

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLI

1er JUILLET 1912

No 7

MEMOIRES

HEMOPTYSIES D'ORIGINE NERVEUSE (1)

Par le Dr BOURGOUIN,

Médecin des hôpitaux Notre-Dame et Ste-Justine.
Professeur suppléant à la chaire de Thérapeutique

Il y a deux ou trois ans j'avais l'honneur de présenter à la Société Médicale, l'histoire d'une jeune fille affligée de vomissements nerveux incoercibles et d'une faim jamais assouvie, guérie par la persuasion et l'isolement. L'histoire d'une de ses sœurs n'est pas moins intéressante et digne, je crois, de vous être racontée :

Mad. X, est âgée de 29 ans. Rien à noter durant son enfance. Ses premières règles surviennent à l'âge de 13 ans, et la nuit même de leur début, elle a une hémoptysie assez abondante, sans taux préalable. Depuis cette époque, elle contracte fréquemment le rhume.

Vers l'âge de 17 ans, à la suite d'une grande frayeur sa santé s'altère, elle maigrit, ses jambes enflent fréquemment.

Elle se marie à 24 ans, elle devient bientôt enceinte et sa santé s'améliore. Malheureusement une nouvelle frayeur vient de nou-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de Mars 1912.

veau attérer sa santé. Et deux mois après, elle met au monde un enfant mort depuis quelques semaines.

Son état général, cependant, est assez bon, onze mois après cette fausse couche, elle rend à terme une fille qui vit encore et se porte très bien.

La malade a assez mal supporté cette grossesse, elle est faible et languissante et deux mois avant l'accouchement elle a une légère métrorrhagie.

Vers la fin de décembre 1910 elle a un saignement de nez très abondant qui l'affaiblit un peu.

Deux mois après, alors qu'elle est au 4^{ème} d'une nouvelle grossesse, et que sa santé semble bonne, elle est prise d'étouffement, elle tousse un peu et rend par la bouche du sang en grande abondance (une pinte environ).

Cette perte sanguine ne paraît pas l'émouvoir outre mesure puisque peu de minutes après elle sort et se rend chez son coiffeur en vue du mariage d'une de ses sœurs qui a lieu le lendemain. Elle s'aperçoit qu'elle a trop escompté ces forces, car elle se sent faiblir en route et se rend en hâte chez une amie et là, elle rend du sang en aussi grande abondance que la 1^{ère} fois. Elle ne perd pas connaissance cependant et peut revenir chez elle.

Le lendemain elle se sent très bien, elle assiste au mariage, et mange copieusement à la réception qui suit. La digestion devient laborieuse et deux jours après, elle a sept hémorrhagies durant la nuit et huit le jour suivant.

Un médecin, alors appelé, lui prescrit de l'adrénaline. Ce médicament semble agir sur l'hémorrhagie qu'il arrête, mais la malade a la sensation d'étouffer. Ce symptôme est dû vraisemblablement à la constriction rapide des vaisseaux pulmonaires.

Rapidement rétablie, elle part pour Québec et y passe deux mois sans nouveaux incidents. Mais bientôt les hémorrhagies recommencent de plus belles, tous les quinze jours, elles sont très abondantes. Un fois entre autres elle rend la moitié d'un vase de nuit et d'un bassin à main.

Cette fois l'état général semble un peu terrassée et la malade est très faible. A cette époque, un médecin lui dit qu'elle a les poumons faibles.

D'après la malade les hémorrhagies du début semblaient venir du poumon droit où elle sent une sorte de bouillonnement et

comme quelque chose qui crève, mais rendu à Québec, ces symptômes semblent se produire au poumon gauche.

Le 25 juillet 1911, elle parvient au terme de sa grossesse et accouche d'une enfant qui vécut quelques semaines, elle part se rétablir à la campagne et se sent assez bien durant deux mois.

Elle revient alors à Montréal et comme ses hémorrhagies la reprennent, elle retourne de nouveau à Québec. De nouveau examinée, on lui trouve un kyste de l'ovaire gauche. Depuis cet examen ses hémorrhagies débutent toujours par une douleur à l'ovaire, et la malade a la sensation que le sang qu'elle rend par la bouche vient de cet organe.

Le 27 nov. elle revient de nouveau à Montréal et les 6, 7 et 8 décembre, nouvelles hémorrhagies avec étouffement.

Je suis alors appelé et je constate qu'en effet, la dernière perte sanguine, pour les moins a dû être très abondante puisque le vase de nuit en est rempli à moitié.

La malade est pâle mais nullement amaigrie. Elle ne paraît pas trop effrayée et conserve un incroyable sang-froid. Je lui prescriis du chlorure de calcium puis de l'eau de Rabel et du sirop de ratanhia, cette nouvelle médication semble lui faire du bien car la malade me dit qu'elle n'en a pas plutôt pris une gorgée qu'elle sent quelque chose qui se ferme au poumon, ce qui ne l'empêche pas d'avoir encore 15 autres hémorrhagies durant la nuit. Durant tout ce temps elle me dit qu'elle en aurait encore d'avantage si elle ne prenait pas soin d'avalier la première gorgée sanguine qui lui vient à la bouche.

Le 9 décembre, le lendemain, M. Alphonse Medcier est appelé en consultation. C'est alors que nous pensons avoir affaire à des hémorrhagies nerveuses. Nous sommes encore à discuter que le mari nous appelle pour être témoins d'une nouvelle hémoptysie qui nous démontre qu'on ne nous a pas exagéré l'abondance du sang perdu antérieurement. Le sang sort à pleine bouche avec une abondance déconcertantes.

L'examen du poumon ne nous permet pas de trouver aucun signe de tuberculose. A gauche en avant, la respiration paraît seulement un peu soufflante. Il n'y a aucun autre signe objectif. La température est nulle à ce moment.

Il est une chose qui m'étonne, c'est que lors de l'examen de la malade nous n'ayons pas perçu un gargouillement précédent l'hémorrhagie dont nous avons été les témoins abasourdis.

Malgré un doute léger, je l'avoue, nous avons tout de même affirmé à la malade qu'elle n'était pas tuberculeuse et qu'elle allait sûrement guérir.

Six jours suivants je lui ai injecté du cacodylate de soude et chaque fois, j'insistai sur sa guérison. En effet, elle se remit rapidement et n'eut plus qu'un ou deux crachements de sang. Elle en aurait eu d'avantage n'affirmait-elle si elle n'avait eu soin d'avaler ses crachats. Sa digestion continue d'être un peu laborieuse.

Restait son ovaire gauche qui d'après elle et suivant l'opinion d'un médecin antérieurement consulté, pouvait causer ces hémoptysies. Les douleurs qu'elle ressentait de ce côté m'engagèrent à faire un toucher. Est-ce incompétence de ma part ? Toujours est-il que je n'y ai trouvé rien d'anormal sinon de la douleur provoquée par l'examen. Je lui fis durant quelques jours des pansements vaginaux qui firent disparaître la douleur ainsi que l'obsession d'une opération qui hantait la malade comme le seul moyen d'être délivrée de tout son mal.

La malade que j'ai revu dernièrement se porte très bien, elle a engraisé de plusieurs livres et ne redoute plus d'hémorragie nouvelle.

Pour compléter mes renseignements, je dois ajouter qu'elle possède un terrain nettement névropathique. Ainsi il lui arrive fréquemment d'avoir des sensations olfactives bizarres, par exemple à l'approche de ses règles elle en a la senteur dans le nez, il en est de même des matières fécales. A-t-elle fini par suggestionner son mari ? Je ne sais, mais à la veille de ses règles, il remarque que son haleine a une odeur cataméniale.

Il y a de plus dans sa famille des névropathies remarquables. Sans parler de sa sœur atteinte naguère de boulimie et de vomissements incoercibles, elle en a une autre qui présente d'étranges symptômes. Un soir, après une journée de fatigue, elle se sent tout-à-coup incapable de faire aucun mouvement. Le lendemain elle a une hémiplegie gauche et huit jours après les symptômes ont disparu.

Devenue enceinte elle eut souvent de l'œdème aux deux mains et les doigts devenaient tout à fait noirs. Quand elle se couchait elle éprouvait une raideur du poignet qui était aussi le siège d'une forte douleur. Ce symptôme éprouvé également par ma malade durant une de ses grossesses, s'appellerait " le bras de fer " (?)

Actuellement depuis son accouchement la jambe gauche est blanche, œdématiée, insensibl  au touché.

J'ajoute enfin qu'une autre de ses s eurs est achondroplasique. Elle mesure trois pieds de taille. Ses membres sont parfaitement proportionnés et son intelligence très active.

Le diagnostic de la source de l'hémorrhagie ne fait aucun doute. C'est bien du poumon qu'elle provient.

L'étiologie est plus délicate à élucider quoique nous puissions déjà éliminer jusqu'à coup sûr la tuberculose. On a accusé l'hystérie de bien des méfaits. On la croyait autrefois capable de tout créer ou du moins de tout simuler.

Il est reconnu aujourd'hui que le pemphigus et la gangrène hystériques sont des lésions provoqués par les malades illuminés qui tiennent absolument à se rendre intéressantes.

Quant à la fièvre hystérique et les autres manifestations qui échappent au domaine de la volonté, l' cole de Babinski les nie complètement, d'autres, comme Comby, y croient encore.

Pour ce qui est des hémoptysies hystériques en particulier, les auteurs admettent qu'elles sont tout probablement d'origine tuberculeuse et qu'elles peuvent précéder de plusieurs années les autres symptômes.

La question n'est donc pas encore r solvue. L'avenir de ma malade nous donnera sans doute la clef du mystère. En attendant elle se porte à merveille et son état général est excellent.

Je ne me reconnais pas la compétence voulue pour résoudre la question, aussi bien, en vous rapportant ce cas je n'ai pas voulu vous donner une solution mais plutôt simplement livrer à votre étude et à votre discussion un cas qui m'a paru présenter quelque intérêt.

ACTUALITES

LA TUBERCULOSE, MALADIE DU PEUPLE (1)

Est-il besoin de vous dire tout le bien que je pense de ce livre. Lisez-le, c'est tout ce que je vous demande. Vous y trouverez le sujet "tuberculose" exposé aussi complètement que simplement.

(1) Par le prof. Knopf, de New-York, septième édition américaine, traduite par le Dr Eugène Grenier, de Montréal, Directeur du dispensaire anti-tuberculeux de l'Institut Bruchési.

Le professeur Knopf, dont l'amitié m'honore, s'est consacré exclusivement à cette tâche d'éclairer toutes les classes de la société sur les dangers de la tuberculose et sur les moyens de s'en préserver. Dans ce but, il s'est multiplié depuis dix-huit ans dans des conférences populaires, dans des dispensaires et hôpitaux pour tuberculeux. Enfin, il a écrit ce petit livre qui est un chef-d'œuvre de bon sens. Son élève, le Dr Grenier, un travailleur et un convaincu en a fait une traduction que tous les médecins devront lire et que tous les citoyens éclairés devront se procurer. Nous l'en félicitons vivement.

Le Dr Dubé, dont on connaît le sollicitude pour toutes les œuvres sociales, et le magnifique désintéressement, en a écrit la préface.

Je la transcris en entier, ainsi que celle de l'édition allemande.

Quant au contenu de ce livre, vous l'appréciez vous-mêmes en le lisant.

PREFACE

C'est pour moi un plaisir bien grand de présenter, au public Canadien-Français, cette nouvelle édition du livre universellement connu du Professeur Knopf.

Publié déjà dans toutes les langues et dialectes, cet ouvrage a été traduit dès l'année 1902. Mais il manquait notre édition à nous, plus moderne, avec les renseignements des derniers dix ans, et un chapitre spécialement consacré à nos œuvres antituberculeuses.

Nous l'avons, grâce à l'amabilité du Prof. Knopf qui a permis au Docteur Eugène Grenier, son élève et ami, de faire la traduction destinée aux Canadiens-Français.

Le Docteur Grenier, l'un des fondateurs, et directeur du Dispensaire antituberculeux de l'Institut Bruchési, était tout désigné pour cette tâche si difficile. M. le Prof. Knopf ne pouvait mieux choisir comme interprète, et nos compatriotes ne pouvaient mieux trouver pour rendre dans notre langue la pensée du célèbre phthisiothérapeute.

Ce petit volume, si plein de bonne et intéressante matière à lire, sera bien accueilli par notre public, car il est bien conçu et clairement écrit. Il sera dans toutes les mains parce qu'il est

publié, chez nous, sous les auspices de l'Institut Bruchési dont l'œuvre de bienfaisance est connue et appréciée de tous.

Les médecins y trouveront le résumé de leurs connaissances étendues en matière de tuberculose.

Les hommes instruits : prêtres, avocats, instituteurs, etc., y puiseront des connaissances suffisantes pour travailler, avec plus de satisfaction, au grand mouvement antituberculeux que dirigent les hygiénistes du monde entier. Les artisans, les enfants même, comprendront chaque page et chaque ligne de ce chef-d'œuvre du genre.

Le lecteur ne tarde pas, en passant d'un chapitre à l'autre, à connaître l'ennemi terrible, le bacille de la tuberculose, ses façons d'agir vis-à-vis notre organisme et ses procédés d'attaques lui sont dévoilés.

Les entremetteurs du bacille, tels que *crachats* et *poussières*, sont montrés comme dangereux ; de même que l'habitation insalubre et l'alimentation insuffisante, joints au vice de l'alcoolisme et à toutes les misères, lui font voir la route bien large qui conduit à cette maladie.

Puis vient le plan de défense et d'attaque que la science met à notre disposition : multiplication des *crachoirs* de poche et pour habitations et usines ; guerre au balayage à sec, aux chambres noires et aux habitations humides, un plaidoyer en faveur de l'ensoleillement des habitations et leur ventilation constante.

Il faut lire tous ces chapitres que nous recommandons à l'attention de tous nos compatriotes.

Pasteur a dit que la tuberculose disparaîtrait, un jour, du cadre des maladies ; qu'il me soit permis de dire avec tant d'autres que ce petit livre aura plus fait vers ce but que tout ce qui a été, ou pourra être écrit sur ce terrible fléau.

L'Institut Bruchési a l'intention de faire des efforts considérables pour que ce petit livre éducateur soit connu de tous ceux qui veulent apprendre à combattre la tuberculose. Il faut qu'il aille partout : dans les écoles, couvents, pensionnats, dans les usines et dans tous les logis. Cette tâche nous sera facilitée, nous en sommes sûrs, par nos gouvernements d'Ottawa et de Québec, par notre conseil de ville, par nos nombreuses commissions scolaires et, enfin, espérons-le, par les directeurs des grandes compagnies industrielles.

Va, petit livre ! creuse large et profond ton sillon en notre terre canadienne-française. Jette à pleine main ta semence féconde. Chez nous le sol est riche, le bon grain y germe bien et lève promptement.

DR. J. EBM. DURÉ.

Montréal, mai 1912.

PREFACE DE L'ÉDITION ALLEMANDE.

En 1899 au Congrès International de Berlin, pour l'Étude des meilleurs moyens de combattre la tuberculose comme maladie des masses, une somme de 4000 marks (\$1,000.00) donnés par deux marchands de Berlin, fut offerte en prix pour un ouvrage sur la tuberculose, maladie des masses, et comment la combattre.

Le Congrès fixa les règles suivantes concernant le concours :

1. Le meilleur ouvrage populaire sur "la tuberculose maladie des masses, et comment la combattre," n'ayant pas plus que 80 ni moins que 48 pages imprimées, recevra le prix de 4000 marks (\$1,000.00). Au cas où le jury du concours déciderait que deux ouvrages méritent le prix, le meilleur recevra 3000 marks, et le second 1000. Si les deux sont d'égale valeur, ils recevront chacun 2000 marks.
2. Font partie du jury du concours :
 - M. le conseiller privé prof. Dr B. Frankel.
 - M. le conseiller privé prof. Dr Gerhart.
 - Le capitaine de la marine Harms.
 - Le conseiller privé effectif supérieur, le président Kohler.
 - Son Excellence le médecin général Leuthold.
 - Le conseiller privé prof. Dr von Leiden.
 - Son excellence le baron Dr Lucius de Ballhausen.
 - Le conseiller privé Dr Naumann.
 - Le médecin de l'état-major Paunwitz.
 - Son Excellence le Dr Comte de Posadowsky-Wehner.
 - Son Altesse le Duc de Ratibor.
3. Tous les essais doivent être envoyés, avant le 1er décembre 1899, au conseiller privé, prof. Dr B. Frankel, et doivent

porter un motto, choisi par l'auteur, qui mettra son nom dans une enveloppe cachetée, avec la devise inscrite au dos.

