

Pages Missing

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

SANTE

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

La Thérapeutique Ecclésiastique, Physiologique et Physico-chimique, par M. Dr LE CAVELIER. 300

Importance physiologique et thérapeutique des alcalins et des alcalins-terreux, par M. le prof. ANTONIO CURCI. 312

Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des médicaments, par M.M. ARNONYAN CARLES. 317

De l'application méthodique des agents physiques et principalement de l'application méthodique en kinésithérapie, par M. le Dr P. FOUINDE. 319

La réduction des niqués dans le mal de



Bright par M. VIDAL 321

Méningite spinale circonscrite et fausses tumeurs de la moelle épinière..... 323

Le signe de Jellinek dans le syndrome de Basedow..... 329

Diagnostic différentiel entre l'hyperparathyroïdisme et les affections des annexes..... 335

Un cas d'ostéomalacie guérie par l'adrénaline..... 340

Etude d'un cas de diabète grave. Discussion de l'origine traumatique..... 345

La stase intestinale chronique..... 348

Nephrectomie et grossesse..... 352

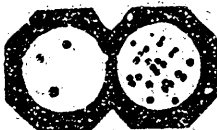
Nouveaux Scientifiques..... 256

SCIENCE

LA PUBLICITE GENERALE

COSMOS LTEE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE V. ALISÉ, PROTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIQ, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIROP : une cuillère à soupe à chaque repas.
 pour le Canada: Rougier Frères, 63, N. E. Desj. St. Montréal
 pour les États-Unis: Fougère & Cie, 31, L.ckmann Street, N.-Y.

DEPOTS

LE MONTRÉAL-MÉDICAL,

Vol. 9

25 Septembre 1909

N° 7

XVI^e Congrès International de Médecine

LA THÉRAPEUTIQUE ÉCLECTIQUE PHYSIOLOGIQUE & PHILOSOPHIQUE

Communication de M. le Docteur Le Cavelier.

(Volume de 550 Pages)

Section V

Budapest, le 29 août 1909.

L'hygiène et la thérapeutique reçoivent chaque jour une orientation plus précise des progrès de la microbiologie et de la médecine expérimentale, de l'étude plus approfondie de la physique et de la chimie biologiques et de nos connaissances de plus en plus complètes sur la composition des aliments et leur métabolisme physiologique.

Les vérités thérapeutiques, comme la lumière, nous viennent rapidement de plusieurs points en même temps et le praticien occupé ne peut que constater les faits et utiliser les moyens les plus favorables au traitement de ses malades.

Après avoir visité les principaux hôpitaux de toutes les grandes Capitales, il nous a paru intéressant de grouper en une « gerbe thérapeutique » les procédés les plus nouveaux et les plus efficaces dans l'art de guérir et de les unir étroitement par les liens de l'anatomie normale et pathologique, de

la physique et de la chimie biologiques, de la physiologie et de la pathologie générales.

Ces souvenirs anatomo-physiologiques mettent en mémoire la logique harmonieuse de l'ensemble de l'organisme et facilitent le choix d'une médication judicieuse.

Le thérapeute ne doit pas s'astreindre à l'étude d'un seul système ou d'une seule doctrine, mais bien avoir des idées générales, des vues étendues sur tous les constituants de l'organisme et sur la pathologie tant locale que générale pour en déduire des conclusions pratiques auprès du malade.

Après avoir donné une définition de la maladie, nous rappelons l'anatomie et la physiologie de la partie atteinte et exposons le rôle des toxi-infections ou des auto-intoxications qui peuvent éclairer le tableau pathogénique et orienter la thérapeutique.

En pathologie, il faut toujours voir et apprécier, en même temps que le trouble fonctionnel ou la lésion d'un organe, la physiologie de l'appareil qui joue le rôle supplémentaire et la solidarité de toute l'économie.

En thérapeutique, l'on doit considérer l'action d'un traitement sur l'ensemble de l'organisme avant d'en voir uniquement l'effet sur la partie malade.

Dans le choix des moyens que nous préconisons pour combattre la maladie, nous mettons en pratique les principes suivants :

- 1° Les soins d'ordre hygiénique ;
- 2° Le régime diététique ;
- 3° La psychothérapie ;
- 4° La physiothérapie ;
- 5° Une médication pragmatique, éclectique et physiologique.

Nous avons donné une large place à la diététique qui est la base de la vie cellulaire et de la chimie biologique.

Nous mettons largement au profit des malades les récents travaux de laboratoire qui nous ont fait connaître la prodigieuse action des ferments, les propriétés que possèdent les substances colloïdales ultra-microscopiques, organi-

ques ou métalliques et les résultats heureux que donnent les sérums antitoxiques et vaccino-gènes. Nous attachons aussi une grande importance à la physiothérapie dont la valeur nous est démontrée par les excellents effets qui suivent l'application des agents physiques.

Dans les affections des voies respiratoires et pour le traitement des maladies contagieuses, nous recommandons l'emploi méthodique de l'Olfactothérapie. Nous donnons ce nom à tout produit volatil, agréable à l'odorat, et possédant des propriétés thérapeutiques tant locales que générales. La physiologie nous apprend que des inhalations d'odeurs désagréables sont suivies d'une diminution de la quantité d'air inspiré et d'une contraction réflexe des vésicules pulmonaires (environ 2.000 millions, d'après Sappey); les inhalations d'ions volatils qui flattent l'odorat augmentent l'amplitude de la respiration, dilatent les vésicules pulmonaires et permettent de réaliser un véritable lavage du poumon. Sans insister sur l'action locale de l'olfactothérapie et sur ses effets concernant les sécrétions psychiques de la plupart des glandes de l'économie, nous rappelons que Claude Bernard a montré la grande puissance d'absorption que possèdent les muqueuses de la trachée et des bronches. Nous préconisons l'usage des huiles essentielles aromatiques parce que leurs ions volatils peuvent être utilisés par les ferments lipolytiques du poumon; le pouvoir antiseptique et de pénétration de ces substances est connu depuis la plus haute antiquité et elles ont réussi à conserver durant plusieurs milliers d'années des tissus anatomiques que nos microscopes peuvent reconnaître aujourd'hui. Ces produits volatils sont particulièrement indiqués dans les affections des voies respiratoires et contre les maladies qui se transmettent par l'air.

Toute la médication prescrite est physiologique en ce sens qu'elle vient utilement en aide au malade par tous les moyens efficaces et qu'elle cherche à seconder la nature, sans jamais se substituer à elle, pour produire des réactions de défenses physiologiques capables de ramener l'organisme en équilibre normal de santé.

Cette thérapeutique a son côté philosophique par les explications que nous développons pour montrer et démontrer les indications ou les contre-indications de tels remèdes, leurs différents effets sur la partie malade et sur l'ensemble de l'organisme. « Il faut, a écrit Hippocrate, rallier la philosophie à la médecine et la médecine à la philosophie, car le médecin philosophe est égal aux dieux. »

Il existe une philosophie de la thérapeutique parce que le praticien instruit est appelé à tout moment à agir avec discernement dans la mise en pratique de toutes ces connaissances acquises pour traiter *le malade* et *la maladie*.

En clinique, l'on ne peut séparer la pathologie de la physiologie et de la psychologie si l'on veut arriver à des déductions pratiques. Nous avons fait un résumé succinct de la *philosophie pragmatique* de la médecine et tenté d'expliquer, autant que possible, la raison d'être et le mode d'action des remèdes choisis afin d'augmenter la confiance en la thérapeutique.



Importance physiologique et thérapeutique des alcalins et des alcalins-terreux

Congrès de Budapest

Communication de M. le Prof. ANTONIO CURCI (Catania)

D'après les expériences de Boussingault et de Dally, l'addition d'un excès de sel marin à la nourriture des herbivores augmente leur appétit et produit un engraissement plus rapide. On sait que sous l'influence de sel marin, la quantité d'urée excrétée augmente notablement, ainsi que la température animale. S'élèvent aussi le nombre des globules du sang et la quantité de fibrine.

Kemmerich a fait voir que lorsqu'on nourrit de jeunes chiens avec la viande épuisée de ses sels solubles par l'eau bouillante, ces animaux, sans pour cela s'amaigrir, perdent toute activité et tombent dans la tristesse; tandis que si l'on joint à la viande lavée par l'eau, les sels solubles du bouillon, ils augmentent rapidement de poids et deviennent vigoureux et intelligents. L'addition à la viande du sel marin seulement est insuffisante à produire cet effet.

D'après J. Forster, si l'on soumet un certain temps les chiens à l'usage d'une alimentation exempte des sels de la viande et du pain, le suc gastrique finit par être en grande partie privé de son acidité, les phosphates et les sels de soude disparaissent des urines; mais bien auparavant l'animal perd toute vivacité et demeure constamment au repos et comme accablé. E. Bischoff, en nourrissant un chien exclusivement avec du pain observa les mêmes phénomènes et au bout de quelques jours l'animal était pris de paralysie des membres postérieurs et succombait infailliblement.

Je puis confirmer pleinement tous ces résultats sur les chiens. Sur les poules de longtemps j'ai observé que l'addition de carbonate de chaux et de chlorure de sodium au son, les rend plus fécondes, plus nourries et exemptes de maladies (choléra, diphthérie, etc.).

Chez les végétaux les sels de potassium, calcium et magnésium ont la plus haute importance pour leur développement, où il sont indispensables. Le chlorure de sodium, quoique ne fait partie constituante, sa présence provoque une végétation plus vigoureuse, un accroissement plus vif outre les rendre plus résistants aux maladies parasitaires et les préserver des champignons (peronospora, etc.).

Donc, les sels stimulent les éléments anatomiques, dont ils augmentent le pouvoir d'attraction (tropisme) sur les substances nutritives, ils accroissent l'assimilation, font dégager plus abondante énergie, élèvent la thermogénèse et favorisent l'oxydation; en un mot, ils sont indispensables à la vie.

Rôle des matières minérales sur les sécrétions.

Les alcalins et alcalins terreux font partie intégrante des

sécrétions, font accomplir le procès de la digestion et de l'absorption intestinale, sont indispensables pour la sécrétion rénale, etc.

Des sécrétions il y en a des alcalines ou à réaction basique et d'autres à réaction acide : dans les deux la réaction dépend des sels.

Pour les sécrétions il y a une loi, savoir : l'alcalinité provoque une sécrétion acide, et l'acidité provoque une sécrétion alcaline.

En effet les aliments, qui tous généralement sont acides, qu'alors ils sont plus agréables, déterminent la sécrétion salivaire, alcaline. La salive avec la mastication neutralise l'acidité des mets ; le bol alimentaire, ainsi alcalinisé par la salive, dans l'estomac excite la sécrétion acide du suc gastrique. Celui-ci forme le chyme acide, qui à son tour, dans l'intestin provoque les sécrétions alcalines du pancréas, du foie, de l'intestin grêle. Ici la masse alimentaire alcalinisée est propre pour être absorbée par le chylifère, et le résidu non absorbé passe dans le gros intestin, où il provoque la sécrétion et l'élimination d'un grand nombre de matières excrémentitielles acides avec la chaux, la magnésie, le fer, etc.

