

# MONTREAL-MEDICAL

---

VOL. IV

15 OCTOBRE 1904

No 8

---

## LES TENDANCES DE LA GYNECOLOGIE MODERNE.

PAR M. LE DOCTEUR DE LOTBINIÈRE HARWOOD.

*Professeur à l'Université Laval, Gynécologue en chef à l'Hôpital Notre-Dame, Président de la Section de Gynécologie.*  
Messieurs,

Mon premier et très agréable devoir, en ma qualité de Président de la Section de Gynécologie du second Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, est de vous souhaiter à tous, chers collègues, la plus cordiale bienvenue.

Je n'ai pas besoin de vous dire combien nous sommes heureux de votre empressement à répondre à notre appel.

Un plus bel exemple ne pouvait être donné, de votre dévouement à la science gynécologique et de ce généreux esprit de confraternité, en vous unissant ainsi dans un commun labeur pour le bien-être de l'humanité.

Vous avez compris, Messieurs, toute l'importance d'un congrès comme celui que nous inaugurons aujourd'hui; de ce noble groupement d'intelligences et de cœurs voués à une même œuvre; et pour le réaliser vous êtes venus de partout, aux prix de sacrifices très grands, nous apporter le concours précieux de vos travaux, de vos recherches scientifiques, de votre expérience.

Aussi, est-ce avec hâte que j'attends les intéressantes discussions dans cette importante section de notre congrès.

La courtoisie et le respect de l'opinion d'autrui siéent trop

bien à vos tempéraments français, pour qu'ils ne soient la note dominante et constante des discussions, même vives, qu'il nous sera donné d'entendre.

Messieurs, je ne remettrai pas d'un instant de plus l'immense plaisir que j'éprouve à vous signaler la présence au milieu de nous du délégué de la France, M. Samuel Pozzi, professeur de gynécologie à la Faculté de Paris.

M. Pozzi appartient à cette classe d'hommes dont l'éloge, où ils se trouvent, n'est jamais à faire. Devant une assemblée de gynécologues de langue française, prononcer le nom Samuel Pozzi suffit.

Régénérateur de l'étude de la gynécologie en France, par ses magistrales leçons et brillantes cliniques, son admirable "Traité de Gynécologie," le plus parfait qui existe, ses savantes études dans la "Revue de Gynécologie" qu'il a fondée et qu'il dirige, plus que personne, M. Pozzi a contribué à l'avancement de cette importante partie de la science médicale.

Le savant et habile chirurgien, de même que ses œuvres, vous sont du reste trop bien connus pour qu'il me soit nécessaire d'y ajouter de longs développements.

Tous, vous avez pour le grand maître trop de reconnaissance et d'admiration pour accepter que j'entreprenne avec mes faibles moyens de me faire l'interprète de vos sentiments.

Aussi, je me tairai après avoir demandé à notre illustre hôte de vouloir bien agréer, de la part de tous les gynécologues de langue française d'Amérique, l'expression de leur haute appréciation de sa présence ici et de leur gratitude pour lui et la France médicale qu'il représente et personnifie si dignement parmi nous.

Permettez moi Messieurs, de céder à un sentiment personnel de bien légitime reconnaissance et de renouveler publiquement, ici, mes remerciements à M. Pozzi pour la bonté avec laquelle il m'accueillit dans son service à Broca, où il me fut donné de suivre ses savantes et admirables leçons.

A ces sentiments de gratitude il m'est agréable d'associer les noms des sympathiques Docteurs Jayle et Casenave.

Et ce dévouement, cette bonté, Messieurs, elle s'est prodiguée toujours aux médecins du Canada français, qui sont allés à Paris s'inspirer de votre science. Vous continuez glorieuse-

ment, Monsieur, les traditions de cette grande et glorieuse école française, de la France elle-même, qui, toujours, donne au monde, sans compter, pour les nobles causes et le sang de ses fils et les œuvres si fécondes de leur incomparable génie.

En mon nom Monsieur, au nom des médecins français d'Amérique, je vous offre l'hommage de notre ardente admiration et de notre profonde reconnaissance.

Messieurs, ces paroles de gratitude et de bienvenue au distingué représentant de la France savante et à vous tous, un autre plus autorisé que moi devrait les prononcer. Il n'est plus. Il y a quelques semaines seulement, il était soudainement ravi à notre affection, mais son souvenir est encore vivace dans cette enceinte, et c'est mon triste devoir de rendre à cette heure, au nom de tous, un suprême hommage de respect et d'admiration sincère à la mémoire de Michel-Thomas Brennan.

Brennan, l'excellent ami, le bon camarade, le savant et modeste chirurgien, fut certainement l'une des personnalités les plus distinguées de ce pays.

Né de parents pauvres, laissé orphelin dès le bas âge, d'un tempérament plutôt délicat, le jeune Brennan, servi par un talent réel, sut à force de travail et d'énergie, triompher de tous ces obstacles et prendre place à la tête de sa profession.

Il a été sans contredit le créateur de la spécialité gynécologique parmi nous et, en quelques années, sa supériorité comme chirurgien gynécologue a été acceptée de tous, si bien que personne n'a été plus universellement ni plus avantageusement connu que le regrettié Brennan.

Pour moi, qui eut le privilège d'être son premier interne dans le service de gynécologie que venait de créer pour lui les autorités de l'hôpital Notre-Dame, et qui, plus tard, l'ai encore suivi à titre d'assistant, j'ai été le témoin de son œuvre, et c'est avec autant d'étonnement que d'admiration que je constate l'immense succès réalisé en si peu d'années.

Ils ne sont pas loin encore les jours du début, où j'accompagnais Brennan à son dispensaire, rue Dorchester.

Une, deux, rarement trois femmes, se présentaient à sa consultation. Au moment de sa mort, quelle différence ! C'est à peine si, généreusement secondé par deux assistants, il pouvait répondre aux nombreuses malades venues de partout réclamer

les secours de sa science. Et je puis ajouter que le service de gynécologie laissé par Brennan à l'hôpital Notre-Dame est le plus important du genre dans les hôpitaux catholiques de ce pays.

En plein succès, dans toute la force de la vie et de son immense talent, il est tombé au champ d'honneur, victime de son dévouement à l'œuvre de sa vie, œuvre qui restera pour perpétuer sa mémoire.

Brennan sera toujours l'une des figures les plus pures, les plus sympathiques, les plus brillantes, dans l'histoire de la médecine au Canada.

Il est d'usage en pareille occasion, pour le président, de présenter à ses collègues un exposé concis des progrès réalisés au cours des dernières années dans la spécialité qui fait l'objet de la réunion.

La gynécologie, qui déjà a tant accompli pour le soulagement des misères et des infirmités de la femme, n'a pas ralenti sa marche progressive, et aujourd'hui nous pouvons encore applaudir à de nouvelles conquêtes scientifiques. Non seulement nous avons élargi le cadre des opérations possibles, mais encore, grâce à une connaissance plus parfaite de la pathologie, au perfectionnement de méthodes opératoires, nous avons pu grossir la proportion de nos succès chez des catégories de malades où nos aînés semblaient avoir atteint la mesure du possible.

Chez nous, Messieurs, où les travailleurs ne manquent pourtant pas, nous n'avons pas que je sache à signaler de travaux originaux bien remarquables. Notre mérite semble s'être limité à suivre de près les progrès réalisés par les maîtres des grandes écoles européennes en utilisant ces armes nouvelles et précieuses dans l'exécution de notre tâche, pour le plus grand bénéfice de nos chères malades.

Peu d'opérations pratiquées à l'étranger n'ont pas été heureusement tentées ici, et nos statistiques sont là pour démontrer que l'art difficile de la chirurgie est bien comprise et avantageusement exercée par les gynécologues français d'Amérique.

Mais, Messieurs, si beaucoup a été fait, que de graves problèmes il nous reste à résoudre, et pour ne mentionner que les plus familiers: le cancer utérin, hélas ! si fréquent chez nos compatriotes, malgré nos efforts, malgré les interventions les

plus hardies, habilement exécutées, ne nous enlève-t-il pas encore un nombre trop grand de ses malheureuses victimes qui avaient espéré trouver le salut dans notre art ?

L'infection puerpérale, si énergiquement combattue, par tant de moyens, depuis les applications locales jusqu'à l'extirpation complète des organes pelviens, ne continue-t-elle pas, à juste titre, de tourmenter nos esprits et souvent notre repos ?

Et que dire de ces infirmités multiples, si grosses de conséquences, constituées par les fausses positions de l'utérus et des annexes ? Avons-nous réellement, au nombre des opérations différentes, 87 je crois, proposées jusqu'à ce jour, pour parer à ces méfaits, un moyen vraiment sûr de guérir ces pauvres pelviennes, vouées à une existence pénible et onéreuse ?

Je vous laisse, chers collègues, la réponse à ces questions importantes.

Celui qui trouvera la solution vraie à une de ces énigmes scientifiques aura bien mérité de l'humanité.

Notre tâche n'est donc pas terminée et, à notre ambition, à nos efforts généreux et soutenus, s'offrent encore bien des sujets d'étude.

Me permettez-vous d'aller plus loin et de faire mention de ce que je crois pouvoir appeler "quelques-unes de nos faiblesses" ?

Consumées par le feu sacré pour notre art, entraînés par des succès de plus en plus captivants, ne nous sommes-nous pas un peu illusionnés nous-mêmes ? Avant de dresser nos statistiques, avons-nous suffisamment cherché les effets éloignés et définitifs de nos interventions, et le cri "Victoire !" n'a-t-il pas été lancé alors que le triomphe n'était que bien partiel ?

Que de femmes sorties vivantes, il est vrai, des plus brillantes opérations n'en restent pas moins des "non guéries".

Avec George Engelman, de Boston, je vous dirai : "Let us remember that morbidity differs widely from mortality."

Le moyen de faire mieux se trouve, j'en ai la conviction, dans une étude plus soignée, plus minutieuse de nos malades, en s'attachant davantage, selon la parole du regretté Toussaint Brosseau, à mieux comprendre le langage des symptômes.

Appliquons-nous donc, par tous les moyens mis à notre dis-

position par les maîtres et par les patientes observations de tous les jours, à nous rendre "experts" pour ce temps difficile mais si important de notre tâche: "poser un diagnostic".

Avec un diagnostic plus soigné, plus précis, que d'opérations évitées ou du moins plus restreintes, et c'est un pas, le premier, vers cette autre non moins importante qualité de la chirurgie gynécologique moderne: "le conservatisme". Soyons conservateurs "en chirurgie", c'est-à-dire, soyons aussi modérés que possible dans nos mutilations. Que de gynécologues placent tout leur talent et leur orgueil à sauver plutôt qu'à détruire!

Je suis heureux de constater que cette tendance vers le conservatisme en gynécologie, conservatisme raisonné et éclairé, j'entends, s'accroît de plus en plus et qu'au radicalisme succède cet esprit nouveau, préconisé par M. Pozzi, notre maître à tous, qui impose le devoir sain, à tout chirurgien consciencieux et vraiment habile, de tenter toujours la conservation aux femmes, de leur sexe, avec ses glorieuses possibilités.