4. L'essai ou les essais privés deviendront la propriété du comité central allemand pour l'érection des sanatoriums, qui le fera imprimer et verra à le distribuer.
5. La décision du jury sera annoncée par les journaux.

Ces conditions furent publiées dans les revues médicales et dans les journaux, et 81 concurrents envoyèrent leur essai. Sur les ouvrages présentés, les juges en choisirent vingt-six, pour examen plus complet.

Les 55 essais rejetés furent examinés de nouveau par le sous-signé, et ses assistants, MM. les Docteurs Edmond Meyer, Alexander, Finder, Claus et Elwert, qui ne les trouvèrent pas dignes d'un nouvel examen devant le jury.

A la réunion des juges, le 25 février 1900, sous la présidence de Son Altesse le Duc de Ratibor, il fut décidé que les 26 essais seraient examinés soigneusement par les Drs Frankel, Gerhart, Harms, Kohler, von Leuthold, von Leyden, Freiherr, von Lucius, et Paunwitz, qui n'en gardèrent que 3 pour un nouvel examen.

Le 15 juin, un sous-comité est formé des Docteurs Frankel, Gerhart, Harms, Kohler et Paunwitz pour donner une décision finale.

Après mûre considération, le comité conclut que le travail portant le motto :

“ Pour combattre la tuberculose il est besoin de l'action commune d'un gouvernement sage, de médecins bien instruits et d'un peuple intelligent, ” est tellement supérieur aux autres, qu'il doit recevoir le prix du Congrès.

Il fut trouvé que le Dr Knopf, de New-York, était l'auteur de ce travail.

Quelques changements suggérés par les juges furent acceptés par l'auteur, et inclus dans le présent livre.

A une assemblée subséquente du comité central allemand, il fut décidé de publier et de distribuer en grand nombre l'ouvrage couronné.

PROF. B. FRANKEL.

Berlin, 1 octobre 1900.

Quelles meilleures recommandations puis-je vous donner !

Pour terminer, le Dr Grenier donne, en raccourci, l'organisation de la lutte antituberculeuse dans la province de Québec, qui a fait des progrès immenses depuis quelques années. Lisez-le donc, ce bon livre...

ALB. LESAGE.

SOCIETES

SOCIETE DE BIOLOGIE DE MONTREAL

Séance de fondation, 9 février 1912.

M. Bernier propose la fondation d'une Société de Biologie.

Mardi soir, 9 février, sur l'invitation de M. Bernier, réunion au salon de la Faculté de Médecine de Laval, de MM. Asselin, Aubry, Boucher, Derome, Latreille, Marien, Saint-Pierre et Lahais.

M. Bernier explique que, vu l'intérêt très spécial porté depuis un certain temps aux travaux de laboratoire par les médecins Canadiens-Français de Montréal, vu la nécessité d'aider ce mouvement, de l'augmenter, d'en faire une force, il semble urgent de créer un milieu où cet esprit soit encouragé, une société où l'on pousse de l'avant les chercheurs.

MM. Marien et Latreille se manifestent aussitôt très enthousiastes de l'idée, et s'y déclarent acquis.

M. Bernier suggère différents noms pour identifier la nouvelle organisation.

M. Latreille en extrait : Société de Biologie, comme seul titre complet et précis pour indiquer le genre et l'étendue des travaux à accomplir.

M. Bernier croit à la nécessité de l'organisation en société fermée.

M. Marien voit comme devant en faire partie, tout médecin

s'occupant très spécialement de laboratoire, ou tout médecin ayant présenté trois travaux originaux dans ce sens.

MM. Boucher et Derome s'informent des relations de la nouvelle société et de la Société Médicale ; la Société de Biologie sera-t-elle étrangère à la Société Médicale ? en sera-t-elle une branche ? lui sera-t-elle simplement alliée ?

Alliée, propose M. Bernier ; tout travail d'intérêt général, présenté à la Société de Biologie, devra, si possible, être offert à la Société Médicale ; les travaux trop techniques pour les non-initiés aux recherches de laboratoire, y seront amenés, au moins, dans leurs idées générales et leurs conclusions.

Adopté.

M. Asselin espère que les séances soient assez rapprochées, M. Aubry intercale une séance de la Société de Biologie entre chaque séance de la Société Médicale ; M. Saint-Pierre, sous prétexte de difficultés à préparer des travaux intéressants dans un court espace, de temps demande une séance par mois.

On décide l'essai de réunion mensuelle.

P. LAHAISE,
Secrétaire.

Séance du 12 mars 1912.

Présidence de M. BERNIER.

Election du président et du secrétaire. — M. Boucher résume les connaissances actuelles sur l'histologie normale du foie. — M. Latreille présente un cas de pyo-pneumothorax avec tuberculisation aigue du poumon opposé.

Membres présents : MM. Aubry, Bernier, Boucher, Hingston, Latreille, Marien, Pariseau, Rivet, Lahaise.

M. Marien suggère l'organisation régulière immédiate de la Société de Biologie ; il propose M. Bernier à la présidence ; adopté ; M. Rivet propose M. Lahaise comme secrétaire ; adopté.

M. Boucher donne une lecture sur le foie.

Le foie est enveloppé d'une membrane fibreuse, qui, pénétrant à l'intérieur pour former, sous le nom de capsules de Glisson, une gaine aux vaisseaux qu'il contient, le divise en un grand nombre de lobules.

L'étude d'un lobule est celle de tout le foie.

Le lobule est une masse polyédrique d'environ 1 centimètre de diamètre ; chaque lobule est séparé de son voisin par la capsule de Glisson très apparente chez le cochon, peu chez l'homme ; à l'angle des lobules il se forme un espace libre où s'épanouissent les ramifications de la veine porte, de l'artère hépatique et du canal biliaire.

Les ramifications de la veine porte et de l'artère hépatique sont les vaisseaux afférents qui, par la réunion de leurs capillaires donnent un vaisseau afférent, la veine intralobulaire dont l'adjonction, à sa sortie du lobule, aux veines intra-lobulaires voisines, produit la veine sus-hépatique qui se jette dans la veine cave-inférieure.

Le lobule contient un nombre considérable de cellules disposées en travées entre les capillaires.

Comme le lobule la cellule est polyédrique et légèrement allongée ; elle n'a pas de membrane propre ; son protoplasme contient des granulations graisseuses, matière de réserve, du glycogène, qui, transformé en sucre, se rendra dans la circulation générale par la veine sus-hépatique, et des pigments biliaires que transporteront les canalicules biliaires au canal hépatique.

Tandis que les vaisseaux sanguins occupent les espaces libres aux angles des cellules hépatiques, les canalicules biliaires sont formés par l'union de deux demi-canaux creusés sur chaque face de cellules adjacentes. Les canalicules se réunissent à la périphérie du lobule et forment le canal périlobulaire qui s'unissant aux autres canaux périlobulaires produira le canal hépatique.

À la suite de cet exposé, M. Bernier demande comment, dans la typhoïde, les bacilles se rendent à la vésicule biliaire.

M. Boucher conçoit deux voies possibles aux bacilles de passer, dans le lobule hépatique, des vaisseaux sanguins aux canalicules biliaires, et de là à la vésicule : à travers ou entre les cellules.

M. Marien croit à la dernière théorie puisque la cellule est malade.

M. Boucher penche pour cette solution, mais avec une raison différente : de même qu'il y a diapédèse des leucocytes à travers une cellule normale, de même il doit pouvoir y avoir passage d'un microbe à travers une cellule également intacte ; il resterait à savoir si le microbe est en état de vitalité diminuée, ce qui n'ap-

paraît pas puisqu'il y a des cas manifestes d'infection par le port d'habits contaminés par la sueur.

M. Pariseau s'informe si, dans le foie comme dans le rein, il y aurait des stomates.

M. Boucher est d'avis qu'il y a des stomates dans le foie parce que, de plus en plus, partout où il y a cellules épithéliales, on découvre la présence de stomates.

M. Pariseau y trouve une voie pour les bacilles.

M. Bernier rappelle l'expérience du lapin présentant le bacille dans sa vésicule, à peine quelques heures après une injection intra-veineuse de culture ; il n'est pas probable que les cellules aient eu le temps d'être détruites, mais, d'un autre côté, dit-il, il suffit d'une cellule détruite pour que les bacilles la traversent et pullulent bientôt dans la bile.

M. Latreille expose ensuite certaines constatations faites à une autopsie récente.

Histoire du cas. — Phtisique, 35 ans, à l'Hôtel-Dieu, un mois, sous les soins de MM. Cléroux et Dubé ; deux semaines après son arrivée à l'hôpital, la ponction thoracique révèle un liquide séreux dans la plèvre droite ; une semaine plus tard, seconde ponction amène un liquide franchement purulent avec dégagement de gaz. Malade meurt les jours suivants.

L'autopsie, pratiquée dans les vingt-quatre heures, offre, comme intérêt principal, à droite, une plèvre fortement épaissie, contenant deux à trois litres de pus fétide, et, tout au fond, près de la colonne vertébrale, un poumon parfaitement atelectasié ; à gauche, le sommet du poumon est couvert de granulations tuberculeuses.

M. Latreille, d'après certaines recherches bactériologiques de M. Bernier, consistant essentiellement en la constatation d'anaérobies dans le pus, croit pouvoir conclure à l'inoculation de la plèvre droite par le poumon déjà tuberculeux, et de là, à la formation de pus dans cette cavité, le tout offrant un pyo-pneumo-thorax type. M. Latreille est d'avis, que, dans ces cas de fermentations gazeuses, l'intervention chirurgicale vaut d'être tentée.

Pour expliquer la tuberculisation aigue du poumon gauche, M. Latreille rappelle la facilité avec laquelle les ganglions intertrachio-bronchiques sont pris ; dans le cas présent ce phénomène a dû se produire ; il y aurait eu ramollissement dans un ou plusieurs ganglions et ouverture dans l'artère pulmonaire adjacente par où l'injection se serait propagée.

M. Bernier rappelle brièvement les recherches bactériologiques faites à cette occasion :

Avant l'ouverture de la cage thoracique, prise directe du pus à travers le diaphragme localement cautérisé ; ensemencement en cultures aérobies et en cultures anaérobies ; les cultures anaérobies fournissent quelques colonies ; injection du pus à une souris dont la mort survient dans les quatre jours ; l'examen du sang de la souris révèle de nombreux pneumocoques.

P. LAHAISE,
Secrétaire.

Séance du 22 avril 1912.

Présidence de M. BERNIER.

De l'influence de la fermentation sur le taux du sucre de l'urine par M. Pariseau.

Membres présents : MM. Bernier, Boucher, Marien, Lahaise.

M. Pariseau expose :

Première précaution : Avoir une urine aseptique : ne pas songer à stériliser l'urine par la chaleur, l'urée se transformant en carbonate d'ammoniaque ; cathétériser ? oui, mais ça offre certains inconvénients ; le mieux est d'uriner dans deux vases dont on conserve le dernier.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une urine de diabétique ; l'urine diabétique, quoique pouvant renfermer de l'inosite, de la pentose, de la lactose, de la galactose ou autres sucres, contient plutôt de la dextrose, et c'est là, l'urine diabétique type.

On n'a qu'à dextroser une urine normale.

On rencontre plusieurs espèces de microbes dans une urine fermentée ; trois peuvent nous intéresser spécialement :

Le colibacille, agent ordinaire des bactériuries.

Le micrococcus ureæ, agent de fermentations ammoniacales.

Le saccharomyces cerevisiæ, agent de fermentations alcooliques.

Le colibacille s'obtient facilement.

Le micrococcus plus difficilement ; n'ayant pu être obtenu par il fut remplacé par le bacillus ureæ, également producteur de fermentations intenses ; l'urine, éprouvée par le liquide de Van

Jacksch, à base d'urée, a donné une réaction où la vie eut été impossible pour tout organisme non ammoniogène.

La levure de bière pure et lavée à l'eau afin d'enlever toute trace de glucose a donné le saccharomyces.

Deux séries d'expériences doivent être faites : qualitative, quantitative.

Pour satisfaire à la première série, il n'y a qu'à ensemençer les microbes isolés puis mélangés, dans l'urine préparée, et à rechercher le sucre deux à trois jours plus tard.

Le colibacille rend l'urine très acide et fait disparaître le glucose.

Le bacillus rend l'urine très alcaline, et n'influence pas le glucose.

Un mélange de colibacilles et de bacillus donne des résultats différents selon que le colibacille ou le bacillus prédomine ; la présence de l'un exclut bientôt celle de l'autre ; le glucose demeure ou disparaît selon le cas.

Il est inutile, dans une expérience qualitative, d'amener le saccharomyces, la réaction est évidente.

Dans ses recherches quantitatives, M. Pariseau a pris 500 c.c. d'urine glycosée à 0 gr. 23 au litre ; dans 20 ballons jaugés à 100 c.c., il a mis 10 c.c. d'urine ; il a ensemençé 4 ballons de colibacilles, de bacillus, 6 d'un mélange de colibacilles et de bacillus, 2 de saccharomyces ; il a conservé 4 ballons témoins, c'est-à-dire, non ensemençés.

Après 12 heures il ne restait dans un ballon de colibacille, que 0 gr. 20 de glucose, tandis que le ballon témoin était intact.

Après 25 heures, un ballon témoin était à 0 gr. 21, un ballon de colibacilles à 0 gr. 17, et un ballon de micrococcus intact.

Après 48 heures, le colibacille était à 0 gr. 12, le saccharomyces n'avait plus de sucre ; le bacillus était trop ammoniacal pour donner la réaction.

Il fallait déféquer l'urine du ballon à bacillus.

Le sub-acétate de plomb, ordinairement employé, n'est pas bon dans un cas semblable, il se produit du sub-acétate de plomb ammoniacal qui entraîne le glucose ; l'acide phospho-molybdique, son suppléant ordinaire, n'est pas meilleur, il colore l'urine en bleu, et nuit au Fehling ; il reste le phosphotungstate de soude, mais il n'agit qu'en milieu acide ; on acidifie l'urine avec l'acide nitrique, jusqu'à excès, puis on ajoute la solution de phospho-

tungstate jusqu'à non précipitation ; on en garde 100 c.c. que l'on filtre, et l'on cherche le sucre.

Après avoir expérimenté sur 20 ballons de 0 gr. 66 de glucose au litre, M. Pariseau n'a trouvé aucune diminution du glucose.

M. Pariseau conclut à la disparition complète du sucre, dans un court espace de temps, par le saccharomyces, dans un temps plus long par le colibacille, mais à sa non diminution par le bacillus ureæ.

Pour terminer, M. Pariseau rappelle que le camphre ne conserve pas l'urine, que le thymol est excellent, mais rare, que, d'après Michael, le biiodure de mercure est préférable à tous.

P. LAHAISE.

Secrétaire.

N. D. L. D. — La Société de Biologie est une nouvelle fondation dont le but exclusif consiste dans la recherche scientifique et des travaux de laboratoire. Nous tenons à en publier les rapports succints, afin de tenir nos lecteurs, indigènes et étrangers, au courant des progrès réalisés chaque année par une élite de travailleurs. Les travaux de notre toute jeune Société de Biologie débutent brillamment. M. Léo Pariseau a lu durant la séance du 22 avril un travail de recherches non-seulement scientifique mais ingénieux et original.

L'Union Médicale souhaite longue vie au nouveau-né et lui ouvre toutes grandes les colonnes de la publicité.

A. L.

CHRONIQUE

POUR ACCOTER MADAME

Depuis que nous sommes devenus une race de "quêteux à cheval", en médecine comme ailleurs, c'est l'âge d'or du snobisme.

Tous les badauds ont leur maladie grave, qu'ils portent, toutes fois, avec beaucoup d'aisance. Quelques-uns en ont plusieurs à la fois, et pour chacune un "Especialisse" attitré.

Il n'y a plus de sujets de conversation qui offrent autant d'intérêt que la médecine, et la suprême élégance est d'être éclopé.

Et quand on parle de "*Mon régime*" et de "*Mon eau de Vichy*" !!!... Xerxès commandant de fouetter les flots ne devait mettre dans le geste ni plus d'amour ni plus de majesté !...

