'une façon tout à fait normale. La malade est actuellement en pleine convalescence, et ne présente aucune trace des accidents si intenses, et en apparence si menaçants qui avaient marqué le début de la maladie.

Voici, certes, un fait intéressant, et très utile à relater, en ce moment où l'appendicite est si fréquente, et où l'attention étant éveillée si vivement sur elle, nous avons tous, involontai-

rement, la tendance à voir, comme on dit vulgairement, "des appendicites partout."

Ces faits sont-ils rares? Oui, certainement, d'une façon absolue. Pourtant, c'est le second que je vois, et j'ai entendu relater un troisième.

Dans l'autre fait observé par moi, je fis pendant quelques jours une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans qui, en pleine santé, avait été pris brusquement de vomissements, de douleurs de ventre très intenses, et d'une fièvre violente. Quand je le vis, la douleur était si nettement localisée au niveau du point de MacBurney, que malgré le peu d'intensité de la défense musculaire, à la palpation de la fosse iliaque droite, j'admis l'existence d'une appendicite.

Au bout de quelques jours, les symptômes typiques s'accrochèrent, la douleur de ventre s'atténa, et je dus réformer mon premier diagnostic, et reconnaître une fièvre typhoïde qui du reste évolua normalement.

Je connais un fait où la méprise fut plus complète, puisqu'elle amena une intervention chirurgicale. La laparatomie montra l'intégrité de l'appendice enlevé au début d'une fièvre typhoïde.

Voici donc trois faits connus de moi :

La littérature médicale en fournit d'autres. Sans vouloir citer tous, je rappellerai le fait Merklen et Jalaguiet (Article appendicite du *Traité de chirurgie*). Il s'agit d'un enfant qui, au cinquième jour de la fièvre typhoïde, présentait une localisation douloureuse si nette au niveau du point de MacBurney, que la première opinion de nos collègues fut qu'il s'agissait d'une appendicite. Au bout de quelques jours, le diagnostic de fièvre typhoïde fut évident.

Je tiens à rappeler, en dernier lieu, pour montrer l'extrême difficulté du diagnostic, dans certains cas, la curieuse observation de Kirkbride, citée par Talamon.

Il s'agit d'un jeune garçon qui fut pris brusquement de fièvre, de douleurs abdominales et de constipation. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde. Mais la douleur et la sensibilité du ventre à la pression augmentant, la constipation persistant, le cinquième jour surviennent des vomissements fréquents; le diagnostic d'appendicite avec obstruction intestinale est porté par deux médecins et un chirurgien. Au septième jour, le doc-

teur Kirkbride est appelé. La température était alors de 37°5, le pouls à 130, la respiration à 36. Le petit malade vomissait tout ce qu'il prenait, et avait des vomissements fécaloïdes.

Après une injection de morphine, puis de strychnine, un lavement purgatif, et plusieurs doses de sulfate de magnésie administrées d'heure en heure, une débâcle survint, et à partir de ce moment, la fièvre typhoïde reprit son cours régulier. Il est impossible de trouver réunies plus de difficultés d'interprétation que dans l'observation de ce cas si bizarre, résumée en quelques lignes.

Il est donc très important de se rappeler qu'il y a des cas, très rares, il est vrai, dans lesquels la fièvre typhoïde peut débuter brusquement, avec des vomissements plus ou moins abondants, plus ou moins répétés, accompagnés de douleurs si intenses dans la fosse iliaque droite, et si nettement limitées au niveau du point de MacBurney, que le diagnostic d'appendicite peut paraître s'imposer pendant quelques jours et que des médecins et des chirurgiens expérimentés ont pu commettre, en pareil cas, l'erreur de pratiquer la laparotomie.

C'est cette forme seule que j'étudie en ce moment; et, si je m'en rapporte au seul cas que j'ai observé personnellement au début, au moment où l'erreur était possible, et où je l'ai commise pendant quelques jours, les éléments du diagnostic sont les suivants : dans ces faits de fièvre typhoïde à début pseudo-appendiculaire, la défense abdominale, à la pression, est beaucoup moins vive, beaucoup moins marquée que dans l'appendicite, l'hyperesthésie de la paroi, moins prononcée ou nulle, enfin, les symptômes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se montrent dans une appendicite d'emblée d'apparence aussi grave.

Le facies, en particulier, ne présentait pas, chez mon malade, le caractère abdominal si typique en pareil cas. Il y a donc, en fait, discordance, entre les phénomènes réactionnels si intenses, et le facies du malade, qui n'est pas celui que l'on rencontre dans les appendicites graves, nécessitant une intervention précoce.

Ce ne sont là, en réalité, que des nuances, mais il faut savoir les saisir, et les apprécier, pour ne pas s'exposer à une action précipitée, et tout au moins inutile. Au bout de quelques jours, l'orage se calme : et dans les observations que je connais, rien

n'a été plus étonnant que cette disparition si rapide des phénomènes douloureux, qui pendant plusieurs jours avaient si complètement dominé le tableau clinique. Dans les deux faits que j'ai observés, la fièvre typhoïde suivit sa marche régulière, et guérit — et au huitième jour dans un cas, au dixième dans l'autre, la douleur de la fosse iliaque droite avait complètement disparu, ou n'était pas plus intense que d'ordinaire. Cette rapide disparition de la douleur m'a paru très remarquable.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, l'extrême difficulté du diagnostic dans certains cas, il serait véritablement impossible : il n'est pas possible en pareil cas de compter sur le séro-diagnostic pour éclairer le praticien. Les accidents que j'ai indiqués, se montrent tout à fait au début de la fièvre typhoïde, et à ce moment la méthode de Widal ne donne pas, le plus souvent, de résultat. Il faut donc avoir toujours l'attention éveillée quand il s'agit de ces pareils, et avant d'admettre l'existence d'une appendicite analyser minutieusement tous les symptômes, afin de ne pas s'exposer à une erreur.