Et pour résoudre tous ses embarrassants problèmes, pour réaliser toutes ces ambitions, je suis bien d'avis que tout le talent et tout le dévouement d'un chirurgien ne sont pas de trop. C'est vous dire que je crois à la gynécologie comme spécialité.

Le praticien général pourra bien, je le sais, en maintes circonstances, par un traitement médical, apporter un soulagement marqué à une femme souffrante. Le chirurgien saura faire sauter un kyste de l'ovaire, mener à bonne fin une hystérectomie. Mais, Messieurs, au gynécologue, à celui qui aura poursuivi des études particulières, qui aura travaillé à fond cette intéressante section de la science médicale, restera la tâche de remédier aux infirmités, aux conditions pathologiques complexes si souvent rencontrées chez la femme, cette admirable, mais singulière organisation, l'œuvre par excellence du Dieu créateur.

Et cette opinion, qu'il y a avantage à spécialiser l'étendue et la pratique de la gynécologie, doit être partagée par M. Pozzi, lui qui, quinze années durant, luttait en France pour séparer l'enseignement de la gynécologie de celui de la chirurgie générale et de l'obstétrique avec lesquelles il avait été jusqu'alors confondu.

L'idée du maître triompha. A Paris l'on créa "une chaire de gynécologie" qui fut confiée au professeur Samuel Pozzi, à juste titre reconnu comme le régénérateur de la gynécologie en France. Cette chaire, M. Pozzi l'occupe encore et l'illustre de tout son talent, de toute sa science et de sa haute personnalité.

Chers collègues, c'est avec un sentiment de profonde gratitude et de reconnaissance que je vous remercie du très grand honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à présider la section de gynécologie de ce congrès. Ce grand honneur, que je vous dois, je l'offre à M. Pozzi, mon maître, comme un hommage de la part du plus humble de ses élèves canadiens.

---

### L'ANÉMIE DES CIRRHOTIQUES; ACTION DE L'OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

---

L'examen du sang de trois cirrhotiques observés récemment à la clinique de M. le professeur Spillmann, a permis de constater chez ces malades une anémie notable que rien, en dehors du fonctionnement défectueux du foie, ne pouvait expliquer. Cette anémie s'est améliorée, en même temps que les autres symptômes, sous l'influence de l'opothérapie hépatique. C'est ainsi que le nombre des hématies, réduit chez ces trois malades aux chiffres de 2,884,000, 3,839,000, et 2,986,000, s'est élevé après quelques semaines d'opothérapie aux chiffres de 4,538,000, 4,404,000 et 4,392,000 respectivement.

Ces constatations demandent à être renforcées par de nouveaux faits cliniques et expérimentaux, mais il est cependant permis d'en conclure actuellement ceci: Il existe chez certains cirrhotiques, sinon chez tous, une *anémie* plus ou moins prononcée, qui n'est liée à aucune complication et peut être légitimement considéré comme résultant uniquement du fonctionnement défectueux du foie (quel que soit le mécanisme intime, non encore élucidé, du processus); elle est donc en réalité un symptôme d'*insuffisance hépatique* et doit être décrite comme telle. Cette anémie est *justiciable de l'opothérapie hépatique* puisqu'elle s'améliore comme les autres symptômes de la cirrhose sous l'influence de ce traitement, influence qui confirme d'ailleurs l'interprétation ci-dessus.

## LA TEMPERATURE LOCALE DE L'ABDOMEN DANS LA TUBERCULOSE PERITONEALE

En examinant les malades atteints de tuberculose péritonéale, M. le docteur Paoli s'est occupé depuis plusieurs années d'un phénomène presque constant: en palpant leur abdomen, on a une sensation de température plus élevée que celle rapportée sur le thorax ou les membres. Cette observation l'a conduit à étudier ce phénomène d'une façon plus exacte au moyen de thermomètres spéciaux. Cette étude fut pratiquée avant et après la laparotomie.

Chez les individus affectés de péritonite tuberculeuse, la différence de température abdominale est effectivement supérieure de 5 à 12 dixièmes de degré à celle de la région thoracique. Cette différence en plus existe aussi, mais d'une façon moins marquée par rapport à la température axillaire. Cherchant à établir le rapport qui pouvait exister entre ce phénomène et les altérations rencontrées pendant la laparotomie, l'A. a constaté que cette augmentation de température était plus manifeste :

- 1° Dans le cas où la séreuse est très richement vascularisée où il y a par conséquent une forte réaction inflammatoire;
- 2° Dans les cas avec exsudation séro-fibrineuse et avec adhérences, même lorsque le liquide n'est pas très abondant;
- 3° Dans les cas avec nodules très volumineux, réaction inflammatoire plutôt vive et sans épanchement de liquide (forme sèche).

Le phénomène est moins manifeste et fait même défaut dans les cas d'épanchement assez abondant avec tubercules diffus et nodules miliaires sans infiltration inflammatoire notable et dans les cas de gros nodules caséux sans réaction inflammatoire.

Cette augmentation thermique locale s'observe, que la température axillaire soit normale ou qu'elle ne le soit pas. Il semble qu'il y ait une fièvre locale, avec foyer thermogène circonscrit.

Après la laparotomie, dans certains cas, la différence de température se maintient encore quelque temps pour s'atténuer

ensuite et disparaître. La cessation complète de l'hyperthermie locale semble coïncider avec la complète guérison du processus péritonéal. Par contre, lorsqu'on observe la persistance de cet état 25 ou 30 jours après l'opération, on doit penser à une continuation de l'infection. Si, dans l'intervalle, on constate une élévation de la température locale au thorax, il faut songer à une extension de l'infection aux plèvres.

---

### DES ACCIDENTS D'INSUFFISANCE HEPATIQUE CHEZ LES JEUNES ENFANTS ET DE LEUR DIETETIQUE

En dehors des enfants atteints de maladie de foie confirmées, d'ictères, de manifestations hérédo-syphilitiques, il existe toute une série de petits malades, qui présentent des troubles fonctionnels du foie. Ces troubles sont la conséquence des dyspepsies de l'enfance et des gastro-entérites de toute nature et de toute origine, surtout quand ces accidents sont accompagnés de suralimentation par le lait de vache. Ces troubles sont plus objectivés qu'on ne le croit généralement et M. Barbier a recueilli déjà un grand nombre de faits dans lesquels le foie était manifestement altéré et présentait même la teinte jaune des foies gras et dégénérés.

Malheureusement, les signes cliniques de l'insuffisance hépatique ne sont pas faciles à mettre en lumière chez le nourrisson. On en est réduit un peu aux conjectures, soit par la gravité de l'infection, soit par sa longue durée, soit par les troubles de nutrition qui s'accusent par une perte de poids progressive malgré l'alimentation, soit enfin par l'existence de troubles digestifs présentant des caractères qu'on peut rattacher à l'insuffisance de fonctionnement de la glande hépatique ou des autres glandes annexes du tube digestif.

Parmi ces derniers, il convient de ranger à part ceux qui se révèlent par la décoloration des selles sans ictère. L'absence de bile dans ces selles blanches se révèle à l'analyse chimique par l'absence des sels biliaires. Ces matières peuvent être épaisses, moulées, pâteuses ou diarrhéiques, avec ou sans produits inflammatoires de l'intestin; elles sont toujours fétides.

Ces selles témoignent non seulement d'un trouble fonction-

nel de la cellule hépatique, mais bien souvent elles relèvent également d'une altération grave de cette cellule. Elles se voient: 1° chez les enfants habituellement suralimentés; 2° dans le cours des infections digestives, en même temps que des débâcles diarrhéiques avec ou sans glaires; 3° comme séquelle de ces infections digestives qui semblent ainsi se prolonger indéfiniment.

Elles constituent, en tout cas, un symptôme d'une importance capitale au point de vue de la ration alimentaire et de sa qualité. La quantité également doit être surveillée; c'est dans ces cas, qu'il faut, avec M. Linossier, dire que les hépatiques doivent être sous-alimentés. Il n'est pas question en ce moment de faire gagner du poids à l'enfant.

Le lait doit être très diminué, il peut être dangereux; il l'est surtout à cause de son albumine et de sa graisse. En tous cas, on se trouvera bien de soustraire les voies digestives à l'usage du lait cuit; il sera indiqué à l'occasion de donner une nourrice ou du lait d'ânesse ou du lait cru.

Il y a intérêt à donner au foie des aliments d'une structure moléculaire moins complexe que les albuminoïdes et d'une utilisation plus facile. Les substances hydrocarbonées sont dans ce cas; en pratique, le sucre, les farineux, surtout sous forme de décoction de céréales mélangée au lait pour le couper, donnent de bons résultats. Dans certains cas même, l'A. a pu observer qu'avec les préparations de ce genre, quelques panades au gras chez des enfants d'un an avaient provoqué une amélioration remarquable.

Chez des enfants plus grands, dans la seconde enfance, les accidents d'insuffisance hépatique peuvent également se montrer. Les conditions de leur apparition sont identiques: c'est encore la suralimentation ou le mauvais régime qui en sont le point de départ. Chez quelques-uns, c'est la continuation pure et simple d'un état hépatique acquis par un allaitement au biberon mal dirigé. Chez d'autres, c'est un mauvais régime de sevrage, trop copieux en lait en particulier; ou, plus tard, l'abus de la viande donnée trop tôt ou en trop grande abondance. Certaines familles semblent y présenter une prédisposition spéciale.

Ces enfants sont souvent atones, à teint cholémique; leur appé-

tit est capricieux; leur langue habituellement est sale, surtout le matin, leur haleine fétide. Ce sont des constipés, leurs selles sont puantes. Le foie est souvent gras, à bords mousses; les urines ont un dépôt abondant d'urate, accompagnées d'uroérythrine. Leur sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars. De temps en temps peuvent se montrer de légers accès fébriles, dont on ne trouve pas la cause et aussi des crises toxiques avec vomissements incoercibles, qui en imposent pour toute autre chose.

Dans ces cas encore, la diététique a une importance de premier ordre. Il faut interdire la viande, l'albumine, le lait en excès. Le régime végétarien, les fruits, les farineux, les purées de légumes secs seront la base de l'alimentation; on emploiera aussi les jaunes d'œuf, les bouillies à base d'avoine, les compotes de pommes et même les purées d'épinards, si elles sont tolérées. Ces derniers aliments ont, en plus des autres, l'avantage de rendre au foie les petites quantités de fer qui sont nécessaires à son fonctionnement.

---

### L'ABSORPTION DES GAZ PAR LES VÊTEMENTS

M. Yokote (de Tokio) nous fait connaître une série d'expériences concernant les phénomènes de fermentation dans le linge de corps. Ces recherches portent sur l'absorption de différents gaz par les étoffes, et plus particulièrement l'absorption de l'ammoniaque. La façon dont cette étude a été faite, autrement dit l'arrangement des expériences, n'a présenté rien de particulier.

Sous des cloches contenant de l'ammoniaque ou d'autres substances odorantes comme le thymol, la créosote, l'essence de bergamote, on mettait une étoffe de laine ou de coton qu'on retirait au bout de quelques heures et dans laquelle on recherchait le gaz ou l'essence absorbés. Les détails de ces recherches, avec les chiffres à l'appui, sont exposés tout au long dans trente-deux tableaux annexés au travail de M. Yokote. Mais les principaux faits qui découlent de ces expériences peuvent être résumés assez brièvement.