La mode met son empreinte non-seulement dans le choix des maladies distinguées, mais dans la sélection "chic" de nos aliments. C'est entendu qu'il faut désormais s'approvisionner en dehors de la série vulgaire des produits du bon vieux terroir *Canayen* si on a à cœur d'être quelqu'un dans sa bicoque.

Avec quelles lueurs fulgurantes dans la prunelle on parle de ses perdrix-aux-choux et de ses charlottes-russes, et quel souverain dédain on affecte pour les pois, le blé d'Inde, la citrouille, l'oignon, le poireau, voire même le lait caillé si réhabilité par le bon *Metchnikof*.

Il y a des aliments nobles et des roturiers, de haute et de basse extraction, comme qui dirait à la campagne, des aliments "bord de l'eau" et des mets de "concessions". Comme la muscade, l'esprit de caste s'est mis un peu partout !

J'ai connu un citoyen — charmant homme d'ailleurs — qui avait pour l'oignon une aversion qu'il déclarait innée. Il me salue à peine depuis l'hiver dernier, parce que j'ai eu l'imprudence de lui montrer les belles rangées de poireau de ma cave.

Or, depuis, ce gentilhomme de passage à Paris s'est pouléché les babines de cette excellente cuisine française. A son retour, il ne parlait que de cela, et en termes qui provoquaient la si-lorrhée.

Son enthousiasme ne connut de bornes que le jour où il apprit que l'*aïl* (most horror !!) l'oignon, le poireau, la citrouille, les fines herbes sont la raison d'être de la sapidité des viandes parisiennes, qu'ils en sont la base au point de vue condiment... Aussi quel arôme, quel bouquet comparés aux mets apprêter au poivre, clou de girofle, gingembre et autres épices incendiaires de l'âcre cuisine anglaise que nous avons tant singée depuis que nous nous donnons tant de mal pour abandonner les délicieuses mœurs de nos ancêtres.

Quand mon ami se rendit compte de tout cela, ce fut une douche d'eau glacée... et depuis il ne passe pas devant sa carte de Paris sans avoir l'illusion de forte odeur alliée.

Et d'une !

.....

Il y a quelque temps, j'avais à mon bureau une petite Dame très bien qui se "respectait (sic) trop pour manger de l'oignon."

Si elle s'oubliait parfois au point de commettre ce blasphème gastronomique, ce n'était que pour "accoter" son mari quand celui-ci se permettait cette disgrâce au repas du soir.

Au cours de la consultation, Madame en vint à étaler sous mon œil inquisiteur une double rangée d'affreuses dents où le noir alternait avec le jaune, où la carie faisait la moue aux fistules d'anciens abcès alvéolaires (1)....

Et le regard percevait dans le lointain, comme fond de tableau, deux grosses amygdales, deux jumelles de fétidité, deux éponges à purulence...

Et moi, esprit simple autant que peu modelé aux discordances et contradictions de notre époque, je me demandais tout bonnement ce que l'époux, ce pauvre époux, devait manger, lui, pour être de force à accoter Madame.

Dr X***

NOUVELLES

LE MEDECIN DE CAMPAGNE (2)

Nos confrères nous sauront gré, croyons-nous, de reproduire les belles lignes qui suivent que nous cueillons dans le "Journal des Praticiens" : elles ont quelque chose de noble et de réconfortant.

"Les deux collègues s'en allaient en consultation au village voisin et chemin faisant, devisaient sur la vie du médecin à la ville et à la campagne.

"La petite ville au bout de la route bordée de frênes, rayonnante sous le chaud soleil de septembre, réjouissait ses maisons éparses sur un fond tout proche de montagnes élevées et sombres. Des coulées jaunâtres, lits de terres éboulées, séparant les massifs

(1) N. D. L. R. — C'est depuis que nous avons tourné le dos à la belle classe des aliments végétaux que la carie dentaire est générale. Ces aliments riches en sels minéraux permettraient la bonne nutrition des os et des aures des os qu'on appelle les dents.

(2) Emprunté à mon confrère le *Journal de Médecine et de Chirurgie de Montréal*, et reproduit du *Journal des praticiens, de Paris*.

de sapins, dévalaient comme des artères verticales, du haut en bas des pentes. La végétation clairsemée se serrait plus dense à mesure que plus haute, formant une collerette noire à la cime pelée et claire, qu'une double saillie mamelonnée faisait ressembler aux seins délicats d'une jeune fille.

“ Le sapin, disait mon compagnon, qui laissait maintenant flotter les rênes sur le dos de la bête tranquille qui nous conduisait, le sapin, l'avez-vous remarqué, est, de tous les arbres, celui dont l'âme apparaît le moins enveloppée. Hérisse et raide, au premier abord, on n'aperçoit guère que son austérité et sa tristesse. Mais cette impression est toute de surface et de façade. Observez de plus près et voyez l'appel des branches. Elles se dressent vers le ciel, les unes au-dessous des autres, suppliantes et calmes, invoquant les hauteurs comme la divinité bienfaitrice qui seule dispense la vigueur des sèves. Isolés sur les premières pentes, les sapins se rejoignent, enflent les taches sombres de leurs bataillons, montent à l'assaut en masses d'autant plus compactes qu'ils approchent davantage du faite. Pourvu qu'ils aient l'altitude à laquelle ils aspirent, peu leur importe la nourriture qu'ils y puisent. Une parcelle de terre dans la fente d'un rocher suffit à leurs besoins. L'arbre y vit, peu soucieux du sol qui porte ses racines et ne réclame que la faculté d'élever ses bras. Jamais nul être du monde végétal n'a poussé plus loin l'abnégation et l'esprit de sacrifice. Exposé aux vents froids et aux tempêtes des sommets, c'est dans cette atmosphère de lutte âpre et sauvage qu'il étale avec plus d'orgueil, la richesse de ses aiguilles.”

Après un moment de silence, mon ami ajoutait : “ La vie du médecin de campagne ressemble aux habitudes de cet arbre courageux et sévère. Le premier soigne ses malades comme le second escalade les cimes. Le dévouement dans la solitude est le même chez les deux ; le médecin échauffe d'un rayon la détresse des désespérés, l'arbre fait l'aumône de sa verdure à la nudité des rocs. Quand ils ont accompli leur tâche, quelle maigre rémunération de leur effort ! A l'un, juste assez de terre, à l'autre à peine assez de pain. Mais l'héroïsme chez l'arbre et le médecin, est si bien entré dans leurs veines, qu'en dépit de l'ingratitude qui s'attache à leur volonté de bien faire, ils n'en poursuivent pas moins chacun dans sa sphère une œuvre secourable et féconde.”

Et le regard de mon ami embrassait l'hémicycle de montagnes

ouvert devant nous. " C'est elle, la montagne, me confiait-il, qui, aux heures de découragement, remonte les ressorts de mon âme. Aux approches de la vieillesse, je la vois comme il y a trente ans, impassible aux mauvais jours et confiante dans le destin, qui est de lui ramener le soleil aux heures prévues par l'ordre des saisons. Le sapin qui est l'hôte de ses flancs décharnés, partage avec elle sa foi. Aux jours d'hiver, alors que la neige a disparu de la plaine, il accepte le poids des charges blanches qui s'accumulent le long de ses tiges. Au-dessous de lui, s'abattent les cerisiers en fleurs et la verdure jaillit des bourgeons tendres. Il ne jalouse pas leur sort.

De même le médecin de campagne contemple sans envie l'existence de ses confrères de la ville. Si sa carrière est plus rude, la noblesse qui en accompagne l'exercice en dérobe à ses yeux l'âpreté journalière. D'autre part, que de petites vilénies, de compromis fâcheux auxquels consentent parfois les médecins des villes ! Le mystère des grands centres leur tient lieu de complicité. Ici, rien de caché, partout le grand air et la lumière. Le moindre acte bas serait découvert au loin, comme cet aigle qui, là-bas planant dans la rue, fixe la taupe blottie au fond de la vallée. Ce n'est point, du reste, la clarté qui inonde sa maison de verre dont le praticien de campagne redoute les rayons. S'il marche droit, c'est pour une raison plus haute. Autour de lui, tout enseigne la résignation, la fermeté, l'esprit de suite. La montagne, les sapins, le médecin lui-même, en acceptant leur lot, ne font qu'obéir à cette grande loi de la nature qui est de tirer le parti le plus digne de la place où le sort nous a fixés.

DE LA PREPARATION DE LA MEDECINE

Le médecin a un pouvoir redoutable, qui tient non seulement à la nature de ses fonctions, mais à ceci : c'est qu'il est le plus souvent seul avec sa conscience pour agir dans les familles où on l'appelle. Jamais on n'armera assez cette conscience, jamais on ne l'éclairera assez pour permettre au médecin de comprendre ce qu'il lui est permis de faire ou de tenter et jusqu'à quelle limite son action peut aller. Mêlé, d'autre part, à la vie intime des familles, à leur genre d'existence, à leurs habitudes et surtout à

leurs passions, le médecin ne peut pas se contenter, dans un grand nombre de circonstance, de prescrire des remèdes ou des tisanes ; il faut qu'il s'élève à la compréhension la plus haute des mouvements de l'âme, il faut souvent qu'il les devine, il faut qu'il sache les influencer, les manier. Comment peut-il le faire, si une éducation philosophique, dans ce qu'elle a de plus élevé, ne l'a pas préparé à ce rôle difficile et redoutable ? Dans pareilles circonstances, comme il est au-dessous de sa tâche, le médecin qui, simplement paré, comme de reliques, d'un pédantisme scientifique, cher à certains esprits modernes, passe inconscient et aveugle à travers des drames et des passions dont il ne soupçonne ni l'existence, ni la violence ! Et combien mince est son arsenal thérapeutique !

Ici, Messieurs, nous réclamons la garde de la porte. Sentinelles vigilantes, nous exigerons que, dans notre intérêt comme dans celui du public, l'esprit démagogique ne nous prive pas des garanties morales sans lesquelles notre profession ne peut vivre et rendre les services qu'on attend d'elle.

Réclamons sans crainte le retour aux exigences d'antan, et surtout la nécessité des études littéraires et philosophiques, des "humanités", comme on disait : belle expression qui signifie que les jeunes gens de douze à dix-sept ans auront vécu quelques années dans le commerce des plus hauts penseurs anciens et modernes et se seront imprégnés des principes les plus sains de la morale humaine, qui, quoi qu'on en dise, ne varie pas.

(Extrait du rapport sur le malaise de la profession médicale présenté au syndicat des médecins de Paris par le docteur Barbier.)

IS PATER EST

Lorsque Napoléon commença à se préoccuper de sa succession et qu'il se sentit conduit au divorce, il pensa à consulter son médecin Corvisart, pour se rendre compte s'il pourrait différer le coup qu'il devait porter à Joséphine, et remettre à plus tard son second mariage sans perdre ses chances d'obtenir un héritier. Il lui demanda donc jusqu'à quel âge un homme était en droit de se considérer comme assuré de réussir. — Cela dépend, dit Corvisart, du tempérament et des économies qu'on a pu faire sur

les entraînements de la jeunesse. — Je vous entends bien, Corvisart, dit l'empereur ; mais quel est à votre avis le terme moyen de la puissance en matière de paternité ? Un homme de soixante ans et bien constitué qui épouse une femme jeune, aura-t-il des enfants ? — Quelquefois, Sire. — Et à soixante-dix ? — Oh ! à soixante-dix ans, toujours, Sire.

TANT PIS ET TANT MIEUX

Deux amis se rencontrent qui ne s'étaient pas vus depuis longtemps. — que deviens-tu ? dit l'un. — Je me suis marié tout dernièrement. — Ah ! tant mieux. — Mais non, car ma femme est insupportable. — Ah ! tant pis. — Mais non, car elle m'a apporté une grosse dot. — Ah ! tant mieux. — Mais non, car je l'ai employé en achats de moutons qui sont tous morts de la clavelée. — Ah ! tant pis. — Mais non, car j'ai vendu les peaux plus cher que je n'avais payé les moutons. — Ah ! tant mieux. — Mais non, car j'avais déposé l'argent dans ma caisse, et ma maison vient de brûler. — Ah ! tant pis. — Mais non, car ma femme et ma maison ont brûlé ensemble et j'étais assuré.

RESPONSABILITE

Le Journal de Médecine de Bordeaux donne le texte d'un curieux jugement résumé par la *Revue de Thérapeutique*.

La Cour de Cassation autrichienne, confirmant un jugement de la Cour de Klagenfurt, a exprimé dans une série de considérants l'opinion que celui qui déconseille une opération chirurgicale, alors que le médecin traitant a déclaré celle-ci absolument nécessaire, commet un délit tendant à compromettre l'existence d'un tiers.

Il s'agissait, dans le cas particulier, d'un malade soigné à domicile pour une blessure du pied. La gangrène étant survenue, le médecin traitant déclara que le seul moyen pour le malade d'échapper à la mort était de subir l'amputation du pied. Le patient consentit, mais revint ensuite sur sa décision, un ami lui ayant conseillé l'abstention. Les prévisions du médecin s'accom-

plirent et le malade mourut : le procureur général accusa alors l'ami qui avait donné le funeste conseil de s'abstenir d'avoir compromis l'existence d'un tiers.

L'inculpé condamné en première instance, intenta une action en cassation.

La Cour, considérant que l'appelant avait exercé une pression sur la volonté du blessé à un moment où ce dernier pouvait être sauvé, confirma l'arrêt des premiers juges.

La Cour a retenu comme circonstance particulièrement aggravante le fait que l'appelant savait très bien que le médecin traita, avait déclaré l'amputation comme le seul moyen de sauver le malade.

UNE HEURE DE FOLIE : EMPOISONNEMENT PAR LA JUSQUIAME

Les *Archives d'Anthropologie criminelle* donnent le curieux récit suivant d'un empoisonnement par la jusquiame.

Le Dr allemand Philippi a décrit en décembre 1910, dans un journal médical de Munich, l'effet de l'empoisonnement par la jusquiame de vingt-cinq voyageurs dans une auberge de Davos, en Suisse.

A un dîner de l'auberge en question, vingt-cinq voyageurs de diverses nationalités et quelques domestiques avaient mangé du radis noir en salade avec laquelle quelques feuilles de jusquiame avait été mélangées par erreur.

Tous les convives éprouvèrent, à la suite du repas, de curieux troubles cérébraux.

Une Russe connaissant parfaitement l'allemand fut frappée d'une amnésie complète, ne se rappelant plus un mot de cette langue. D'autres personnes furent prises d'un fou rire impossible à arrêter. Une Anglaise se mit soudainement à enseigner sa langue à tous les voyageurs, insistant pour qu'ils se livrassent à l'étude. Une autre dame se mit à chercher quelque bijou sur ses genoux et sur ses mains qu'elle prenait pour le plancher.

Une autre se crut tout à coup changée en statue et s'immobilisa dans une attitude rigide.

Quand le médecin qu'on avait fait venir en hâte arriva, une de ces dames lui serra au cou le prenant pour un vieil ami de sa famille : sa joie était extraordinaire, si bien qu'elle ne voulut plus lui quitter le bras.

Un homme de finances se mit à compter des billets de banque qu'il semblait décrocher un par un à un invisible clou dans l'air.

Un autre partit précipitamment à la recherche d'un pharmacien ; il revint un quart d'heure après, les bras chargés de toutes sortes d'objets qu'il avait achetés : casserole, fil à coudre, rubans, gratte-papier, etc.

Le personnel de l'auberge ne fut pas indemne. Une bonne alla dans la soirée garnir sa chambre d'une vingtaine de bouteilles d'eau chaude, ordinairement destinées aux voyageurs, tandis que le propriétaire allait gravement porter une grande terrine de soupe dans sa chambre qu'il versa consciencieusement sur ses oreillers.

Enfin, le médecin fit prendre des contrepoisons à tout ce joli monde, qui, peu à peu, reprit son état normal.

INFLUENCE DES ODEURS SUR LE LAIT

On a souvent insisté sur l'influence de l'alimentation des vaches sur la valeur du lait ; l'ingestion de certaines substances peut le rendre indigeste ou même vénéneux ; d'autres peuvent lui communiquer un goût ou une odeur désagréables. Mais il faut être averti que non seulement le lait prend l'odeur des aliments, mais encore les odeurs environnantes, comme l'odeur d'étable, ou l'odeur d'acide phénique dans les étables qui ont été désinfectées avec ce corps et dans lesquelles les vaches laitières ont été remises sans qu'on ait pratiqué une aération suffisante. Il n'est pas besoin que la vache séjourne longtemps dans une atmosphère viciée pour que l'odeur se transmette au lait. Le Dr Viet a rapporté le cas d'un troupeau de douze vaches qui furent mises en pâturage dans un champ dans lequel avait été mal enterré le cadavre d'un veau ; bien que pâturant en plein air, elle respiraient un air vicié par les miasmes de la putréfaction. Cela suffit pour gâter le lait de ces vaches, et chose curieuse, elles contagionnèrent en quelque sorte le lait d'autres vaches qui furent mises en contact avec elles au moment de la traite.