Comment interpréter ces accidents si curieux ? Trousseau, qui les avait observés, les attribuait à l'intensité de la fluxion intestinale et péritonéale autour des lésions prédominant au niveau de la fosse iliaque droite, au début de la fièvre typhoïde. J'insistais tout à l'heure sur la rapide disparition de ces accidents, sans qu'il en restât la moindre trace, dans les deux cas observés par moi. Cette évolution si rapide rend bien plausible, malgré son caractère hypothétique, l'opinion du célèbre clinicien. Il est infiniment probable qu'il s'agit là de ces phénomènes si peu connus encore dans leur essence et qu'on englobe sous le nom de péritonisme. — Il y aurait, chez des sujets nerveux (j'ai dit que la petite malade de mon service est une nerveuse, fille d'une grande nerveuse), une impressionnabilité péritonéale exagérée au processus morbide qui s'élabore dans l'intimité de la paroi intestinale. En tout cas, la courte durée des accidents, leur disparition complète et sans retour dans le cours de la maladie, ne permettent guère de penser qu'il y ait lieu de rapprocher ces faits de ceux signalés par Courtois-Suffit, et dans lesquels les lésions de la fièvre typhoïde se localisent presque exclusivement sur le cœcum et donnent lieu à une variété dite typhlite typhoïde. Il est possible que dans ces faits le tissu adénoïde de la muqueuse de l'appendice soit touché

d'une façon prédominante, au même titre que celui de la muqueuse de l'iléon, siège principal des lésions typhiques. Mais faut-il admettre, en pareil cas, qu'il s'agit d'une appendicite typhique au début d'une fièvre typhoïde ?

Pour ma part, je ne crois pas. Je sais bien qu'on a décrit une appendicite typhique, et que Deaver et d'autres observateurs ont signalé des cas d'appendicite perforante dans le cours de la fièvre typhoïde. Je n'ai, pour ma part, jamais observé de faits analogues; mais il est très rationnel d'admettre, dans la fièvre typhoïde, des lésions éberthiennes de la muqueuse de l'appendice, comme de la muqueuse de l'iléon. Pourtant, rien n'est plus rare, comme le dit M. Dieulafoy, que de voir éclater une appendicite au cours d'une fièvre typhoïde, bien que l'entérite typhique ulcéreuse ait justement une prédilection marquée pour la région iléo-cœcale qui touche à l'appendice. Si l'appendicite typhique ne peut être niée, je la crois excessivement rare, et je ne peux lui attribuer les symptômes que j'ai décrits dans cette courte étude. Sans pouvoir donner une explication formelle d'accidents rares, et qui seront peut-être mieux connus plus tard, je m'appuie sur leur évolution, sur leur rapide disparition, pour considérer comme tout au moins plausible la pathogénie que j'ai admise. Pour la contrôler, il faudra pouvoir suivre, après la guérison de la fièvre typhoïde, les malades qui auront présenté ces accidents à son début, savoir ce qu'ils deviendront au point de vue intestinal, s'ils seront exposés ultérieurement à des poussées d'appendicite : toutes ces recherches demandent une observation prolongée, impossible sur les malades d'hôpital, mais très facile sur les malades de la ville que nous pouvons suivre pendant de longues années. C'est alors seulement qu'il sera possible de se prononcer en toute connaissance de cause.

Comment traiter ces accidents ? Les applications permanentes de glace sur le ventre, la diète hydrique pendant les quelques heures où les phénomènes d'intolérance gastro-intestinale sont très marqués. Je ne crois pas que l'opium en pareil cas soit utile. Je lui préfère la belladone, associée à l'eau chloroformée saturée, dans une potion contenant, suivant l'âge du sujet, de dix à quarante grammes d'eau chloroformée saturée, et de vingt à trente gouttes de teinture de belladone.

SUR " L'APPENDICALGIE " DE GUINARD

PAR M. LE PROFESSEUR LEJARS.

M. Lejars déclare qu'il a écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Guinard qui, pour lui, peut se résumer en trois points : 1° fréquence des appendicites méconnues ou prises par d'autres affections abdominales; 2° fréquence des appendicites coexistant avec d'autres affections et dont les symptômes douloureux sont mis sur le compte des dites affections; 3° nécessité, dans toute laparotomie, d'aller systématiquement à la recherche de l'appendice et de l'enlever pour peu qu'il soit suspect.

Sur ce dernier point, M. Lejars déclare partager absolument l'opinion de M. Guinard, et, depuis longtemps déjà, il a pris l'habitude, dans toute laparotomie, non seulement d'inspecter l'appendice, mais de l'enveler dans tous les cas, même s'il semble normal. Il lui semble, en effet, de bonne pratique, quand l'intervention ne paraît devoir en être prolongée que de quelques instants, de débarrasser le malade d'un organe toujours dangereux et de prévenir ainsi des désastres ultérieurs : l'an dernier encore, M. Lejars a vu mourir d'appendicite foudroyante une jeune femme à laquelle il avait fait six mois avant une hystérectomie abdominale pour un gros fibrome.

M. Lejars n'insiste pas davantage sur le second point, savoir la fréquence des appendicites méconnues : c'est un fait connu et admis de tout le monde.

Quant au troisième point — fréquence des appendicites chroniques coexistant avec d'autres affections abdominales et commandant *toujours* les réactions douloureuses accusées par les malades —, si la thèse soutenue par M. Guinard est vraie dans la plupart des cas (il n'est pas de chirurgien qui n'en possède d'exemple), il n'est pas moins certain que la contrepartie peut être défendue avec des exemples non moins convaincants. D'abord, il ne faut pas oublier que, même chez des individus normaux, la pression dans la fosse iliaque droite réveille assez souvent une certaine douleur. Chez les constipés la distension gazeuse du cæcum peut être la cause de douleurs spontanées plus ou moins accentuées, exagérées par la pression au niveau du point de MacBurney. Qui ne connaît les points douloureux ovariens des hystériques et leur confusion si facile, à droite,

avec le point de MacBurney ? Sur la foi du point appendiculaire, M. Lejars a opéré, pour appendicite, une fièvre typhoïde au début. Mieux encore : il a vu une pneumonie franche, à point de côté très bas, faire croire à une appendicite grave.

En résumé, si les faits présentés par M. Guinard dans sa communication sont des plus exacts et méritaient d'être mis en lumière dans un aperçu d'ensemble, M. Lejars déclare tout net qu'il n'aime ni le mot d'*appendicalgie* imaginé par son collègue, ni la systématisation symptomatologique que ce mot paraît indiquer ; ce n'est pas, en effet, sur un seul symptôme, sur la douleur, que nous pouvons nous contenter de nous appuyer pour affirmer qu'il y a appendicite et appliquer le traitement médical ou chirurgical — suivant les tendances de chacun — que comporte un pareil diagnostic.

LES INDICATIONS DE L'OPERATION DE TALMA

PAR M. LE DOCTEUR ELLE.

Si l'omentopexie délivre parfois le cirrhotique de son ascite, voire même le guérit, le plus souvent elle échoue. Etant donné que l'idée même de l'opération — création de nouvelles voies de circulation collatérale — est théoriquement des plus justes et qu'elle est aussi des mieux fondées au point de vue anatomique, comment se fait-il que la même intervention réussisse chez certains malades et échoue chez les autres ? A cette question on a répondu en invoquant l'état avancé de la lésion hépatique, en disant que la circulation collatérale créée par l'omentopexie est impuissante à s'opposer à la reproduction de l'ascite une fois que les ramifications de la veine porte se trouvent englobées en totalité dans du tissu conjonctif néoformé.

