

LA CLINIQUE

IIe ANNÉE

AVRIL 1896

No. 9

Travaux Originaux.

L'EXAMEN DES URINES

Comme aide au diagnostic et au pronostic

Le fait que le rein est l'émonctoire par excellence de l'organisme, le filtre par lequel l'économie se débarrasse en partie des éléments impropres et même nuisible à sa nutrition, suffit pour montrer toute l'importance de cet organe.

L'urine n'étant, somme toute, que l'ensemble des détritits, des déchets résultant des échanges nutritifs, est toute riche d'indications précieuses : à nous de les lui demander. Elle nous donnera le bilan des opérations quotidiennes, avec une exactitude d'autant plus rigoureuse que nous apporterons une précision plus grande dans l'examen. L'urine parle aussi juste que le pouls et le thermomètre et ne serait pas improprement appelée le "dynamomètre" de la nutrition générale.

Interrogeons donc cet élément de diagnostic sur lequel les grands cliniciens du jour insistent si particulièrement et voyons de quel aide il peut nous être pour le pronostic.

Mais posons quelques points de repaire pour fixer la marque de cette étude et aider à l'observation : Tout d'abord l'examen général superficiel, n'est-ce pas, i, e, les indications fournies par la quantité, la couleur, la réaction et la densité de l'urine éliminée. Mentionnerai-je le goût et l'odeur ? celle-ci nous renseignant de plus sur la décomposition ammoniacale ou la fermentation putride—détails fournis avec plus de précision par d'autres procédés—le premier en usage à peu près exclusivement chez les Mongols. (Voir le "Clinique", vol IX No 5 : La médecine chez les Mongols, par le Docteur Montignon.)

Suivra l'examen plus détaillé, plus intime, portant en premier lieu sur les constituants normaux de l'urine, puis sur les éléments étrangers à l'état normal, soit les éléments pathologiques.

I

Et tout d'abord la "Quantité".—Une moyenne de 1,250 c. c. soit 2½ chopines à peu près d'urine est passée dans les 24 heures.—Quelles conditions modifieront donc cette quantité ? soit, disons la "diminuer".

Une moins grande abondance de liquide ingéré, n'est-ce pas; une transpiration exagérée et maintenue quelque temps; une diarrhée abondante et soutenue, comme dans l'entérite et le choléra C. L., âgé de 35 ans, arrivé à l'hôpital (lit No 6, hôp. N.-D.) dans un état de faiblesse extrême. Diarrhée forte depuis quatre semaines ne garde à peu près aucune nourriture, yeux enfoncés dans orbite, voix caverneuse, pouls petit, rapide et compressible. Diarrhée existe toujours : 4 à 6 fois dans les 12 heures. En revanche à peine d'urine : est resté 18 jours sans uriner ni en sentir aucun besoin. Mort. Autopsie : entérite aiguë.

Il est ici un point de comparaison, opposé assez significatif et faisant contre-preuve au parfait. Dans le diabète—soit simple, soit sucré—où la quantité d'urine excrétée est presque toujours exagérée, on remarque généralement une constipation marquée, d'autant plus accentuée que la polyurie de son côté est plus abondante. Quelques-uns de nous peut-être se rappelleront ce vieillard d'une soixantaine d'années souffrant de diabète marqué et dont le lit était au numéro 6 (Salle St-Joseph, hôpital N.-D., automne 1894). Il souffrait de constipation, n'ayant généralement d'évacuation qu'à l'aide de lavements ou de salins.

Les vomissements répétés et continus, accompagnant l'obstruction intestinale aiguë, produiront en retour une diminution de l'urine.

Fepper nous dit même que l'urine est alors très rare et même qu'il peut y avoir anurie complète. Le 2 novembre Jos. B., 17 ans entre à l'hôpital N.-D., lit No 2, se plaignant de douleurs abdominales atroces. Diagnostic : Entero-péritonite aiguë. Vomissements répétés; en revanche mictions excessivement espacées et à peine marquée d'une urine foncée et très peu abondante. Dans tous ces cas la diminution de l'urine n'est pas imputable à un mauvais fonctionnement du rein; on pourrait plutôt la regarder comme une "action réflexe" d'autres organes suppléant au rein dans ces cas.