Une substance odorante placée au voisinage du lait peut lui donner une odeur ; c'est ainsi que, si l'on laisse un bol de lait à côté d'un flacon mal bouché contenant de l'eau de goudron, ce

qui peut arriver au chevet d'un malade, le lait prend une forte odeur de goudron. La même constatation peut être faite encore plus vivement avec l'essence de thérébenthine.

FRATRICIDES PAR COMPASSION

Les *Archives d'anthropologie criminelle* rapportent un fait curieux dénotant chez certains criminels un état mental bien singulier.

Le Tribunal correctionnel de Hambourg a eu à juger au commencement de 1911 une affaire des plus curieuses, et qui nous offre encore un exemple bien caractéristique de la crise que sont en train de subir les notions morales dans l'âme d'une partie de la jeunesse allemande d'à présent. Il s'agissait de deux jeunes frères, fils d'un professeur de collège, et tous les deux accusés d'avoir voulu empoisonner un troisième de leurs frères, mais incontestablement par affection pour lui, et afin de le délivrer du fardeau d'une existence dont ils craignaient qu'elle ne lui devint trop difficile à supporter.

Ce troisième frère avait été récemment entraîné à donner sa démission d'officier de marine, à la suite de plusieurs actes d'indélicatesse qui avaient été relevés contre lui. En apprenant cette nouvelle, un quatrième frère, étudiant en théologie, était accouru vers l'ex-officier, et lui avait remis un pistolet, dont le pauvre garçon avait fait usage aussitôt, mais sans autre résultat que de se rendre aveugle. C'est là-dessus que ses deux autres frères — dont l'un étudiait le commerce à Hambourg, tandis que l'autre, docteur en chimie, était attaché à un laboratoire de Berlin — avaient formé le projet d'affranchir le malheureux aveugle du long cortège de souffrances physiques et morales qu'ils prévoyaient pour lui. Avec l'assentiment tacite de leurs parents, ils voulaient lui faire absorber un mélange de morphine et d'acide prussique qui l'aurait délivré instantanément. Le chimiste avait donc envoyé de Berlin, par la poste, à son frère de Hambourg, un paquet contenant le poison ; et il avait glissé dans le paquet, sans doute afin de s'éviter la dépense d'un timbre supplémentaire, une lettre où il expliquait la manière de préparer le "bienfaisant" mélange.

Mais comme le hasard avait voulu que le paquet, trop négligemment emballé, se défît, en chemin, les employés de la poste avaient découvert la lettre et s'étaient empressés de la lire, en vue de l'amende qu'ils comptaient bien infliger à l'expéditeur.

Le Tribunal a condamné les deux frères à cinq mois de prison. Il leur a tenu compte de leur intention charitable, car leurs lettres révélaient clairement que tous deux avait été conduits à leur tentative criminelle par la seule pitié qui leur inspirait l'existence future de leur jeune frère. Mais quelle étrange conception, en vérité, des devoirs et des droits de l'amour fraternel !

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Nous rappelons que le concours de la Société Internationale de la Tuberculose sera clos le 1er décembre prochain.

Ce concours comprend :

1	Prix	de	500	Francs
1	"	"	100	"
2	"	"	50	"

et des Médailles d'Or et d'Argent.

Les Savants qui voudront prendre part à ce Concours devront envoyer leurs manuscrits, avant le 1er décembre, au Secrétaire Général M. le Dr Georges PETIT, 45 rue du Rocher, Paris.

Les Médecins français et étrangers peuvent faire partie de cette Société Savante et lui communiquer leurs travaux qui seront publiés ou analysés. Prière d'adresser les lettres de candidature à M. le Dr Georges PETIT, 45 rue du Rocher, Paris, en y joignant un mandat de Dix francs, montant de la cotisation annuelle.

UN ETANG

L'eau dort sous le baiser des brises alourdies,
 D'invisibles essors s'élançant des rameaux,
 Et tordant vers le ciel leurs fantômes jumeaux
 Des ormes ont dressé leurs branches qui mentent...

Le velours de la nuit est lamé d'incendies,
 Et l'étang noir semble une vasque aux lourds emaux
 Que rehaussent les ors de l'Ourse et des Gémeaux,
 Légères fleurs du ciel par la brume agrandies.

La terre s'est donnée aux désirs de l'été,
 Les rêves n'osent plus s'envoler; tout se tait
 Sur l'horizon paisible où des marais s'étalent;

Et voici que glissant parmi les herbes d'eau,
 La lune vient cueillir sur son léger radeau
 La floraison de l'astre aux lumineux pétales.

Dr François DES COSTILS.

LE REGNE DU SILENCE (1)

Contemple sans parler la majesté des choses :
 L'heure crépusculaire argente les ruisseaux :
 Et les lis inclinés sur le miroir des eaux
 Baignent dans le flot bleu leurs corolles mi-closes.

L'air promène au sentier le cher parfum des roses ;
 Dans les buissons s'éteint la chanson des oiseaux :
 La lune est apparue ; et parmi les roseaux,
 Le songe resplendit en ses apothéoses.

Il passe autour de nous un doux apaisement.
 Dans les arbres pensifs, pas un tressaillement :
 On croirait que la nuit s'est recueillie et pense...

Ouvrez votre âme au soir, ô rêves endormeurs :
 Le bruit universel a cessé ses rumeurs,
 Et cède son empire au règne du silence.

JEAN CHARBONNEAU,

Avocat, de Montréal.

(1) On lira sans doute avec plaisir ce beau sonnet d'un de nos meilleurs poètes canadiens. C'est la saison des beaux crépuscules. Qui n'a pas contemplé le magnifique tableau décrit avec tant de charme et de vérité ?

LE LISEUR.

INTERETS PROFESSIONNELS

LE BILL DES REBOUTEURS

Le premier mars 1912, j'ai publié dans cette revue un article à propos du bill des rebouteurs, au cours duquel je prenais spécialement à partie M. A. Galipeault C. R., député de Bellechasse.

Je n'ai pas changé d'opinion quant au mérite même du bill présenté durant la dernière session provinciale par le député Lafontaine, mais je dois dire en toute justice pour M. Galipeault que malgré l'interprétation défavorable donnée aux expressions employées dans cet article, je n'ai jamais mis en doute l'honorabilité, l'expérience et l'habileté de M. Galipeault, comme avocat ou comme député. C'est pourquoi, à la suggestion de l'honorable juge Lemieux, après la clôture de l'enquête, je me suis engagé par l'entremise de mon procureur M^{re} Marsan, à publier ces explications.

ALBERT LESAGE.

UNE MISE AU POINT

A PROPOS DE MON PROCES AVEC M. GALIPEAULT

Deux journaux de Montréal ont annoncé que mon procès s'était terminé subitement avec promesse, de ma part, de publier une rétractation dans l'Union Médicale, après une condamnation, par le juge Langelier à \$50.00 de dommages à part des frais de la cause.

Je tiens à dire à nos lecteurs la vérité, tout simplement ; car c'est une chose qu'on chercherait en vain dans les deux journaux politiques auxquels je fais allusion.

Mon procès s'est instruit comme tout autre, à Québec, entre avocats et témoins. L'honorable juge Lemieux, et non Langelier, a permis, par faveur spéciale dont je lui sais grés, que nous procédions *a parte*, (pas de juge disponible), se tenant en chambre dans le cas où il y aurait appel pour une décision. Après la clôture de l'enquête, c'est-à-dire à 4 hrs p.m., les avocats se sont rendus devant le juge en chambre, où ils ont fait un exposé sommaire de

la cause. L'Honorable juge Lemieux a lu mon article, puis il a conseillé un arrangement à l'amiable, "entre hommes de profession". Je n'étais pas présent à l'entrevue. Je dois dire, qu'à ce conseil paternel, il a ajouté quelques remarques élogieuses — indirectement — à la lutte que nous poursuivions.

Bref, une demi-heure après, M. Marsan, mon aviseur en cette cause, me soumettait la proposition suivante : \$50.00, plus \$50.00 pour frais. J'ai soumis le tout à mes amis, de Québec, les docteurs Simard, Rousseau, Pagé, Normand de Trois-Rivières et Gauvreau, registraire du Collège à Montréal, qui m'ont conseillé de clore là le débat.

Mais je tiens à déclarer péremptoirement, que je n'ai fait aucune proposition, si ce n'est de fournir à M. Galipeault les explications que je publie dans ce numéro, et que je lui avais déjà données par le téléphone et qu'il avait refusé d'accepter. Il n'y a pas eu, davantage de condamnation.

L'honorable juge Lemieux n'a fait que sanctionner l'accord intervenu entre les parties. *Et nunc.*

Je tiens à remercier publiquement les docteurs Normand, Simard, Rousseau, Pagé et Gauvreau, qui n'ont pas cessé de me prêter un loyal appui dans cette circonstance pour revendiquer hautement nos droits et mettre les choses au point une dernière fois.

ALBERT LESAGE.

ANALYSES

MEDECINE

Les hémoptysies tuberculeuses, par WEIL, analysé par Championnière dans *Journal de Méd. et de Chirurg. pratiques*, Paris 10 mai 1912.

Les hémoptysies, qui constituent un symptôme assez banal de la tuberculose, présentent cependant entre elles des différences notables et qu'il y aurait un très grand intérêt à préciser tant au

point de vue du pronostic que de la thérapeutique. C'est là un point qui a été l'objet de récents travaux, notamment de la part de M. le Dr Fernand Bezançon et de ses élèves. L'un d'eux, M. le Dr Mathieu-Pierre Weil, vient de faire à ce sujet un travail d'un très grand intérêt et dont nous voudrions signaler ici les points principaux, car il s'agit d'une question de pratique importante (1).

L'observation montre qu'il existe deux variétés d'hémoptysies tuberculeuses.

Tantôt l'hémoptysie survient brusquement, fortuitement sans s'accompagner d'aucun des symptômes de l'imprégnation bacillaire, à la manière d'un accident mécanique qui résume à lui seul tout le processus morbide. Tantôt, au contraire, l'hémoptysie est liée à une évolution des lésions pulmonaires, à une poussée de la tuberculose, dont on peut préciser tous les caractères. Celle-ci, hémoptysie par poussée évolutive, s'oppose nettement à la précédente, l'hémoptysie sans poussée.

Cette distinction est essentielle au point de vue clinique : elle n'est pas moins fondamentale pour ce qui est du pronostic et du traitement.

L'hémoptysie par poussée est grave. Elle est, en effet, symptomatique d'une exagération des lésions pulmonaires, d'une recrudescence des phénomènes généraux : alors même qu'elle n'est suivie d'aucune augmentation marquée des signes stéthoscopiques, elle est venue révéler une tuberculose active, qui ne demande qu'à évoluer.

L'hémoptysie non accompagnée de poussée paraît bénigne au contraire, bénigne toutefois comme peut l'être une manifestation tuberculeuse. Bien que la maladie apparemment éteinte puisse se réveiller un jour, il est incontestable cependant que cette hémoptysie révèle plus souvent une lésion presque éteinte, parfois même en voie de cicatrisation.

Essayons, en suivant la description de M. Weil de préciser les caractères de ces deux formes de l'hémoptysie.

(1) Thèse de Paris ; chez Steinheil.

..*Hémoptysie par poussée.* — Elle est de beaucoup la plus fréquente, car sur 52 observations personnelles très complètes recueillies par M. Weil, 42 étaient des hémoptysies par poussées.

L'hémoptysie liée à une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire peut survenir à n'importe quel moment de la maladie, apparaissant tantôt comme le premier accident d'une tuberculose jusque-là latente, tantôt comme une manifestation plus ou moins tardive d'une tuberculose avérée. Précédée d'une stade préparatoire, suivie d'une lente amélioration, la poussée hémoptoïque, post-hémoptoïque.

La période préhémoptoïque, est d'une durée moyenne de deux à trois semaines ; elle est caractérisée par l'apparition des symptômes fonctionnels et généraux de l'imprégnation tuberculeuse.

Pendant cette période, le malade voit souvent sa toux augmenter, il a un peu de fièvre, il s'amaigrit, perd l'appétit ; tous ces phénomènes sont plus ou moins accusés et c'est au moment où ils sont à leur summum que se produit l'hémoptysie.

Son abondance est très variable et parfois même l'examen attentif des crachats est nécessaire pour y reconnaître du sang. Ces crachats renferment d'ailleurs presque toujours des bacilles tuberculeux, en nombre très variable, car à certains jours surviennent des déchargent bacillaires considérables, puis les bacilles disparaissent parfois complètement principalement s'il s'agit de lésions jusque-là fermées.

A la suite de l'hémoptysie, le fièvre tombe plus ou moins vite, en même temps, si on analyse attentivement les urines, on constate un trouble dans les éliminations urinaires ; il existe une notable rétention chlorurée (qui n'existe pas dans l'hémoptysie non liée à une poussée évolutive), et en même temps, le poids du malade augmente pendant un certain temps évidemment par la rétention des liquides.

Aucun signe stéthoscopique ne vient le plus souvent se surajouter, lors de l'hémoptysie, aux signes anciens, sauf toutefois, lors des poussées graves. Cependant, des râles sibilants peuvent être perçus d'une façon passagère.

Ajoutons que M. Weil a étudié d'une façon très complète l'histologie des crachats ainsi que la formule sanguine des hémoptoïques et a trouvé là des éléments importants pour le diagnostic et le pronostic.

La gravité variable des hémoptysies par poussées permet de leur décrire trois formes cliniques : la forme légère, caractérisée par une période préhémoptoïque courte et fruste, une hyperthermie minime, des réactions sanguines discrètes, une guérison rapide ; la forme commune, qui s'accompagne de symptômes accentués, souvent alarmants, mais qui disparaissent en quelques semaines ; la forme grave, caractérisée par sa longue durée, par l'exagération manifeste des lésions pulmonaires qui resteront à jamais ouvertes et par la persistance d'un certain degré d'hyperthermie.

Hémoptysies sans poussées tuberculeuses. — L'hémoptysie qui vient sans s'accompagner d'aucun symptôme d'évolution tuberculeuse se présente avec des caractères différents. Elle débute brusquement, sans prodromes ; lorsqu'elle s'est terminée, l'incident morbide a pris fin, et aussitôt parfois le sujet reprend ses occupations.

Ces hémoptysies ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de rétentions urinaires, ni le plus souvent d'expectoration bacillifère ; les crachats rejetés sont pauvres en cellules pulmonaires. Seule une perturbation, toute passagère d'ailleurs, de l'équilibre sanguin, caractérisée par de la leucocytose et de la polynucléose, sans diminution du nombre des éosinophiles, vient prouver que l'hémoptysie n'a pas été un accident dénué de toute répercussion générale sur l'organisme. Mais l'hémoptysie terminée, le malade revient presque aussitôt à son état antérieur.

En résumé, il y a tout lieu de penser que les hémoptysies sans poussée et les hémoptysies par poussée relèvent de mécanismes différents.

Les premières semblent dues à la rupture toute mécanique de l'un de ces vaisseaux à lumière large, à parois malades, qui serpentent au milieu des lésions, souvent discrètes d'ailleurs, de tuberculose fibreuse. Contrairement à l'opinion classique, il est impossible de prétendre dans ce cas que, c'est à la suite de l'hémoptysie que la tuberculose s'est cicatrisée ; c'est, au contraire, la sclérose qui est primitive, l'hémorragie n'en est qu'une conséquence, souvent aussi, il y a eu hypertension pulmonaire.

Les hémoptysies par poussée paraissent déterminées soit par les formations congestives qui, lors de l'évolution des lésions tuber-

euleuses, entourent le foyer caséux vasculaire, soit par l'ulcération directe par le processus caséux de l'un de ces vaisseaux altérés et béants qui rampent au milieu d'anciennes formations de tuberculose scléreuse.