Pour doser l'ammoniaque absorbé, M. Yokote employait une solution tirée d'acide sulfurique. Il importait donc d'établir

si les étoffes retenaient et liaient, pour ainsi dire, cet acide. Les expériences faites pour élucider ce point ont montré que, si les étoffes de coton ne retenaient pas d'acide sulfurique, celui-ci se combinait, en quelque sorte, avec les étoffes de laine. Pour un gramme de poids, le tricot de laine ou la flanelle de laine grise ou bleue "combinent" près de 8 milligrammes d'acide sulfurique, tandis que la quantité de cet acide retenue par du cachemire ou de la flanelle de laine blanche varie entre 1 et 2 milligrammes.

La même différence entre les étoffes de laine et les étoffes de coton se retrouve encore en ce qui concerne la rétention de soude ou de potasse. M. Yokote n'a pu établir quelles étaient dans la laine les substances qui se combinaient avec les acides ou les alcalis. Le seul point qu'il lui fut possible de mettre en évidence, c'était que cette combinaison chimique ne ressortissait pas à la couleur.

Pour ce qui est de l'absorption de l'ammoniaque par les étoffes, M. Yokote a pu établir que, d'une façon générale, la laine absorbe deux à trois fois plus d'ammoniaque que le coton. Sous ce rapport, la différence entre les diverses étoffes de coton est peu sensible et par 1 gramme de poids la plupart d'entre elles absorbent de 8 milligr. 3 à 8 milligr. 9 d'ammoniaque. Par contre, la quantité d'ammoniaque absorbée par les étoffes varie sensiblement avec la nature de celle-ci. C'est-à-dire que par 1 gramme de poids, le tricot de laine absorbe 14 milligrammes, la flanelle grise 15 milligrammes, le cachemire 20 milligrammes 6.

Les quantités d'ammoniaque absorbées par les étoffes de laine ou de coton augmentent quand celles-ci ont été préalablement lavées, puis desséchées. M. Yokote est arrivé à montrer que cette augmentation tient à ce que le lavage élève l'état hygrométrique de l'étoffe. De fait, ayant institué des expériences parallèles avec des étoffes saturées de vapeur et des étoffes desséchées, il a pu établir que les premières absorbent en deux minutes toute la quantité d'ammoniaque qu'elles sont capables d'absorber, tandis que les secondes n'en absorbent même pas la moitié au bout de dix minutes.

La façon dont l'ammoniaque absorbé est gardé par les étoffes varie suivant que celles-ci sont de laine ou de coton.

Lorsqu'on agite dans l'air une pièce de coton saturé d'ammo-

niaque, il n'en reste presque plus trace au bout de quinze secondes, chaque mouvement de va-et-vient s'exécutant pendant une seconde. Dans les mêmes conditions, la laine garde encore la moitié de l'ammoniaque. Cette différence entre la laine et le coton se retrouve encore quand les étoffes ayant absorbé de l'ammoniaque sont exposées à l'air, dans une chambre: au bout de vingt-quatre heures on n'en trouve plus trace dans une étoffe de coton, tandis qu'une étoffe de laine en garde encore un cinquième.

Un phénomène inverse se passe avec des huiles essentielles ou des substances odorantes absorbées. Il résulte notamment des expériences faites avec ces substances (créosote, iodoforme, fumée de tabac, essence de bergamote) que les étoffes de coton en absorbent des quantités plus grandes et les gardent plus longtemps que les étoffes de laine. Seule la créosote semble posséder une affinité particulière pour les étoffes de laine.

---

### LES ULCÉRATIONS BLENNORRAGIQUES CHANCRI- FORMES DE LA VULVE

M. Thiberge a publié l'observation d'une femme qui était venue le trouver avec le diagnostic de cancer du col de l'utérus, porté par un chirurgien des hôpitaux. La lésion utérine était en réalité un chancre syphilitique du col, et la malade, soumise au traitement spécifique, en fut rapidement débarrassée. L'apparition ultérieure des accidents secondaires confirma le diagnostic de syphilis.

Cette question du diagnostic du chancre syphilitique chez la femme est également posée par deux observations que M. Druelle fait connaître dans les *Archives générales de médecine*. Il s'agit cette fois non plus de chancre du col, mais de la confusion possible entre le chancre vulvaire et les ulcérations blennorragiques de la vulve.

Ces ulcérations, comme on sait, se présentent sous deux aspects :

Dans une première variété, qui est banale et s'observe pendant la période aiguë de la blennorrhagie, on rencontre sur la muqueuse génitale des lésions érosives multiples, à contours

irréguliers et de forme variable. Leur évolution dépend entièrement de la gonorrhée aiguë qui les a causées et elles disparaissent quand celle-ci guérit.

Mais à côté de ces érosions qui n'ont rien de commun avec une manifestation syphilitique, on en observe d'autres qui sont généralement l'apanage de la blennorragie chronique. Ce sont des ulcérations le plus souvent nettement arrondies, mais qui peuvent prendre l'aspect d'une fissure quand elles se développent au niveau d'un repli muqueux. Elles siègent de préférence sinon exclusivement au niveau des orifices de divers organes de la région génito-urinaire : méat urétral, col utérin, orifices des glandes de Bartholin, fourchette, marge de l'anus. Comme elles résultent de l'action locale, irritative et nécrosante, du pus gonorrhéique et que la persistance du processus blennorragique chronique est pour ainsi dire indéfinie, ces ulcérations ne manifestent aucune tendance à la disparition spontanée et persistent tant qu'on n'a pas obtenu la guérison de l'infection gonococcique primitive.

Ce sont justement les ulcérations chroniques de cette catégorie qui, d'après M. Druelle, peuvent être confondues avec le chancre syphilitique, comme le prouvent les deux observations que voici :

La première est celle d'une femme de vingt-cinq ans qui se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis avec les symptômes classiques d'une blennorragie chronique "complète". En l'examinant, on trouva sur la face externe de la grande lèvre droite une ulcération qui, d'après son aspect, rappelait très exactement celui du chancre syphilitique dont elle avait le contour régulièrement circulaire, la teinte habituelle rouge musculaire foncé, la superficialité et l'absence de bords taillés à pic. Il existait en outre un œdème de toute la grande lèvre droite, et cet œdème était "aphlegmasique" et torpide comme celui qui accompagne presque constamment le chancre de cette région et qui passe pour un symptôme suffisamment caractéristique permettant le diagnostic retrospectif de syphilis quand il persiste après la disparition de la lésion initiale. Comme ledit œdème empêchait d'apprécier exactement le degré d'induration de l'ulcère et qu'en outre les ganglions inguinaux étaient pris, on était prêt à faire le diagnostic de chancre syphilitique.

Toutefois en examinant cette ulcération de plus près, on constata qu'elle s'était développée autour de l'orifice d'une fistule bartholinienne par où s'écoulait continuellement du pus blennorragique. Cet orifice de très petites dimensions passait inaperçu à un examen rapide et seule la gouttelette de pus qui venait y sourdre quand on comprimait l'ulcération révélait l'existence d'une fistule. On élimina donc l'hypothèse d'un chancre syphilitique pour s'arrêter au diagnostic d'ulcération blennorragique chancriforme, dont l'exactitude fut démontrée par l'évolution ultérieure de la lésion.

La seconde observation de M. Druelle est encore plus intéressante en ce sens que, chez cette malade, l'erreur diagnostique en question a été parfaitement commise, avec cette aggravation qu'un chancre syphilitique a été pris pour une ulcération blennorragique et soigné comme telle pendant quelque temps.

La malade, une fille de dix-neuf ans, était venue à la consultation de l'hôpital Saint-Louis en se plaignant de douleurs qui pendant le coït survenaient dans la partie gauche de la vulve. À l'examen, on ne trouva aucune lésion extérieure : pas d'œdème, pas de lésions ulcéreuses ou papuleuses des grandes lèvres. Mais, à la face interne de la petite lèvre gauche, on trouvait, se prolongeant vers l'entrée du vagin, une ulcération régulièrement arrondie, à fond lisse, d'un rouge vif, superficielle et absolument souple. En essayant la couche très mince de pus qui la recouvrait, on a pu constater que ce pus venait de l'orifice de la glande de Bartholin qui était augmentée de volume et indurée. Comme les ganglions inguinaux étaient légèrement augmentés de volume, sans toutefois offrir les caractères de l'adénopathie d'origine syphilitique, et que, d'un autre côté, le pus qu'on faisait sourdre au niveau de l'ulcération renfermait des gonocoques, on s'arrêta au diagnostic d'ulcération blennorragique.

Cependant, en suivant la malade qu'on soignait comme une gonorrhéique, on vit les caractères de l'ulcération se modifier peu à peu. Elle augmenta progressivement de dimensions, sa base devint le siège d'une induration manifeste et il se développa en même temps une polyadénite inguinale on ne peut plus caractéristique. Quelques semaines après, la roséole faisait son apparition et établissait irréfutablement la nature syphilitique de l'ulcération vulvaire

**OBSERVATIONS D'ACCIDENTS SATURNINS TRAITES  
AVEC SUCCES PAR L'HUILE D'OLIVE**

PAR M. LE DOCTEUR RECOULES.

Le Br... , ouvrier mécanicien à bord du "Magon", 20 ans, a travaillé pendant deux ans dans un atelier de serrurier avant de venir au service. Incorporé au mois de Janvier 1893 à Lorient, il est envoyé sur le "Magon" à Fort-de-France, le 27 Avril 1893.

Le 23 juillet, Le Br... se présente à la visite et se plaint de violentes coliques. Il n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Liséré gingival peu marqué, langue épaisse un peu desquamée à la partie antérieure. Huile de ricin 30 gr., vomie peu après. Un lavement purgatif provoque une selle très dure, composée de scybales. Les coliques persistent dans la soirée et la nuit. Le lendemain, 40 gr. de sulfate de soude amènent plusieurs selles; les coliques se calment, et le 25, Le Br... reprend son service.

Le 7 août 1893, à 8 h. du soir, Le Br... se plaint de coliques très vives, survenues dans la journée. Le personnel de la machine vient de travailler pendant une semaine au démontage et remontage de différentes pièces de l'appareil moteur et les sels de plomb (minium de céruse) ont été maniés en assez grande quantité; mais Le Br... , à cause de son indispotion antérieure, a été éloigné, autant que l'ont permis les exigences du service, de la manipulation des sels coxiques.

Le 8 août, l'haleine est fétide, la langue épaisse, étalée, desquamée à la partie antérieure. Liséré peu marqué, le ventre est rétracté, très douloureux. Le Br... est installé dans son hamac et repose un peu. A 1 heure les coliques reparaissent très vives; le malade veut se lever, mais il a une syncope et en revenant à lui il déclare ne plus y voir. La pupille est largement dilatée; l'iris se contracte à la pression; le fond de l'œil paraît blanchâtre. Le pouls est fort, plein : 88 pulsations. Rien au cœur. Hypéresthésie généralisée.