Mais à la suite d'exposition au froid, humide surtout,—d'empoisonnements par substances très irritantes d'un dose trop forte de balsamiques

ou de cantharide—survient-il une congestion rénale exagérée ou une néphrite aiguë, nous trouverons l'urine fort diminuée. L'urine alors passée contiendra du sang, albumine, tribuli, autant d'éléments importants qui aideront à préciser le diagnostic. Je retrouve dans mes notes une observation prise au printemps de 94. X, 44 ans, entre à l'hôpital N.-D., lit No 5, se plaint de douleurs à la région lombaire, malaise général, mal de tête, fièvre, léger oedème palpebral. Histoire d'exposition à un froid humide. Diagnostic réservé jusqu'à examen des urines : quantité quotidienne notablement diminuée, rouge, densité normale, albumine en abondance, globules rouges, tribuli; diagnostic : Néphrite aiguë.

Augmentée au contraire en plusieurs cas est l'urine. Naturellement après ingestion exagérée de liquide. Mais aussi en plus d'un état pathologique. Ne confondons pas avec la polyurie vraie, la miction fréquente de la cystite, ou passée à de très courts intervalles; l'urine comme total quotidien n'est pas augmentée en quantité.

Dans les diabètes—tant sucrés qu'insipides—c'est même généralement le premier symptôme qui attire l'attention. Cependant le diabète n'est pas toujours polyurique. Et j'en trouve un exemple frappant dans le cas de M. Louis G., 55 ans, commis à St-H., il développe un diabète avec tous les symptômes classiques, fait trouver densité variant de 1,030 à 38 et même 40; sucre en quantité notable. Mais pas de polyurie, l'urine quotidienne maintes fois mesurée démontre qu'il n'y a pas de polyurie. Cependant symptômes assez étranges. Le malade souffre d'une soif excessive, et de plus est constipé. Finalement après amaigrissement progressif le patient meurt d'asthme.

La diurèse se fera aussi remarquer au cours de la néphrite atrophique (petit rein blanc) alors que le processus pathologique est bien établi sans être toutefois arrivé à sa dernière période, nous dit Pepper.

Tous ont remarqué cette diurèse aussi subite que passagère survenant chez les sujets nerveux, particulièrement chez les hystériques et les épileptiques. Il est une vieille de ma connaissance, Madame R.... qui souffre de diabète sucré et des plus caractérisés. La polyurie se montre avec des proxysmes prononcés, ayant coïncidé plusieurs fois avec des attaques d'angine de poitrine vraie. Une émotion vive, une préoccupation forte et prolongée, un surcroît de travail physique sont là autant de causes déterminant ce que je pourrais appeler une poussée diabétique.

II

Si maintenant nous interrogeons la "couleur" des urines, elle nous fournit aussi des informations variées. L'urine tient sa couleur normale de

l'indiquant dérivé par absorption des matières fécales du gros intestin et de l'urobilline venant de l'hémoglobine.

Toute pâle est l'urine des diabétiques, des hystériques, et des épileptiques après une attaque, pour ne pas mentionner celle qui suit immédiatement les repas.

"Foncées" : Si la personne prend peu de liquide, dans les pyrexies graves aussi.

Tandis que le goudron et ses composés Naphtol et Naphtaline, et les acides galliques et taniques : le céné, le sulphonal aussi donne à l'urine une teinte tirant sur le brun. Il y a quelques semaines à peine notre estimé doyen, M. le docteur Rottot, nous donnait une clinique sur la fièvre typhoïde au lit d'un patient il nous exposait le traitement, et venant à parler de la naphthaline et des naphtols poussés à doses continues et élevées, il nous mit en garde contre le danger d'irritation rénal, nous signalant l'importance de surveiller les urines, une coloration anormale avec tendance brunâtre ou noirâtre étant une indication sinon de surprendre au moins de diminuer ces médicaments.

Lorsque l'on prescrit un médicament qui devra produire quelque effet particulier soit sur les urines, soit sur toute autre sécrétion, il est bon d'en prévenir le patient. Je me rappelle le cas d'un vieux gouteux M. rhumatisant tenace chez qui son médecin après avoir épuisé toutes les ressources de la pharmacopée, essaya en dernier ressort le bleu de méthylène. Le patient revint bientôt aux informations un peu inquiet de la couleur bleue prononcée de ses urines.