Il est bien probable d'ailleurs que d'autres conditions encore peu connues jouent un rôle important dans la production des hémoptysies. Comme le fait remarquer M. Weil, tandis que certains tuberculeux, durant tout le cours de leur maladie n'ont qu'un nombre restreint d'hémoptysies, si même hémoptysies il y a, d'autres au contraire en présentent d'incessantes, ayant sans cesse, à proprement parler, le sang à la bouche. Il était intéressant de rechercher si un vice humoral, si un trouble de la coagulabilité du sang, n'était pas la cause de ces hémoptysies répétées. C'est une question qui a été étudiée par divers auteurs. M. Weil a fait aussi des recherches à ce sujet et il a pu constater que parmi les tuberculeux hémoptoïques, il existait une proportion assez considérable de sujets hémophiles, ou du moins présentant un trouble manifeste de la coagulabilité du sang.

D'autre part, on sait le rapport étroit qui unit le processus hémorragique et l'insuffisance du foie. Or, pour ce qui est des formes hémoptoïques de la tuberculose, il semble que le foie ne soit pas sans jouer un certain rôle dans leur apparition ; on sait, en effet, les résultats favorables que l'opothérapie hépatique a fournis dans ces cas à MM. Gilbert et Carnot et à M. Landouzy, et d'autre part, on connaît la fréquence de l'alcoolisme chez ces malades.

M. Weil a fait à ce sujet quelques recherches qui lui ont montré que chez les tuberculeux hémoptoïques, le fonctionnement du foie était souvent imparfait, ce qui est démontré par la fréquence qu'on trouve chez eux des troubles de l'élimination du bleu de méthylène. Il y a là une preuve d'insuffisance hépatique certaine, qui n'est peut-être pas sans rapport avec la fréquence des hémoptysies, sans qu'il soit d'ailleurs facile de donner la preuve de ce fait.

Quoi qu'il en soit, on voit l'intérêt qu'il y a à distinguer ces deux formes d'hémoptysies : celles qui sont liées à une poussée évolutive de la tuberculose et celles qui ne dépendent pas de cette poussée. C'est que le pronostic en est tout différent.

Les premières sont de gravité variable, mais constituent toujours un accident sérieux, puisqu'elles révèlent une tuberculose qui a tendance à évoluer ; les secondes au contraire sont relativement bénignes : elles traduisent moins une évolution pulmonaire que la rupture toute mécanique d'un vaisseau ; elles sont moins la traduction d'un processus tuberculeux évolutif que celle d'une lésion en voie de sclérose ou de cicatrisation.

La thérapeutique doit s'inspirer de ces notions. Seules les hémoptysies par poussée doivent être considérées comme caractérisant une évolution bacillaire et être traitées comme telles. Les autres n'étant pas symptomatique d'une tuberculose en évolution, sans toutefois les considérer comme négligeables, on devra adoucir, pour les malades qui les ont présentées, les rigueurs de la cure. Ces Hémoptysies ayant une certaine tendance à se répéter, il y aura soin très bien de rechercher les facteurs qui déterminent leur apparition.

Le signe des spinaux dans la pleurésie.

M. F. Ramond décrit sous ce nom l'élargissement et la tension élastique plus grande du côté de la pleurésie, au-dessous de la 12^e côte, de la masse musculaire lombaire, aboutissant des deux muscles iléolombaire et long dorsal.

Parfois le symptôme peut s'objectiver davantage, si l'on percute avec un marteau les insertions supérieures du long dorsal, à deux ou trois travers de doigt en dehors des 5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales. Dans ces conditions peuvent apparaître dans la masse musculaire lombo-dorsale des contractions visibles à l'œil nu, ou appréciables au doigt. Ce symptôme est à peu près constant dans les pleurésies séro-fibrineuses aiguës ou subaiguës, mais beaucoup moins dans les hydro-thorax, et surtout dans les épanchements purulents. Il manque le plus souvent dans la pneumonie et la spléno-pneumonie, et devient ainsi un signe diagnostique utile de la pleurésie. Il persiste plusieurs semaines après la résorption de l'épanchement et peut servir à l'établissement d'un diagnostic rétrospectif.

CHIRURGIE

Images radiographiques de la tuberculose rénale, par A. VON LEICHTENBERG et H. DIETLEN, dans *Archives Générales de chirurgie*, 25 mai 1912.

I. — B. estime qu'il se produit une guérison spontanée dans les formes larvées de tuberculose rénale ; mais la guérison est impossible, s'il y a transformation purulente et s'il existe de la pyurie.

La néphrectomie en cas de tuberculose unilatérale d'un rein, et si l'autre rein est sain, semble être une opération qui ne fait courir aucun danger au malade.

Si la vessie est touchée, la guérison complète peut s'observer dans 25% des cas.

La tuberculose rénale est sujette à des rémissions et après une cicatrisation complète des lésions, on voit se produire des troubles prolongés sous forme d'envies fréquentes d'uriner surtout nocturnes. Il faut donc pratiquer la néphrectomie avant que la vessie soit infectée.

Le diagnostic ne peut se faire au début que par le cathétérisme des uretères, car l'indigo carmin ne donne des indications que dans les cas avancés.

II. — L. et D. ont étudié les images radioscopiques obtenues dans onze cas (huit cas de tuberculose unilatérale, trois cas de tuberculose bilatérale), après injection de collargol dans l'uretère et le bassin.

Il faut auparavant vider le rein le mieux possible au cas de rétention de matières caséuses ; au besoin, on laissera la sonde unilatérale en place pendant une heure et on fera l'opération. Les auteurs emploient des solutions concentrées de collargol à 10% mais pures.

On reconnaît facilement sur la radiographie les modifications du bassin et des calices, résultant de la destruction de papilles et de la présence de cavernes ouvertes. (BRAUN).

Les résultats éloignés des néphrectomies pour tuberculose, par ISRAEL, dans *Archives générales de chirurgie*, mai 1912.

I. — Dans le traitement de la tuberculose rénale, il n'y a pas à compter sur les guérisons spontanées, ni sur la tuberculinothérapie.

Pour étudier les résultats après les néphrectomies, I. se base sur 1023 cas, dont 170 personnels. La mortalité éloignée (postérieure au 6e mois) s'élève à 10-15%, la mortalité rapprochée (antérieure au 6e mois) à 12,9%. La mortalité totale des opérés est de 25% ; les $\frac{3}{4}$ de tous les opérés sont donc sauvés par l'opération. La mortalité éloignée ou rapprochée est plus grande chez l'homme que chez la femme en raison de la plus grande fréquence de la tuberculose pulmonaire, surtout à forme miliaire, et de l'insuffisance cardiaque chez l'homme.

Les principales causes de la mortalité éloignée sont la tuberculose pulmonaire et la tuberculose de l'autre rein. La granulie survient dans les 6 premiers mois après l'opération avec une fréquence presque double de celle des autres années. Elle est ordinairement due à l'acte opératoire. Plus de la moitié de tous les cas de mort isolés se produisent dans le cours de la 2e année après l'opération ; 45,2 % par tuberculose pulmonaire ; 35,9 0/0 par lésions rénales, 14% de granulie. À part la tuberculose de l'autre rein il faut considérer encore les néphrites toxiques, les calculoses, les hydronéphroses, les pyélonéphrites.

La néphrectomie en cas de tuberculose unilatérale préserve le 2e rein de la contagion. Après la néphrectomie, les bacilles disparaissent de l'urine dans les $\frac{3}{4}$ des cas. La fréquence de la persistance des bacilles augmente avec l'étendue de la cystite existant avant l'opération. On ne peut affirmer l'absence de bacilles que par une vaccination négative. On a trouvé des bacilles chez des sujets paraissant bien portants et jusqu'à 17 ans après l'opération : ils peuvent exister dans une urine non albumineuse. Dans 75% de tous les sujets porteurs de bacilles, la fréquence de la miction était devenue normale ou presque normale. Dans la plupart des cas, il existe des altérations morphologiques et chimiques de l'urine, mais on les note aussi fréquemment chez les individus sans bacilles. Dans 94,7 % des malades dont l'urine contenait des bacilles le poids du corps avait augmenté.

Dans plus des $\frac{3}{4}$ des néphrectomisés, l'urine n'était pas devenue complètement normale : chez 53,4 % il persistait de l'albumine ; dans 48,8 % de globules rouges, dans 46,5 0/0 des leucocytes ; dans 23,2 % des cylindres surtout hyalins.

Cystoscopiquement, la guérison de la cystite est notée dans 43,5 % des cas, une régression incomplète dans 45 0/0, un état stationnaire ou une aggravation dans 9%.

Les bacilles disparaissent plus souvent que la cystite ; mais une grande partie des lésions appréciables au cystoscope sont plus de nature tuberculeuse.

La tuberculose de l'uretère guérit ordinairement spontanément après la néphrectomie. Dans 11,5 % des cas il survient des fistules urétérales dont la plus grande partie guérit en 4 ans.

II. — Le traitement conservateur de la tuberculose rénale donne de très mauvais résultats. Sur 316 malades atteints de tuberculose rénale constatée bactériologiquement et non opérée, 58% moururent dans l'espace de 5 ans, 20 0/0 au bout d'un temps plus éloigné. Chez quelques malades on nota des améliorations passagères simulant une guérison ; mais dans un cas seulement on nota la guérison complète avec conservation de la fonction de l'organe atteint. La tuberculine ne paraît pas donner des résultats plus favorables que les autres méthodes conservatrices.

Au contraire, avec la néphrectomie, on note 60% de guérisons durables. Sur 139 néphrectomies, la mortalité opératoire fut de 2,8 %, la mortalité tardive de 14 0/0.

Essai de classification clinique des tuberculoses rénales au point de vue des indications et contre-indications de la néphrectomie, par LAUDRET, dans *Archives générales de chirurgie*, mai 1912. (*Thèse de Lyon*, 1910-1911), analysé par Viremque.

Eliminant les néphrites tuberculeuses bi-latérales, il divise les tuberculeux rénaux en sept catégories :

1° Un des reins est très malade gros (type de la pyonéphrose) ; l'autre paraît complètement sain. Dans ce cas, il faut faire la néphrectomie primitive que ne contre-indiquent ni l'état général, ni les lésions pulmonaires, ni les lésions vésicales, ni les lésions génitales.

Les résultats éloignés justifient cette conduite.

2° Un des reins n'est pas transformé en pyonéphrose, ne forme pas de tumeur, mais est très malade ; l'autre paraît complètement sain. La néphrectomie est indiquée immédiatement ; ni l'état général, ni l'existence de lésions pulmonaires, ni les lésions même étendues de la vessie ne peuvent être une contre-indication.

3° Un des reins est peu malade ; l'autre paraît complètement sain. Le rein peu malade est celui qui fait l'urine donner une maculation nettement positive, urine simplement un peu louche dans l'ensemble ou avec de petits grumeaux nageant dans de l'urine claire, qui contient habituellement de l'albumine et qui a une bonne teneur en urée et en chlorures.

La néphrectomie immédiate s'impose s'il s'agit d'une forme hématurique, douloureuse, ou à signes vésicaux intenses. Dans les autres cas, la plupart des chirurgiens préconisent la néphrectomie précoce ; la réserve opératoire a, par contre, été énergiquement défendue ; aussi Laudret conclut-il avec Rochet qu'il n'y a pas lieu de faire une néphrectomie rapide quand le rein semble ne présenter que des lésions minimales. Il apporte deux observations, l'une de Rochet, l'autre de Jaboulay ; dans ces deux cas, la néphrectomie exploratrice ne montra que des lésions légères et le rein fut laissé en place.

Ces malades opérés depuis six ans n'accusent aucuns troubles urinaux.

4° Un des reins est très malade ; l'autre n'est pas très sain, mais cependant non positif à l'inoculation.

Ce dernier rein est un rein non tuberculeux, mais intoxiqué par les néphrotoxines du côté opposé.

Il y en a des indications variables suivant les cas :

a) L'albumine existe en petite quantité ; le rein est bon, mais il est urgent de lui supprimer l'agent irritant dans le rein malade : d'où néphrectomie hâtive ;

b) L'albumine dépasse le gramme ; les cylindres granuleux sont en petit nombre ; les cylindres hyalins sont en grand nombre ; il faut opérer si l'épreuve de la phloridine est positive, si la quantité d'urée éliminée est suffisante, si le point cryoscopique est suffisant ;

c) On trouve dans l'urine du rein non tuberculeux une albumi-

nurie abondante ou des cylindres granuleux en grand nombre. Il faut se garder d'intervenir.

5 Un des reins est très gros, très malade ; l'autre est peu malade : L'un est pyonéchrotique, l'autre positif à l'inoculation ; bien qu'il s'agisse de tuberculose bilatérale, il faut enlever le rein le plus touché ; la contre-indication opératoire est tirée de l'état général et de l'état pulmonaire.

6 Les deux reins sont encore peu touchés, mais leurs lésions paraissent égales. La néphrectomie, est contre-indiquée.

7 Les deux reins sont très malades. La néphrectomie est contre-indiquée : les opérés étant exposés à mourir d'urémie.

PEDIATRIE

Etat actuel de nos connaissances sur la poliomyélite, par M. FLEXNER, dans la *Presse Médicale*, samedi, 2 décembre 1911.

Il insiste sur la nécessité d'une bonne prophylaxie puisque, à l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif de la poliomyélite. Or, pour asseoir sur des bases solides les mesures prophylactiques, il faut bien savoir quelle est la nature de l'agent infectieux et par quelle voie il se propage ; de même, il faut que le médecin soit familiarisé avec les formes atypiques ou abortives de la maladie. Le caractère essentiel de la poliomyélite, c'est la paralysie d'un ou plusieurs groupes musculaires : les troubles sensitifs, sous forme de douleurs spontanées, existent presque toujours, mais, peu intenses en général, elles passent inaperçues au milieu des phénomènes paralytiques autrement frappants. Si les douleurs sont très vives, réalisant la forme douloureuse de la paralysie infantile, le diagnostic pourra s'égarer. En fait, les lésions ne sont jamais localisées uniquement aux cornes antérieures de la moelle ; les cornes postérieures ne sont jamais indemnes. De plus, on observe très fréquemment des lésions de la substance blanche. Enfin, on voit souvent les lésions intéresser toute la longueur de la moelle et envahir le bulbe et même le cerveau. Il s'agit donc d'un processus pouvant se généraliser à la totalité du système nerveux central et, à l'autopsie, il n'est pas rare de découvrir des lésions beaucoup plus étendues que ne le laissaient prévoir les manifestations cliniques.

La poliomyélite n'est pas une infection localisée au système nerveux et à ses enveloppes. Pour Flexner, l'infection atteint tout d'abord les méninges et non les cellules de la corne antérieure de la moelle : elle arrive dans la moelle en suivant les prolongements méningés qui accompagnent les artères pénétrant dans le névraxe. Parfois l'infection s'arrête là et les cellules nerveuses ne sont que peu ou pas touchées et, cliniquement, on n'observe pas de paralysies.

Le diagnostic de ces cas est donc une affaire de chance, on ne le fait que rarement et on devine la conséquence de ce fait au point de vue épidémiologique : les enfants ne sont pas isolés et peuvent transmettre à d'autres la poliomyélite avec paralysie.

Il faut donc connaître ces formes abortives, sans paralysie : elles peuvent à coup sûr être le point de départ d'épidémies sérieuses.

Il est parfois impossible de diagnostiquer cliniquement ces formes atypiques ou abortives de la poliomyélite ; force est donc de recourir aux procédés de laboratoire, car, si nul n'a encore vu le microbe causal de la paralysie infantile, du moins commence-t-on à connaître les propriétés biologiques de ces toxines. Le virus de la poliomyélite confère l'immunité à l'organisme dans lequel il se développe : le sérum du malade ou de l'animal en expérience acquiert la propriété de neutraliser le poison et de le rendre inoffensif. C'est sur ce fait qu'est basée l'épreuve dite de la neutralisation, qu'il ne faudra pas hésiter à mettre en œuvre en cas de doute ; ainsi pourra-t-on prendre sans tarder les mesures prophylactiques nécessaires.