6 h. Nouvelle syncope, le malade a du délire et il est difficilement maintenu dans son lit.

8 h. Le malade est plus calme, il répond aux questions posées, mais l'amaurose et les coliques persistent.

Le Br... essaie, mais en vain, d'uriner, et le cathétérisme, pratiqué à minuit, donne environ 800 gr. d'une urine claire, légèrement colorée en jaune. Les coliques sont toujours très vives et arrachent des cris au malade.

9 août, la nuit a été très agitée, délire; 6 h. syncope de courte durée, T. 38°4, P. 104. L'amaurose persiste ainsi que la paralysie de la vessie; avec la sonde on retire 600 gr. d'une urine claire fortement albumineuse. Les coliques sont très violentes dans la matinée.

A 3 h. du soir, crise convulsive présentant les caractères suivants: Le malade est couché sur le dos et cesse de se plaindre. Les doigts ont de petits mouvements convulsifs; puis les muscles des quatre membres se contractent et toutes les secondes il se produit une convulsion, un soubresaut, comme si le malade était soumis à des décharges électriques. Les mouvements respiratoires sont arrêtés; la tête roule de droite à gauche sur l'oreiller: les yeux sortent de l'orbite, les paupières s'ouvrent et se ferment convulsivement, la bouche est grande ouverte, la commissure des lèvres est attirée tantôt à droite, tantôt à gauche, et si on y ajoute la cyanose des lèvres, des paupières et des oreilles, on aura le tableau effrayant que présente la face pendant l'accès. Le thorax est resté immobile, les muscles contractés en inspiration, mais au bout de 15 à 20 secondes, l'air pénètre par saccades dans le poumon, et le malade, par les efforts désespérés qu'il fait à ce moment pour respirer, rappelle le baigneur qui vient de boire par mégarde une forte gorgée d'eau. Enfin, peu à peu, tout rentre dans l'ordre.

De 3 à 5 h., le malade a cinq crises aussi violentes que celle qui vient d'être décrite et pendant une crise il a une selle involontaire.

6 h. Nouvelle attaque épileptiforme; le cathétérisme donne 350 gr. d'une urine toujours fortement albumineuse. Le malade est très agité, délire, hyperesthésie généralisée.

8 h. Les coliques ont été traitées par les injections de morphine, les badigeonnages à la teinture d'iode, les cataplasmes sur le ventre.

A partir de ce moment le malade est mis au régime lacté; il prend en outre de l'huile d'olives à hautes doses et de l'iode de potassium.

Peu à peu les symptômes s'amendent. La paralysie de la vessie disparaît le 10. La vue redevient normale le 14. Les coliques durent fort longtemps, mais diminuent peu à peu d'intensité et les selles deviennent régulières.

Au 1er septembre, le malade se lève régulièrement tous les jours; les fonctions digestives laissent peu à désirer; l'huile d'olives est continuée à la dose de 50 gr. par jour; mais Le Br... est repris, le 18 septembre, de douleurs dans la masse musculaire des membres inférieurs et du bras droit avec des coliques assez vives. Il avait laissé depuis quelques jours la tenue de l'infirmerie du bord pour revêtir ses habits de mécanicien, il y a lieu de supposer que ce fait seul a suffi pour provoquer une nouvelle manifestation de l'empoisonnement. L'urine redevient albumineuse. Traitement par l'huile d'olives, iode de potassium.

Le 25 septembre, tous les symptômes morbides ont disparu. Le malade est mis à un régime tonique, et le 9 octobre, Le Br... est chargé d'un service de propreté qui le met à l'abri de toute nouvelle intoxication.

Malgré toutes les précautions prises, Le Br... a une rechute le 20 octobre. Il ne mange plus depuis quelques jours et sent ses forces diminuer. Teinte jaune des téguments, haleine fétide. Liséré gingival peu marqué, langue desquamée à la partie antérieure, coliques très vives, douleurs dans les membres inférieurs, hyperesthésie, anarose complète, urines albumineuses. Le même traitement par l'huile d'olives, l'iode de potassium et la limonade sulfurique à 2/1000, avec lait, bouillon, vin de Banyuls, amènent une amélioration au bout de quelques jours.

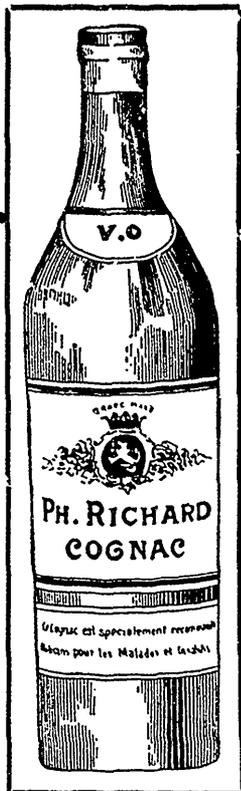
Le 25, la vue redevient normale et les coliques diminuent de violence.

Le 30 les selles sont devenues régulières; le ventre est encore sensible, mais le malade commence à manger.

Le mieux continue les jours suivants, mais le malade est très anémié et la facilité avec laquelle se manifestent chez lui les symptômes d'empoisonnement saturnin, le mettent dans l'impossibilité de continuer ses services à bord.



V. O.  
V. O. S.  
V.S.O.P.



F. G.  
Fine  
Champagne

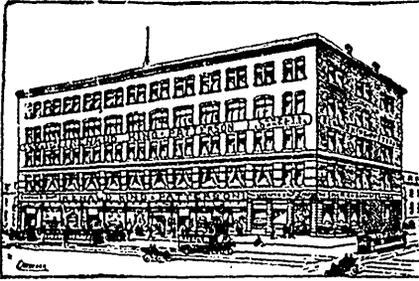
# BRANDIES

## Ph. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession  
médicale à cause de leur pureté reconnue et  
haute qualité

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal  
AGENTS



Meubles, Literie, Tapis,  
Draperies, etc.

*Installation moderne et de premier ordre*

**Renaud, King & Patterson**  
COIN STE - CATHERINE ET GUY

*Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée*

# VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

**TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE**

**Infailible contre l'impuissance et la stérilité.**

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

## DU DIAGNOSTIC DE LA PYELITE ET DE LA PYELONEPHRITE SIMPLES ET TUBERCULEUSES

PAR M. P. BAZY.

L'étude attentive des symptômes présentés par les malades atteints de pyélite ou de pyélo-néphrite permet, dans l'immense majorité des cas, de formuler un diagnostic précis. C'est ce que je m'efforce de faire tous les jours dans mon service d'hôpital, et je crois pouvoir affirmer que j'ai réussi à convaincre tous ceux qui veulent bien, comme moi, procéder à un examen complet des sujets soumis à leur observation.

Au demeurant, je convie tous ceux que cette étude intéressera à contrôler mes dires, et je suis certain qu'ils ne tarderont pas à partager mon opinion. S'ils veulent bien procéder comme je l'ai fait, leur conviction s'affirmera très rapidement.

\* \* \*

C'est en étudiant la symptomatologie des lésions rénales chez la femme tout d'abord, qu'on pourra vérifier la valeur des signes et symptômes dont je vais parler.

En effet, l'appareil urinaire supérieur est plus accessible chez la femme que chez l'homme, non pas que le rein ne soit aussi accessible chez l'homme que chez la femme, mais parce qu'il y a un point ou plutôt une région très importante de cet appareil urinaire supérieur qui est beaucoup plus accessible chez la femme que chez l'homme, je veux parler de la région inférieure des uretères et du bas-fond vésical.

Or, en palpant l'extrémité inférieure de l'uretère, on peut savoir si son extrémité supérieure est malade, car je ne connais pas d'urétérite localisée, d'urétérite partielle : elle existe peut-être, il faut souhaiter qu'elle existe afin de pouvoir l'arrêter, avant qu'elle ne gagne les régions supérieures et le rein ; j'en dirai autant de l'existence de l'urétérite simple sans pyélite.

Si donc on diagnostique urétérite inférieure, on doit diagnostiquer urétérite totale et pyélite.

Au reste, ne serait-on en droit que de diagnostiquer urétérite inférieure que ce serait déjà beaucoup : ce serait avoir fait un diagnostic très important et absolument indispensable à faire, car, dans les formes curables, on peut rapidement venir à bout de la lésion; si on la laisse sans la traiter rationnellement, on peut laisser la lésion devenir incurable.

\* \* \*

Les pyérites et les pyélo-néphrites ont des signes depuis longtemps classiques sur lesquels je n'insisterai pas; quand ils sont nets, on pourrait dire qu'on n'en a pas besoin d'autres; l'abondance des signes ne nuit toutefois pas, car ils se contrôlent les uns les autres.

Les signes classiques sont : la douleur spontanée dans les reins, irradiations douloureuses rappelant plus ou moins la colique néphrétique; la douleur à la pression dans l'angle costo-musculaire; la douleur à la palpation bimanuelle, avec ou sans hypermégalie rénale.

Or ces signes sont insuffisants, car il peut exister de la pyélite et de la pyélo-néphrite sans qu'ils existent, ou, s'ils ont existé, ils peuvent avoir disparu avec elle; il est donc important d'en connaître d'autres.

Les autres signes de la pyélite et de la pyélo-néphrite sur lesquels il me reste à insister sont physiques ou fonctionnels; ils sont spontanés ou provoqués.

Nous venons de voir ceux qui sont donnés comme classiques, —je n'y reviendrai pas.

Ces signes fonctionnels sont la pollakiurie, souvent la douleur terminale de la miction, quelquefois une légère hématurie terminale.

Ces derniers signes sont ceux de la cystite; c'est pourquoi on laisse si souvent passer la pyélite sans s'en apercevoir : on ne voit que la cystite. Or celle-ci peut coexister quelquefois, je veux bien dire souvent, avec la pyélite; mais, dans d'autres circonstances, elle n'existe pas, de telle sorte qu'on peut prendre pour de la cystite simple soit une cystite compliquée de pyélite ou de pyélonéphrite, soit une pyélite ou une pyélonéphrite non accompagnée de cystite.

Examinons chacun de ces symptômes.

La douleur terminale de la miction et l'hématurie terminale n'ont aucune valeur au point de vue du diagnostic; elles appartiennent aussi bien à la pyélite et à la pyélo-néphrite qu'à la cystite.

Bien autrement importante est la pollakiurie, mais celle-ci doit avoir pour principal caractère d'être autant nocturne que diurne. C'est ce que j'exprime en disant que la pollakiurie nocturne est un signe de pyélite ou de pyélonéphrite — je ne dis pas d'hydronéphrose infectée et, en particulier, d'hydronéphrose intermittente, car la pyélite ou la pyélo-néphrite suppose la participation de l'uretère; plus je vais, plus je suis convaincu de l'importance de ce signe — pollakiurie nocturne — dont je vais indiquer les caractères :

1° Les mictions sont plus fréquentes la nuit que le jour : la pollakiurie nocturne est dite absolue, elle a une valeur absolue;

2° Les mictions sont un peu moins fréquentes la nuit que le jour : la pollakiurie est alors relative; sa valeur diagnostique est aussi grande que la précédente, quoiqu'elle frappe moins les malades et le médecin qui les observe.