Au contraire les solutions astringentes les colorent très décidément en rouge.

Tous connaissent la teinte vert-olive, ou même noire des urines produite par l'acide carbollique. Donc ici indications de surveiller les urines lorsque l'acide phénique est employé en compresses étendues, et le salol poussé à fortes doses : Dangers de l'irritation rénale.

Rien dans tout ceci d'absolument pathologique, tout de même étant sur nos gardes, il nous sera possible de prévenir des effets désagréables, pour ne pas dire de véritables complications.

Mais il est une série d'affections graves ou la coloration des urines fournit d'importantes indications : je veux parler d'hémorrhagie du trachus uro-potétique et des hépatites avec ictères.

Dans les premières la microscope et la teinture de gaillac préciseront le diagnostic quant aux hépatites ictériques, généralement rares les matières colorantes biliaires retrouvés dans le courant circulatoire sont passées avec les urines qui prennent la teinte jaune-soufre ou vert-olive. Plusieurs

d'entre nous se rappellent ce cas d'hépatite aiguë avec ictère qui était au lit No 8, hôpital N.-D., vers la mi-novembre. Il s'était fait culbuter par un cheval et la voiture pesante lui était passée en travers de l'abdomen. Aussitôt se développait une hépatite et en quelques heures le patient était jaune de ce jaune d'ictère bien connu. L'analyse des urines montra une forte proportion de pigments biliaires.

Tous sont courant des procédés cliniques pour reconnaître la présence de ces principes anormaux dans l'urine : par l'acide nitrique et l'iode, aussi je n'insiste pas.

Le danger ici et sur lequel l'examen des urines nous renseigne, est une complication du côté des reins, alors que ces principes colorants, presque de véritables toxines, ne seraient pas éliminées. "Le plus grand danger dans les ictères, c'est l'imperméabilité des reins, dit Hallapeau". Si donc les symptômes d'hépatite vont en augmentant, que la teinte ictérique devient plus prononcée et que d'un autre côté les réactions chimiques nous indiquent diminution dans la quantité des matières colorantes dans les urines avec en plus présence d'albumine; soyons sur nos gardes et craignons une néphrite. De fait elle y est, à l'état aiguë et prévenons-en les complications. Et si elle existe déjà à l'état chronique, le danger est encore plus grand. Au contraire la coloration de l'urine diminue-telle de concomitance avec les symptômes d'ictère : pronostics favorables.

III

Pour ce qui est de la "Réaction" nous la savons normalement facile : Acidité due surtout au phosphate acide de soude et d'un peu d'urate.

"Hypéracidité" : Durant les attaques de rhumatisme articulaire aiguë surcroît d'acidité précédant et accompagnant les attaques de goutte diminuent après.

"Alcaline" est l'urine par les alcalis soit fixe, soit volatile. Vous connaissez le moyen facile de différencier ces alcalis, différence pratiquement importante au plus haut point. Si l'alcalinité de l'urine est due aux alcalis fixes, les phosphates "ferreux" tenus en solution à la faveur de l'acidité normale seront précipités sans qu'il y ait ici tendance à la formation de calculs dit Pepper. Au contraire l'alcalinité reconnaît-elle, pour cause l'ammoniacale, les phosphates terreux seront ici précipités avec formation de phosphates triples d'ammonium et de magnésium, qui constituent la classe la plus considérable peut-être des calculs vésicaux.

Non plus qu'il faille oublier que l'alcalinité ammoniacale cause presque toujours une irritation vésicale souvent très grave. Et c'est là (le

danger) fermentation ammoniacale dans les cas de paralysie vésicale ou d'obstruction à la complète évacuation de la vessie.

La Densité donne aussi son contingent d'informations. Dépasse-t-elle 1,030 soupçonnons le diabète sucré. Est-elle au-dessous de 1,012 ayons en vue le diabète insipide. Et si le patient a le teint pâle, souffre de maux de tête, de prurites cutanées intenses et passagers, de dyspnées et de diarrhées rebelles, a-t-il des vomissements à jeun, le matin, sans même que l'œdème ait fait son apparition nulle part, craignons une néphrite. Dans ce dernier cas l'abaissement de la densité est due à la non élimination de l'urée, et comme dans la généralité des néphrites chroniques l'urée est de moins en moins éliminée complètement, la densité tombe graduellement jusqu'à atteindre parfois 1,000, nous disent Pepper et Holland. La recherche du sucre ou de l'albumine complètera les indications fournies par la densité.