Ces alternes sécrétions ne peuvent pas procéder normalement que en vertu des matières minérales. Souvent la loi susdite vient troublée à cause de diverses circonstances de la vie.

D'ailleurs, l'expérience nous apprend que en renversant la réaction chimique on renverse la sécrétion, qui vient troublée ou arrêtée. En effet avec les alcalis on n'a pas la sécrétion salivaire ; avec les acides on n'a pas la sécrétion gastrique acide, mais une sécrétion muqueuse alcaline, avec un matériel alcalin ; dans l'intestin on n'a pas les sécrétions alcalines digestives.

On sait par expérience qu'en introduisant dans l'estomac du bicarbonate alcalin on a une sécrétion abondante acide très digestive, en revanche introduisant des acides on a une sécrétion anormale alcaline muqueuse.

Dans la vie ordinaire il arrive souvent qu'on fait des dé-

sordres diététiques : alors les aliments très acides, copieux et non bien salivés, n'excitent pas la sécrétion gastrique, en suite une indigestion ou une hyperacidité. C'est l'effet de la loi violée. Avec une solution de bicarbonate sodique, qui neutralise l'acidité excessive et excite la sécrétion normale suspendue, excite les mouvements de l'estomac, supplée au manque de la salive et achève la digestion.

Toutes les fois qu'il y a hyperacidité ou il y a faiblesse de l'estomac (refroidissement, état catarrhal, chagrins, surmenage, hystérisme, etc.), le bicarbonate de soude est le meilleur excitant de l'estomac, neutralisant l'acidité anormale et provoquant la vraie sécrétion digestive.

De la réaction alcaline de la salive dépend une bonne digestion. Lorsque la salive est insuffisante ou anormalement acide on a mauvaise digestion et trouble de la nutrition générale. Ce défaut est compensé avec un traitement alcalin, savoir avec l'usage des bicarbonates de soude et de potasse.

Souvent on est sujet à une intoxication acide : maladies du tube gastroentérique, de la peau, des nerfs, de la nutrition, l'uricémie, la goutte, le diabète, la neutrasthénie, la faiblesse, le malaise, l'insomnie, la constipation et plusieurs souffrances, qui rendent la vie malheureuse, en sont la conséquence.

Par l'intoxication acide l'organisme est déminéralisé, en conséquence il est nécessaire le traitement alcalin et minéral ensemble.

J'ai été victime d'une intoxication acide et je puis attester combien est utile l'usage constant du bicarbonate de soude : l'uricémie, l'asthénie, l'insomnie, les désagréables et ineffables souffrances, la constipation, le facile épuisement, etc., disparaissaient par enchantement.

On sait que dans la goutte et dans le diabète, le traitement alcalin quelquefois donne la guérison et presque toujours une notable amélioration.

Les composés de sodium doivent être préférés et toujours usés, car le sodium, c'est l'élément, comme l'hydrogène, vrai excitant sur le lieu directement et par le moyen de la

circulation du sang. C'est lui, avec l'ammoniaque, qui donne principalement l'alcalinité aux humeurs, sans quoi les phénomènes intimes de la vie ne peuvent pas s'accomplir.

Encore la sécrétion rénale est bien en dépendance des alcalins, qui influent physiquement et chimiquement. Tous les alcalins augmentent la pression sanguine et pour cela la diurèse aussi.

Ils protègent l'organisme de l'action mortisante des acides et le débarrassent de leur présence, en les transportant salifiés aux sécrétions.

Des glomérules sortent les phosphates neutres ou basiques qui dans les canalicules deviennent acides. Les chromates, les stannates, les cantharidates dans les reins en se décomposant, produisent l'inflammation ; les oxalates alcalins solubles dans les reins deviennent oxalates de chaux insolubles ; il est douteux si par les épithéliums viennent excrétés des acides ; on doit déduire que dans les reins tous ces sels viennent décomposés sous l'influence électrolytique des épithéliums. Ainsi, une partie de la base séparée rentre dans le sang pour accroître son alcalinité, tandis que le sel change de composition et certains acides libérés mortisent les épithéliums, donnant lieu à l'inflammation rénale.



Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des médicaments

Par MM. ARNONYAN et CARLES

Extrait du rapport présenté au Congrès de Budapest.

Le rôle éliminateur des leucocytes, les exhalaires, les métastases. Les leucocytes se comportent à l'égard de certaines toxines, comme à l'égard des remèdes que nous avons étudiés ; ils s'en emparent, les charrient à travers l'organisme, les portent vers divers organes, et sans doute aussi vers les points lésés ou ulcérés. Ils forment ainsi ces flux leucocytaires, si bien étudiés récemment par E. Feuillée, et dont l'action pathogène est si importante au point de vue des scléroses. Les plaies cutanées, les ulcérations, les surfaces suintantes de l'eczéma forment ainsi une voie d'élimination toute naturelle pour les toxines incorporées aux globules blancs. D'autre part, ces flux leucocytaires ne sont pas immobilisés aux points où ils se sont d'abord portés ; ils peuvent très bien se déplacer, quitter un organe pour un autre, envahir d'abord le foie, puis se porter aux bronches ou se perdre enfin au niveau d'une lésion de la peau ou de l'intestin.

« L'appétence éliminatrice », suivant le mot si caractéristique de Feuillée, la tendance qui les pousse à rejeter hors de l'économie les substances étrangères, toxines ou remèdes dont ils sont chargés, peut les faire émigrer d'un point vers un autre sans que nous puissions bien saisir les raisons qui président à ces mystérieux déplacements. Mais quelles que soient ces lois, ne voyons-nous pas que ces faits nous ramènent insensiblement à l'idée ancienne des métastases et

à la pratique des exutoires. Il serait assez curieux de voir ces vieilles doctrines, aujourd'hui si décriées, trouver un regain de jeunesse dans l'étude du rôle des leucocytes en thérapeutique. Reconnaissons, d'ailleurs, que ces derniers points sont purement hypothétiques.

CONCLUSIONS

1° Les leucocytes sont les agents d'absorption d'un certain nombre de substances médicamenteuses.

2° Ce rôle d'absorption n'est que l'application aux médicaments de la fonction phagocytaire étudiée par Metchnikoff.

3° Les leucocytes portent les médicaments, dont ils sont chargés, soit dans les divers tissus ou les organes où ils peuvent les emmagasiner, soit au niveau des organes d'élimination, des foyers inflammatoires ou des lésions extérieures par où ils les rejettent. La modalité de cette répartition varie avec chaque remède.

4° Les globules blancs se comportant avec certaines toxines, comme avec certaines substances médicamenteuses; on pourrait trouver dans ces faits quelques raisons de justifier par la physiologie nouvelle la vieille doctrine des métastases et des exutoires.

De l'application méthodique des agents physiques et principalement de l'application méthodique en kinésithérapie

Par le Docteur P. KOUINDJY

Chargé, du service de Rééducation et de Massage, à la Clinique Charcot de la Salpêtrière, Président de la Société de Kinésithérapie.

Communication au Congrès de Budapest.

SECTION V°

Conclusions :

1° Les agents physiques présentent un ensemble de moyens thérapeutiques pouvant être soumis à une réglementation appropriée, comme les autres moyens utilisés en thérapeutique.

2° L'application des agents physiques en thérapeutique doit varier non seulement suivant chaque maladie, mais aussi selon chaque malade et même selon chaque phase de la même maladie.

3° Leur application doit être soumise à une série de règles basées, d'une part, sur les propriétés physiologiques de chacun de leurs éléments constitutifs et, d'autre part, sur leur action thérapeutique et rétrospective dans chacune des affections traitées.

4° Leur application doit donc être réservée aux médecins seuls, et surtout à ceux de nos praticiens qui se sont suffisamment familiarisés avec leur emploi.

5° Leur application, comme agents thérapeutiques doit être interdite aux empiriques, gens sans aucune préparation médicale et n'ayant aucune notion clinique et thérapeutique de l'affection à soigner. Les titres « masseuse ou masseur diplômés » « masseuse suédoise » ou autres étiquettes ne servent que pour masquer les procédés des rebouteurs et des guérisseurs du vieux temps.

6° L'application empirique des agents physiques en thérapeutique est également nuisible aux malades et au corps médical. Aux malades, les empiriques présentent un champ thérapeutique de hasard, où souvent les patients sont victimes de l'ignorance et de la brutalité de ceux que l'indifférence de quelques-uns de nos confrères a investis d'un pouvoir de guérir toutes les maladies. Au corps médical, les empiriques enlèvent un nombre considérable de malades dignes d'un traitement plus en rapport avec l'état de la science médicale actuelle.

7° L'application méthodique des agents physiques en thérapeutique devient, par conséquent, indispensable au double point de vue, professionnel et scientifique. A ce double point de vue l'application méthodique peut présenter une arme puissante dans la lutte contre les empiriques en thérapeutique ; car la confiance dont jouissent encore ces guérisseurs modern-style, provient de ce fait que beaucoup de nos confrères traitent les agents physiques par le mépris ou l'indifférence, et les abandonnent aux gens dépourvus de toutes notions médicales. Notre modeste travail a pour but de montrer que ceux de nos confrères qui agissent de la sorte ont tort vis-à-vis de leurs malades, ainsi que vis-à-vis de leur propre profession.

La réduction des liquides dans le mal de Bright

Par M. WIDAL

Dans la dernière séance, MM. Huchard et Fieessinger ont montré que, dans l'asystolie avec dilatation rapide du cœur, la réduction des liquides appliquée comme médication d'urgence peut sauver les malades d'une mort imminente.

Leur travail appelle l'attention sur l'intérêt qu'il peut y avoir à surveiller la quantité de liquide absorbée par certains malades. Cette surveillance doit s'appliquer, suivant M. Vidal, à tous les brightiques, qu'ils soient ou non surchargés d'œdèmes. La mesure des liquides à prescrire est un des points de diététique le plus souvent négligés, et cela alors même que l'on fournit les indications les plus précises sur les autres points du régime. Van Noorden a fait voir cependant combien était nuisible l'abus des liquides chez les malades atteints de néphrite interstitielle.

D'une façon générale, un malade, même très œdémateux, supporte très bien l'absorption quotidienne de deux litres de liquide. C'est cette dose que M. Vidal commence en général par prescrire. Chez certains sujets, elle peut encore être excessive, même en dehors des phases critiques de cardiectasie, on voit des malades chez qui la déchloruration est plus facile et le retour de l'hydratation moins menaçant si la dose des liquide est réduite à 1500 et même 1000 grammes par 24 heures.