A première vue, cette façon de voir semble des plus légitimes et paraît ne devoir soulever aucune objection. Quand on sait que l'opération de Talma a pour but de faire disparaître l'ascite due à une cirrhose du foie, comment ne pas faire ressortir à l'état de cet organe les succès aussi bien que les échecs de l'intervention ? Et pourtant, tel n'est point l'avis de M. Lenzmann, qui vient de publier un cas d'omentopexie avec disparition complète, et peut-être définitive, de l'ascite. Il estime, lui, qu'en posant les indications de l'intervention, on doit se guider peut-être moins sur l'état du foie que sur celui du cœur,

et cela parce que c'est de l'état du cœur que dépend le succès éventuel de l'opération. Les faits que M. Lenzmann invoque à l'appui de son opinion sont fort curieux. C'est pourquoi nous allons les passer en revue avec quelques détails. Quelle est l'origine de l'ascite que l'on rencontre dans la cirrhose atrophique du foie? L'opinion classique l'attribue à la constriction, voire à l'oblitération des ramifications de la veine porte. Cette opinion, M. Lenzmann l'accepte; seulement il pense que la cirrhose, c'est-à-dire la prolifération du tissu conjonctif, n'est pas le seul facteur en jeu.

Ainsi, tout dernièrement, M. Lenzmann a eu l'occasion de faire l'autopsie médico-légale d'un alcoolique avéré, tué dans une rixe. Cet homme avait un foie petit, dur, rétracté, offrant au complet l'aspect et les lésions de la cirrhose atrophique très avancée. Et pourtant, malgré cette cirrhose, il n'existait pas trace d'ascite. Inversement, il est arrivé à M. Lenzmann, comme à d'autres, de trouver de l'ascite dès le début de la cirrhose, au moment où le foie était encore augmenté de volume, où la prolifération du tissu conjonctif n'était manifeste que dans quelques portions de la glande hépatique, par conséquent au moment où il ne pouvait être question de stase par constriction et oblitération des ramifications de la veine porte.

L'opposition de ces deux ordres de faits montre donc que la cirrhose ne commande pas, à elle seule, de l'ascite, et que d'autres facteurs interviennent dans la production de celle-ci. Et pour M. Lenzmann, ces facteurs seraient l'état fonctionnel du cœur et le développement convenable de la circulation collatérale.

Lorsque, dit M. Lenzmann, le cœur garde intacte sa capacité fonctionnelle et qu'à chaque contraction le ventricule droit envoie dans les poumons la quantité normale de sang, de façon à libérer les veines hépatiques, la stase dans le système porte pourra faire défaut dans des cas de lésions avancées du foie. Et si, à côté d'un cœur vigoureux, la maladie possède encore un système de circulation collatérale bien développé, — et ceci est affaire de disposition anatomique individuelle, — l'ascite pourra ne pas se produire malgré une cirrhose atrophique même très avancée. Du reste, ajoute M. Lenzmann, il n'y a qu'à faire entrer en ligne de compte les cas d'insuffisance cardiaque se manifestant en première ligne, non pas par un œdème des

jambes, mais par une ascite et une augmentation du volume du foie, pour se rendre compte du rôle que joue le cœur dans la genèse de l'ascite chez les individus atteints de cirrhose du foie. L'état du foie, l'état de la circulation collatérale, mais surtout l'état du cœur, tels sont, d'après M. Lenzmann, les trois éléments que les chirurgiens ont à envisager pour déterminer les indications et le succès éventuel de l'opération de Talma.

Celle-ci est donc avant tout indiquée dans le cas où l'examen du malade semble marquer que l'ascite et les autres phénomènes de stase se trouvent avant tout sous la dépendance de l'état du cœur. Dans ces cas, l'établissement d'un système convenable de circulation collatérale a pour premier résultat de décharger le système porte et les veines hépatiques, et, pour second, de fortifier le cœur en lui facilitant son travail. M. Lenzmann va même plus loin, et pense que si, dans ces cas, le foie renferme encore du parenchyme intact, ce dont on peut juger par l'absence d'ictère, il est possible que l'opération de Talma amène la guérison du malade, sinon de la cirrhose. Du moins les choses se sont passées ainsi chez son opéré.

Lorsque ce malade, un alcoolique âgé de cinquante-quatre ans, entra dans le service de M. Lenzmann, il avait une ascite considérable, de l'œdème des jambes, un cœur manifestement dilaté, avec un pouls petit et rapide, les conjonctives subictériques, des traces d'albumine, mais pas d'urobiline dans l'urine. Le foie, comme on a pu le constater après une ponction qui a donné issue à 13 litres de liquide, était dur, lisse et dépassait légèrement les fausses côtes.

L'ascite s'étant reproduite de façon à nécessiter une nouvelle ponction, M. Lenzmann fit l'opération de Talma, c'est-à-dire sutura au péritoine pariétal l'épiploon et la rate. L'ascite se reforma encore une fois et nécessita une nouvelle ponction. Mais ce fut la dernière. Aujourd'hui, c'est-à-dire quinze mois après l'opération, le malade peut être considéré comme guéri. Depuis un an, le cœur a repris ses dimensions normales, l'œdème des jambes a disparu ainsi que l'albuminurie, et le malade, qui a gagné 20 livres, a pu reprendre ses occupations.

Cette observation, dans laquelle l'état du cœur se trouve soigneusement noté, vient bien à l'appui des idées de M. Lenzmann. Elle montre en effet que c'est dans le cas où l'ascite se trouve sous la dépendance de l'insuffisance cardiaque que l'opération de Talma donne de bons résultats.

LES NOUVEAUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

PAR M. VICTOR AUGER

Les purgatifs

L'étude des principes actifs des principaux médicaments purgatifs a amené à ce résultat curieux, qu'ils appartiennent pour la plus grande partie au groupe du méthylantracène.

Aussi a-t-on étudié les dérivés oxyanthraquinoniques au point de vue de leur action sur l'organisme, et M. Veith a proposé, sous le nom de Purgatine, le diacétate d'anthrapurpurine.

Ces médicaments anthraquinoniques ne sont pas sans inconvénients, et leur action est souvent accompagnée de coliques violentes et de néphrite. La purgatine, par exemple, n'est pas d'un emploi facile, et de plus, colore les urines en rouge vif, au grand effroi des malades un peu nerveux.