Dans quelques cas assez rares, mais qui sont loin d'être exceptionnels, il n'y a pas de pollakiurie ni diurne ni nocturne, et néanmoins on peut affirmer la pyélite; ou plutôt dans les cas que j'ai observés, la pyélite était affirmée par la présence continue, dans le bocal, d'une quantité de pus trop abondante pour venir de la vessie seule; elle était affirmée par les autres signes que nous allons voir.

La pollakiurie n'existait pas. Ce signe se trouve donc en défaut? va-t-on me dire. En aucune façon. S'il n'y a pas de pollakiurie, il y a tout au moins un aussi grand nombre de mictions la nuit que le jour. Ainsi, dans les cas auxquels je fais allusion, les malades n'urinaient que deux ou trois fois la nuit; mais ils n'urinaient non plus que deux ou trois fois le jour et les mictions se faisaient soit sans douleur, soit avec douleur.

La douleur est, en effet, un phénomène contingent variable avec les individus; l'acte réflexe est, au contraire, indépendant du caractère de l'individu, si je puis m'exprimer ainsi : il se produit à son insu et malgré lui, et se manifeste indépendamment du caractère et de la volonté du sujet.

En résumé, nous dirons donc que la fréquence anormale des

mictions de la nuit par rapport à celles du jour doit éveiller l'attention.

Il est évident que si l'on se trouve en présence de cystites douloureuses donnant lieu à 25, 30, 50, 60 mictions dans le jour, 6, 8, 10 ou 12 mictions nocturnes ne seront pas anormales, ni 25 à 30 mictions la nuit dans le cas où il y a 150 mictions dans les vingt-quatre heures, comme je l'ai observé.

Pour que le symptôme pollakiurie nocturne conserve toute sa valeur, il faut évidemment que rien ne vienne le troubler; il ne faut pas, par exemple, qu'il y ait excitation du rein soit directement comme chez les individus atteints de néphrite interstitielle, primitive ou secondaire sans suppuration, soit indirectement comme chez les prostatiques ou chez ceux, hommes ou femmes, qui ne vident pas leur vessie, qui ont un résidu vésical plus ou moins important.

Je ne cite que pour mémoire la fièvre et les phénomènes généraux des infections quand ils existent. Ces symptômes indiquent l'inflammation de l'appareil urinaire supérieur, mais ils sont impuissants à indiquer le côté atteint, sauf peut-être la douleur spontanée qui, particulièrement vive d'un côté, peut indiquer l'existence d'une lésion de ce côté, mais sans qu'il soit possible d'affirmer que l'autre n'est pas atteint, car la pyélite et même la pyélonéphrite peuvent n'être pas douloureuses.

A ces symptômes indiquant la pyélite et la pyélonéphrite il faut ajouter la trouble de l'urine dû à la présence du pus ou du muco-pus; mais ce signe n'a de valeur au point de vue du diagnostic que si le dépôt purulent est abondant et atteint des proportions notables, 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres au moins au fond du bocal; quand il est peu abondant, il peut appartenir aussi bien à la cystite qu'à la pyélite.

Quels sont les signes qui vont nous permettre de déterminer le côté atteint ?

De ces signes quelques-uns sont connus depuis longtemps — je n'y insisterai pas : ce sont la douleur et l'hypermégalie rénale déterminées par la palpation bimanuelle faite en utilisant les différents modes.

Mais il s'agit là de cas, je dirais volontiers faciles, grossiers, le plus souvent de ceux que le bistouri réclame. Or, il me paraît non moins utile de faire le diagnostic des cas récents,

des cas larvés, de ceux qui, pris au début, peuvent guérir, de ceux qui, méconnus, peuvent subir tôt ou tard à la destruction du rein. Voici donc, aux signes déjà connus, ceux que l'on peut ajouter.

Ces signes dérivent tous de l'exploration de la partie supérieure et de la partie inférieure de l'appareil urinaire supérieur on pourrait presque dire de l'extrémité supérieure et de l'extrémité inférieure de l'uretère. L'exploration de la partie moyenne de ce conduit ne m'a presque jamais rien donné, et je n'ai qu'exceptionnellement trouvé cette douleur, donnée comme caractéristique, qui est déterminée par la compression supposée de l'uretère au niveau de son passage sur le détroit supérieur du bassin.

La pyélite et la pyélonéphrite peuvent se traduire par une douleur de la pression.

1° EN HAUT. a) Au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et à trois travers de doigt environ de cet ombilic, presque exactement sur le bord externe du muscle grand droit: je propose de l'appeler *douleur para-ombilicale* ou *urétérale supérieure*.

b) Au-dessous du rebord costal, soit à droite, soit à gauche: c'est la *douleur sous-costale*.

c) Au niveau du sommet de l'angle costo-musculaire: c'est la *douleur lombaire*.

De ces trois points douloureux je n'hésite pas à dire que celui que j'avais considéré comme le plus rare, le point para-ombilical, est le plus fréquent: c'est lui qui est le plus douloureux, c'est lui qui le plus souvent existe seul; c'est lui qui est le plus souvent le plus douloureux, même dans les cas d'hyper-mégalie rénale; la pression directe du rein est, dans ce cas, beaucoup plus souvent moins douloureuse que la pression du point para-ombilical.

La douleur peut rester localisée dans le point pressé; d'autres fois, elle irradie vers l'aîne, la vessie, donnant lieu au besoin d'uriner: c'est pourquoi je l'avais appelé *réflexe pyélo-vésical*.

2° EN BAS. Ici les renseignements sont différents chez la femme et chez l'homme.

En effet, on peut toucher l'extrémité inférieure de l'uretère chez la femme; on l'atteint difficilement chez l'homme et on ne l'atteint que chez les individus maigres.

Nous allons voir néanmoins que l'exploration va pouvoir être aussi fructueuse chez l'homme que chez la femme.

Quand on pratique le toucher vaginal chez une femme dont l'appareil urinaire est sain et la vessie vide, on ne détermine aucune sensation, et on ne sent pas les uretères, sauf dans quelques cas très rares.

Si, au contraire, il existe de la cystite et notamment de la cystite dite du col, on détermine, par la pression du col vésical au niveau de l'extrémité postérieure de la colonne antérieure du vagin, un besoin plus ou moins vif et douloureux d'uriner ou simplement une douleur. Le reste de la vessie est indolent, sauf dans le cas de cystite très violente ou suraiguë.

Quand il existe de l'urétite, c'est-à-dire de la pyélite, on sent sur la paroi antérieure du vagin, à l'union ou au voisinage de la paroi latérale, un cordon plus ou moins gros, friable, cordé, roulant plus ou moins sous le doigt ou n'y roulant pas, dirigé d'arrière en avant, et plus ou moins douloureux dans son trajet. Mais si on le suit, en le pressant d'arrière en avant, il arrive un moment où on ne le sent plus, et c'est juste à ce moment que la pression détermine la douleur la plus vive; on est au niveau de l'orifice inférieur de l'uretère : c'est la douleur urétérale inférieure, laquelle s'accompagne quelquefois d'envie d'uriner; c'est pourquoi je l'avais appelée *révexe urétéro-vésicale*.

La douleur au lieu d'être descendante, peut être ascendante, et, quand on presse dans ce point, les malades accusent quelquefois une douleur dans le rein, ou tout au moins dans la région lombaire correspondante.

Remarquons bien cette localisation de la douleur dans un point où on ne sent plus l'uretère, car cette remarque va nous servir : d'une part, parce que, tant que durera cette douleur, il ne faudra pas considérer les malades comme guéris, et, en effet, on trouvera encore que l'urine est encore un peu maté, sinon trouble; d'autre part, parce que cette douleur, à ce niveau, devient caractéristique, et qu'il n'est pas nécessaire de toucher ni de sentir l'uretère pour affirmer l'urétite.

Chez l'homme nous connaissons la difficulté ou même l'impossibilité de toucher l'extrémité inférieure de l'uretère. Or il suffira que nous touchions le bas-fond vésical au-dessus de l'une ou de l'autre corne prostatique, et, si nous déterminons

de la douleur, nous pouvons, comme chez la femme, affirmer l'urétérite. C'est pourquoi le toucher rectal chez l'homme peut donner des renseignements presque aussi bons que le toucher vaginal chez la femme.

J'étudie en ce moment, si dans le cas où il serait impossible de faire le toucher vaginal (chez les jeunes filles par exemple), le toucher rectal ne donnerait pas de renseignements équivalents.

Ces douleurs urétérales supérieures ou inférieures existent, mais elles n'ont pas toujours leur intensité équivalente. Dans les cas de lésions doubles, je les ai vues croisées, la douleur urétérale inférieure étant plus vive que la supérieure d'un côté; de l'autre, au contraire, c'était la douleur supérieure qui était la plus vive.

\* \* \*

Tous les signes que nous venons d'analyser permettent de localiser les lésions, de dire leur côté, et l'on conçoit que l'on puisse facilement se passer, dans ces conditions, de séparateurs, qui du reste peuvent ne pas fonctionner, même entre les mains de leurs inventeurs : ce que je ne leur reproche pas, du reste.

Je dois ajouter que, le plus souvent, la séparation n'a qu'un intérêt de curiosité qui ne suffit pas pour en justifier l'emploi.

Très rarement, dans des cas où la pyélite est indéniable et où l'abondance du pus est telle qu'il est impossible de ne pas la rattacher à la suppuration de l'appareil urinaire supérieur, les points douloureux ci-dessus n'existent pas et l'on ne peut diagnostiquer si les deux côtés sont atteints, ou si un seul l'est. C'est dans ces cas que l'on pourrait croire utile de faire la séparation des urines; mais alors, qu'on le remarque bien, elle n'aurait toujours qu'un but de curiosité, puisqu'elle n'aboutit pas à une indication opératoire.

La séparation n'est pas nécessaire au diagnostic du siège supérieur des lésions puisque, à défaut de l'abondance de la suppuration, la *pollakiurie nocturne* serait là pour affirmer que l'appareil supérieur est atteint. La *pollakiurie nocturne* est, en effet, le symptôme le plus important de la pyélite : plus je l'observe, plus j'en suis convaincu.

Je n'ose insister, tellement c'est l'évidence même, sur la nécessité de faire un diagnostic précoce. On a, en effet, beaucoup d'action sur les lésions, quand elles sont récentes; et alors, les agents thérapeutiques les plus importants et les plus actifs sont le régime lacté et le repos.

## L'ÉNERGIE DE CROISSANCE

PAR M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES,

*Interne des Hôpitaux.*

Énergie, force, travail: ces mots, usités en mécanique dans un sens très précis, trouvent aussi leur emploi en biologie. Les phénomènes physiologiques les plus complexes ne se réduisent-ils pas à des actes élémentaires d'ordre purement physico-chimique effectués dans les éléments histologiques de nos tissus? L'assimilation, dès lors, s'impose entre les manifestations des corps vivants et celles des corps bruts.