La pratique qui consistait jadis à imposer le régime lacté à tout brightique sans distinction le conduisait facilement à l'abus des boissons. La surcharge de liquide fatiguait leur cœur, leurs vaisseaux et leurs reins et rendait plus facile l'hydratation des tissus dans les périodes où les chlorures étaient retenus. Le lait, tout en étant un aliment utile au cours de certaines néphrites, seul ou comme appoint dans le régime lacto-végétarien, ne doit pas être considéré comme l'ali-

ment inoffensif qu'on peut donner sans compter à tous les brightiques

L'emploi des régimes mixtes hypochlorurés, dans lesquels comme M. Vidal l'a montré avec M. Javal, on peut faire entrer, suivant les médications, des aliments divers, permet de réduire la quantité des chlorures et de mesurer à volonté les trois principes fondamentaux : graisse, hydrate de carbone et albumine tout en restreignant la quantité de liquides au gré du médecin.

L'Hémoptysie essentielle supplémentaires des Règles existe-t-elle

Par M. Alfred MARTINET

Peu de symptômes ont une valeur séméiologique aussi caractérisée que l'hémoptysie. De façon quasi constante, elle extériorise une affection pulmonaire ou cardiaque, ou une diathèse hémorragique avérée ou latente. Il est toutefois une modalité d'hémoptysie sur laquelle on a beaucoup discuté et dont la signification diagnostique et pronostique peut être toute différente : c'est l'hémorragie supplémentaire des règles.

Pour nombre d'auteurs, de phthisiologues, en particulier, cette hémoptysie supplémentaire des règles serait, de façon constante, symptomatique d'une bacillose pulmonaire évidente ou menaçante.

On observe, en effet, ce symptôme, soit isolé, soit répété, dans maints cas de bacillose pulmonaire féminine; l'observation en est banale.

Mais il nous est arrivé aussi de l'observer dans des cas où toute idée d'affection organique pouvait être cliniquement écartée et

où une observation ultérieure très prolongée ne permit de constater l'existence d'aucune manifestation morbide.

Nous n'en citerons qu'un, entre beaucoup d'autres, parce que l'observation a été suffisamment prolongée pour être probante. Il s'agit d'une dame de 20 ans environ, n'ayant aucun antécédent pathologique généralement quelconque, d'apparence robuste, ayant un enfant de 18 mois et un de 3 mois qu'elle allaitait, et qui, en Novembre 1901, sans raison apparente, vit ses menstrues s'arrêter brusquement le 2^e jour et s'établir une hémoptysie abondante qui dura 2 jours et disparut comme elle était venue, sans cause apparente. La patiente, que nous connaissions à cette époque depuis 3 ans, n'avait eu pendant cette période aucun malaise; ses couches avaient été normales, sans incident notable. L'hémoptysie susdite, à part une inquiétude bien légitime et rapidement dissipée, ne s'accompagna d'aucun trouble appréciable: ni fièvre, ni accélération du pouls, ni dyspnée; l'auscultation la plus attentive fut absolument négative.

L'allaitement ne fut pas interrompu; aucun traitement spécial ne fut institué. La patiente, soumise à une observation attentive et prolongée, ne manifesta aucun autre symptôme morbide. Nous l'avons vue, plus ou moins régulièrement, depuis près de 8 ans, soit à l'occasion de maladies de son mari ou de ses enfants, sans qu'à aucun moment nous ayons constaté la moindre atteinte à sa santé. L'hémoptysie ne s'est jamais reproduite. Il nous paraît difficile de fournir une observation plus probante cliniquement.

L'an dernier, en mai, nous constatâmes un tableau clinique sensiblement identique chez une dame de 35 ans; l'ophtalmoréaction fut négative. Notons, en passant, que, du 15 au 17 Mai 1908, nous eûmes l'occasion de constater 6 hémorragies spontanées: 2 épistaxis abondantes chez des artério-scléreux, 1 hémorragie cérébrale, 1 hémoptysie chez un bacillaire, 1 hémoptysie supplémentaire sus-rappelée et une épistaxis supplémentaire des menstrues. Il y avait là plus qu'une coïncidence: nous y reviendrons quelque jour.

Si l'on pouvait conserver quelques doutes sur la réalité de l'hémoptysie essentielle, supplémentaire des règles, l'obser-

-vation de Ventura (*Gaz. degli osped.*, n° 129, 1907) les lèverait certainement. Cet auteur publia, en effet, l'histoire d'une famille dans laquelle la suppléance des menstrues par des hémoptysies périodiques se manifesta dans 3 générations. La première génération était composée de 3 sœurs; une d'entre elles vit ses menstrues remplacées par des hémoptysies mensuelles. Une des 2 sœurs normales eût 5 filles dont 2 présentèrent la même anomalie que leur tante. Une de ces dernières enfin eut 4 filles dont 2 présentèrent la même inversion. Chez aucun de ces sujets la tuberculose, la syphilis, l'hémophilie ou une cardiopathie ne fut décelée.

* *

Nous citerons, pour finir, à titre documentaire et quoiqu'il ne s'agisse plus ici d'hémoptysie, un exemple tout à fait typique et extraordinaire de suppléance menstruelle que nous avons enregistré à la Maison municipale de santé alors que nous étions externe de M. Danlos.

Il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années, petite, grasse, qui avait eu 10 ans auparavant un enfant qu'elle avait allaité fort longtemps (jusqu'à 2 ans environ), qui depuis cette époque n'avait pas eu de périodes menstruelles, mais qui, en revanche, avait conservé une sécrétion lactée permanente à recrudescences périodiques dont nous constatâmes la persistance lors de son séjour à Dubois. Cette dame décéda d'une tumeur cérébrale. A l'autopsie, on trouva un utérus sain et des annexes atrophiées.

* *

On doit donc admettre la réalité des hémoptysies essentielles, supplémentaires des règles, en l'absence de toute lésion organique, pulmonaire ou cardiaque et de toute viciation humorale hémorragique, et l'on conçoit l'importance pronostique de cette notion.

Méningite spinale circonscrite et fausses tumeurs de la moelle épinière

MM. Mendel et Adler ont publié dernièrement l'observation d'un malade chez lequel on avait fait, en rapport avec les symptômes qu'il présentait, le diagnostic de tumeur extramédullaire à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale. Au cours de l'opération qui avait été jugée nécessaire, l'incision de l'arachnoïde, fortement tendue, fit jaillir, sous pression, un jet de liquide cérébro-spinal. On n'alla pas plus loin et on ferma la plaie qui se cicatrisa dans d'excellentes conditions. Dès le lendemain, on put constater une légère amélioration dans la plupart des symptômes que présentait le malade ; cette amélioration s'accrut dans la suite, et huit mois plus tard le malade pouvait être considéré comme presque guéri.

Cette observation a été publiée sous le titre de « méningite séreuse spinale circonscrite idiopathique ». Cependant, en passant en revue le petit nombre de cas de ce genre, consignés dans la littérature, MM. Mendel et Adler se demandent jusqu'à quel point le terme d'idiopathique est ici à sa place. Ils pensent notamment qu'en pareil cas, il doit exister un processus pathologique quelconque du côté des vertèbres ou de la moelle épinière, et que si on pouvait suivre ces malades pendant un temps suffisamment long, on verrait probablement leur lésion évoluer et se manifester, cliniquement, par une symptomatologie précise.

Pour répondre à ces desiderata et pour défendre, en même temps, la forme idiopathique de cette méningite circonscrite, le prof. L. Bruns vient de publier un cas de ce genre qu'il a pu suivre pendant deux ans et demi.

Ce cas est celui d'un garçon de seize ans chez lequel on

commença par diagnostiquer, en Février 1906, un mal de Pott cervical. Les symptômes qu'il présentait consistaient en une contracture des muscles du cou avec tête tournée à gauche et immobilisée dans cette position ; il existait, en outre, des douleurs dans la nuque et le côté droit du cou, avec irradiation dans la région occipitale et la tempe droite. Ce diagnostic, qui paraissait solidement assis, fut bientôt infirmé par la radiographie et par l'évolution ultérieure de la maladie.

En effet, sous l'influence d'un traitement indifférent, les symptômes précités disparurent au bout de quelque temps. Mais en même temps des troubles paralytiques avec phénomènes d'atrophie se manifestèrent dans les muscles de la nuque et du bras droit. Le malade fut alors envoyé à M. Bruns. L'examen fait en août 1906 montra l'existence des symptômes suivants :

Atrophie et paralysie des muscles de l'épaule droite et du côté droit de la nuque ; parésie et atrophie des autres muscles du bras droit ; légère atrophie des muscles de l'épaule gauche et du côté gauche de la nuque. Electro-diagnostic des muscles atrophiés, négatif. Myosis et rétrécissement de la fente palpébrale à gauche. Ataxie du bras et de la jambe du côté droit ; absence du sens stéréognostique dans la main droite. Exagération du réflexe rotulien, clonus du pied, signe de Babinski et signe d'Oppenheim à droite ; clonus seul du pied à gauche. Pendant la marche, parésie et ataxie de la jambe droite. Diminution de la sensibilité à la douleur dans la partie inférieure de l'abdomen et dans la jambe gauche seulement. Pas de troubles de la vessie ; douleurs très vives dans le bras droit, dans le côté droit de la nuque et de l'occiput, dans l'épaule droite, moins intenses dans la tempe droite. Toute la colonne vertébrale est sensible à la pression.

M. Bruns diagnostiqua, dans ces conditions une tumeur des méninges au niveau de la partie supérieure de la colonne cervicale et proposa une intervention. Celle-ci ne fut acceptée par les parents qu'après l'examen du malade par M. Oppenheim, qui confirma le diagnostic de M. Bruns.

L'opération donna le même résultat que chez le malade

de MM. Mendel et Adler. Quand, après la résection des arcs vertébraux, on incisa la dure-mère, « le liquide cérébro-spinal jaillit comme le jet d'une fontaine ». On ne trouve pas de tumeur ni à droite ni à gauche, et l'exploration du canal vertébral avec une sonde donna un résultat négatif. Comme le malade de MM. Mendel et Adler, l'opéré de M. Bruns finit par guérir. On trouvera dans le mémoire de cet auteur les étapes progressives de cette guérison. Toujours est-il que revu pour la dernière fois en juin 1908, ce jeune homme pouvait être considéré comme complètement guéri. Comme il avait été suivi pendant deux ans et demi et que pendant cet intervalle une tuberculose ou tout autre processus pathologique éventuel auraient eu le temps de se manifester cliniquement, M. Bruns se croit en droit d'en conclure à l'existence d'une forme idiopathique de méningite spinale séreuse circonscrite.

Ce qui est intéressant dans ces observations, c'est moins la discussion sur l'existence ou la non-existence d'une forme idiopathique que la possibilité d'une erreur qui fait diagnostiquer une tumeur qui n'existe pas. C'est précisément à ce point de vue qu'il nous a paru intéressant de rapprocher de ces cas une des observations que M. Hochhaus (1) vient de publier sous le titre d'affections cérébrales mortelles avec autopsie négative.