Cette analyse de l'urine toute sommaire qu'elle soit, nous explique déjà plus d'un fait, en tout cas peut nous mettre sur la bonne voie du diagnostic.

IV

Maintenant faisons une analyse plus détaillé, surtout de l'urée et de l'acide urique. Normalement le pourcentage de l'urée est de 20 grammes et celui de l'acide urique de 0.40 grammes pour 1,000. Les chlorures alcalins de 10 grammes pour 1,000.

L'Urée représentant la dépense des principes azotés de l'organisme il y a donc grande importance au point de vue pratique dans les maladies chroniques à savoir si la quantité excrétée chaque jour est ou non normale : c'est là un moyen et des plus précis peut-être pour nous rendre compte de la marche de la maladie. La plupart des états pathologiques excitant une désassimilation exagérée, augmentent la quantité d'urée et d'acide urique. C'est donc ainsi que dans les pyrexies graves et les inflammations aiguës le pourcentage d'urée sera haussé. La phthisie et le diabète entrent aussi dans cette catégorie. D'un autre côté l'atrophie jaune du foie—qui est généralement accompagnée d'une même dégénérescence du rein—diminue d'une manière marquée la quantité des matériaux excrémentiels, et même ils peuvent disparaître complètement dans la dernière phase de la maladie.

Généralement tous les processus morbides où l'oxygénation du sang est imparfaite seront marqués par une moindre formation d'urée : telles sont la chlorose et la leucocythémie.

Les néphrites aiguës et chroniques affectant le pouvoir éliminateur du empêchent graduellement l'excrétion de l'urée. Quant aux chlorures, dont la recherche est relativement longue, il suffit de savoir qu'ils suivent assez fidèlement les variations de l'urée.

V.

Voilà quant aux composés normaux de l'urine. Si maintenant nous recherchons les éléments étrangers qui peuvent s'y montrer, les plus importants sont le sucre et l'albumine, le pus et le sang.

Quant au glucose sa présence dans l'urine est presque la thognomonique du diabète sucré. Cependant les symptômes concomittents devront éclairer le diagnostic. Car il est bon de se rappeler que passagèrement, si vous le voulez, le glucose ou une autre substance donnant les mêmes réactions chimiques, a été trouvé dans les urines après administration du chloroforme, de l'éther, de la glycérine, chloral, morphine et camphre, nitrite d'amyle, acide carbolique et salol, acide salicylique et acide benzoïque, strychnine, arsénic et phosphore.

L'augmentation de l'urée accompagne généralement le diabète sucré, surtout lorsque cet état cachectique est bien établi, ce qui s'explique par la désassimilation exagérée et généralement concomittente du diabète-glycosurique. Voyez toute l'importance d'établir un diagnostic précis, vous avez un patient qui développe un furoncle; les moyens ordinaires semblent n'avoir aucun effet sur la marche de l'ulcère qui s'est établi; au contraire les granulations sont fongueuses, donnent un pus sanieux, manquent de ton. Examinez les urines et peut-être serez-vous surpris de reconnaître dans cet ulcère une manifestation diabétique.

Joséphine S. . . . , de St-Jacques l'Achigan, 19 ans, blonde, lit No 112, salle Ste-Vierge, Hôtel-Dieu, est admise à l'hôpital pour un ulcère à l'orteil qui ne veut pas guérir et qui suppure. Pansement antiseptique souvent renouvelé, toniques généraux : rien ne fait, la plaie est toujours indolente. Le médecin ordonne l'examen des urines : urine pâle, abondante, densité élevée, sucre en quantité. Pour ce qui est de l'albumine, il est certain que sa présence bien que se rapprochant à des états pathologiques des plus variés aide à préciser le diagnostic, à prévoir—ce qui veut souvent dire prévenir—les complications et favoriser le pronostic, et tout d'abord soyons en garde contre les "fausses albuminuries" qui peuvent induire en erreur l'analyste non prévenu.