Le hasard a fait mieux que les chimistes, et leur a offert un nouveau purgatif, plus doux que ceux qu'ils inventaient, et dont l'usage n'occasionne, paraît-il, aucune suite fâcheuse du côté des reins. C'est la phtaléine du phénol. Sa découverte est assez curieuse. En Autriche-Hongrie le gouvernement désirait pouvoir reconnaître un certain vin malgré toutes ses transformations commerciales ou industrielles, et pour cela on pensa à le marquer en y introduisant une petite quantité de phtaléine, qui, est toujours facilement décelée par les alcalis avec lesquels elle développe une belle coloration rouge. Des expériences préliminaires sur des animaux montrèrent qu'elle n'était nullement toxique et qu'on n'avait rien à craindre de ce côté (1 gr. au kilogr. d'animal). Mais, soit que les employés du gouvernement eurent la main un peu lourde, ou que le vin fût trouvé bon et absorbé en quantité considérable, les consommateurs ressentirent bientôt l'effet de l'indicateur employé, se plainquirent et provoquèrent une enquête qui aboutit à la découverte du coupable. La phtaléine purge à la dose de 1 gr. 5 environ. On peut aller jusqu'à 15 grammes sans inconvénients. Le plus curieux, c'est que presque tout le produit passe inaltéré et se retrouve dans la proportion de 87 p. c. dans les selles; les urines en contiennent des traces et le médicament ne fatigue pas les reins. On l'a proposé sous le nom de Purgène.

Si la phtaléine n'appartient pas au groupe anthraquinonique, il n'en est pas moins vrai qu'elle s'en rapproche beaucoup, ou tout au moins qu'on peut la transformer facilement en dérivé anthraquinonique, de sorte qu'il y aura lieu de revoir quel est le groupement moléculaire qui possède les propriétés purgatives. Je terminerai en notant que l'on recherche, sans succès jusqu'ici, un purgatif qui puisse agir par voie hypodermique.

LES TROPHIQUES

Je parlerai ici plus spécialement des produits phosphorés et arséniés, ainsi que des ferrugineux.

On a commencé par administrer le phosphore à l'état de phosphate de chaux, puis, pour le rendre plus assimilable, sous forme de glycérophosphate, enfin on emploie actuellement la lécithine, retirée de l'œuf ou du cerveau. Ce médicament semble très actif, mais il est malheureusement assez facilement altérable, et la lécithine de l'œuf, en particulier, non cristallisée, visqueuse, colorée, n'offre souvent pas grande garantie de pureté.

La médication arsénicale a subi de profonds changements depuis les travaux de M. A. Gauthier sur la présence de l'arsenic normal dans le corps humain. Ce savant a proposé l'emploi de l'acide cacodylique et de ses sels pour remplacer l'acide arsénieux, et du premier coup cette médication a fait merveille, surtout en injections hypodermiques, dans l'anémie et la tuberculose. Plus récemment, il a proposé avec le même succès le méthylarsinate de sodium qui possède en même temps une action curative des fièvres pernicieuses et paludéennes. On le désigne sous le nom d'arrhénal.

On a essayé aussi de préparer des glycéroarsénates, mais sans succès, les produits connus sous le nom d'*Arsitriol* et de *Marsitriol* ne sont en réalité que des arsénates de chaux et de fer impurs, et les résultats cliniques favorables, attribués à ces substances, doivent être mis sur le compte de l'arsenic inorganique qu'ils contiennent.

On emploie aussi une caséine arsénifiée obtenue par l'action du trichlorure d'arsenic sur les caséinates, et dans laquelle l'arsenic est à l'état de combinaison organique.

Les ferrugineux sont : soit des *hémoglobines* hydrolysées,

Fersan, soit des *albuminates*, *Ferratine*, *albumoses* ou *peptonates*. On a même proposé une *nucléine ferrugineuse* retirée d'une levure développée dans un milieu nutritif contenant des sels de fer. On emploie, en outre, des albuminates de matières colorantes ferrugineuses, tels que ceux du dinitrosorésorcinate de fer *Vert alsacien* ou du nitrosonaphtolsulfonate de fer *Vert naphtol*.

PRODUITS ALIMENTAIRES

Leur usage tend à se développer de plus en plus. Ils ont pour but de présenter à l'estomac affaibli du malade, des aliments ayant déjà subi un commencement de digestion et par conséquent devenus plus facilement assimilables. Quelques-uns peuvent même être facilement absorbés, lorsqu'on les administre par la voie rectale.

Voici une liste des principaux de ces aliments, avec une indication sommaire de leur mode de préparation :

Peptone végétale. — Obtenue par digestion artificielle des glutenfibrines de la levure; la peptone est précipitée par l'alcool de la solution neutralisée et concentrée.

Albumoses.—On traite par le bisulfite de Ca, à 85°, les caséines, glutens, fibrines.

Somatose. — Albuminoïdes de viande ou caséine chauffées à 90°, avec l'acide tartrique ou oxalique; contient 78 0/0 d'albumose et 2,5 0/0 de peptone.

Sitogène. — Obtenue de la levure de bière par traitement identique au précédent.

Sanatogène — Caséine du lait dissoute dans du glycérophosphate de sodium.

Nutrose, Plasmon. — Caséinates de sodium.

Eucasine. — Caséinates d'ammonium.

Sanose, Aleuronat, Roborat. — Caséine mélangée avec plus ou moins d'albumoses et héli-albumoses.

Tropon. — Poudre de viande dégelatinisée et oxydée au permanganate. On en fabrique aussi avec des poudres de marron d'Inde et d'arachides.

Les préparations opothérapiques ou extraits d'organes sont un sujet à peine effleuré par le chimiste. On a cependant obtenu déjà de très remarquables résultats dans les cas où l'on a réussi à extraire les principes actifs des organes animaux.

Je citerai la *phrénosine*, retirée du cerveau, et qui par hydrolyse sulfurique fournit la *sphingosine* qui serait, paraît-il, susceptible d'arrêter les progrès de l'ataxie locomotrice.

L'*adrenaline*, alcaloïde retiré des glandes surrénales et obtenu par M. Takamine à l'état cristallisé, $C^{10}H^{15}AzO^3$, semble être un des produits les plus précieux dont puisse s'enrichir la thérapeutique. C'est un vaso-constricteur d'une puissance inconnue jusqu'à ce jour. Une solution au 1/1000 appliquée sur la peau, permet de faire des opérations sans aucune perte de sang. On l'emploie aussi avec succès en laryngologie, ophtalmologie, etc. Elle améliore aussi, en solution au 1/10000, certaines affections de la peau.

Et maintenant que nous sommes arrivés au terme de ce voyage rapide au travers des nouveautés pharmaceutiques, une dernière question se pose : Quel est l'avenir de tous ces produits ?