Que la maladie soit contagieuse, nul ne le conteste aujourd'hui. Mais par quelle voie se fait le contagement ? Est-il transmis par l'intermédiaire d'insectes ? Mais ce rôle des insectes comme porteurs des germes de la poliomyélite n'a pas jusqu'ici reçu de démonstration. Par contre, si l'on étudie la marche des épidémies, on voit qu'elles se propagent en suivant les grandes voies de communication, ce qui donne à penser que les agents de transmission ne sont autres que des porteurs humains de germes, ceux-ci trouvant un milieu favorable dans la muqueuse du rhyno-pharynx. À ce sujet, une expérience de Flexner est tout à fait suggestive. Il pratique chez un singe une inoculation intra-cérébrale du virus

poliomyélitique : au bout de quelque temps, le mucus des fosses nasales se montre virulent. C'est donc que le virus a cheminé le long de la gaine lymphatique, entourant le nerf olfactif et ses ramifications, et que, traversant avec ces dernières la lame criblée de l'éthmoïde, il a pu ainsi parvenir de l'espace sous-arachnoïdien à la muqueuse nasale. Chez l'homme, Flexner a constamment trouvé des germes dans le rhino-pharynx, non seulement pendant la période aiguë de la maladie, mais longtemps après : les germes conservent d'ailleurs longtemps leur virulence, même dans les mucosités desséchées. Le transport des germes peut se faire non seulement par les malades eux-mêmes, mais aussi par des personnes saines ayant été en contact avec les malades.

Combien de temps doit durer l'isolement ? Flexner estime que quatre semaines suffisent, car il lui a semblé que, dans la grande majorité des cas, les germes disparaissent du rhino-pharynx au bout de trois semaines environ.

Au point de vue du pronostic, les statistiques de Flexner fournissent des renseignements intéressants. Elles donnent, en effet, comme chiffre de mortalité, 10 pour 100 ; de plus, elles montrent que 75 pour 100 des malades ayant survécu ont conservé une paralysie durable plus ou moins étendue, 25 pour 100 seulement étant revenus à un état d'intégrité fonctionnelle absolue.

La vaccination par ignipuncture, par le Dr DE LIBESSART, méd. militaire, dans la *Presse Médicale*, 2 décembre 1911.

En examinant les résultats de la vaccination dans l'armée durant ces dernières années, on constate une diminution notable dans la proportionnalité des succès ; c'est ainsi qu'en 1904 la statistique donne 40 pour 100 de succès, tandis que, dans les années suivantes, elle s'abaisse d'une façon régulière pour ne plus donner que 19 pour 100.

A quoi attribuer cette diminution ? Parmi les raisons qui pourraient être invoquées, on a mis en cause la neutralisation de la lymphe par la persistance, sur la peau, de molécules des désinfectants employés pour la nettoyer.

S'il en est ainsi, le mode de vaccination qui, sans inconvénient, permettrait de supprimer les désinfectants nocifs pour le vaccin, répondrait à cette donnée.

Il a semblé à M. DE LIBESSART, médecin de l'armée, que ce desideratum pouvait être obtenu en remplaçant la piqûre par une brûlure légère.

Ce procédé de la vaccination par ignipuncture est le suivant. Le bras gauche, lavé à l'eau bouillie et essuyé, est touché très légèrement, en trois endroits, au V deltoïdien avec la pointe ordinaire du thermocautère porté au rouge sombre. La lymphé est immédiatement appliquée sur les brûlures au moyen d'une bague de verre ou d'une plume changée pour chaque vacciné. Il suffit ensuite de laisser sécher le bras durant cinq minutes à l'air libre.

La visite, faite au neuvième jour, a montré des pustules très nettes laissant peu de rougeur et de gonflement à leur périphérie ; il n'a été constaté aucun accident de lymphangisme ni d'engorgement ganglionnaire déterminant une incapacité de travail.

La brûlure présente, comme autres avantages, d'éviter toute effusion sanguine ; elle semble mieux supportée par le patient que la piqûre, met à l'abri de toute circulation infectante ; enfin, étant par elle-même aseptique, elle supprime l'emploi de tout agent désinfectant pouvant nuire à l'activité du vaccin.

Les résultats obtenus sont les suivants : sur 2,000 sujets environ, recrutés de deux années d'un régiment d'infanterie (1909-1910), la proportionnalité des succès a évolué entre 38 et 40 pour 100. Par comparaison, 200 ont été vaccinés en même temps avec de la lymphé du même âge et de la même provenance par le procédé usuel de la piqûre ; le nombre des succès obtenus a été de 19 pour 100 seulement. Il semble donc que le procédé de la brûlure soit justiciable de l'augmentation du pourcentage des résultats.

Ce procédé a été également employé sur des réservistes : les succès obtenus ont varié entre 12 et 15 pour 100, ce qui semble supérieur à la moyenne habituellement enregistrée.

La récidence des végétations adénoïdes dans l'enfance, par le Dr V. CHAMBELLAN, dans la *Clinique infantile*, mai 1912.

La récidence des végétations adénoïdes est une chose dont tout les médecins parlent et qui se trouve signalée par tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Mais le nombre des récidentes, — les conditions dans lesquelles elle se produit — les moyens de l'éviter — le temps qu'elle met à se montrer, — l'influence de l'âge — sont presque toujours passés sous silence. Ce sont ces différents points dont je veux dire quelques mots dans cette courte étude. J'ai sur la question une certaine expérience personnelle, puisque j'ai opéré, tant en ville qu'au Dispensaire de Belleville, près de 3,000 enfants de tout âge, dont le plus jeune, n'avait pas encore quinze jours.

Nombre global des récidentes. — Sur 2,983 végétations que j'ai opérées, ma statistique me donne 147 cas de récidence. — Un certain nombre de ces végétations avaient été opérées par moi une première fois, une bien plus grande quantité avait déjà été opérée par d'autres chirurgiens. Ainsi donc d'après ma statistique, la proportion des récidentes se trouve être près de 5%, soit une récidence sur vingt cas de végétations.

Proportion des différents nombres de récidence. — Dans les cas de récidence, il est nécessaire d'établir plusieurs catégories :

Un premier groupe de faits englobe les végétations qui ont récidivé une fois ;

Un second groupe compte les végétations qui ont récidivé deux fois ;

Un troisième groupe comprend les végétations qui ont récidivé trois fois. Dans ce groupe, je le dis de suite, je n'ai qu'une observation.

Le premier groupe est de beaucoup plus nombreux. Sur la masse totale des récidentes de végétations qui s'élève à 147 cas, je trouve 125 végétations récidivées une fois ; 21 végétations récidivées deux fois ; 1 végétation récidivée trois fois.

L'histoire de ce dernier cas est particulièrement intéressante, aussi je publie l'observation en quelques lignes.

Marguerite P. . . , 13 ans $\frac{1}{2}$. Ronfle la nuit ; tient le jour la bouche entr'ouverte. La mère, qui l'accompagne, me dit que sa fille a déjà été opérée trois fois et chaque fois par un chirurgien différent. Ici, il est évident qu'on ne saurait accuser, comme on est souvent trop porté à le faire l'incapacité de l'opérateur.

La première intervention a eu lieu lorsque l'enfant avait 7 ans ;

la seconde intervention s'est produite à l'âge de 9 ans ; la troisième à l'âge de 11 ans. Chaque fois, la repullulation s'est faite après un intervalle de temps sensiblement le même, deux ans environ.

Lorsque j'ai fait, moi, quatrième chirurgien, la quatrième opération, il s'était écoulé un intervalle de deux ans et demi entre la troisième et la quatrième intervention. J'ai extirpé des végétations adénoïdes assez abondantes, d'une consistance un peu fibreuse. L'état général était assez bon ; les suites opératoires furent bonnes ; puis je perdis de vue la jeune malade.

Les végétations ont-elles récidivé à nouveau ; l'enfant a-t-elle subi une cinquième opération ? je l'ignore. Quoi qu'il en soit, voilà un cas très rare, mais qu'il est bon de connaître ; car il incite à une certaine réserve les opérateurs lorsqu'ils auront à parler de guérison des végétations, après une intervention, même répétée.

Au bout de combien de temps les végétations récidivent-elles ?
Il ressort de mes observations que le temps varie entre six mois et cinq ans. Mais dans la grande majorité des cas, la récurrence a lieu au bout de dix-huit mois ; de deux ans ; de deux ans et demi, de trois ans.

Les végétations récidivées sont ordinairement moins volumineuses que les primitives ; leur consistance est changée ; elles sont en général plus fibreuses.

Age. — Une opinion courante dans le monde médical est que les végétations adénoïdes ont d'autant plus de tendance à récidiver que l'enfant est plus jeune. C'est une erreur contre laquelle je m'élève, car elle n'est pas conforme aux faits. J'ai opéré bien des enfants de la première enfance, depuis l'âge de quatorze jours à deux ans. Un certain nombre d'entre eux étaient porteurs de végétations repullulées ; mais je dois le dire, bien que le fait soit paradoxal, la proportion est moins élevée qu'à d'autres moments de la période infantile.

Elle varie autour de 3% au lieu de 5% chez les enfants plus âgés. Quand la repullulation se fait, elle a lieu, cela va sans dire, au bout de quelques mois. Cependant, je ne l'ai jamais vue produire avant six mois.

Pour les enfants du premier âge opérés, des végétations adénoïdes et qui ont une récurrence, il arrive souvent que cette récurrence, enjambant de la première sur la seconde enfance, ne se produit que quelques années plus tard, lorsque l'enfant a déjà trois, quatre ou cinq ans.

La connaissance de ces faits à un côté pratique fort important,

car on n'hésitera plus à faire opérer ces petits enfants par crainte d'une repullulation presque certaine, à court terme. On leur évitera ainsi bien des coryzas et bien des complications du côté des oreilles, choses bien plus graves que cette petite opération.

Enfin, j'ai vu quelques personnes qui, à l'âge de treize, de quatorze ans, avaient été opérées une première fois des végétations adénoïdes, venir me consulter quelques années plus tard, vers l'âge de dix-sept, de dix-huit, et même de dix-neuf ans, pour des végétations récidivées. La connaissance de ces derniers faits ne manque pas d'intérêt, car ils constituent une exception à la règle, qui veut que les végétations adénoïdes s'atrophient naturellement chez les sujets âgés de quinze à seize ans. Et, pour le dire en passant, il y a des exceptions plus nombreuses qu'on ne pense, à cette règle. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'opérer dernièrement chez une dame de quarante-trois ans, des végétations adénoïdes assez volumineuses qui, jusque-là, avaient passé inaperçues.

Y a-t-il un moyen d'éviter la récurrence ? Les végétations adénoïdes peuvent se développer chez les enfants de toute constitution ; mais on les observe surtout sur les enfants lymphatiques, poreux ou non de catarrhe de l'arrière cavité des fosses nasales.

Pour éviter les récurrences, il y a donc lieu de chercher :

1° A modifier la constitution de l'enfant par les moyens employés contre le lymphatisme, en général ;

2° A guérir par tous les moyens de catarrhe nasal postérieur qui est souvent concomitant.

J'attache à cette dernière indication une très grande importance. En effet, quand on fait l'ablation des végétations adénoïdes, on ne peut qu'enlever les parties saillantes, celles qui dépassent la surface de la muqueuse du cavum. On ne fait qu'une simple abrasion. Il reste donc dans l'épaisseur de cette muqueuse les racines, si je puis ainsi dire, de la troisième amygdale.

Si la muqueuse est saine, ce qui restait de la troisième amygdale s'atrophie et les végétations ne se reproduisent plus. Mais si la muqueuse continue à être dans un état d'irritation chronique, permanent, ou est atteinte de catarrhe souvent renouvelé, ce qui restait de la troisième amygdale prolifère et de nouvelles végétations se reproduisent, nécessitant une nouvelle intervention.

Je mentionne, à titre de mémoire, l'ablation incomplète des végétations, qui est une cause certaine de repullulation. Mais les ablations incomplètes sont très rares lorsque l'opération est faite par une main exercée.

Cette étude était livrée à l'impression, quand j'ai eu connais-

sance d'un article sur le même sujet qui a paru dans le grand journal médical anglais *The Lancet*, à la date du 20 avril 1912. Le titre de l'article en question est "Repullulation des végétations adénoïdes", par le Dr Thomas Guthrie, auriste et laryngologiste honoraire de Victoria Central hospital et Assistant de la Clinique de l'Infirmerie royale, à Liverpool.

Pour ce spécialiste distingué, la grande majorité des cas nommés repullulation, sont, en réalité, des cas d'enlèvement incomplet. Mais il ajoute qu'il est généralement accepté que la repullulation peut se produire après un enlèvement complet.

Age. — Pour le Dr Thomas Guthrie, le facteur le plus important est probablement l'âge de l'enfant et on doit admettre que chez les enfants de moins de 4 ans, il existe une chance sérieuse pour la repullulation. Après l'âge de 7 ans, elle sera pratiquement nulle, en admettant que l'opération soit complète.

En dehors de l'influence de l'âge, il est certain que la repullulation est très favorisée par une attaque de l'une des fièvres spécifiques, spécialement la rougeole et la coqueluche se produisant peu de temps après l'opération.

Enfin, la repullulation serait probablement favorisée par la présence d'une obstruction nasale antérieure, qui n'a pas été traitée, principalement l'hypertrophie des cornets inférieurs.

Toutes ces conditions ont ce trait commun qu'elles tendent à exciter ou à maintenir un état de catarrhe postérieur nasal chronique, qui devrait, à chaque apparition, recevoir un traitement approprié pour que les risques de repullulation soient réduits au minimum.

En conclusion, on peut remarquer qu'une véritable repullulation est un accident assez rare, même chez les jeunes enfants et qu la crainte qu'elle se produise ne pourrait constituer un argument contre l'opération.

En somme, le Dr Guthrie pense, comme moi, que le catarrhe nasal postérieur est l'ennemi et que c'est lui qu'on doit combattre pour empêcher la récurrence des végétations.

Quant à l'influence de l'âge, nous différons d'avis.

SYPHILIGRAPHIE

Quinze mois de pratique du 606 à la clinique vénéréologique de l'Antiquaille de Lyon, par le Pr J. NICOLAS et M. le D H. MORTOT, dans Annales des maladies vénériennes, janvier 1912.

Nous nous permettons d'apporter très succinctement devant vous les résultats de notre pratique du 606 pendant quinze mois, à la

clinique vénéréologique de l'Antiquaille. Notre statistique comprend, à l'heure actuelle, plus de 800 injections, dont plus de 750 intraveineuses, chez 350 malades environ. Dans un travail récent, nous avons fait l'étude détaillée de nos 450 premières injections.

TECHNIQUE. — Les *injections intramusculaires* et sous-cutanées sont à *rejeter* (enkystement, nécroses, abcès, douleurs, lenteur d'absorption) sauf indications particulières.

L'*injection intraveineuse*, d'une technique de préparation et d'injection très simple, est le *procédé de choix*. Elle doit être préparée avec une *alcalinisation suffisante*, supérieure à celle strictement nécessaire pour obtenir la précipitation et la redissolution du précipité. Le *titre de la solution chlorurée*, abaissé à 5, 6 p. 1000, l'usage d'une eau fraîchement distillée et stérilisée, la suppression du chlorure, ne suppriment pas les réactions consécutives aux injections, celles-ci sont dues au 606 lui-même (expériences de contrôle). La *dilution* doit être suffisante, 30 à 50 centimètres cubes par 10 centigrammes ; 200 centimètres cubes suffisent pour 60 centigrammes. L'*instrumentation* est simple : un bock à sérum, ou une seringue de 200 centimètres cubes. L'injection doit être faite *lentement*.

II. RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES. — A. Action curative.

En dehors de la syphilis, nous n'avons eu aucune guérison ou amélioration des épithéliomas, même de ceux de la cavité bucco-pharyngée, aucune guérison complète de psoriasis. Sans parler encore de guérison définitive, nous avons vu nettement s'affaïsser des placards de *mycosis fongoïde*, régresser un *pityriasis rubra pilaris*, se désinfiltrer des lésions à type clinique et histologique du *lupus excedens*, avec Wassermann négatif.

L'*arséno-benzol* a une valeur curative indéniable sur tous les accidents syphilitiques en évolution (primaires, secondaires, tertiaires, état général). Les cas de syphilis certaine où il échoue restent très rares. Son action est énergique, rapide, surtout résolutive et cicatrisante. Cependant, elle est loin de s'exercer avec la même rapidité et efficacité sur tous les accidents : les accidents ulcéreux, gommeux semblent les plus influencés, les accidents secs, papuleux, psoriasiformes sont les plus longs à disparaître.

Jusqu'ici, dans les cas que nous avons eu l'occasion de traiter, l'action nous a paru à peu près nulle sur le tabes, la paralysie générale, la syphilis pigmentaire ; peu marquée sur les leucoplasies vraies (à différencier des glossites sléreuses).