Mais la matière vivante, objet des études biologiques, est instable et sans cesse en état de transformation moléculaire; aussi, les mots qui traduisent ses états successifs et leurs causes présentent-ils une signification plus complexe qu'en mécanique. Le travail, en physiologie, ce n'est plus seulement le déplacement apparent d'un corps soumis à l'action d'une force; "c'est en outre, et indissolublement lié à cet effet mécanique, l'effort profond et invisible des tissus dépendant des réactions chimiques dont ils sont le siège; c'est, en d'autres termes, la nutrition de la matière vivante". Quant aux termes de *force* et d'*énergie* distincts en mécanique, ils sont associés et confondus en biologie pour désigner toutes les causes productrices de *travail*.

Le professeur Chauveau s'est efforcé d'établir cette notion du *travail physiologique* et de son *équivalence*.

Appliquant récemment ces données à l'étude de la croissance, M. Springer a désigné sous le nom d'*énergie de croissance*, l'ensemble des forces déterminant le travail physiologique qui produit le développement des êtres vivants.

Le phénomène de la croissance est caractérisé par la pénétration et la fixation, dans les éléments anatomiques, de substances provenant du monde extérieur et introduites par l'alimentation, et par des multiplications cellulaires.

Dans ces processus, nombre de facteurs interviennent.

Tout d'abord, pour que ce travail puisse être amorcé, il faut que l'ovule renferme, à l'état potentiel, une certaine quantité d'énergie: celle-ci, transmise par l'hérédité, est le capital initial du nouvel être.

Dès la fécondation, cette énergie latente devient actuelle et détermine en peu de temps la formation de milliards de cellules.

Après la naissance, elle continue d'actionner les multiplications cellulaires; mais ce résultat ne peut être obtenu que grâce à l'apport de nouvelles sources d'énergie représentées par les aliments et l'oxygène.

Beaucoup de substances interviennent, les unes dans l'apport, les autres dans la mise en mouvement de cette énergie. Les lécithines, la potasse, les oxydes et l'eau sont celles dont le rôle et l'importance sont le mieux connus; les organismes vivants en contiennent d'autant plus que leur croissance est plus intense.

\* \* \*

La présence des *lécithines* dans les tissus animaux et végétaux est un fait biologique constant. Elles y ont une composition chimique invariable (Schulze); aussi, peut-on suivre dans la nature les étapes successives de ce phosphore organique dont l'origine est dans le sol.

Les lécithines ne sont nulle part plus abondantes que dans les tissus qui jouent un rôle prépondérant dans la nutrition ou qui sont susceptibles d'un actif développement. Elles prédominent dans le jaune d'œuf. Elles existent en forte proportion dans les cellules nerveuses, les globules sanguins, les spermatozoïdes. On les trouve en grande quantité dans les semences de beaucoup de plantes, et surtout des céréales, dans les spores, dans les jeunes pousses. Quand un tissu se développe, la lécithine y afflue; quand il a cessé de croître, elle en disparaît. Lilienfeld et Monti ont montré que les noyaux des cellules jeunes, capables de se multiplier, sont riches en phosphore, tandis qu'on n'en trouve que peu dans ceux des cellules vieilles, inaptés à se reproduire.

L'organisme, pour se développer, a donc besoin de lécithine; il l'acquiert par l'alimentation. Mais, pour la plupart des auteurs, la lécithine ingérée n'est pas directement absorbée; elle est d'abord décomposée, d'après Bokay, par la lipase du suc pancréatique en ses éléments constitutants, acide glycérophosphorique, choline et acides gras; puis, en des synthèses intra-organiques, elle se reforme pour être assimilée par les différentes cellules. Un curieux phénomène révèle ces synthèses: quand l'économie ne trouve pas dans l'alimentation les léci-

thines nécessaires au développement actuel de certains tissus, non seulement elle en emprunte aux organes déjà formés réalisant ainsi un "virement des fonds de la nutrition", mais encore elle en fabrique de toutes pièces avec des éléments qu'elle prend aux substances capables de les céder. A l'époque du frai, les saumons remontent le Rhin; pendant leur voyage, qui dure de quatre à quatorze mois, ils ne prennent aucune nourriture; à la fin de cette migration, leurs ovaires, augmentées de poids, renferment cependant des œufs, riches en lécithine; mais les fortes masses musculaires du tronc ont presque entièrement disparu; celles-ci ne contenaient que peu de lécithine, mais elles ont fourni l'albumine, les phosphates et la graisse qui peuvent en former par synthèse (Meischer).

Il faut rapprocher de cette observation une expérience de Springer. Il nourrit, après leur sevrage, de jeunes chiens de la même portée, les uns avec du lait naturel, les autres avec du lait presque totalement privé de sels. Ceux-ci grandirent autant que ceux-là, mais ils étaient bien moins musclés et leur tissu cellulaire était dépourvu de graisse: on ne peut s'expliquer ce fait que par un appel vers le système osseux de sels contenus dans les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané.

La répartition des lécithines dans l'organisme et leur rôle dans les phénomènes de développement expliquent les effets produits par certaines substances renfermant des lécithines. C'est ainsi que la décoction des céréales, plus spécialement étudiée par Springer, doit une grande partie de ses effets à la présence de lécithine: c'est ce qu'ont démontré les analyses chimiques de G. Bertrand faites au laboratoire de Chimie biologique de l'Institut Pasteur; elles y révèlent, à côté d'une certaine quantité de phosphates, des composés phosphorés organiques dont les uns dérivent d'un commencement d'hydrolyse des lécithines et dont les autres sont, à l'heure actuelle, de constitution tout à fait inconnue.

L'action physiologique de la décoction des céréales est prouvée par l'expérimentation. Springer a nourri trois jeunes chiens avec une pâtée additionnée chaque jour de 1 à 2 litres de cette préparation, tandis que deux autres de la même portée recevaient l'alimentation ordinaire: au bout de quatre mois, les premiers avaient grandi de 8, 6 et 5 centimètres, tandis que la taille des seconds n'avait augmenté que de 4 centimètres.

Le *potassium*, que contient encore la décoction de céréales, est, comme la lécithine, un agent de la croissance. Mais tandis que la graisse phosphorée accumule l'énergie, il préside à la dialyse des produits cellulaires vers les plasmas ambiants.

Il existe dans tous les organismes animaux et végétaux, depuis les plus simples jusqu'aux plus élevés.

Les tissus en renferment d'autant plus que leur développement est plus intense. Lorsque la potasse manque, la croissance est arrêtée (Dehérain).

C'est dans les cellules que prédomine la potasse; la soude, au contraire, est dissoute dans les liquides qui les baignent. Les produits de l'activité cellulaire, unis à la potasse, passent en vertu des lois de l'osmose, vers le plasma extérieur; ils y échangent, pour la soude, leur potasse, qui rentre en partie dans la circulation intra-cellulaire, puis ils s'éliminent principalement à l'état de sels sodiques.

Ainsi la potasse aide à fixer les éléments constitutants des cellules et facilite l'élimination de leurs résidus; cette élimination, modifiant la tension osmotique du protoplasma, y provoque l'appel des substances péricellulaires.

\* \* \*

Les *oxydases* mettent en œuvre les forces vives de l'énergie de croissance.

Les phénomènes d'oxydation dans l'économie atteignent leur maximum à l'époque du développement: l'apport de l'oxygène, en effet, est d'autant plus grand que l'organisme est plus jeune; d'autre part, les êtres vivants produisent en vieillissant moins de calories et consomment, par suite, moins d'oxygène. On sait depuis peu que le processus des oxydations organiques est régi par les oxydases. Ces ferments, comme tous les ferments, sans changer de composition chimique, transforment, en les adaptant à la vie, de grandes quantités de substances provenant des aliments; en fixant sur elles l'oxygène de l'air, ils les élèvent au rang de matière vivante et libèrent de l'énergie.

Les organes en voie de développement rapide sont les plus riches en oxydases: plus celles-ci sont abondantes, plus la croissance est intense.

Leur activité oxydante est en raison directe du manganèse qu'elles contiennent et qui agit à la fois "comme activateur et comme convoyeur d'oxygène". L'existence des oxydases, leur

mode d'action, le rôle du manganèse, toutes ces notions nouvelles, d'une portée considérable, sont dues à G. Bertrand.

Les oxydases, suivant Portier, prédominent dans les leucocytes. Or, les organes lymphoïdes, très développés chez le nouveau-né et l'enfant, diminuent de volume et d'abondance à mesure que la croissance approche de son terme : leurs rapports avec le développement de l'organisme, longtemps obscurs, sont maintenant précisés.

Les globules blancs, éléments cellulaires du sang ou de la lymphe, portent partout les oxydases, jusque dans l'intimité des tissus.

\* \* \*

Pour que les différents facteurs de l'énergie de croissance présentent toute leur action dynamogénique, il faut qu'ils trouvent dans l'organisme une certaine quantité d'eau; et cette quantité d'eau est d'autant plus grande que les besoins du développement sont plus impérieux. La proportion d'eau contenue dans un embryon humain de six semaines s'y élève à 97,5 pour 100 de son poids; à la naissance, elle n'est plus que de 66 pour 100; elle s'abaisse jusqu'à 63 pour 100 chez l'adulte.

Le rôle de l'eau dans l'organisme est complexe; elle ajoute peu à l'énergie, mais aide puissamment à son utilisation : elle est, en effet, le véhicule des substances dissoutes; aussi, son abondance dans un tissu ou un organe est-elle généralement en rapport avec l'activité vitale de celui-ci.

\* \* \*

Il ne suffit pas que les substances qui importent l'énergie pénètrent dans l'organisme; il faut encore qu'elles soient assimilées, qu'elles deviennent partie intégrante des cellules; celles-ci les absorbent et rejettent leurs résidus en des échanges moléculaires auxquels préside l'*osmose*.

La fécondation ne serait qu'un phénomène osmotique. Suivant Y. Delage, le spermatozoïde, en pénétrant l'ovule, se gonfle, se charge d'eau et déshydrate la cellule femelle, comme ferait une solution hypertonique. "On peut dès lors se demander si, dans la fécondation normale, le déterminisme de l'embryo-genèse ne réside pas dans une soustraction d'eau sur l'œuf par le spermatozoïde". Ainsi, des phénomènes osmotiques libèrent l'énergie latente de l'ovule, qui va se segmenter.

C'est aussi la *pression osmotique* qui règle la nutrition et la croissance de l'être en voie d'évolution. La lymphe, véhiculant les lécithines et leurs produits de dédoublement phosphorés, les sels de soude, de potasse et de chaux, et douée d'une certaine concentration moléculaire, arrive au contact des éléments anatomiques des tissus. Ceux-ci, de leur côté, possèdent une pression osmotique d'autant plus forte que les molécules sont plus nombreux; car la nutrition cellulaire consiste dans la désagrégation de grosses molécules complexes instables en un grand nombre de petites molécules simples; et l'on sait que la pression osmotique d'une solution est directement proportionnelle au nombre des molécules qui y sont dissoutes. Les différences de la pression osmotique de chaque côté de la membrane cellulaire déterminent l'incorporation ou l'élimination des substances qui apportent l'énergie.

La dépuration rénale, abaissant la concentration moléculaire du sang, empêche l'isotonie des plasmas intra et extra-cellulaires; elle protège, par suite, et régularise la nutrition des tissus.