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de trente-six ans qui était descendu à l'hôtel en se disant très fatigué. Le lendemain il fit venir un médecin qui, après l'avoir examiné, l'envoya à l'hôpital. Là, l'examen ne donna pas de résultats très nets. Le cœur, les poumons, le foie, la rate, la température étaient normaux. Léger écoulement purulent de l'urètre ; traces d'albumine dans l'urine. Ce qui dominait dans ce tableau clinique, c'était une apathie de laquelle le malade sortait difficilement. La déglutition se faisait mal. Esquisse des phénomènes de contracture dans les deux membres supérieurs, plus accentués à gauche qu'à droite. Pas de phénomènes paralytiques nets dans les membres inférieurs. Exagération des réflexes rotuliens ; signe de Babinski, léger clo-

nus du pied, diminution considérable du réflexe crémastérien. La sensibilité n'a pu être examinée.

Le malade est resté dans cet état pendant près d'un mois. Puis un jour sa température dépassa 38° et son bras gauche se paralysa. Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'une lésion cérébrale localisée, abcès ou toute autre production pathologique, on pratiqua une trépanation dans la région de la circonvolution centrale du côté droit. La dure-mère incisée, on ne trouva rien d'anormal ; deux ponctions donnèrent un résultat négatif. Le malade succomba le lendemain.

L'autopsie faite par le professeur Jores donna un résultat négatif. On ne trouva ni abcès ni tumeur. Le cerveau, à l'œil nu, puis à l'examen histologique, ne présentait pas la moindre lésion. Cœur, poumons, viscères abdominaux, examinés avec le plus grand soin, n'offraient non plus rien de pathologique. Il a donc été impossible d'expliquer la mort de ce malade ni d'attribuer un substratum anatomique au syndrome qu'il avait présenté.

La décapsulation des reins dans la maladie de Bright et les résultats immédiats et éloignés dans 102 cas traités

Le principe de la décapsulation des reins dans la maladie de Bright proposé par Edebohl (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 1909, n° 3) est basé sur l'hypothèse que, par l'enlèvement de la capsule imperméable, il y a possibilité de formation de nouveaux vaisseaux entre les vaisseaux rénaux et les vaisseaux des tissus environnants. Grâce à une irrigation sanguine élevée et à l'activité accrue de la circulation, le travail du rein se trouve amélioré et finalement il se produit un retour à l'état normal. Après l'opération, il se forme, dans un temps relativement court, une capsule plus vascularisée.

L'indication pour cette opération est fournie par chaque cas de maladie de Bright chronique où il n'y a pas de con-

tre-indication opératoire. Une dilatation élevée du cœur est une contre-indication à la narcose, tandis qu'une rélinité albuminurique, qui est le signe d'une maladie des vaisseaux avancée, indique que l'opération est parfaitement inutile. L'amélioration de l'état général est très remarquable après l'opération et s'annonce par une élimination accrue de l'urée. L'action de la décapsulation dans l'éclampsie repose sur les mêmes principes, puisque aussi ici, il existe une néphrite subaiguë ou chronique.

Sur 102 cas opérés (50 hommes et 52 femmes), l'opération fut bilatérale dans 95 cas et unilatérale (rein droit) dans 7 cas. Pour la narcose, on se servait d'un mélange d'éther et de protoxyde d'azote. Sur ces 102 opérations, on eut à enregistrer 10 décès immédiats consécutifs à l'intervention opératoire, et 30 décès à échéance plus ou moins éloignée, où, dans 11 cas, la décapsulation s'est montrée inefficace. Il reste donc 81 cas dont on peut discuter les résultats opératoires. Dans 12 cas, la décapsulation fut directement salutaire. Cette opération demeure la seule ressource thérapeutique, quand la médication interne est inefficace dans la maladie de Bright chronique.

Le signe de Jellenick dans le syndrome de Basedow

Par M. P. SAINTON (de Paris).

Ce signe consiste en une pigmentation anormale des paupières et du pourtour périorbitaire. Constant pour Jellineck, il est en réalité assez rare ; il n'existe que dans 20 p. 100 des cas. La pigmentation est, en général, localisée aux paupières ; mais dans un cas sur les cinq malades observés, elle coïncide avec des localisations pigmentaires multiples aux plis articulaires. Ce signe peut durer pendant toute la maladie, mais il peut disparaître. Il est plus accentué dans les formes graves. Au point de vue pathogénique, il est attribuable à une réaction du système sympathico-surrénal, consécutive à l'hyperthyroïdie.

Invagination intestinale au cours de la fièvre typhoïde

O. C. Smith (de Hartford) a eu l'occasion d'observer un cas intéressant de cette complication rare de la fièvre typhoïde.

Une femme de 20 ans fut prise subitement d'une vive douleur abdominale et de vomissements, bientôt suivis de diarrhée. Pendant les jours suivants, les vomissements continuèrent, bilieux, ainsi que la diarrhée; l'abdomen était légèrement ballonné, avec sensibilité dans la fosse iliaque droite. La température monta peu à peu jusqu'à 40°5.

Lorsque *Smith* vit la malade, le 6^e jour, elle avait l'aspect d'une typhique, mais elle présentait, en outre, un point très douloureux à 2 centimètres en dedans du point de Mac Burney et une contracture marquée du muscle grand droit. Au toucher rectal, on percevait une masse tendue, mais mobile dans l'excavation à droite. Temp. 39°8, pouls 110. Le diagnostic posé fut fièvre typhoïde à début brusque compliqué vraisemblablement d'appendicite.

Smith intervint aussitôt et, par l'incision sur le bord du droit, découvrit une thrombose mésentérique et une invagination de 4 à 6 centimètres d'iléon dans le cæcum. On enleva deux volumineux thrombus du mésentère; l'invagination fut réduite, l'appendice réséqué et l'iléon, à son union avec le cæcum, fixé à la paroi pour prévenir une récurrence. La guérison se fit très simplement et la fièvre typhoïde suivit son cours régulier.

Smith a recueilli 9 autres cas d'invagination au cours de la fièvre typhoïde, 3 furent découverts à l'autopsie, 5 opérés avec 4 guérisons et 1 mort et 1 résultat inconnu.



LE BRANDY PH. RICHARD

N'est pas un cognac artificiel composé d'alcools à bas prix, coloré, aromatisé et vendu sous une étiquette pompeuse.

Le Brandy Ph. Richard est le produit distillé par des experts du pur jus de la vigne, que l'on conserve dans des fûts de chêne jusqu'à ce qu'il ait acquis cette finesse, ce bouquet, et arôme qui font les délices des gourmets.



L'extract de Malt

DE MILLER

Le meilleur de Milwaukee, le plus Nutritif des aliments liquides, le plus Hygiénique, le plus riche, celui qui s'assimile le plus facilement, le

TONIQUE RECONSTITUANT

le plus Efficace recommandé spécialement aux mères qui nourrissent.

Distributeurs Généraux :

LAPORTE, MARTIN & CIE, L^{ts}.

Epicerie, Vins, Liqueurs, Eaux Minérales
en Gros

MONTREAL



SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Société Médicale de Montréal

Président : M. T. Parizeau. Secrétaire : M. B. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O
Séances régulières : le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.

Société Médicale de Québec

Président : M. Dr Brochu. Secrétaire : M. J. Dorion, Québec.

Montreal Medico-Chirurgical Society

Président : M. Alex. Hutchison. Secrétaire : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.

Société Médicale de Shofford

Président : M. J. A. E. Brun, Secrétaire : M. A. Lessard, Granby, Co. de
(de West Shofford. Séances régulières : deux fois par année. (Shofford P. Q.

Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.

Président : M. Poliquin. Secrétaire : M. A. Rivérin, Chicoutimi.

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.

Président : M. C. Bernard. Secrétaire : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
(Brandon.

Société Médicale du District d'Ottawa.

Président : M. Aubry. Secrétaire : M. J. E. D'Amour, Rapineauville.

Société Médicale du Comté de Wolfe.

Président : M. Thibault. Secrétaire : M. A. Pelletier, St-Camille.
Séances régulières : le 1^{er} mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre

Société Médicale des Comtés de Saoué et Dorchester.

Président : M. Fortior. Secrétaire : M. L. M. Déchêne, Beauceville.
Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.

Société Médicale de Rimouski.

Président : M. Fisot. Secrétaire : J. Gauvreau, Rimouski.

Société Médicale de St-Hyacinthe

Président : M. Turcol. Secrétaire : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.

Association Médicale du Comté de Portneuf.

Président : M. Roussseau. Secrétaire : M. G. Paquin, Portneuf.
Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.

Société Médicale de Trois-Rivières.

Président : M. De Blois. Secrétaire : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.

Société Médicale de Valleyfield.

Président : M. Osligny. Secrétaire :

Association Médicale du District d'Arthabaska.

Président : M. Balteau. Secrétaire : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.
Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska,

Société Médicale du Comté de Terrebonne.

Président : M. Grignon. Secrétaire : M. H. Prevost, St-Jérôme.

Société Médicale de Montmagny.

Président : M. Gosselin. Secrétaire : M. Paradis, Montmagny.

Société Médicale du Comté de Champlain.

Président : M. Trudel. Secrétaire : M. Bellemare, St-Narcisse.

Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).

Président : Secrétaire :

Société Médicale de St-Jean (Iberville).

Président : M. Moreau. Secrétaire : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).

Société Médicale du Comté de Maskinongé,

Président : M. L. A. Plante. Secrétaire : M. Duhamel.

Association Médicale C. F. de Manitoba.

Président : M. J. M. O. Lambert. Secrétaire : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man

Association Médicale de l'Ouest de Montréal.

Président : M. E. G. Asselin. Secrétaire : M. Aumont, St-Henri.

Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord

Président : M. Arthur Simard, Québec. Secrétaire : M. Pâquet.

Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908. à Québec.

Canadian Medical Association.

Président : Dr. Montizambert, d'Ottawa. Secrétaire : M. Elliott, Toronto
Réunionnipeg W. luet ennn à 0,99a :

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ DU DOCTEUR FRANCK

Purgatifs

Dépuratifs

Antiseptiques



Contre la Constipation

et ses fâcheuses

conséquences

Codex Français. Edit. 1866. Formule N° 603

Prière à Messieurs les Docteurs de stipuler les véritables Grains de Santé du Docteur Franck. — Dans toutes les Pharmacies

LA THÉORIE OPSONIQUE

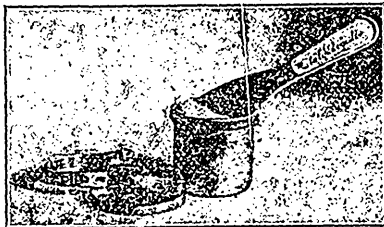
Démontre la valeur scientifique de

ANTIPHLOGISTINE

Antidote de l'inflammation

La résistance du corps aux maladies est relative à la valeur opsonique du sang et la gravité d'une maladie localisée dépend beaucoup de la stase sanguine à cet endroit malade.