D'une façon générale, l'*arséno-benzol* a une *action curative* d'une rapidité et d'une efficacité *plus grandes que celle du mercure seul* ou associé à l'iodure. Il agit dans des cas où le mercure a échoué.

B. Action préventive.

Le traitement peut être fait avant ou après l'apparition des manifestations secondaires : c'est la discussion de l'avortement de la syphilis, ou des récidives.

1° *Traitement abortif de la syphilis par le 606.* Nous avons injecté environ quarante individus porteurs de chancres, âgés de 5 à 30 jours, quelques-uns déjà depuis un an. Nous n'avons encore revu aucun d'eux avec des symptômes de généralisation. Tout en faisant des réserves pour la possibilité de la stérilisation de la syphilis, ainsi traitée *ab ovo*, et tout en conseillant de la tenter, nous sommes trop prudents et trop instruits des manifestations à échéance tardive pour apporter encore des conclusions définitives à cet égard ;

2° *Récidives.* L'arséno-benzol injecté après l'explosion des manifestations secondaires, dans les périodes jeunes de la syphilis, n'a pas grande valeur préventive contre de nouveaux accidents. Les récidives sont des plus fréquentes, même après des séries de trois, quatre injections à 60 centigrammes. Elles sont parfois rapides, souvent aussi avec des accidents profus et généralisés. Les accidents graves ne sont pas toujours évités. Il ne semble *pas y avoir d'arséno-accoutumance*, le 606 est efficace contre ces récidives.

III. ACCIDENTS. INCONVÉNIENTS. — En dehors de toute faute de technique, de préparation ou d'injection, en dehors de toute contre-indication, le 606 *peut être dangereux*. Nous n'avons jamais eu de cas de mort, mais dans deux cas, nous avons eu l'impression de mort imminente. *L'injection est en général suivie d'une réaction plus ou moins forte* qui tient au 606 lui-même, car dans des injections comparatives faites avec le même sérum physiologique, mais avec d'autres médicaments, nous ne l'avons pas vue. Nous avons observé, comme accidents passagers, des frissons, vomissements, céphalée, douleurs abdominales, thoraciques, épigastriques, fièvre, inappétence, diarrhée, rétention d'urine, éruptions cutanées, érythèmes scarlatinoïdes, rubéoliques, polymorphes, érythématopapuleux, noueux, vésiculeux, purpura miliaire, éruptions muqueuses, herpès, hydroa de Quinquand.

Nous avons vu le 606 donner des *albuminuries* passagères ou *persistantes*, donner un état pseudo-urémique dans des cas d'albuminurie préexistante. Nous avons noté un cas de *névrite optique* unilatérale.

A la suite des injections de 606, dans nombre de cas, il persiste une *pigmentation* marquée comme reliquat des éruptions.

Peut-on éviter complètement tous les accidents ? Non, semble-t-il, en l'état actuel d'utilisation du 606. Il est des accidents et des réactions qui tiennent au médicament lui-même et que ni la technique la plus correcte, ni le mode de préparation, ni l'emploi de

solutions chlorurées faibles (5,6 %), ou pas du tout, préparées avec une eau fraîchement distillée et stérilisée, ne peuvent supprimer. Toutefois, ces qualités du véhicule, une alcalinisation et une dilution suffisante, une injection très lente, chez des malades à jeun, couchés et maintenus au lit vingt-quatre heures au moins (l'injection de 606 ne doit pas être ambulante), le respect de toute contre-indication formelle, paraissent les précautions les plus propres à diminuer les réactions fortes et à prévenir les accidents.

IV. CONTRE-INDICATIONS. — Ce sont : l'âge avancé, les troubles nerveux graves, les symptômes bulbaires, les troubles circulatoires, le diabète, la néphrite, la tuberculose, les cachexies non syphilitiques. Elles ne sont *souvent que relatives*, et en cas d'indication formelle du 606, à doses prudentes l'arséno-benzol peut être injecté. L'albuminurie n'est pas une contre-indication absolue, le 606 est moins toxique pour le rein que le mercure. Les *accidents laryngés* demandent une *première dose prudente*. Les troubles oculaires, même la névrite optique, ne sont plus considérés par de très nombreux auteurs et ophtalmologistes comme des contre-indications constantes.

V. INDICATIONS. — En raison de la possibilité d'accidents graves, de la valeur préventive, qui ne semble pas très grande, le 606 nous paraît devoir être réservé à certaines indications qui, à l'heure actuelle, restent pour nous :

1 Les *tentatives de stérilisation de la syphilis, traitée dès le début du chancre*, avant l'apparition des accidents secondaires. C'est là un point très intéressant. Sans pouvoir apporter aucune affirmation pour l'avenir, il est certain que les injections de 606, suivies d'un traitement mercuriel méthodique, ont supprimé d'une façon constante dans nos cas les accidents secondaires ;

2 Les cas où le *mercure seul*, ou combiné à l'iode, a *échoué* (traitement suffisamment intense, bonnes préparations à hautes doses). Les *accidents muqueux persistants et récidivants de la gorge*. Les syphilides acnéiques, lichénoïdes, retirent le meilleur bénéfice du 606 ;

3° Les cas où le *mercure est mal toléré* (gingivites, albuminurie, hydrargyrie) ;

4 Les cas où il y a *nécessité d'agir vite et fort* par suite d'*accidents graves* : manifestations malignes de la syphilis, syphilis mutilantes, phagédéniques, ulcéreuses, secondaires, malignes précoces, malignes tertiaires ; par suite de *conditions prophylactiques* à remplir, syphilis des gens mariés, prostituées, verriers, etc. Le 606 est certainement le médicament qui blanchit le plus vite en général les syphilitiques.

VI. DOSES ET DIRECTION DU TRAITEMENT. — Les *doses faibles*, même répétées à peu d'intervalle, sont à rejeter. On perd avec

elles le bénéfice de l'action curative du 606. Les doses de 20 et 30 centigrammes sont insuffisantes, 40 centigrammes, et surtout 50 et 60 centigrammes doivent être injectées pour obtenir de bons résultats. Evidemment, la première injection, pour tâter la susceptibilité du sujet, et les injections faites à la limite des contre-indications seront plus prudentes (20, 30 ou 35 centig.).

Dans les tentatives d'avortement, par un traitement du chancre avant l'explosion des manifestations secondaires, nous conseillons les injections à haute dose peu espacées, en série de quatre, à 30 ou 40 centigrammes pour la première, 50 et 60 centigrammes pour les suivantes, respectivement à six ou dix, et quinze jours d'intervalle.

Dans les syphilis jeunes avec accidents en évolution, de même que pour les accidents tertiaires, nous ne voyons plus l'indication d'injections en série : une ou deux à haute dose suffisent (50 et 60 centig.) à amener la guérison de ces accidents. Des injections complémentaires ne nous ont pas fait parachever la cure de stérilisation et prévenir de nouveaux accidents.

En aucun cas nous ne nous croirions autorisés à dire que la syphilis chez les malades ainsi traités par le 606 est définitivement guérie. Suivant l'état, l'âge de la syphilis, les conséquences prophylactiques et thérapeutiques restent entières. Il est prématuré de vouloir repeter le mercure dans l'arrière-plan au profit d'un traitement exclusif, méthodique, par l'arséno-benzol en injections de plus en plus espacées ; le 606 paraît exercer surtout une action curative, résolutive et cicatrisante. Sa valeur préventive semble faible. Il n'est pas toujours sans dangers immédiats, l'action tardive qu'il peut exercer par des injections répétées sur le système circulatoire, le foie, les reins, les centres nerveux est encore inconnue. D'autre part, bien qu'à l'heure actuelle nos recherches sérologiques soient encore en petit nombre, il ne nous paraît pas possible de se baser exclusivement sur les résultats de la réaction de Wassermann pour l'indication d'un traitement.

Aussi croyons-nous que dans les conditions actuelles de technique et de posologie, le 606 ne peut ni exclure le mercure de la thérapeutique antisiphilitique, ni le remplacer. La valeur curative du 606 en fait un excellent médicament d'attaque indiscutablement le plus actif d'une façon générale, mais rapidement à sa suite, le mercure seul, ou associé à l'iode, reprend tous ses droits comme traitement méthodique de fond, qui doit toujours être institué, si l'abortion de l'infection par le 606 a échoué.

THERAPEUTIQUE

Traitement du coup de chaleur, dans *Journal de Méd. et de Chir. pratique*, 10 mai 1912.

M. le Dr Chastang, médecin en chef de la marine, fait remarquer dans un article du *Caducée* (n° 6) que le traitement habituellement préconisé contre le coup de chaleur et consistant surtout dans les bains froids et les frictions à la glace ne donne que de très médiocres résultats. Ayant eu à traiter au cours de sa carrière de nombreux coups de chaleur, et notamment ceux qu'on observe sur les navires dans certaines latitudes et qui frappent aussi bien les chauffeurs devant leurs feux que les hommes ou les officiers sur le pont, ou dans leurs chambres à air confiné, il estime qu'une seule médication a une efficacité réelle, c'est la médication stimulante extérieure, aussi énergique, voire même aussi violente que possible. C'est que les malades, dans le coup de chaleur, meurent par insuffisance cardiaque et par arrêt de la respiration. Il semble que les centres bulbaires sont inhibés ; le cœur s'endort, le poumon oublie de respirer. C'est donc à réveiller les centres respiratoire et circulatoire de leur torpeur qui doivent tendre tous nos efforts.

Pour répondre à cette indication de stimulation, M. Chastang traite systématiquement tous les coups de chaleur par la balnéation très chaude et la stimulation externe. C'est ainsi que lorsqu'on lui amène un homme qui vient de tomber et reste sans connaissance, il le plonge pendant cinq ou dix minutes dans un bain à 38c qu'il élève progressivement, si c'est nécessaire, à 40c ou 42c il fait en même temps des affusions froides sur la tête et des frictions ou flagellations énergiques sur la région précordiale. La température élevée du bain réveille immédiatement les réflexes, et en particulier le réflexe respiratoire ; le malade, au moment où on le plonge, fait une profonde inspiration, et peu à peu sa respiration s'accélère et se régularise ; en même temps sa peau rougit. Le bain chaud, on le sait, a la propriété d'augmenter la perspiration pulmonaire et d'appeler à la périphérie le sang qui encombre les capillaires des centres nerveux et ceux des différents organes ; de ce fait, la température centrale s'abaisse.

Lorsque le malade est revenu un peu à lui et que sa respiration

a commencé à se régulariser, on le sort du bain et l'étend tout nu sur son lit. Il est bien rare, qu'à ce moment-là, il ne se mette pas à transpirer abondamment. C'est alors qu'il faut le faire éventer par des aides. S'il a recouvré connaissance, il accuse un certain bien-être ; souvent, il ne tarde pas à s'endormir d'un sommeil calme et paisible, mais qu'il faut surveiller, prêt, si le pouls et la respiration redeviennent irréguliers, à reprendre le traitement.

À différentes reprises, M. Chastang a appliqué ce traitement de la balnéation très chaude et a soigné ainsi une vingtaine de cas peut-être de coups de chaleur graves. Chez tous, le danger a été écarté en un temps très court, et, détail qui a son importance, aucun d'eux n'a présenté ni rechute, ni congestion pulmonaire consécutive. Il n'a jamais eu recours à d'autres moyens, sauf à des injections d'éther ou de caféine, stimulants qui peuvent avoir leur utilité mais surtout pour entretenir ce qu'on a pu obtenir avec la stimulation externe plus énergique et plus immédiatement active.

Traitement d'un cas de hoquet rebelle, dans *Presse Médicale*. 2 décembre 1911.

Un commerçant qui, quelques jours auparavant, avait présenté un embarras gastro-intestinal aigu avec diarrhée profuse, fut pris de convulsions cloniques du diaphragme avec secousses survenant toutes les trois à cinq secondes, persistant jour et nuit, et rendant toute alimentation impossible. Tous les traitements habituels ayant échoué, on envoya le malade à l'hôpital.

JONICKE (de Stettin) vit alors un jeune homme très pâle, à la fièvre anxieuse, incapable de prononcer deux mots sans avoir des crises convulsives douloureuses. Des enveloppements chauds du corps, et même la morphine, n'amenèrent aucun résultat. L'auteur allait se résoudre à employer l'anesthésie, quand il pensa que peut-être les crampes cesseraient mécaniquement par compression du diaphragme. Il fit alors fléchir, aux maximum, les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le ventre, et exerça sur l'abdomen une certaine pression pendant quelque temps, de sorte que les viscères étaient comprimés en haut contre le diaphragme. Au bout de

quelques minutes, le hoquet diminua d'intensité et disparut complètement en dix ou quinze minutes. Les convulsions reparurent au bout de deux heures et demie, à la suite d'une absorption de lait, mais disparurent pour toujours à la suite du même traitement.

Kanngiesser avait également rapporté un cas de hoquet rebelle, qui fut momentanément coupé par la pression exercée sur le diaphragme par CO₂ dégagé dans l'estomac à la suite d'absorption de 5 grammes d'acide citrique et de 5 grammes de bicarbonate de soude.

RADIOTHERAPIE

Traitement radiothérapique des adénopathies tuberculeuses (1), par M. BRUNEAU DE LABORIE, dans *La Clinique infantile*, mars 1912.

En présence des résultats remarquables obtenus dans la cure des adénopathies tuberculeuses par la radiothérapie, il nous a semblé utile d'insister ici sur ce mode de traitement qui offre de multiples avantages sur les procédés chirurgicaux.

Je distinguerai deux cas, suivant que le ganglion est simplement augmenté de volume et riche en tissu lymphoïde ou qu'il a subi une transformation caséuse, qu'il suppure et qu'il est fistulisé.

Lorsqu'il s'agit du premier stade, on peut parfois constater, après une seule application, la disparition complète du ganglion, je l'ai observée chez deux malades. Quelquefois, la première irradiation a, au contraire, pour effet d'augmenter le volume de la glande, qui diminue d'ailleurs bientôt sous l'influence d'une nouvelle dose de rayons X. Dans ces cas simples, il suffit, en moyenne, de six à sept irradiations, pour obtenir un résultat durable.

Lorsque le premier stade est dépassé et que le ganglion a déjà subi un commencement de caséification, l'irradiation a souvent pour résultat de provoquer une fonte rapide, le pus se forme et il est préférable de l'évacuer par une simple ponction tout en continuant les applications radiothérapiques.

Le cas devient alors moins favorable et la durée du traitement en est par cela même accrue ; l'expérience établit néanmoins avec certitude qu'il y a encore grand intérêt, aussi bien au point de vue de la rapidité de la guérison que du résultat esthétique, à persister dans l'application de la méthode.

Parmi les cas que j'ai réunis dans ce travail, se trouvent plusieurs malades présentant les signes vérifiés par l'examen radioscopique, de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Tous ont été rapidement améliorés ; la disparition de la toux quinteuse survient en général après la quatrième irradiation.

Voici la technique à laquelle je me suis arrêté :

Les applications ont lieu tous les quinze jours, excepté pour les ganglions trachéo-bronchiques que l'on peut irradier tantôt par la face antérieure du thorax, tantôt par sa face postérieure, il est ainsi possible d'agir tous les huit jours.

Lorsque le ganglion est fistulisé, je fais les deux ou trois premières applications sans interposition de filtre. Dans les autres cas, je filtre les rayons au moyen d'une lame d'aluminium de 5/10 de millimètre d'épaisseur.

La quantité, mesurée à l'aide d'une pastille de Sabouraud, doit atteindre au moins 4 unités H mais reste inférieure à 5. Lorsque, à la suite de plusieurs applications consécutives, la peau de la région présente un légère rougeur, j'interromps le traitement pendant un mois. Grâce à ces précautions, je n'ai jamais eu à constater la moindre radiodermite.

Un localiseur en verre ou plomb me permet de préserver l'épiderme voisin, mais il est nécessaire d'employer une ouverture plus grande que la dimension apparente du ganglion, afin d'être sûr d'agir sur la totalité de la glande.

Un certain nombre de malades dont je vais donner l'observation succincte ont été traités il y a plus d'un an ; ce sont, pour la plupart, des malades de dispensaire que je continue à suivre et je n'ai encore constaté aucune récidive au niveau du point traité.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique usuelle du praticien, traitement de la tuberculose,
par ALBERT ROBIN, professeur de clinique thérapeutique à
la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de
Médecine. 3e série. 1 vol. in-8° de 650 pages. — Paris,
VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.
Prix 8 francs.