Eh bien ! il ne faut pas se dissimuler que beaucoup d'entre eux auront la vie brève ; la concurrence est énergique aussi bien dans les produits pharmaceutiques que dans les autres branches de l'industrie, et jour par jour, année par année, d'autres produits seront présentés qui, soit par mode, soit par réelle valeur, feront oublier leurs devanciers.

Quoi qu'il en soit, ces rapides découvertes ont bouleversé le pratique de la pharmacie. Le temps n'est plus, où l'apothicaire préparait lui-même la majeure partie de ses produits ; il lui serait impossible de fabriquer son antipyrine, sa cocaïne, ses cacodylates ; ce sont de grandes usines de produits chimiques qui lui fournissent ces substances, et le rôle du pharmacien actuel se borne maintenant à la vente du médicament, soit directement, soit sous forme de spécialité, et au mélange des espèces chimiques portées sur l'ordonnance du médecin. Mais si son rôle se trouve diminué de ce côté, il doit le développer du côté de la partie scientifique de sa profession, se doubler d'un analyste parfait, continuer la glorieuse tradition de ses prédécesseurs, des Berzélius, des Scheele, des Caventou, des Vaquelin, des Balard qui ont tant contribué par leurs travaux aux grandes découvertes chimiques ; se tenir au courant du mouvement scientifique si rapide actuellement, soumettre les nouveaux médicaments à l'examen critique, soit au point de vue de leur composition, soit au point de vue des incompatibi-

lités qui peuvent se révéler par leur mélange avec les autres produits pharmaceutiques, enfin contribuer à enrichir la science de ses découvertes.

Il n'y a pas à craindre de voir jamais le sujet s'épuiser; c'est l'inverse qui a lieu; à mesure que nos procédés de synthèse se multiplient, que nos moyens d'action sur la matière sont plus variés, nous voyons s'élargir devant nous l'horizon jusqu'à l'infini et, forts des résultats acquis, nous pouvons, à juste titre, concevoir les plus brillantes espérances pour l'avenir.

MEDICAMENTS TROMPEURS

PAR M. LE DOCTEUR FRASER.

Il est intéressant de signaler avec quelle hostilité sont accueillies en Angleterre et en Amérique les nouvelles préparations arsénicales (cacodylates et mono-méthyl-arsinates).

Sir Thomas Fraser, professeur de matière médicale à l'Université d'Edimbourg, enseigne qu'il est impossible aux combinaisons de l'acide cacodylique de produire les résultats satisfaisants qui suivent nécessairement l'usage des préparations arsenicales anciennes, classiques, de toutes les pharmacopées. Depuis que les cacodylates ont été employés, il a été établi, hors de toute contestation, qu'ils irritent l'estomac et donnent à l'haleine une odeur aliacée, ce qui amena M. Gautier à introduire dans la thérapeutique une préparation qu'il dénomma arrhénal et qui est un mono-méthyl-arsinate de soude. M. Gautier affirme que ce sel cristallin, incolore, soluble dans l'eau, dans l'alcool, peut être employé avec avantage à la place des préparations arsenicales classiques et qu'il ne provoque jamais aucun de ces phénomènes d'irritation qu'on constate quelquefois chez des individus prédisposés. Le professeur Fraser déclare explicitement que l'arrhénal, comme les cacodylates, est parfaitement inactif, au moins dans une large mesure, d'abord parce que, composé stable de l'arsenic, il est difficilement dissocié dans l'organisme, ensuite parce qu'une expérience clinique maintenant bien assise démontre qu'il ne possède aucune propriété thérapeutique extraordinaire et même ordinaire.

A l'appui de cette assertion, il cite l'observation d'une femme de soixante ans, à laquelle il administra sous forme d'arrhénal, pendant vingt-cinq jours, des doses d'arsenic suffisantes, suivant son mode d'expression, pour tuer quarante-cinq hommes

adultes, si l'arsenic avait été pris sous forme d'une préparation arsenicale classique; il n'observa ni phénomènes toxiques, ni action thérapeutique quelconque.

LES RAPPORTS ENTRE MÉDECINS

Le Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris a récemment adopté les principes de déontologie suivants réglant les rapports des médecins entre eux vis-à-vis de leurs clients.

Article premier.—Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Art. 2.—Si le médecin, appelé en l'absence du traitant, constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade après avoir averti son confrère.

Art. 3.—Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment, et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 4.—Tout médecin appelé près d'un malade dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant; s'il échoue, il doit prévenir, sans délai, le confrère auquel il succède.

Art. 5.—Le médecin qui a remplacé un confrère s'interdit de donner ses soins à un client ou à l'entourage immédiat de ce client qu'il n'a connu que grâce au remplacement, à moins d'obtenir du confrère intéressé la permission d'en user autrement.

Art. 6.—Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera appliqué par le médecin ordinaire.

Art. 7.—Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Art. 3.—Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 9.—Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'EXTRAIT DE FRAISES

Clopatt, il y a trois ans, avait déjà trouvé quelques propriétés curieuses de l'extrait de fraises. Ce savant a indiqué que l'extrait de fraises augmentait la lymphe du canal thoracique chez le chien. M. E. Cleys, qui s'est mis à étudier la question, vient, de son côté, de constater un certain nombre de propriétés curieuses de l'extrait de fraises.

On sait que les fraises provoquent, chez certaines personnes, de l'urticaire, c'est là le point de départ des recherches sur l'action lymphagogue de cet extrait. En outre, on a reconnu à l'extrait de fraises des propriétés anticoagulantes et sécrétoires.

Ainsi, si on pulvérise des fraises des bois desséchées à 50° et si on en fait un extrait à l'eau distillée bouillante, on obtient un extrait qui, dilué à 1 pour cent et injecté en doses de 10 à 20 cc. dans la carotide d'un chien, fait tomber la pression du sang de 20 cc. de mercure à 4 centimètres. Le cœur se ralentit, mais peu à peu la pression se relève et au bout de cinq minutes elle est remontée à 17, 18 cc.

Si les animaux ne sont pas anesthésiés, il y a une phase de narcose assez courte, et il se produit une abondante sécrétion. Enfin l'action sur le sang a pour effet de retarder, sinon de supprimer la coagulation. En tous les cas, lorsqu'il y a coagulation, le plasma se sépare nettement des globules et bientôt il se coagule indépendamment de la masse globulaire. Une autre propriété de l'extrait de fraises est d'agglutiner très sensiblement les hématies du chien, du lapin et du cobaye, celles du chien s'agglutinent instantanément.

En somme, il y a une grande ressemblance entre les propriétés de la peptone commerciale et certaines propriétés de l'extrait de fraises.

DR ELLE.

**ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE
DE L'AMERIQUE DU NORD**

Correspondance :

Montréal, 25 février 1904.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

J'ai l'honneur de vous informer que l'ouverture du DEUXIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD est définitivement fixée au mardi 28 juin prochain à 10 hrs. a. m., dans les salles de l'Université Laval à Montréal. Les séances régulières se continueront jusqu'au 30 inclusivement dans l'ordre indiqué sommairement ci-dessous :

MARDI, le 28 à 10 hrs. a. m. Ouverture officielle du deuxième congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

“ “ 2 hrs. p. m. Séances régulières des différentes sections du Congrès.

“ “ 9 hrs. p. m. Grande réception à l'Université Laval à laquelle sont conviés tous les membres du congrès.

MERCREDI, le 29 à 9½ hrs. a. m. Séances régulières des sections médicales.

“ “ 8½ hrs. p. m. Grand banquet des médecins de langue française.

JEUDI, le 30 à 9½ hrs. p. m. Séances régulières du congrès.

Un état plus détaillé du programme médical vous sera adressé ultérieurement ainsi qu'à chacun des membres de la profession médicale en particulier.

Je vous prie de bien vouloir prendre note des renseignements que j'ai l'honneur de vous communiquer et d'en faire part aux membres de votre section ou association, ou à vos lecteurs.

Avec mes sentiments très distingués.

Dr. J. A. LESAGE,

Secrétaire général,

268, rue St-Denis.

Les déséquilibrés, les dégénérés sont à jamais perdus pour l'humanité; s'ils se perpétuent c'est un malheur pour la société.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 26 janvier 1904

Présidence de M. VALIN.

M. Dubé donne lecture d'un travail sur la *syphilis et la tuberculose*, au point de vue de l'évolution et de la gravité de ses affections sur le même malade.

Le traitement antisypilitique est, dit-il, contre-indiqué chez les syphilitiques tuberculeux.

M. de Martigny parle du diagnostic différentiel et du traitement; il insiste sur les difficultés que le médecin rencontre dans certains cas. Un cas de gomme du frontal devait être opéré par un confrère distingué pour un exostose malin qui disparut complètement après quelques injections de mercure; une femme souffrant d'aménorrhée depuis trois ans et soignée par des gynécologues de Montréal et d'Ottawa, vit tous ses troubles disparaître après un traitement antisypilitique.

M. LeCavelier rapporte l'observation d'un malade qui présentait des signes de syphilis pulmonaire sans bacilles tuberculeux et chez qui, à l'autopsie, on a trouvé des lésions de syphilis pulmonaire et une caverne tuberculeuse contenant du bacille de Koch. Un autre malade affecté de lésion hybride du nez a très bien guéri sous le traitement des toniques et des iodures. Un troisième malade opéré dans un hôpital pour une tumeur maligne du front, a vu une seconde tumeur pousser à côté de la cavité, et sous le traitement spécifique le malade a complètement guéri.

M. Alphonse Mercier est d'opinion qu'il ne faut donner à ces malades du mercure que juste pour parer aux accidents immédiats de leur syphilis.

Un malade syphilitique depuis 12 ans est en train de devenir tuberculeux.

M. Valin parle des dangers du traitement antisypilitique pour les tuberculeux et de l'importance de bien examiner les poumons de nos malades avant de les mettre au mercure ou à l'iode.

M. Lasnier rapporte l'observation d'un abcès retro-utérin chez une femme âgée de 25 ans ayant eu trois accouchements et une large déchirure du périnée. Au premier examen il crut

à une retro-version, car le col était très remonté; on sentait une masse molle fluctuante dans le vagin. Dans le but d'assurer son diagnostic il fit un cathétérisme de l'utérus et constata que l'utérus était repoussé en avant. Par le toucher rectal la fluctuation de la tumeur fut perçue et il ouvrit cette masse par la voie vaginale, choisissant l'endroit culminant. Il s'écoula une grande quantité de pus, environ un litre. Il introduit ensuite par son ouverture vaginale, une longue pince à pansement et explora la cavité; il ne peut en délimiter le bord supérieur. Il plaça, sans le fixer, un gros drain de caoutchouc, et fit un tamponnement vaginal. Le drain sortit de lui-même quelques jours après et la malade guérit sans accidents.

M. Lasnier, avec deux desseins, montra les désordres produits par la collection purulente, et les organes génitaux revenus à leur place normale après évacuation.

M. de Martigny condamne absolument comme dangereux et inutile le cathétérisme utérin que le Dr. Lasnier a pratiqué dans ce cas. Il ne voit pas le bénéfice que le docteur pouvait en retirer; d'un autre côté, cette manœuvre faisait courir les plus grands dangers à la malade, dont le moindre était la déchirure des adhérences protectrices qui entourait la collection. Il insiste sur la fragilité des adhérences dans certains cas de collection purulente abdominale. Il blâme aussi le Dr. Lasnier d'avoir ouvert cette collection par le vagin avant d'avoir tenté de désinsérer le col comme cela doit se faire. Un des dangers d'ouvrir directement des collections qui descendent si bas, est de blesser l'intestin. Des cas de hernies du cul de sac postérieur méconnues et ouvertes par la voie vaginale sont rapportés dans les auteurs et les malades ont payé de leur vie l'erreur du chirurgien. Il croit que la manœuvre la plus dangereuse employée par le Dr. Lasnier a été celle d'aller par la brèche vaginale explorer avec une longue pince à pansement la cavité de cette collection abdominale. Il fallait, ajoute-t-il, que les adhérences fussent bien solides pour résister à cette exploration. Il ne peut s'expliquer non plus pourquoi le Dr. Lasnier n'a pas fixé son drain par un point à une des lèvres de son incision. De cette manière, il aurait évité le danger que le drain ne se perde à l'intérieur de la cavité abdominale ou qu'il ne se maintienne pas en place, ce qui est d'ailleurs arrivé. Il tient à féliciter le Dr. Lasnier du succès final qui a couronné ses efforts. *M.*

Alph. Mercier croit le cathétérisme dangereux dans ce cas et se demande ce qui serait arrivé si le Dr. Lasnier se fût trouvé en présence d'un utérus gravide prolabé dans le cul de sac postérieur.

M. Dubé est aussi d'avis que le cathétérisme était dangereux. Il demande pourquoi *M. Lasnier* n'a pas fait une ponction exploratrice avec une fine aiguille de Pravaz, pour éclairer le diagnostic.