D'autres facteurs interviennent encore dans les phénomènes d'accroissement; l'état de perméabilité de la membrane cellulaire et d'affinité spéciale des substances protoplasmiques commandent aussi les mutations nutritives.

\* \* \*

Mais, l'intensité de la pression osmotique dépend elle-même d'une forme de l'énergie dont l'action sur la croissance est très puissante, *l'électricité*.

Morin montra que le courant électrique active les phénomènes osmotiques et fait passer à travers les membranes animales des substances qui, normalement, ne les franchissent pas.

Or, les organismes vivants produisent eux-mêmes cette électricité qui stimule leur nutrition. Tous les actes chimiques qui constituent leur vie, oxydations, dédoublements, synthèses s'accompagnent de phénomènes calorifiques et électrogéniques, en étroite corrélation.

La quantité de chaleur dégagée, proportionnelle à la quantité d'électricité produite, peut servir à la mesurer. Si l'on recherche le nombre des calories dégagées par un être vivant aux différentes époques de son développement, le poids de l'acide carbonique éliminé ou de l'urée excrétée, tous témoins

des oxydations intra-organiques, l'on voit que les combustions sont d'autant plus actives que la croissance est plus accentuée; la production d'électricité est donc aussi proportionnelle à cette dernière.

Tous les tissus, par leurs réactions nutritives, sont électrogènes; la cellule primordiale, l'ovule, est "le premier élément de pile" de l'individu (d'Arsonval). Mais c'est le travail musculaire qui engendre le plus d'électricité. On peut mesurer celle-ci, en régler à volonté le débit, et agir ainsi sur tout l'organisme; aussi la gymnastique est-elle un des plus puissants adjuvants de la croissance.

Le cœur ne diffère pas des autres muscles; l'électricité qu'il produit, conduite par le sérum sanguin, qui est une solution saline, se répand dans tous les tissus; ainsi, "semblable au secteur d'une ville qui envoie la force à tous les points avec lesquels il est relié, le cœur, générateur d'électricité, distribue dans tout l'organisme l'énergie que ses contractions dégagent; cette énergie diffuse dans tous les liquides péricellulaires et active les phénomènes osmotiques dont dépend la nutrition du protoplasma".

Nombre d'expériences démontrent cet effet de l'électricité sur le développement des êtres vivants. Springer, opérant sur des lapins d'une même portée, soumit à l'action des courants faradiques les deux animaux les plus petits et les moins lourds; il leur en fit des applications quotidiennes au niveau des cartilages de conjugaison des membres: au bout de deux mois, la taille et le poids des lapins électrisés dépassaient ceux des témoins.

Les végétaux, comme les animaux, par des processus protoplasmiques semblables, sont générateurs d'électricité organique; Becquerel en a constaté les courants, que Haake a vus influencés par les réactions nutritives; des expériences de Nollet, de Lacépède, on conclut que l'électricité stimule et accélère la croissance des plantes.

Tous les tissus animaux et végétaux produisent donc de l'électricité; l'électrogenèse, en général, est fonction de l'activité du protoplasma.

\* \* \*

Les recherches, dont nous venons de synthétiser les résultats, tendent donc à démontrer que les phénomènes de la croissance

dépendent des matériaux de la nutrition cellulaire ; la lécithine, les sels, etc., sont apportés à l'organisme par les aliments ; l'eau les dissout ; ils pénètrent dans les cellules par des phénomènes d'osmose, qu'influence l'électricité organique. Mais d'où provient cette dernière énergie ?

Utilisant les travaux de Berthelot sur la croissance des plantes, Springer émet, à ce propos, une hypothèse rationnelle. L'électricité atmosphérique active la nutrition des parties superficielles, apparentes, des végétaux, comme le font, dans les expériences, les courants fournis par les machines. D'autre part, dans la terre, autour des racines, fourmillent des microbes, dont la multiplication et les mutations nutritives produisent de l'électricité ; et celle-ci favorise les phénomènes d'osmose qui, selon la loi générale, assurent les échanges entre les liquides des plantes et les matières contenues dans le sol. Ainsi donc, aussi bien sur les végétaux que sur les tissus animaux, parmi les nombreux facteurs de la croissance et de la nutrition, nous voyons toujours figurer deux agents physico-chimiques : la pression osmotique et l'électricité.

En dernière analyse, nous pouvons envisager l'électricité atmosphérique comme un des éléments de l'énergie de croissance. Elle est un des facteurs de cette première synthèse microbienne qui produit l'assimilation par les végétaux des différentes substances inorganiques du sol, azote, phosphore, potasse, etc. ; devenues organiques, celles-ci représentent, emmagasinées à l'état potentiel, la série des énergies qui ont contribué à leur constitution ; absorbées par les animaux, modifiées par une série de réactions chimiques intra-organiques, transformées en substance vivante grâce aux divers ferments solubles, elles dégagent et libèrent sous différentes formes : chaleur, mouvement, électricité, l'énergie qu'elles accumulaient.

\* \* \*

Cette théorie de l'énergie de croissance permet de pénétrer plus avant dans l'étude du mécanisme intime de la croissance. Sa portée pratique n'est pas moindre que son intérêt théorique.

Connaissant les différents facteurs de la croissance, nous pouvons, en les modifiant, en influençant leur mode d'action, stimuler le développement de l'être humain ou le corriger, lorsqu'il est arrêté, ralenti ou dévié.

Il nous est même permis d'entrevoir le moment où, ainsi que

l'on peut mesurer l'énergie calorifique mécanique, lumineuse, électrique, il sera possible de mesurer l'énergie de croissance, en évaluant les modifications, dans un temps donné, du poids, de la taille, du périmètre thoracique; en recherchant les forces qu'elle met en œuvre à l'aide de l'osmomètre, du calorimètre, de l'électromètre, etc.; en analysant les différents produits de désassimilation, qui représentent les déchets de l'énergie libérée.

On pourra apprécier rigoureusement l'intensité de l'énergie de croissance, force colossale, puisque des racines de végétaux, pénétrant dans l'interstice des rochers, font éclater les plus solides et les plus résistants.

### PATHOGENIE DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

PAR M. LE PROFESSEUR COURVOISIER.

Après avoir démontré, à l'aide de statistiques bien établies, qu'on ne peut sérieusement faire intervenir dans cette pathogénie ni l'hérédité, ni le tempérament (goutte, artériosclérose, etc.), ni le mode d'alimentation, M. Courvoisier en arrive à conclure qu'il faut chercher la cause de la lithiasé biliaire dans des troubles locaux ayant leur siège dans les voies biliaires mêmes. Ce qui confirme cette opinion, c'est le fait que l'immense majorité des calculs biliaires se forment dans l'intérieur de la vésicule et que c'est encore de la vésicule que proviennent la plus grande partie des concrétions calculeuses trouvées dans les voies biliaires principales : les petits calculs pigmentaires qu'on rencontre dans les canaux intra-hépatiques ne comptent que pour 1/100e à peine dans la statistique générale des cas de lithiasé biliaire.

Parmi les conditions qui favorisent la formation des calculs biliaires, il faut placer au tout premier rang celles qui occasionnent un ralentissement du cours de la bile : tels, par exemple, le défaut d'exercice, l'atrophie de la musculature de la vésicule chez les vieillards, la constipation habituelle, les grossesses répétées chez la femme, mais surtout la compression par les ceintures et le corset qui, particulièrement chez la femme, provoquent la stase biliaire par compression directe ou indirecte du foie et des canaux biliaires ou par tiraillements et déformations de ces derniers.

Mais, à côté de la stase biliaire, il convient de faire intervenir

dans la pathogénie de la cholélithiase une altération des voies biliaires. Peut-être est-ce ainsi qu'agit la congestion veineuse qui se produit dans le foie et dans les voies biliaires au cours de certaines affections cardiaques (Ebstein, Kimura). En tout cas, ce qui paraît hors de doute, c'est l'influence, à ce point de vue; des processus catarrhaux desquamatifs des voies biliaires, angio-cholite et cholécystite • (*steinbildender Katarrh* de Meckel von Hemsbach) qui succèdent si fréquemment à toutes sortes d'affections intestinales (fièvre typhoïde principalement).

Deux substances surtout entrent dans la composition des calculs biliaires; ce sont la cholestérine et la bilirubine à l'état de composé calcique. La première ne doit pas être considérée comme un produit de désassimilation générale simplement filtré par le foie ni comme un produit de sécrétion propre, spécifique, du foie; elle se forme dans les voies biliaires mêmes et résulte d'un amalgame de bile et de cellules desquamées. La bilirubine à l'état de composé calcique ne préexiste pas non plus dans la bile, où elle se trouve combinée normalement au sodium; pour qu'il se forme un composé calcique de bilirubine, il faut que la soude soit déplacée par de la chaux en excès dans la bile, chaux qui a toujours une provenance pathologique et ne peut provenir que des débris épithéliaux d'une muqueuse malade.

Des calculs de cholestérine pure peuvent prendre naissance sans que la bile participe à leur formation, par exemple à l'intérieur de vésicules qui depuis longtemps, en raison d'une sténose complète du canal cystique, n'ont plus reçu la moindre goutte de bile fraîche. Naunyn a pu suivre les différents stades de formation de tels calculs aux dépens des débris de desquamation épithéliale. Quant aux calculs de bilirubine calcique, la bilirubine qui entre dans leur composition ne peut provenir exclusivement que de la bile, par conséquent du foie, et la chaux exclusivement de cellules épithéliales altérées; cette dernière origine est aussi celle des calculs de carbonate ou de phosphate de chaux qu'on remonte, tout à fait exceptionnellement dans les voies biliaires.

Pour terminer, ajoutons que, dans ces derniers temps, on a réussi à provoquer expérimentalement chez des animaux la formation de calculs biliaires. Il a suffi pour cela de ralentir le

cours de la bile chez les animaux (par exemple, grâce à une ligature lâche du canal cystique) et de déterminer en même temps des lésions infectieuses de la muqueuse vésiculaire par l'injection de cultures microbiennes peu virulentes (colibacilles, bacilles typhiques et autres). L'expérimentation vient donc confirmer le bien fondé de la théorie pathogénique qui fait de la lithiase biliaire une affection essentiellement locale prenant son origine dans les canaux biliaires excréteurs et plus particulièrement dans la vésicule biliaire.

---

### LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SALICYLATE DE SOUDE

PAR M. LE DOCTEUR MENDEL.

Certains auteurs ne reconnaissent pas l'action réellement spécifique du salicylate de soude dans le rhumatisme, car ils ne savent pas différencier le rhumatisme vrai du pseudo-rhumatisme.

Les applications externes de préparations salicylées à faible dose permettent d'obtenir de bons résultats dans le traitement du rhumatisme vrai : or, en pareil cas, c'est bien par la voie sanguine qu'agit le médicament, dont aucune parcelle n'atteint directement ni les articulations ni les muscles malades. Aussi est-il préférable d'administrer le salicylate par la voie sous-cutanée, qui permet d'en faire un dosage plus exact, d'en employer de moindres quantités.

Quoique 30 ou 40 centigrammes suffisent à faire disparaître le gonflement et la douleur chez les malades apyrétiques, ces injections sont douloureuses. Aussi Mendel a-t-il cherché à remplacer la voie sous-cutanée par la voie intra-veineuse. Cette dernière est plus efficace et moins douloureuse, mais elle exige certaines précautions.