La troisième série des Cliniques Thérapeutiques de M. le Professeur Albert Robin est consacrée exclusivement à la belle suite de leçons qu'il a faites, en 1912, à l'hôpital Beaujon, sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. On peut affirmer que ce volume est certainement le plus remarquable de ceux qui sont sortis de la plume de l'éminent professeur de clinique de la Faculté de Médecine. Son importance, en effet, est très grande en raison de la gravité exceptionnelle tant au point de vue individuel qu'au point de vue social de la tuberculose. Cette affection n'est pas seulement sérieuse, elle est en même temps d'une durée extrême dans son évolution et le rôle du médecin devant les tuberculeux est peut-être l'un des plus difficiles de sa carrière. Le traitement d'une maladie aussi grave demande donc à être envisagé de la façon la plus détaillée et la plus précise si l'on veut être à même de rendre aux malades tous les services qu'ils sont en droit d'attendre de la thérapeutique.

D'autre part, la tuberculose est une maladie contagieuse, éminemment transmissible et son importance sociale tend à prendre chez nous une place malheureusement des plus considérables, en raison du développement néfaste de l'alcoolisme qui, comme une grosse tache noire envahit peu à peu, sur la carte, tous les départements de toute la France. Pour toutes ces causes, l'étude du traitement du tuberculeux représentait une tâche très lourde pour le professeur de clinique thérapeutique ; il faut reconnaître que M. Albert Robin s'est tiré en maître de la grosse difficulté qu'il avait à surmonter, et qu'il a su traiter son sujet de la manière la plus magistrale, en même temps que la plus utile, pour les médecins qui voudront profiter de son enseignement.

Dans le courant des précédentes années, M. Albert Robin a déjà abordé ce sujet, mais jamais il ne l'avait fait avec autant de maîtrise, et on peut dire que ses dernières leçons ont atteint à la

limite de la perfection au point de vue pédagogique. La division du sujet est parfaitement ordonnée, et l'on peut dire qu'aucun détail n'a été omis. Grâce à ces qualités, les nombreux chapitres de l'ouvrage forment certainement un guide des plus sûrs, pour le médecin qui voudra organiser d'une manière rationnelle le traitement de ses malades et parer à toutes les éventualités pathologiques qui peuvent se présenter au cours de la longue évolution de la tuberculose.

L'ouvrage est divisé en 6 parties dont nous allons donner rapidement un résumé aussi complet que possible.

1^{re} PARTIE. *La traitement de la phthisie pulmonaire.* — Le tuberculeux consomme énergiquement ses propres tissus et s'appauvrit régulièrement. Le premier soin du médecin doit donc être de faire de la médication d'épargne et de reminéralisation. Ces soins généraux étant fixés, il s'agit d'agir sur la lésion elle-même et, dans un chapitre important, M. Albert Robin décrit la médication antiseptique directe et indirecte. Il passe ensuite aux médications locales et à la révulsion, pour aborder un point de grande actualité, nous voulons parler de l'emploi des tuberculines et des sérums anti-toxiques. Cette troisième partie est de beaucoup la plus importante de l'ouvrage, puisqu'elle résume toute la thérapeutique de la phthisie. Les 7 chapitres qui donnent le détail des médications que nous venons de citer s'adressent surtout à des méthodes générales de traitement. Dans les chapitres qui suivent et qui sont au nombre de 9, l'auteur aborde le côté le plus délicat, celui qui a certainement le plus d'importance pour le médecin, car c'est celui où le formulaire devra intervenir avec les plus grands détails. Voici les titres des chapitres :

Le Mode d'association pratique des 5 médications fondamentales ; — Ordonnance type du phthisique et traitements divers ; — Traitement des phthisies aiguës ; — Traitement des symptômes des accidents évolutifs et des complications ; (la dyspnée, la toux, les hémoptysies, douleurs, poussées congestives, pleurésies, pneumo-thorax, appareils digestif, circulatoire et rénal ; fièvre et sueurs). Dans tous ces chapitres, l'auteur fournit les renseignements pratiques les plus complets et les plus précis au point de vue *ordonnance* et nous ne croyons pas que jamais un ensemble thérapeutique aussi complet ait été fourni au praticien.

Dans les quatre derniers chapitres de cette partie principale de l'ouvrage, M. Albert Robin a étudié successivement l'*hydrothérapie*, les *cures hydro-minérales*, la *climatothérapie en général*, et enfin le *climat marin*. Ces études sont très condensées assurément, mais l'auteur, qui traite un sujet qui lui est particulièrement familier, a su fournir des indications tellement précises et tellement parfaites que, malgré leur peu d'ampleur, toutes les considérations dans lesquelles il est entré suffisent parfaitement pour permettre au praticien de diriger ses malades vers les différentes stations qui peuvent leur rendre service.

4^e PARTIE. *Traitement de la tuberculose suivant les âges et les états morbides associés*. — Le traitement de la tuberculose varie suivant l'âge du sujet et suivant le sexe ou l'état physiologique spécial du malade. En outre, le tuberculeux guéri doit forcément se soumettre à un régime et à une surveillance particulière.

Tous ces détails ont été minutieusement réglés par M. Albert Robin. Il en est de même pour tout ce qui concerne le traitement de la tuberculose associée à d'autres états morbides : l'arthritisme, le diabète, la syphilis, etc. . .

5^e PARTIE. *Traitement des localisations extra pulmonaires de la tuberculose*. — Dans les 7 chapitres de cette partie qui, elle aussi, présente une importance très considérable, l'auteur envisage les tuberculoses localisées dans les différents organes, estomac, intestins, glandes annexes, péritoine, reins, voies aériennes, adénites, os, etc., etc.

6^e PARTIE. *La défense sociale contre la tuberculose*. — Enfin, dans cette dernière partie, M. Albert Robin démontre la nécessité pour le praticien de connaître le programme actuel de la défense intensive tuberculeuse, qu'il s'agisse du milieu individuel ou du milieu collectif. Il ne suffit pas, en effet, de défendre l'individu contre une affection aussi grave, il faut aussi que le médecin envisage la possibilité de préserver la Société contre les dangers présentés par les sujets tuberculeux. Il faut que le médecin soit capable, dans les conseils d'hygiène où il est appelé à siéger, de donner les indications précises sur les mesures propres à enrayer un véritable fléau. Toutes ces considérations sont développées largement et de manière à mettre le praticien à même de jouer honorablement son rôle de conseiller hygiénique.

En résumé, comme on peut le voir en parcourant cette esquisse rapide de toute la trame de ce beau volume, le problème de la tuberculose, malgré sa complication extrême, a été envisagé de la façon la plus complète par un auteur qui, depuis de longues années, s'est attaché à l'étude de cette maladie, et quoique l'ouvrage ne comporte que 600 pages, on peut dire que rien n'a été oublié, et que tout a été prévu.

Enfin, l'auteur fait profiter le médecin de sa longue expérience thérapeutique et fournit une quantité de formules très considérable et des conseils pratiques de la plus haute valeur, de sorte que quiconque voudra faire profiter ses malades de tous les progrès acquis dans ces derniers temps, sera sûr de trouver dans cette troisième série de la *thérapeutique usuelle du praticien* des conseils extrêmement nets et capables de faciliter à l'extrême la lourde tâche qui lui incombe le jour où il est obligé de soigner un tuberculeux.

Hydrologie élémentaire à l'usage des praticiens, par Allyre CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
— VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-16 cartonné avec 24 figures, 4 fr.

Le Médecin qui se propose d'avoir recours aux ressources de la Thérapeutique hydrominérale doit connaître, au moins succinctement, la matière médicale et la pharmacologie des eaux qu'il conseillera. Il lui faut donc acquérir des notions d'hydrologie, science complexe dont les progrès sont incessants et les applications désormais raisonnées et non plus empiriques. Qu'il nous suffise de rappeler à ce propos les acquisitions nouvelles relatives à l'ionisation, à la radioactivité et aux colloïdes. Dans ce volume qui résume l'enseignement fait par l'auteur depuis deux ans à la Faculté de Paris, celui-ci s'est efforcé d'exposer de façon élémentaire et cependant complète, les récentes acquisitions scientifiques et leur application à l'Hydrologie. Tout d'abord par quelques notions de géologie il montre la superposition, la structure du terrain, leur degré de perméabilité, explique ainsi la circulation des eaux dans le sol et le sous-sol. Ceci le conduit à exposer la théorie du Professeur Armand Gautier sur l'origine et la diagnose des eaux

minérales. Ces eaux il nous les fait suivre dans leur répartition géographique, nous convainquant de l'immense richesse, de l'incontestable supériorité de notre pays. Puis il passe en revue leurs propriétés physiques et chimiques, nous montre les importantes découvertes récentes faites en cette matière, nous indiquant les méthodes qui nous permettront de déceler nous-même la fluorescence, l'indice de réfraction, l'onctuosité, la thermalité. Outillage et manipulations sont clairement décrits, de façon que tout médecin pourra identifier une eau. Également la pression osmotique, la tonométrie, la cryoscopie, l'ionisation, la conductibilité et la résistivité électrique, autres moyens d'identification sont pratiquement exposés.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude des gaz des eaux et à la Radioactivité où sont passés en revue les beaux travaux de Moureu et de Curie.

Enfin la Composition chimique des diverses eaux établie, l'auteur les classe en un tableau et conclut par des considérations générales sur les cures hydrominérales. Grâce à ce petit ouvrage, véritable Memorandum du Praticien, écrit pour lui dans une langue claire, celui-ci aura, le temps venu d'envoyer ses malades aux eaux, sous la main, sur son bureau, tous les éléments pour faire une thérapeutique éclairée, utile et bienfaisante pour tous.

Le numéro du 1er juin 1912 de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré aux **Maladies du Foie, du Pancréas, de la Rate**. En voici le sommaire :

Les maladies du Foie, du Pancréas, de la Rate en 1912, par le Dr Paul CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé, par le Dr GUILLAIN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Traitement des coliques hépatiques, par le Dr LEREBOLLET, médecin des hôpitaux de Paris. — Les syndromes pancréatiques, par le Dr Jean-Charles Roux. — Les kystes du pancréas, par le Dr Paul MATHIEU. — La tuberculose de la rate, par le Dr P.-Émile WEIL. — Indications de la splénectomie, par le Dr CLERC. — ACTUALITES MEDICALES. —

SOCIÉTÉS SAVANTES. — Mariage et certificats médicaux, par le Dr DOPTER. — *Curiosités*. — *Chronique médico-artistique*. — *Variétés*. — *Techniques*. — *La médecine humoristique*. — *La médecine dans l'art*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse française et étrangère*. — *Cours*. — *Memento*. — *Thèses*, etc.

(Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 80 en timbres-poste de tous pays).

La thérapeutique du paludisme chronique, par le Dr M.-A. LE GRAND, Médecin principal de la Marine, en retraite, Lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Institut. Prix : 1 fr. MALOINE, éditeur, 25, Rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Dans ce travail très étudié, l'auteur passe en revue toute la thérapeutique du paludisme chronique et montre qu'aujourd'hui la science médicale obtient la guérison de cette terrible affection contre laquelle on a été si longtemps désarmé. Conçu dans un esprit pratique et documenté, cet ouvrage sera lu avec profit par tous ceux qui s'intéressent ou qui ont des intérêts aux questions coloniales et à l'étranger.

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro : 1 fr. Abonnement 20 fr. avec prime de remboursement (Étranger : 2 fr.) ou 12 fr. sans prime (Étranger : 15 fr.), A. ROZAUD, Editeur, 41, rue des Écoles, Paris.

Sommaire du No de mai 1912 :

Le Poète de l'Opium : Charles Baudelaire (7 illustr.), par le Dr Roger DUPONT. — Etude de l'œuvre morbide et vécue du poète où l'on voit toute sa sincérité douloureuse.

De quelques drogues d'origine animale, par le sieur POMET, marchand épiciier et droguiste (5 illustr.). — Le castor, l'élan, remède contre l'hystérie, l'épilepsie ; le chamcau et le sel ammoniac ; la rapure d'ivoire en tisane ; la griffe et le sang de rhinocéros contre les maladies contagieuses, etc.

Nouveautés métapsychiques (7 illustr.), par le Dr GELEY. — Commentaire des acquisitions récentes du métapsychisme.

Le Musée de la Vaccine de Plessis-les-Tours (7 illustr.), par le Dr CHAUMIER. — Reproductions multiples de la belle collection du Dr Chaumier.

Comment se fixent les vers parasites à la paroi de l'intestin (7 illustr.), par le Dr Ch. GARIN. — Les vers intestinaux ne vivent pas en liberté dans l'intestin mais se fixent à la paroi : c'est ce que montrent les belles illustrations de cet article.

Le Jubilé scientifique du Professeur Grasset (4 illustr.).

Le Musée médico-historique de l'Université de Lyon (7 illustr.), par le Dr MOLLIÈRE. — Où l'on voit la belle initiative du Professeur Lacassagne mise en pleine lumière.

L'enfance et la jeunesse de Laennec (4 illustr.), par le Dr H. BOUQUET. — L'existence douloureuse et ballottée du pauvre enfant de Quimper, ses ambitions, son impécuniosité, etc.

Paysages et Cités d'Orient. Le Bazar des Drogues ; une Mosquée pour Aveugles (5 illustr.), par le Dr LIBERT.

SUPPLÉMENT — (9 illustr.). — *Un amour morbide de Baudelaire.* — *Les ordures de Paris.* — *Une lettre de l'homme à trois jambes.* — *Science française et science allemande.* — *Mœurs médicales de l'Inde.* — *Hara-Kiri.* — *L'enfant mythomane.* — *L'amour conjugal et l'amour de la progéniture chez les oiseaux.* — *Védérines confrencier.* — *Les monuments funéraires et l'embauvement chez les anciens Egyptiens et les Carpathiens.*

UN DIPLOME HONORAIRE

Au dix-huitième anniversaire de l'Université de Wesleyan à Middleton, Conn., le 19 juin dernier, on a conféré le diplôme de Docteur en droit au Dr Amos J. Givens, propriétaire du Sanatorium Givens pour le traitement des maladies nerveuses, à Stamford, Ontario.

SUPPLEMENT

Sous le nom de "*Medical Surgical Supply Co.*" M. Oswald Mewatt a ouvert une maison de commerce.

Vice-président de la Cie Chapman-Dart, ancien chef de département chez Lyman limitée, où il a pratiquement augmenté les affaires du double, il a l'intention de fournir les médecins et chirurgiens de tout ce dont ils auront besoin.

M. Mewatt est l'agent attitré de maisons importantes pour tout ce qui concerne le matériel d'hôpital, caoutchouc, etc. . .

Les médecins et les chirurgiens y seront servis avec soin et célérité. Cette maison nouvelle sera *up to date*.

La marque de commerce de cette maison sera bientôt synonyme de bonne qualité.

Plusieurs formules excellentes ont subi avec succès l'épreuve de l'expérience et les médecins peuvent compter que cette nouvelle Compagnie ne vendra que des produits uniformes et recommandables.

L'Union Médicale du Canada adresse à cette nouvelle Maison ses vœux de succès.

PITUITRIN DANS LES CAS DE DYSTOCIE

On parle beaucoup, en ce moment, en Allemagne et ailleurs de la pituitine comme un excitant de l'utérus dans les cas de dystocie. Depuis deux ou trois ans on l'employait comme hémostatique ou comme stimulant cardiaque. Aujourd'hui, on l'emploie surtout comme un stimulant des fonctions utérines.

Pituitrin est un extrait de la glande pituitaire, qui est un tonique cardio-vasculaire puissant.

Voici, en résumé, ce que dit le Dr E. Vogt, de la Clinique Royale de Dresden, sur ce point.

" Nous avons observé son action utérine dans plus de 100 cas, dans la phase qui suit la rupture des membranes. Les contractions utérines sont plus fortes, et plus rapprochées, mais les douleurs ne sont pas plus vives.

Dans les bassins rétrécis — 40 à 50% des cas à Dresden — nous n'avons employé le forceps dans aucun des cas où nous avons prescrit le *Pituitrin*. C'est un stimulant utérin idéal". Le *Pituitrin* est fabriqué par Parke-Davis & Cie, à qui on peut s'adresser pour recevoir un opuscule qui contient tous les renseignements nécessaires.