M. Lasnier répond que pour lui les reproches du Dr. de Martigny ne sont pas fondés, car en faisant le cathétérisme pour éclairer son diagnostic, il a agi avec une telle douceur qu'il ne risquait de produire aucun désordre ni de détruire les adhérences péri-utérines. Quant au reproche d'avoir ouvert la collection par la voie vaginale et au point culminant au lieu de l'avoir ouvert par la méthode classique il a d'abord essayé d'abaisser le col avec son doigt, et quand il a cru que l'utérus était fixé il a ouvert par le vagin. Il a exploré l'intérieur de la poche parce qu'il voulait se rendre compte s'il ne se trouvait pas en présence d'un abcès de la variété décrite par Monod, abcès retro-utérin à plusieurs loges. D'ailleurs dans les flegmons diffus on déchire bien les différentes poches avec des instruments mousses. Il a éliminé la possibilité de grossesse par l'histoire de la malade, celle-ci ayant été toujours bien réglée dans les derniers mois et étant à une période menstruelle quand il l'a opérée.

Séance du 9 février 1904.

Présidence de *M. VALIN*.

M. St-Jacques présente une observation de fracture de la rotule traitée par la suture métallique, avec, comme résultat, restauration complète de tous les mouvements du membre.

L'encerclement de la rotule permet une coaptation complète des fragments osseux, et elle évite l'effritement des os qui produit souvent la perforation.

M. DeMartigny se prononce aussi en faveur des sutures osseuses dans le traitement des fractures de la rotule. Il est d'opinion qu'avec une asepsie rigoureuse on peut obtenir d'aussi bons résultats qu'avec l'antisepsie jointe à l'asepsie.

M. Dubé rapporte l'histoire d'un malade qui a subi à deux

époques différentes une fracture de la rotule et chez qui le traitement par les appareils et l'immobilité a laissé une quasi ankylose de genou. Il a conseillé à ce moment une intervention chirurgicale qui a été refusée. Il croit que son malade peut encore bénéficier d'une suture de sa rotule.

M. Ricard, sur les résultats obtenus par la méthode de la suture dans les vieilles lésions, cite le cas d'un jeune homme traité pendant huit mois pour une fracture de la rotule causée par un coup de hache sans résultats appréciables et chez qui une suture osseuse pratiquée par M. A. Brodeur a rendu tous les mouvements à la jambe.

M. LeSage présente une observation d'*hystéro-épilepsie chez l'homme*. Un jeune homme de 20 ans fut pris de crises épileptiformes à la suite d'une peur, au nombre de 20 par jour. Admis dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame, il fit le diagnostic d'hystérie manifesté par des troubles de la sensibilité cutanée, comme le démontrent les diagrammes présentés.

Au traitement exclusivement suggestif, les attaques diminuèrent et après trois semaines le malade guéri retourna dans sa famille où il a toujours continué de se bien porter.

M. Dubé attire l'attention des membres sur le fait que l'hystérie est plus commune chez l'homme qu'on le croit. Et cette observation en est une preuve évidente.

Séance du 23 février 1904.

Présidence de M. VALIN.

M. Cormier, présente un modèle de corset à la colle fait de lanières de toiles soutenues par des lames d'acier disposées en différents endroits et moulé sur un buste en plâtre qui est la reproduction exacte du buste d'une de ses malades actuellement sous traitement. Ce corset est fermé par des œillets et peut être enlevé le soir.

Il applique ce corset dans les cas de *déviations latérales rotatoires* : position vicieuse observée chez les jeunes filles de couvent ou chez les jeunes gens des collèges. L'habitude qu'ils contractent de tenir le bras et l'épaule droite appuyés sur un pupitre ou sur une table, tandis que la main gauche repose sur une cuisse, amène cette déformation particulière. Il essaie de

la corriger par des exercices gymnastiques ou par des positions diamétralement opposés, c'est-à-dire : bras gauche soulevé et appuyé sur la table ou le pupitre, et bras droit reposant sur la jambe. Lorsque ces exercices ne suffisent pas, il applique le corset.

M. Cormier fait remarquer qu'il ne fait pas usage de ces corsets à la colle chez les personnes qui transpirent, il préfère, dans ces cas, l'aluminium qui est léger.

M. Foucher demande si des mesures spéciales ont été prises dans nos maisons d'éducation, pour prévenir ces déformations du squelette et aussi pour empêcher l'apparition de la myopie.

Il mentionne le fait que *M. Rolland* de Toulouse a imaginé un appareil désigné sous le nom d'*optostat intégral* qui prévient, à la fois, les positions vicieuses et l'apparition de la myopie. Il se propose d'en produire le modèle au prochain congrès.

M. O. Mercier est partisan du corset de *M. Cormier*, mais, entre ses mains, il n'a donné qu'un résultat médiocre. Il admet qu'il est plus avantageux que le corset de plâtre, à cause de sa légèreté, mais il a le grand inconvénient de se ramollir très vite, chez des malades qui transpirent beaucoup, en jetant une odeur désagréable. Sur ce point le plâtre lui est préférable. De fait il l'a abandonné pour le corset plâtré ou le corset de cuir. Ce dernier est propre, léger, durable, plus malléable et inodore.

Quant au vice de position, il le corrige ou le prévient en conseillant l'usage du pupitre à plan incliné.

M. Monod partage l'opinion de *M. Cormier* sur le corset fait à la colle.

Le corset de cuir n'est pas parfait, il a l'inconvénient de céder très rapidement. Au bout d'un mois le cuir s'imprègne de sueur; il se ramollit et n'atteint plus le but proposé, et, il est lourd : chose importante à prendre en considération chez les enfants.

M. St-Jacques parle du traitement par la gymnastique auquel répond parfaitement un appareil américain.

M. Dubé est surpris que ces cas de déformation soient si rares malgré le matériel défectueux de nos maisons d'éducation et de nos écoles, et demande : 1° si le vice de position doit être

seul incriminé; 2° si la guérison complète et définitive de ces cas est possible ?

M. Cormier, en réponse, affirme que l'odeur n'existe pas si on emploie la colle française.

Le celluloïde ne laisse pas passer l'humidité du corps, le plâtre, au contraire, l'absorbe.

Le cuir se ramollit rapidement, et est très dispendieux. Il lui préfère l'aluminium si on a soin de fêner le corset afin de faciliter l'évaporation de l'humidité du corps.

Le vice de position n'est pas le seul à provoquer la scolie, il y a aussi le vice de constitution, la polyomyélite, le rachitisme, etc...

La guérison est longue et difficile; mais elle est possible, il en a observé des cas qui lui sont personnels. Sayres, de New-York, a obtenu des guérisons par la simple suspension et la gymnastique physiologique (respiration).

M. Valin dit qu'il fait actuellement une enquête dans nos principales maisons d'éducation dans le but de faire un travail sur la question. Il dit que si ces cas nous semblent rares, c'est que l'inspection médicale n'existe pas, car elle nous révélerait l'existence fréquente de ces déformations.