Le salicylate de soude, en effet, à 20 pour 100, altère rapidement les globules sanguins et l'endothélium veineux, ainsi qu'on peut le constater sous le champ du microscope; mais, d'autre part, l'expérimentation démontre que plus la veine injectée est gorgée de sang, moins nocifs sont les effets de cette solu-

tion. L'addition de caféine rend l'injection moins irritante, et Mendel a pu sans inconvénients employer la formule suivante :

Salicylate de soude . . . . .	8,75
Caféine. . . . .	1,25
Eau distillée . . . . .	50,00

Pour pratiquer l'injection, il faut choisir une veine suffisamment grasse, y provoquer une stase sanguine en faisant étendre complètement le membre (le bras par exemple) et en appliquant un lieu constricteur au-dessus du point choisi; aussitôt l'injection faite, on enlève la ligature, afin que la solution se dilue rapidement dans le liquide sanguin et ne produise pas d'effets fâcheux. Il faut chaque fois choisir une autre veine. De la sorte, Mendel a pratiqué 300 injections sans aucun accident ni local ni général.

Il emploie 2 grammes de la solution, et, suivant l'intensité des phénomènes morbides, il renouvelle l'injection au bout de douze heures et même de trois jours.

Les effets de cette médication sont excellents et rapides dans le lumbago, dans la sciatique rhumatismale, dans la fluxion polyarticulaire rhumatismale; quelques seringues suffisent à faire disparaître la douleur et le gonflement.

Lorsque le rhumatisme articulaire s'accompagne de fièvre, celle-ci ne paraît pas tout d'abord influencée par le salicylate: quoique la douleur et le gonflement disparaissent, la température reste aussi élevée après l'injection; le lendemain d'autres jointures sont tuméfiées, mais d'une manière moins intense, la fièvre est un peu moins forte, et peu à peu elle diminue, et ne reparait plus au bout de 5 ou 6 injections, non plus que la tuméfaction articulaire. Comme il est prouvé que souvent la médication interne jugule rapidement la fièvre, il semble logique de recourir tout d'abord à ce genre de médication en cas de pyrexie.

Les injections intraveineuses paraissent surtout indiquées quand la voie buccale ne donne pas ou plus de résultats, quand il y a persistance ou récurrence des fluxions articulaires.

Elles n'occasionnent aucun accident secondaire: sudations, bourdonnements d'oreille, irritation rénale, troubles digestifs.

## NOUVELLE METHODE POUR CALCULER LA RAPIDITE D'EVACUATION DE L'ESTOMAC

PAR MM. J. C. ROUX ET LABOULAIS.

La muqueuse gastrique absorbant une très petite quantité de solution aqueuse de sel, nous avons eu recours à une solution de phosphate disodique pour apprécier la motricité gastrique. L'expérience nous a montré que sur un chien muni à la fois d'une fistule gastrique et d'une fistule duodénale on retrouvait à 2 pour 100 près dans le duodénum tout le sel évacué de l'estomac. Même en faisant séjourner pendant une heure dans l'estomac du chien, le pylore étant oblitéré, une solution étendue de phosphate de soude, l'évacuation gastrique oscille autour de 7 pour 100 de la quantité totale de sel introduit. On ne commet donc en pratique qu'une erreur minime en admettant que tout le sel évacué de l'estomac est passé dans le duodénum.

D'autre part, sans rien préjuger des échanges d'eau au niveau de la muqueuse gastrique, la dilution de la solution primitivement introduite dans l'estomac permet d'apprécier l'abondance de la sécrétion gastrique.

---

### INTERETS PROFESSIONNELS

Monsieur le rédacteur en chef,

Nous serions très heureux d'attirer l'attention de nos confrères de langue française habitant Montréal, ou le district de Montréal, sur la fondation du "McGill Journal Club".

Le but que nous avons eu en vue en fondant cette nouvelle société est le suivant : La bibliothèque médicale de l'Université McGill jouit d'une réputation très enviable parmi les autres bibliothèques de ce continent; cependant la liste de ses périodiques est loin d'être complète, et plus d'un d'entre nous, à la recherche d'un renseignement, a entendu la désagréable réponse : "Nous n'avons pas ce journal". C'est pour remédier à cet état de choses que le "McGill Journal Club" s'est fondé.

La société a été formée avec une soixantaine de membres, comprenant la majorité des professeurs et des agrégés de la

Faculté de Médecine. Le prix de la souscription a été fixé à \$2.00 par an, et les fonds de la société seront consacrés à payer l'abonnement des différents journaux périodiques médicaux que ne reçoivent ni la bibliothèque ni les laboratoires. Ces journaux seront conservés sur des rayons spéciaux de la bibliothèque de la Faculté, et les membres de la société auront le droit de les emporter chez eux, conformément aux règles et usages actuellement en vigueur à la Faculté pour les autres journaux.

Mais nous tenons tout spécialement à faire un appel cordial à nos confrères de langue française, et à leur dire que les autorités de la bibliothèque de McGill feront tous leurs efforts pour leur réserver le plus cordial accueil, s'ils veulent bien joindre leurs efforts aux nôtres. Tout médecin français qui nous fera l'honneur de venir à la bibliothèque sera le bienvenu, et les portes lui en seront ouvertes toutes grandes, et est-il besoin d'ajouter gratuitement. Il est certain que nos confrères français, aussi bien que nos confrères anglais ont rencontré la même difficulté à creuser un sujet faute de documents. C'est pour cela que nous faisons appel à tous nos confrères et leur demandons instamment de joindre leurs efforts aux nôtres en faisant partie de notre club, qui est et sera toujours indépendant de l'Université ou de la bibliothèque. Nous venons en aide à la bibliothèque en nous abonnant à des journaux qu'elle ne reçoit pas; en échange, elle nous offre la place nécessaire pour garder nos collections qui, à la fin de chaque année, seront données à la bibliothèque.

La bibliothèque McGill possède déjà un nombre respectable de livres et de journaux français (*vide infra la liste*). Notre club, lui-même, a déjà décidé de recevoir les journaux français suivants :

- Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires,
- La Clinica Chirurgica,
- La Revue d'Orthopédie,
- Annales de Gynécologie,
- Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie, et de Rhinologie,
- Annales d'Oculistique,
- La Presse Médicale,

La Gynécologie,  
 Revue de Gynécologie et de Chirurgie,  
 Revue Suisse Romande,  
 La Presse Médicale Belge,  
 Il Policlinico.

Le nombre en augmentera à mesure que le nombre de nos confrères français augmentera.

Liste des journaux médicaux français que reçoit la bibliothèque de McGill :

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,  
 Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique.

Archives Provinciales de Chirurgie,

Archives de Neurologie,

Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris,

Comptes rendus de la Société de Biologie,

Gazette des Hôpitaux,

Journal d'Anatomie et de Physiologie,

La France Médicale.

Le Progrès Médical,

La Semaine Médicale,

Revue de l'École d'Anthropologie de Paris.

Revue de Chirurgie.

Revue de Médecine

DR. ARCHIBALD.

## LE CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

On vient de tenir, dans la ville de St-Louis, Missouri, E.-U., un congrès international contre la tuberculose. L'importance du sujet avait attiré un grand nombre de médecins de toutes les parties des deux Amériques. L'Europe n'avait envoyé aucun représentant, car, à la même date, se réunissait, à Paris, le Congrès International de la tuberculose. Celui de St-Louis s'occupait plutôt de questions locales, d'hygiène, de prophylaxie, de la tuberculose et des mesures légales à prendre pour en enrayer la marche. Ce fut un congrès pan-américain. Les gouvernements du Brésil, du Pérou, de différents États-Unis, du Nouveau-Brunswick et de la province d'Ontario avaient des

représentants officiels, il n'y avait qu'un médecin de la province de Québec.

Notre gouvernement n'était pas représenté pour l'excellente raison que nous n'avions pas été invités. Après cet acte de courtoisie intentionnelle, il n'est pas permis, ni à un journal de la ville de New-York, ni à un citoyen de la province d'Ontario, d'accuser la nationalité canadienne-française d'indifférence en matière d'hygiène ou d'indifférence dans la lutte à faire contre la tuberculose. Il n'est pas dans notre habitude de toucher ici aux questions de nationalité. Mais nous ne permettront pas que l'on nous accuse sans raison. Que l'on se persuade bien que les médecins de notre province de Québec ou de Montréal ne sont en aucun point inférieurs à ceux de la province d'Ontario ou de Toronto, de même que nous croyons que les médecins ou les hygiénistes des autres provinces sont égaux aux nôtres.

Pourquoi Québec n'a-t-il pas été invité à se faire représenter au congrès de St-Louis? Pourquoi Ontario avait-il trois délégués? Il serait peut-être piquant de connaître les raisons de cette préférence. Quoi qu'il en soit, dans cette importante assemblée, l'on a discuté bien des sujets, agité d'importants problèmes; l'on possède encore une nouvelle preuve que dans toutes les parties du monde il existe des médecins, véritables philanthropes de l'humanité, qui pensent, travaillent et cherchent à vaincre notre ennemi commun, la *tuberculose*.

L'on a jeté les bases d'un grand mouvement, car ce congrès convoque tous les esprits bien pensants à s'unir pour lutter contre le *peste blanche*.

Les avocats, les notaires, les ingénieurs sanitaires, les officiers de santé, les philanthropes, etc., etc., tous sont convoqués à prendre part aux délibérations et à apporter le fruit de leurs expériences. Les meilleurs résultats découleront du groupement de tous ces efforts. Les besoins d'argent ne sont pas un obstacle au bon fonctionnement de notre administration; un archi-millionnaire vivant à Venise ne sachant que faire de son argent, met sa bourse au bon fonctionnement de l'administration.

---

Prenez garde de donner à la vertu l'intérêt pour base car la vertu intéressée s'appelle l'*égoïsme*.

## NOUVELLES.

Mardi, le 5 octobre, *La Société Médicale de Montréal* a fait le choix des officiers suivant pour l'année 1904-1905.

M. Oscar Mercier, Président.  
M. R. Boulet, Vice-Président.  
M. E. Ethier, Trésorier.  
M. A. Laramée, Secrétaire.

---

Jeudi, le 13 octobre, M. le professeur Paul Courmont, de l'Université de Lyon, a donné à l'Université Laval une instructive conférence sur le séro diagnostique dans la tuberculose.

---

Le 27 septembre notre Collège Médical a élu les officiers de son bureau de direction.

M. E. F. Lachapelle, Président.  
M. Brochu, Vice Président.  
M. J. B. McConnell, Vice-Président.  
M. Marsolais, Régistrare.  
M. Jobin, Trésorier.  
M. J. A. Macdonald, Secrétaire.

---

M. le docteur L. P. Hommond, de Rome, G., recommande les tablettes laxatives antikamnia comme étant un des meilleurs remèdes contre la constipation et l'intoxication par les ptomaines.

---

La grève des typographes a retardé de 15 jours la publication de ce numéro; le prochain paraîtra à date régulière comme auparavant.