Les phagocytes peuvent s'amasser, et à moins qu'ils reçoivent



le plein montant du sang normal avec ses opsonines, la résistance est amoindrie et la suppuration s'établit. Nous devons alors augmenter le pouvoir opsonique du sang au point que la petite quantité circulant dans la partie infectée ait un pouvoir opsonique normal, ou, ce qui est plus simple et aussi effectif, dilater les vaisseaux sanguins et laisser

serle sang, avec la méthode naturelle de la nature de combattre la maladie, circuler à travers la zone désirée.

La chaleur dilate les vaisseaux sanguins, mais pour être effective elle doit s'étendre à la périphérie de la zone infectée, quand elle ne cause pas la suppuration en augmentant les microbes. Un cataplasme antiseptique est la meilleure méthode de conserver la chaleur. Il n'y a qu'une seule méthode de faire des cataplasmes qui se commande à l'attention des médecins, c'est celle du pansement antiseptique, hygroscopique, plastique de

ANTIPHLOGISTINE

(Antidote de l'inflammation)

Du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections des annexes

La question des relations pathologiques existant entre l'appendice et les annexes, le diagnostic différentiel entre l'appendicite et les annexites sont toujours à l'étude, aussi M Rinne a-t-il cru intéressant d'apporter à ce chapitre de pathologie sa contribution personnelle basée sur sa pratique très active de ces dernières années.

Chez toutes les femmes que, dans ce laps de temps, Rinne a eu l'occasion d'opérer pour appendicite soi-disant appendicite, il a systématiquement cherché à déterminer, tant avant que pendant l'opération, par un examen minutieux, les relations anatomo-pathologiques unissant l'appendice et les annexes ou paramètres du côté droit. Or, ces connexions existaient dans la proportion de 11 p. 100 des cas; pour les deux tiers de ces cas, elles avaient été établies ou soupçonnées avant l'opération; dans l'autre tiers on ne les découvrit qu'à l'opération, ou bien il ne s'agissait pas d'appendicite, mais de tuberculose de l'appendice et des annexes (4 cas), de pyosalpinx (8 cas). Dans 18 cas, il existait des adhérences entre l'appendice et le paramètre, voire une propagation de l'inflammation ou de la suppuration de l'un à l'autre. Dans 3 cas d'appendicite on découvrit, en outre, des kystes de l'ovaire qui, à l'examen, avaient simulé un abcès pelvien. Dans 5 cas d'abcès de Douglas, ce n'est que par l'examen microscopique et bactériologique qu'on put déterminer le point de départ de la suppuration dans l'appendice (3 cas) ou dans la trompe (2 cas).

Rinne montre comment le voisinage immédiat de l'appendice et des annexes droites et aussi et surtout leur accouplement par le ligament appendiculo-ovarien favorise, tant intra-qu'extra-péritonéalement, la propagation de l'inflammation appendiculaire aux organes pelviens; puis il cherche, d'après ce qu'il a vu dans sa pratique personnelle, à déterminer les éléments sur lesquels on peut établir le diagnostic de cette propagation.

Dans les cas de péritonite, Rinne a pu vérifier l'exactitude des

observations de Barth, à savoir que, dans la péritonite appendiculaire, le malade a de vives douleurs dans tout le ventre ou localisées à l'épigastre, au voisinage de l'ombilic, à la fosse iliaque droite; en outre, il existe une contracture réflexe des muscles de la paroi correspondant à la zone d'extension de l'inflammation. La péritonite gonococcique, au contraire, débute par des symptômes à grands fracas, mais qui ne tardent pas à s'apaiser; il existe du météorisme, et la tension de la paroi abdominale est nulle; le cul-de-sac vaginal postérieur et l'utérus sont douloureux au toucher. Il y a cependant des exceptions à cette règle et Rinne en cite un exemple (pyosalpinx avec péritonite ayant donné lieu à tous les symptômes d'une péritonite appendiculaire); de même, dans un cas de grossesse tubaire rompue, il existait de la contracture généralisée de la paroi abdominale. Dans l'appendicite, Rinne n'a pas observé que le signe de Rosving — douleur dans la fosse iliaque droite, provoquée par la pression sur l'S. iliaque (d'où distension du cæcum par les gaz intestinaux refoulés) — fût aussi constant que le prétend Rosving. Plus incertain encore est le diagnostic différentiel dans les cas chroniques, lorsque l'appendice plonge profondément dans le bassin et qu'il adhère aux annexes; les symptômes cliniques et l'anamnèse peuvent, en pareil cas, faire porter un diagnostic complètement erroné. C'est ainsi qu'une lésion appendiculaire primitive peut être absolument masquée par les douleurs annexielles, les troubles menstruels, etc., qu'elle a provoqués du fait de son rétentissement sur les annexes: on croit à l'existence d'une simple annexite. Inversement, les phénomènes congestifs dont les annexes sont le siège, au cours de la menstruation, par exemple, peuvent exacerber un appendice chroniquement enflammé. En pareils cas, ce n'est qu'au cours de l'opération qu'on peut se rendre compte de la véritable nature des choses, et l'ablation de l'appendice supprime tous les troubles.

En somme, malgré l'interrogatoire et l'examen le plus minutieux, le diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections des annexes reste des plus incertains. Le mieux est, suivant Rinne, d'agir toujours, dans les cas douteux, comme s'il s'agissait d'une appendicite.

Quelques cas de tuberculose rénale intéressants au point de vue du diagnostic

Par M. CASPER

On a préconisé, dans ces derniers temps, de divers côtés, le traitement de la tuberculose rénale par les injections de tuberculine : M. Casper ne croit pas que ces injections puissent être érigées en méthode thérapeutique générale, du moins en ce qui concerne la tuberculose du rein, et, personnellement, il considère que celle-ci reste avant tout justiciable de la néphrectomie.

À l'heure actuelle, il a pratiqué 45 de ces opérations pour tuberculose rénale, et, sur ce nombre, il n'a perdu que 5 malades (1 seulement sur les 25 derniers opérés). Cet abaissement de la mortalité, qu'on note d'ailleurs également dans les statistiques des autres chirurgiens, tient surtout à ce que, actuellement, nos moyens de diagnostic sont excessivement perfectionnés, et que, de cette façon, nous pouvons dépister de bonne heure la tuberculose rénale à ses débuts, et aussi nous renseigner d'une façon exacte sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain.

Après avoir rappelé quelles sont les principales méthodes d'exploration actuelles — cystoscopie, cathétérisme des uretères, détermination du point cryoscopique de l'urine, épreuve du bleu de méthylène, du carmin-indigo, de la phloridzine — et cité plusieurs cas où l'emploi de ces méthodes permit de déterminer exactement l'état des deux reins, M. Casper insiste sur un procédé qui, même quand la cystoscopie ou le cathétérisme urétéral sont impossibles, permet, au cours même de l'intervention chirurgicale, de se renseigner sur la valeur fonctionnelle du rein opposé. Il consiste, après avoir mis à nu le rein malade, à placer temporairement une pince sur son urètre et à analyser ensuite séance tenante les urines que l'autre rein déverse dans la vessie. Cette analyse démontre-t-elle que ce rein fonctionne bien, on peut procéder hardiment à l'ablation du rein malade. La durée de l'opération n'a été prolongée que de quelques instants.

Sur l'antagonisme des capsules surrénales et du pancréas

M. Ghedini, chez 60 sujets ayant reçu de l'adrénaline en injections, a vu 23 fois survenir de la glycosurie. Celle-ci s'est manifestée plus souvent chez les nerveux, plus rarement chez les individus souffrant du foie. Elle peut être considérable, si, en même temps que l'adrénaline, on donne du glucose. Cette glycosurie adrénalinique peut être, chez l'homme, comme chez l'animal empêchée par l'administration d'extrait pancréatique. L'état fébrile ou afebrile du sujet ne semble avoir aucune influence sur le développement de la réaction. Les diabétiques sont très sensibles vis-à-vis de l'adrénaline et réagissent déjà avec des doses qui, chez des sujets normaux, ne donnent lieu à aucune réaction.

Si l'on considère que par ces recherches et par d'autres analogues, l'action antiadrénalinique du suc pancréatique se trouve démontrée ; si l'on réfléchit, d'autre part, que les lésions pancréatiques ne manquent pas, en général, chez les diabétiques, et que fréquemment chez eux, le ferment protéolytique ne peut être découvert dans les fèces, il ne paraît pas téméraire de supposer que la glycosurie, si souvent observée à la suite des injections d'adrénaline, doit être attribuée à une insuffisance du pancréas.

L'anesthésie rachidienne dans la chirurgie rectale

M. Martin (de Philadelphie) rapporte 87 cas d'anesthésie rachidienne à la tropacocaïne et à la stovaïne pour opérations sur le rectum et les parties voisines. A la suite de l'opération, il a observé de la céphalée dans 18 cas. Quelques

malades se sont plaint de raideur du cou et des épaules. Un des opérés présenta une paralysie passagère de la troisième paire. Les avantages de ce mode d'anesthésie sont les suivants : relâchement complet des sphincters ; absence de la congestion veineuse si souvent présente dans l'anesthésie par l'éther ; hémorragie moins abondante et facilement arrêtée. En somme, pour Martin, la rachi-anesthésie est la méthode de choix dans ce genre d'opérations.

Désinfection et anesthésie de la peau par le chloroforme iodé

L'emploi de la teinture d'iode pour désinfecter la peau avant les opérations chirurgicales semble se généraliser : l'iode est, en effet, un merveilleux antiseptique ; mais la teinture d'iode, par son action caustique et nécrosante, peut présenter certains inconvénients.

En 1906, M. Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a proposé de substituer à la teinture d'iode (solution alcoolique toujours allérable) le *chloroforme iodé*, lequel a toutes les qualités révulsives et antiseptiques de l'iode, mais ne produit ni douleur, ni escarres, ni sclérose de l'épiderme.

Pour cet usage, il emploie une solution chloroformique d'iode à 1/15 (iode 1 gramme, chloroforme 20 grammes).

Cette solution est inaltérable ; elle se conserve indéfiniment si l'on a soin d'empêcher l'évaporation, en recouvrant le bouchon à l'émeri d'un capuchon de caoutchouc. Même si, après évaporation partielle du chloroforme, il se dépose des cristaux d'iode sur les parois du flacon, la solution qui reste peut être encore utilisée, car elle n'est pas altérée ; elle est seulement un peu plus concentrée. M. Chassevant a

pu employer des solutions datant de huit mois qui étaient aussi bonnes que des solutions récentes.