L'examen pour la grande moyenne des élèves n'est autre chose que la permission d'oublier; le diplôme n'est souvent en fait que le privilège de redevenir ignorant.

Notre enseignement supérieur est encombré de connaissances de luxe; il devient nécessaire d'élaguer tous les rameaux destinés à ne rien produire: ce serait une économie de sève humaine.

La continuité de la tradition nationale est la vraie condition du progrès, la source intarissable d'un patriotisme éclairé et fécond.

Le seul moyen d'éviter les tâtonnements, les erreurs et les fautes de nos devanciers, c'est de les étudier; il ne peut y avoir de progrès là où l'on dédaigne de profiter des leçons du passé.

NOUVELLES

Le Collège des médecins et Chirurgiens de la province de Québec a publié en langues anglaise et française le rapport de l'assemblée du mois de septembre; le style n'est ni celui de Racine ou de Shakespeare. Certains confrères anglais de la province d'Ontario ont cru devoir critiquer cet effort de bonne volonté de notre part. Le "Montreal Medical Journal" répond qu'il serait bien plus amusant de lire en langue française les délibérations du conseil médical d'Ontario si ces messieurs avaient le courage de publier leurs rapports dans les deux langues. Nous devons remercier le "Montreal Medical Journal" d'avoir appelé à certains confrères que la *francophobie* est un vestige de la barbarie iroquoise qui doit disparaître devant le soleil de la civilisation moderne.

Monsieur le docteur Pozzi sera le délégué officiel de l'Université de Paris au congrès de Montréal qui aura lieu en juin prochain.

Les médecins en Allemagne. — Le nombre des médecins en Allemagne a atteint à la fin de l'année 1903 le chiffre de 29,133 contre 28,174 dans l'année précédente, ce qui constitue une augmentation de 3,4 pour 100. Depuis 1876, le nombre des médecins a plus que doublé en Allemagne. Parmi les Etats faisant partie de l'empire, il y a : en Prusse, 17,616 médecins; en Bavière, 3,178; en Saxe, 2,149; en Wurtemberg, 948; en Bade, 1,201; en Hessen, 726; en Alsace-Lorraine, 819.

Le nombre d'étudiants en médecine était en Allemagne, à la fin de 1903, de 7,745.

Variations morphologiques et structure du bacille d'Eberth.
— MM. Thiércein et L. Jouhaud. Dans les vieilles cultures en bouillon, le bacille d'Eberth prend des formes variables : bacilles renflés, moniliformes, coques ou diplocoques, filaments.

On peut reproduire ces formes à volonté en variant la composition du milieu de culture. Dans le vin blanc peptoné on obtient des formes cocciques ou diplococciques et on peut dans ces coques reconnaître l'existence de quatre taches chromatiques analogues à celles que les auteurs ont décrites dans l'entéro-

coque. Dans les milieux additionnés de bichromate de potasse on obtient des filaments extrêmement longs, immobiles avec des microblastes. Ces filaments se reproduisent au moyen de ces microblastes ou bien par scission transversale; ou bien ces filaments se renflent et cette partie renflée se fragmente par clivage en bâtonnets parallèles.

M. Meyer s'est assuré que les végétaux émettent des radiations N par toutes leurs parties, racines, feuilles, fleurs; et il a constaté encore que cette émission se faisait même pour des végétaux n'ayant jamais vécu que dans l'obscurité, et à l'abri de toute source extérieure de radiations N.

Manifestations cutanées de l'appendicite. — *M. Moty.* Rougeur de la joue droite, herpès de la joue droite dans les cas d'appendicite chronique. Hémisunation du côté droit. Cet ensemble symptomatique peut persister pendant des années sans que la lésion viscérale soit assez intense pour être reconnue. Il y a donc lieu de tenir compte de ces manifestations cutanées au point de vue de leur rapport avec l'appendicite.

Enfants étouffés accidentellement en Angleterre. — Dans ces dix dernières années, l'Angleterre a perdu 15,000 enfants, étouffés dans leur lit par la négligence de leur mère ou de leur nourrice.

D'après une statistique de M. Westcott, coroner de Sa Majesté à Londres, dans la seule année 1900 on ne compte pas moins de 1,774 cas de mort de ce genre. A Liverpool, en une année, une enquête sur sept, pour décès infantile, est nécessitée par cette forme de suffocation.

Et il est probable que ce chiffre est inférieur à la réalité, pour la simple raison que dans nombre de cas le diagnostic est impossible, les mères ou les nourrices étant toujours prêtes à affirmer que l'enfant a eu des convulsions ou quelque autre symptôme avant de mourir.

S'il s'agit d'enfants très jeunes et de faible constitution, la preuve ne peut être faite, car beaucoup de ces enfants, gorgés

de lait par une mère ivre, succombent sous la simple pression des couvertures ou la figure enfouie dans l'oreiller.

Chez les enfants plus vigoureux, on peut constater des traces de lutte, et dans ces cas on découvre des marques évidentes de suffocation : la face est livide, les lèvres violettes, les bras et les jambes fléchies, les mains serrées; un mucus sanguinolent s'écoule du nez et de la bouche; la langue est pendante et les ongles bleuâtres.

Jadis, en Prusse, le Code pénal interdisait aux mères et aux nourrices, sous peine d'emprisonnement, de dormir dans le même lit avec leurs enfants au-dessous de l'âge de deux ans. Le nouveau Code ne contient plus cet article, mais la justice peut poursuivre pour "homicide par négligence" les parents dont les enfants meurent suffoqués dans leur lit.

Ce genre de mort est d'ailleurs aussi rare en Allemagne qu'en France.

A quoi attribuer la fréquence toute spéciale de ces accidents en Angleterre? La cause se trouve dans cette remarque du rapport du coroner anglais :

"Une relation étroite et directe semble exister entre cette cause de mortalité infantile et la fréquence de l'ivrognerie chez la femme."

Bibliographie scientifique. — Vient de paraître à la librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un *Catalogue général des livres de sciences*, comprenant l'annonce détaillée par ordre alphabétique des noms d'auteur d'environ cinq mille ouvrages de *médecine, histoire naturelle, agriculture, art vétérinaire, physique, chimie, technologie, industrie*, avec la date de publication, le format, le nombre de pages, de figures et de planches. Une table méthodique de 17 pages donne en outre l'indication des principaux auteurs qui ont écrit sur plus de 1,500 sujets se rapportant aux sciences.

Cette Bibliographie, indispensable à tous les travailleurs, sera envoyée gratis et franco à tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande à MM. J.-B. Baillièrre et fils, par carte postale double (avec réponse payée).

Le surmenage et l'existence dévorante des grandes villes sont des gouffres de l'espèce humaine, car le résultat est la stérilité.