Mode d'emploi. — Pour désinfecter la peau, l'essuyer au préalable et faire une légère friction sèche, avec un tampon d'ouate; la peau doit être sèche. Badigeonner la partie où doit porter l'opération avec un pinceau ou un tampon imbibé de chloroforme iodé.

L'opération terminée on peut enlever l'iode avec un tampon imbibé de chloroforme pur, mais il n'y a aucun inconvénient à laisser l'excès d'iode, qui se volatilise rapidement. La peau conserve toute sa souplesse, l'épiderme intact ne desquame pas.

Un cas d'ostéomalacie guérie par l'adrénaline

M. Léon Bernard (de Paris) rapporte l'observation d'une jeune fille, qui, ostéomalacique lorsque le traitement fut institué, était réduite à l'immobilité, à l'impotence complète; des douleurs violentes, continues, exagérées par les moindres essais de mouvements, avaient chassé le sommeil; épuisée par les veilles, les souffrances, le tourment; désespérée par l'impuissance des médications, phosphorée, électrique, métallique et autres employées jusqu'alors, amaigrie et déprimée par la dénutrition et l'immobilisation prolongée, cette jeune fille présentait un état général physique et moral, tout à fait fâcheux.

Trois fois par semaine, sauf une semaine chaque mois, elle reçut sous la peau 1 centimètre cube de la solution d'adrénaline au 1/1000. Actuellement, 183 injections ont été pratiquées, sans qu'aucun accident, aucune modification du cœur, des vaisseaux, de la tension artérielle soit apparente.

Dès la trentième injection, une amélioration se produisit.

Actuellement, après 20 mois de ce traitement, la malade va, vient, vaque à ses occupations journalières, descend et monte ses quatre étages, sort dans la rue et peut, sans fatigue se promener quelque temps. Le sommeil et l'appétit sont revenus. Les os se sont cicatrisés; il persiste des déformations mais sans gonflement ni douleur; le thorax est en quelque sorte sorti du bassin où il s'était enfoncé; la taille s'est allongée, la physionomie s'est entièrement transformée.

On sait que le traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline a été préconisé par M. Bossi (de Gênes), qui a publié un certain nombre d'observations favorables. D'autres succès ont suivi, mêlés aussi de revers.

En réalité ces différences dans la cure adrénalinique, signalées par les auteurs, procèdent sans doute de la nature même de l'ostéomalacie. Cette affection n'est pas, suivant l'auteur, une entité morbide définie, ayant une cause toujours identique et une évolution constante; elle représente un syndrome répondant à un processus spécial d'ostéopathie dont l'origine est dans une altération de la moelle osseuse, et les effets se traduisent par une décalcification et un ramollissement de l'os. Ce processus, très voisin de celui du rachitisme, peut être provoqué par des causes diverses, dont toutes ne sont pas aujourd'hui dégagées, et ne sont sans doute pas également sensibles à l'action de l'adrénaline.

Peut-on considérer les muscles comme générateurs d'anticorps ?

Par M. le Docteur Bezzola.

Pfeiffer et Marx avaient recherché quels étaient les lieux d'élection de formation des anticorps au cours des infections. Il leur a semblé que la rate, la moelle osseuse, les ganglions

et peut être les poumons, renfermaient plus de bactériolysine que le sang des lapins immunisés contre le choléra. En ce qui concerne les muscles, ils ne renfermaient d'anticorps que ceux contenus dans le sang circulant dans leurs interstices. Heim ayant prétendu avoir obtenu avec le suc musculaire d'un lapin immunisé avec des pneumocoques un extrait de grand pouvoir antitoxique, plus grand que le serum lui-même, Bezzola a repris ces expériences. Ses résultats concordent avec ceux de Pfeiffer de Marx. Le sérum d'un animal immunisé contre le vibrion cholérique a un pouvoir préventif 16 fois plus fort que l'extrait de muscle frais.

Éducation et rééducation motrice. Terminologie et technique

M. Maurice Faure. Le terme de rééducation motrice s'applique à plusieurs méthodes bien distinctes par leur technique, par leur objet, par leurs résultats. C'est à l'occasion d'une de ces méthodes (gymnastique compensatoire de l'ataxie, de Frenkel) que l'école de la Salpêtrière a établi les principes scientifiques de la rééducation motrice. Depuis, l'auteur a créé une méthode de traitement des états spasmodiques, — des exercices correcteurs des troubles de la miction, de la respiration, de la défécation chez les incoordonnés et les atoniques, — et, de divers côtés, on s'est occupé de méthodes rééducatrices des tics, des paralysies, des aphasies, des troubles du langage, etc...

Education et rééducation motrices diffèrent en ceci que l'éducation crée un mécanisme moteur nouveau ou perfectionne un mécanisme existant, tandis que la rééducation refait ce qui existait auparavant et qu'une lésion a détruit. L'une et l'autre exigent des techniques précises et détaillées, tout comme l'électrothérapie ou la chirurgie, par exemple. Les paroles, l'influence morale ne sont que des facteurs tout à fait secondaires. Ces techniques sont très variées. Par exemple, le traitement d'un état spasmodique et celui d'un état atonique (tabes) sont tout à fait différents, puisque l'état du muscle est, dans les deux cas, diamétralement opposé.

Intradermo-réaction à la tuberculine chez 300 enfants non malades

MM. Ch. Mantoux et J. Lemaire ont pratiqué l'intradermo-réaction à la tuberculine chez 300 enfants non malades de 1 à 15 ans, en dépôt à l'hospice des Enfants-Assistés.

Le nombre des réactions positives croît avec l'âge : il s'élève de 1 à 2 ans, à 16 pour 100; de 2 à 4 ans, à 51 pour 100; de 4 à 7, à 66 pour 100; de 7 à 15, à 84 pour 100.

La tuberculose latente, assez peu commune dans la première enfance, semble donc presque de règle aux approches de la puberté.

Mais les sujets observés sortaient d'un milieu très misérable et très tuberculisé. Dans un service de chirurgie, chez des enfants non cliniquement tuberculeux, la proportion des réactions positives s'est montrée moins forte : de 1 à 2 ans, 11 pour 100, de 2 à 4 ans, 12 pour 100; de 4 à 7, 45 pour 100; de 7 à 15, 66 pour 100.

Ces deux derniers chiffres paraissent plus applicables à la clientèle des hôpitaux parisiens.

Les variations de la chaux intestinale dans quelques maladies de l'intestin

MM. M. Lœper et G. Béchamp ont étudié l'élimination calcique intestinale dans un certain nombre d'entérites humaines et expérimentales. Chez l'animal, ils ont constaté que la chaux des matières augmente de 4 à 9 pour 1,000 à la suite d'ingestion ou d'injection d'acide oxalique et de sublimé, substances qui provoquent, en

même temps que des lésions évidentes de la muqueuse, des glaires et des muco-membranes et se comportent comme de véritables *décalcifiants* intestinaux.

Chez l'homme, l'élimination calcique, qui se maintient à l'état normal autour de 0,90 à 1 gramme, s'élève à 1,20 dans les irrigations discrètes provoquées par les purgatifs, à 1,82 et 1,70 dans l'entérite aiguë et l'entérite tuberculeuse, à 2,80 et même à 3,9 dans l'entérocolite mucomembraneuse et à 2,8 et 3,40 dans la lithiaise intestinale. Il s'agit là de véritables *spoliations calcaires* qui jouent certainement un rôle dans la production de certains troubles observés dans ces états.

Ictère hémolytique congénital. Autopsie

MM. Gaudé et Brulé communiquent les résultats de l'autopsie d'une malade atteinte d'ictère hémolytique congénital et dont l'observation a été antérieurement publiée par MM. Le Gendre et Brulé. La malade contracta la fièvre typhoïde et y succomba. Le début de l'affection avait été anormal : fièvre élevée, mais aussi vomissements répétés, augmentation rapide de la splénomégalie, de l'ictère et des symptômes anémiques. L'infection éberthienne avait donc déterminé chez la malade une brusque poussée hémolytique avec ses conséquences habituelles.

L'autopsie montra des lésions analogues à celles qui ont été signalées par MM. Vaquez et Giroux et par M. Cöttinger dans deux cas d'ictère hémolytique : intégrité des voies biliaires, foie congestionné mais sans cirrhose ni angiocholite, congestion pulmonaire intense de la rate avec figures de macrophagie, enfin réaction intense de la moelle osseuse. La surcharge pigmentaire des organes, ordinairement très accentuée dans les ictères hémolytiques, restait minime dans ce cas.

Étude d'un cas de diabète grave Discussion de l'origine traumatique

MM. Marcel Labbé et Vitry rapportent l'observation d'une diabétique qu'ils ont suivie pendant plus de 3 mois. Il s'agissait d'une femme de 35 ans qui présentait à son arrivée une glycosurie de plus de 600 grammes par j. ur. La réduction du régime à 100 gr. d'hydrates de carbone fit tomber le sucre à 120 grammes; mais l'addition de viande au régime fit remonter la glycosurie à 170 grammes. La tolérance était donc nulle pour les hydrates de carbone et, de plus, une partie du sucre provenait de l'albumine ingérée.

L'étude du bilan de la nutrition montre que l'absorption des graisses est parfaite, mais que l'azote excrété est légèrement supérieur à l'azote ingéré: il y a donc un certain degré de dénutrition.

L'étiologie prête à discussion. A s'en rapporter aux dires de la malade, les accidents auraient débuté brusquement au mois de Septembre dernier à la suite d'un traumatisme: la question de l'origine traumatique de ce diabète se pose donc, et avec d'autant plus d'intérêt aujourd'hui en raison des applications de la loi sur les accidents du travail. Les auteurs ne croient pas qu'il s'agisse là d'un cas de diabète traumatique: le traumatisme fut trop léger et le trouble glyco-régulateur trop intense pour que l'on puisse admettre cette origine; du moins aucune observation analogue ne se retrouve dans la littérature, et il convient de n'accepter comme diabète traumatique que les cas où le rapport est nettement établi, et ces cas sont rares.

Le traitement des tumeurs profondes par l'action de matière
radiante sans altération des téguments

.....

M. E. de Bourgade La Dardye a imaginé, pour agir sur les tumeurs profondes sans être obligé de soumettre pendant un temps prolongé les téguments à l'action des rayons X, au risque de produire des radiodermatites plus ou moins graves, d'utiliser les propriétés phosphorescentes de certains composés. D'après l'auteur du travail, la phosphorescence et la radioactivité constituent deux phénomènes de nature analogue, car si les corps phosphorescents donnent naissance à des rayons lumineux, ils ne les produisent, suivant toute vraisemblance, qu'à la suite de dissociations anatomiques ou de transformations d'énergies extérieures dont le résultat final est l'émission de radiations invisibles sous forme d'ions et d'électrons.

Pratiquement, M. de Bourgade La Dardye procède de la façon suivante : Il injecte dans le néoplasme à détruire un liquide tenant en suspension du sulfure de zinc, et une fois ce corps injecté, il fait agir sur la région traitée des faisceaux de rayons X pendant quelques instants seulement. Sous l'action des radiations de Röntgen, le sulfure de zinc est excité et devient phosphorescent.

Par ce procédé élégant, l'auteur du travail a réussi à deux reprises à détruire des tumeurs inaccessibles aux rayons X suivant les voies ordinaires. Dans le premier cas, il s'agissait d'un lupus nasal considérable dans lequel la muqueuse était prise jusqu'au-dessus des cornets ; quant au second cas, il concernait un jeune homme atteint d'une double tuberculose testiculaire et qui refusait de se laisser pratiquer la castration.

Quatre applications suffirent à faire disparaître les végétations internes du lupus ; quant au malade atteint de tuberculose du testicule, le traitement commencé le 15 Septembre dernier, avec séance chaque deux jours, eut un si bon résultat, que dès le 24 Octobre le malade pouvait reprendre son travail.

La durée de l'immunité conférée par la variolisation vis-à-vis de la médecine

M. Cros décrit le mode suivant lequel la variolisation est pratiquée chez les indigènes d'Algérie. Dès qu'un cas de variole apparaît dans une tribu, tous les enfants qui n'ont pas été variolisés antérieurement sont soumis à l'opération, qui se fait au lit du malade. L'opérateur pratique d'abord une profonde incision à la veine du pouce, puis, après avoir trempé le couteau dans le liquide d'une pustule, il l'introduit à nouveau dans la plaie de l'enfant. On ne peut pas préciser, chez chaque sujet, l'âge auquel la variolisation a été faite, mais on peut admettre, comme moyenne, la cinquième année. Or, dans un grand nombre de cas, les indigènes antérieurement variolisés se sont montrés sensibles à la vaccine. D'après l'auteur, la variolisation donne une une immunité qui dure à peu près 25 ans. Il y a donc lieu de vacciner les sujets variolisés dès qu'ils atteignent l'âge adulte.

DÉNUTRITION

L'hémoglobine est, en réalité, un glycéro-phosphate de fer naturel et vitalisé.

Cette matière peut être considérée comme une lécithine très riche en fer, mais exempte de matière grasse, ce qui lui donne l'avantage d'être digérée beaucoup plus facilement que la lécithine, qui rancit, et de s'assimiler mieux encore que les jaunes d'œufs frais.

Il y aura donc avantage, dans les cas de dénutrition accompagnés d'hypoglobulie (anémie, chlorose, neurasthénie, tuberculose), à

prescrire l'hémoglobine, qui peut s'administrer à haute dose, sans fatigue des organes digestifs.

Le Choix d'une bonne préparation a une importance capitale, car ici l'abstention est préférable à l'administration d'un produit douteux, on sait, en effet, que l'hémoglobine du commerce est un produit inerte et sans valeur.

Le Sirop d'Hémoglobine de Deschiens fait depuis 15 ans, ses preuves dans les hôpitaux de Paris

De la stase intestinale chronique

Par M. W. ARBUTHNOT LANE (de Londres).

M. Lane démontre que la stase intestinale (qui peut coexister avec une ou plusieurs évacuations quotidiennes) est due, dans la majorité des cas, à des déplacements d'organes ou à des adhérences péritonéales déterminant des courbures anormales du gros intestin et des dilatations parfois considérables. Le contenu intestinal se fraye difficilement un passage à travers les parties rétrécies. Les fèces s'accumulent dans les parties intermédiaires, en augmentent la dilatation et, par leur poids, amènent des déplacements et accentuent les courbures.

Il est inutile d'insister sur les conséquences de la stase intestinale ainsi produite. Localement, ce sont des douleurs en différents points du gros intestin et une sensibilité très grande au niveau de l'ovaire gauche, surtout pendant les règles. L'auto-intoxication se manifeste par des céphalées, de la lassitude physique et intellectuelle, une mauvaise humeur permanente, des migraines, des névralgies diverses.

Lane signale aussi la mastite chronique débutant, en général, au niveau du sein gauche et gagnant ensuite le sein droit.

Du fait qu'il est intoxiqué, le malade offre moins de résistance aux agents infectueux. Lane a remarqué que les enfants atteints de tuberculose articulaire présentent souvent les stigmates de la stase intestinale ; au premier rang il place une pigmentation foncée de la peau qui apparaît plus tôt chez les bruns que chez les blonds, et dont le teint dit chlorotique n'est qu'une modalité.

Au point de vue thérapeutique, on essaiera d'abord les moyens médicaux et hygiéniques habituels. S'ils échouent, il y a lieu de recourir à la chirurgie.

Il est des cas où il suffit de pratiquer la simple section d'une ou plusieurs brides péritonéales qui étranglent l'intestin. Dans nombre de cas, cela ne suffit pas et Lane propose 2 procédés opératoires. L'un consiste à réséquer l'iléon près de son abouchement dans le cæcum et à l'implanter dans l'anse sigmoïde, de telle façon que les matières ne parcourent plus la totalité du gros intestin, mais seulement une portion du côlon pelvien et le rectum. Les matières liquides issues de l'iléon étant encore liquides, il ne peut se produire d'accumulation. La constipation et, avec elle, tous les phénomènes d'auto-intoxication disparaîtraient.

Quand existent des douleurs vives le long du gros intestin, Lane ne se contente pas d'une simple entéro-anastomose : il extirpe la totalité du gros intestin à l'exception du côlon pelvien et du rectum. L'opération n'est pas très difficile, assure-t-il. Elle est assez grave pour constituer un réel danger pour des malades intoxiqués et déjà déprimés, Sans doute, Lane a présenté des opérés qui se sont très bien trouvés de ce traitement radical ; il n'a pas publié de statistiques. Nous ne savons pas quelle est la mortalité opératoire.

Sur le diagnostic des tumeurs du bassin

Par M. R. PASCHIKIS

Un homme de 47 ans avait eu, il y a 8 ans, une rétention d'urine par calcul expulsé par l'urètre. Il y a 4 ou 5 mois, il eut une hématurie sans douleurs, qui se répéta plusieurs fois depuis.

Il vient à la clinique de Zuckerkandl. On lui trouve, au niveau du rein droit, une tumeur dure grosse comme une pomme ; rien à gauche.

L'urine est trouble, sanguinolente. La cystoscopie montre une vessie saine. Le cathétérisme urétéral ne donne, à droite, que quelques gouttes d'urine trouble et sanglante ; à gauche, de l'urine claire en quantité normale et de composition normale.

Incision lombaire, libération du rein ; on crève le péritoine adhérent et on le suture. Néphrectomie. Guérison en 3 semaines. Revu 7 mois après en parfaite santé.

Examen du rein : le bassin est dilaté, gros comme le poing et épaissi. Le rein est réduit à l'épaisseur du doigt en parenchyme. Dans le bassin, on trouve des masses nécrotiques du volume d'une noisette ou d'une amande, donnant en tout le volume d'une pomme. Sur la paroi inférieure du bassin est implantée une tumeur molle, finement villosité à sa surface, indurée à sa base et large comme une pièce de cent sous.

L'examen histologique a été pratiqué en plusieurs points : il s'agit d'un épithélioma à cellules cylindriques, mais qui, par places, a une structure solide, boyaux de cellules pleins qui s'enfoncent dans le tissu cellulaire et, en d'autres points, présentent une tendance à former des cavités kystiques et sécré-

tales. On trouve dans les boyaux solides des masses homogènes qui peuvent être des produits de sécrétion ou des cellules dégénérées.

Parmi les cas jusqu'ici publiés de tumeurs du bassin, il n'y a que celui de Grohé qui ressemble à celui-ci. Grohé le décrit comme un adénocarcinome des glandes tubuleuses du bassin.

D'où provient une telle tumeur ? C'est difficile à dire : il n'y a point normalement de glandes dans le bassin, il faudrait admettre qu'il peut y en avoir anormalement. Peut-être la portion kystique de la tumeur provient-elle de cellules muqueuses décrites dans l'uretère et la vessie, mais non encore observées dans le bassin.

Quant à savoir si l'histoire ancienne de calcul chez ce malade a quelques rapports avec l'étiologie de la tumeur, c'est un problème qu'on ne peut résoudre, bien que l'irritation chronique du bassin par calcul ait déjà été signalée dans les tumeurs pyéluques par MM. Albarran et Ravasini.

Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale

M. J. A. Sicard (de Paris), rapporteur. Le traitement par l'alcoolisation locale ne s'adresse qu'à la névralgie faciale essentielle et à de certains cas de névralgie faciale secondaire d'origine périphérique. Le « névralgisme facial » ne saurait bénéficier de cette méthode, pas plus que les syndromes grassériens. Les injections se feront suivant la topographie névralgique, au niveau des trous ou canaux superficiels ou profonds du massif osseux crânien.

Le liquide modificateur qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats est : l'alcool à 80°, mentholé à 2 p. 100, et novocaïne à 1 p. 100.

La quantité à injecter variera au niveau de chaque trou : de 1/2 à 1 centimètre cube. La guérison dure environ de 1 à 2 ans, parfois davantage.

Elle est d'autant plus longue que le liquide a détruit plus intimement les fibres nerveuses responsables des algies. Le seul témoin d'une injection bien réussie est donc l'anesthésie du territoire cutané ou muqueux tributaire du nerf injecté,

Néphrectomie et grossesse

L'auteur, avant d'aborder le sujet proprement dit de son travail, fait un résumé de nos connaissances sur l'influence qu'exerce la grossesse sur le rein, la dépuración urinaire. Il montre, en s'appuyant sur les travaux de nombre d'auteurs, et de M. Bar en particulier, qu'il n'y a pas d'insuffisance rénale due à la grossesse. « Le terme de *symbiose harmonique homogène* est celui qui caractérise le mieux l'association de la mère et du fœtus, association de laquelle l'organisme maternel tire souvent profit. » (Bar.)

Ce premier point établi, M. Germain étudie les résultats généraux fournis par la néphrectomie dans ses rapports avec la grossesse.

a) *Néphrectomie pendant la grossesse.* — 26 observations, malheureusement souvent incomplètes, sont rapportées par l'auteur.

Dans 2 cas, l'opération fut suivie de mort : dans le premier cas, par éclampsie 3 jours après l'opération ; dans le deuxième cas, par embolie 14 jours après l'opération, 2 jours après un curetage. Cette mortalité, 7,6 pour 100, due à des observations anciennes, est aujourd'hui certainement inférieure en raison de l'exploration (cathétérisme, division) fonctionnelle de chaque rein avant de prendre une décision opératoire, et en raison de l'amélioration de la technique. Quant aux suites et au retentissement sur la grossesse, ils furent insignifiants : hors 4 cas où il n'existe aucun renseignement sur l'accouchement, 1 cas d'avortement spontané à 2 mois et 2 cas d'avortements provoqués. Les accouchements se firent normalement à terme, sauf un cas où il eut lieu à 7 mois : dans tous les cas, l'enfant naquit vivant.

En résumé, les suites chirurgicales et obstétricales des femmes néphrectomisées pendant la grossesse furent bonnes.

b) *Grossesses des femmes néphrectomisées antérieurement à la conception.* — L'auteur a pu réunir 34 observations. Hors 3 cas d'avortement spontanés, les autres grossesses (31 cas) évoluèrent et se terminèrent normalement.

L'albumine fut constatée quelquefois, 3 fois sur 7 après néphrectomie pour pyonéphrose, 2 fois sur 4 après néphrectomies pour pyonéphroses calculeuses. Il y eut 1 fois sur 2 des urines purulentes après néphrectomie pour lithiase aseptique. Dans quelques cas, on rechercha de l'albumine ; peu abondante (2 à 3 grammes), elle céda au régime lacté.

En résumé, ces résultats viennent fournir un argument de plus en faveur de la persistance à l'état normal de la dépuration urinaire pendant la grossesse : l'insuffisance rénale, tant redoutée pendant cette période, n'est pas prouvée. Enfin, ces considérations montrent que l'on pourra se montrer moins timoré sur les opérations rénales que l'on pourra être appelé à pratiquer au cours de la grossesse.

Dans un troisième paragraphe, M. Germain étudie, pour chacune des affections qui peuvent commander une néphrectomie, l'influence de cette opération sur la grossesse en évolution et sur les grossesses ultérieures.

a) *Lithiase rénale.* — Trois femmes ont été opérées, sans inconvénient, pour lithiase (2 lithiases aseptiques et 1 lithiase infectée) pendant la grossesse, 7 (2 lithiases aseptiques, 5 lithiases infectées) le furent en dehors de la grossesse, mais purent mener à bien un nombre variable de grossesses sans accident. On admet actuellement que les deux reins sont malades, le rein opposé étant le plus souvent lui-même calculeux ou atteint de néphrite d'origine diathésique. La grossesse et l'accouchement n'aggravent pas ces lésions. Les quelques accidents que l'on a pu voir survenir ne semblent pas avoir été déterminés par cet état physiologique.

b) *Tuberculose rénale.* — La tuberculose rénale est ag-

gravée par la grossesse, et, d'après Israël, aucune maladie ne subirait, sous cette influence, une aggravation aussi rapide. Néanmoins, pour la plupart des accoucheurs, et M. Bar en particulier, l'intervention n'est admise pendant la grossesse que si le rein opposé est parfaitement sain. Or, pour M. Albaran, l'albumine, la bacillurie, l'hématurie, la cylindrurie constatées au niveau du rein opposé ne sont pas des contre-indications opératoires : seule, l'albumine, augmentant progressivement, peut donner quelques inquiétudes. 17 observations rapportées (3 néphrectomies pendant la grossesse et 14 en dehors, mais suivies de grossesses, montrent que les femmes peuvent accoucher normalement. Dans 2 observations, il y eut de l'albuminurie, des cylindres hyalins, des hématuries, preuve que le rein laissé en place était malade ; malgré cela, le rein a suffi à sa tâche. Donc : 1° le chirurgien ne doit pas hésiter à sacrifier, chez une femme enceinte, un rein pour tuberculose rénale ; 2° la maternité est permise aux femmes néphrectomisées pour bacillose rénale.

c) *Pyélonéphrite et pyonéphrose*. — La néphrectomie a été rarement pratiquée pendant la grossesse pour pyonéphroses, quelle qu'en soit la cause (gravidique ou autre). Dans 2 cas la néphrectomie fut pratiquée d'emblée : 1 fois pour pyélonéphrite ; 1 fois, abcès multiples du rein (mort par embolie 20 jours après l'opération) 6 jours après un avortement compliqué de phlébite ; dans 4 cas elle fut faite secondairement, après néphrostomie antérieure. Dans 7 cas de néphrectomies suivies de grossesse, les femmes purent mener à bien plusieurs grossesses sans autre accident qu'un peu d'albuminurie qui disparut avec le régime lacté. Donc, la néphrectomie devra être pratiquée pendant la grossesse, quand la lésion sera unilatérale, si on a préalablement constaté l'intégrité du rein du côté opposé. Enfin, si au cours de l'intervention on trouve le rein complètement détruit.

d) *Hydronéphrose*. — Trois femmes subirent la néphrectomie pendant la grossesse : l'une mourut, 3 jours après, d'éclampsie ; 3 autres femmes eurent des grossesses normales.

e) *Cancer*. — L'auteur n'a trouvé qu'une observation de néphrectomie pour cancer du bassin. La grossesse se poursuivit normalement et la femme accoucha à terme.

f) *Autres lésions*. — Dans quelques observations, la néphrectomie fut faite pour kyste hydatique, kyste simple, adénome kystique, pour fistules consécutives à une néphrectomie pour pyonéphrose, pour fistules urétérales consécutives à des interventions sur le petit bassin ; dans tous ces cas, l'ablation d'un rein n'eut aucun retentissement sur l'état puerpéral.

En résumé, on admet à l'heure actuelle qu'il se fait une hypertrophie des éléments nobles dans le rein sain. Dans tous les cas étudiés par l'auteur, cette hypertrophie rénale s'est montrée suffisante. Le pronostic ne reste donc sombre que parce que l'individu peut être frappé d'une lésion grave (aiguë) portant sur le seul rein qui reste.

Chaque fois que, chez une femme enceinte, la néphrectomie peut être indiquée, on devra procéder à l'examen complet de l'urine de chaque rein, suivant la technique de M. Albarron (bleu de méthylène, phloridzine, polyurie expérimentale).

La division des urines et le cathétérisme peuvent être employés jusqu'au septième mois de la grossesse. L'auteur accorde sa préférence au cathétérisme des deux uretères qui donnera des renseignements sur la valeur fonctionnelle des deux reins, mais encore permettra de déceler l'absence congénitale de l'un des reins.

Nouvelles Scientifiques

XIV^e Congrès international de médecine. — Les membres inscrits pour le prochain congrès international de médecine qui doit s'ouvrir à Budapest le 29 de ce mois sont actuellement au nombre de plus de 2.000 et l'on compte, avec les adhésions de la dernière heure, que le chiffre de 3.000 sera notablement dépassé.

Voici comment se répartissent à l'heure actuelle par pays les adhésions au Congrès : Allemagne 218, Amérique (Etats-Unis) 164, Argentine 35, Autriche 188, Belgique 43, Bosnie-Herzégovine 7, Brésil 22, Bulgarie 17, Canada 8, Chili 4, Cuba 6, Danemark 8, Egypte 21, Espagne 64, France 257, Grande-Bretagne et ses colonies 92, Grèce 16, Italie 145, Japon 24, Mexique 3, Monaco 1, Norvège 2, Pays-Bas 31, Portugal 28, Roumanie 10, Russie 172, Serbie 4, Suède 4, Suisse 23, Turquie 17, Uruguay 2, enfin Hongrie 855.

Association internationale de pédiatrie. — Il vient de se fonder, dans le but de grouper les médecins chirurgiens qui, dans tous les pays s'occupent de pédiatrie, une Association internationale de pédiatrie qui est divisée en plusieurs sections correspondant aux principales nationalités représentées.

Cette Association internationale est administrée par un Comité composé d'un ou de plusieurs délégués par nation.

L'Association nouvelle organise un premier Congrès de

pédiatrie qui aura lieu à Paris en 1910 au cours de la semaine qui précède Pâques. Ce Congrès durera trois jours, le jeudi, le vendredi et le samedi.

La lutte antituberculeuse en Amérique. — D'après M. Samuel Bernheim, il paraîtrait qu'aux Etats-Unis, qui comptent 90 millions d'habitants, il meurt 180.000 tuberculeux par an. C'est peu comparativement aux pays même les plus favorisés d'Europe. M. Bernheim, qui a été envoyé, en 1908, en mission scientifique aux Etats-Unis, attribue ces résultats aux raisons suivantes : 1° sur 17 Etats, il y en a 10 qui ont supprimé légalement l'usage de l'alcool et des boissons alcooliques ; 2° partout on fait une guerre acharnée aux habitations insalubres ; 3° les travailleurs étant bien payés et vivant avec confort, la misère physiologique est rare ; 4° les mariages s'effectuent entre races différentes, donc pas de consanguinité. Quant aux mesures proprement dites (dispensaires, sanatoriums, voire même la désinfection), elles sont rudimentaires et elles commencent seulement à être organisées et appliquées dans ce pays neuf.

Université de Paris. — Dans une Conférence sur l'Université de Paris, à la Sorbonne, récemment publiée, M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, a rappelé qu'en 1870 les Facultés parisiennes ne comptaient que 6.743 étudiants avec 147 professeurs, et 1.389.000 francs de crédits. Actuellement, elles ont 13.584 étudiants, 260 professeurs, et plus de 6 millions de budget. Le nombre des étudiants étrangers, en 1877, atteignait le chiffre de 600, aux Facultés de médecine et de droit ; il était sensiblement nul aux Facultés des Lettres et des Sciences. Depuis la rentrée scolaire (1907-1908), on en a compté 2.205, dont 609 aux Lettres et 139 aux Sciences.

Les étudiants étrangers dans les Universités allemandes.
— Pendant le semestre courant (1907-08), sur les 46.471 étu-

dians immatriculés en Allemagne, on comptait 3.861 étrangers (soit 8,3 p. 100). Pendant le semestre d'hiver précédent, la proportion était de 9,2 p. 100.

		p. 100
Berlin	1.077	13,1
Munich	573	0,6
Leipzig	567	13,1
Halle	220	0,8
Heidelberg	219	13,1
Iéna	166	12,1
Gottingue	142	7,7
Fribourg	127	12
Komgsberg	105	9,4
Strasbourg	98	3,1
Bonn	98	3,1
Breslau	83	4,
Giessen	75	6,6
Wurzburg	74	5,3
Marbourg	64	3,2
Tubingen	50	3,2
Greifswald	37	4,6
Erlanger	33	3,1
Rostock	21	3,2
Kiel	20	1,9
Münster	13	0,8

Sur les 3.861 étudiants étrangers on compte 3.364 Européens : 1.471 Russes, 686 Autrichiens-Hongrois, 329 Suisses, 165 Bulgares, 146 Anglais, 90 Roumains, 74 Serbes, 64 Français, 57 Hollandais, etc. Les Américains sont au nombre de 304, les Asiatiques de 176.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les
SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
2° Au Bromure de Sodium. } 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop à écorces d'oranges amères irréprochable.

Établies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, 11^{me} de 1^{re} classe, géodé et succ^e, Pont Saint-Esprit (Gard).