Nous rencontrons donc une dyscrasie dans certaine pyréxie simple ou infectieuse,—quand aussi la désassimilation étant exagérée elle ne sera pas complète dans son processus chimique—i. e. que ses produits n'auront pas

atteint leurs dernières transformations en acide urique et urée,—et surtout lorsque les substances amyloïdes du sang ne seront pas utilisées et transformées et urée. Ce dernier point est si vrai que lorsque l'albumine est troublée dans l'urine, presque toujours l'acide urique et l'urée sont contrairement diminués. Faut-il conclure nécessairement que l'acide urique et urée étant diminués dans l'urine, en revanche ils sont dans le sang en plus grande quantité qu'à l'état normal ? Pas nécessairement. "Non, dit Gubler, et si l'urée est amoindri c'est tout simplement parce que l'albumine en passant en nature dans l'urine ne saurait se montrer en même temps sous une autre forme".

En marge de ces assertions des grands cliniciens, on aime toujours à trouver le palpable d'une preuve confirmant leurs avancés. Voici quelques faits qui parlent d'eux-mêmes. Dans trois cas d'éclampsie puerpérale, le sang des patientes tirés pendant l'attaque et examiné n'a donné qu'un pourcentage de 0,0001 à 0,00002 grammes d'urée pour 1,000, alors que la normale est de 0.12 à 0.15 grammes par 1,000 et pour que l'expérience fut concluante Berthelot et Wurtz firent eux-mêmes à la demande de Gubler ces examens du sang. Il n'y a qu'à consulter la littérature médicale sur ce sujet pour trouver plusieurs rapports d'expérience confirmant ces données. Mais disons aussi que dans nombre de cas de convulsions d'éclampsie, l'urée a été trouvée dans le sang en quantité au-dessus de la normale.

Laissez-moi ajouter que les symptômes typiques de l'urémie, les convulsions ne se trouvent jamais dans des conditions telles que le choléra et la fièvre jaune offrent cependant des proportions énormes d'urée dans le sang. (1.66 grammes pour 1,000 Marchand et Rainy. 4.00 grammes Chassaniol).

Dès lors comment donc expliquer les convulsions éclamptiques ? Sont-elles dues uniquement à l'urée au dire de Wilson, ou bien au carbonate d'ammoniaque comme le veut Frerichs, auraient-elles plutôt pour cause l'œdème cérébral comme l'indique Traube, ou auraient-elles pour cause des facteurs multiples comme l'enseigne Bouchard. L'opinion de ce savant pathologiste à cet avantage n'étant pas exclusive, de pouvoir expliquer plus facilement les divers symptômes; aussi rallie-t-elle des adeptes dans toutes les écoles.

Est-il besoin d'insister sur les services importants et précis que l'examen des urines peut rendre en certains cas d'urgence, où il devient impossible d'avoir l'histoire antérieure de la maladie. Voici par exemple un patient pour qui nous sommes appelés en hâte. Il est en crise convulsives alternant avec un coma profond. Est-ce une de ces rares attaques d'apoplexie à forme convulsive, le patient est-il un névropathe et cela est-il une simple manifestation de névrose, épilepsie ou hystérie, ou bien plutôt

n'est-ce pas une manifestation d'un trouble rénal sérieux et n'avons-nous pas là un comateux urémique, saturnin ou diabétique. Evidemment les symptômes généraux fournissent leur part de renseignements : la paralysie plus ou moins généralisée, le pouls, la respiration, la température, la pupille, les gencives, le tein, autant d'indications précieuses. Mais souvent le dernier mot sera donné par les urines. Depuis que ce travail est commencé j'ai lu avec grand intérêt une démonstration clinique de M. le professeur Rendu à l'hôpital Necker, sur l'urémie à forme convulsive, où il met en lumière par un cas frappant la précision que l'examen des urines apportent dans les cas de ce genre (Voir la "Clinique" vol II, No 5).

Pour ce qui est des troubles circulatoires comme cause d'albuminurie, on a longtemps cru que l'augmentation de la pression artérielle dans le rein la favorisait. Maintenant on revient de cette opinion, et le théorie appuyée d'ailleurs sur l'expérience et l'observation, la plus généralement admise veut que la diminution et non l'augmentation de la pression artérielle favorise l'apparition de l'albumine dans les urines. Entre autres faits tendant à le prouver l'albuminurie marquée des agonisants. Chez les sujets parfaitement indemnes d'ailleurs de toute affection rénale, on voit durant l'agonie l'urine devenir albumineuse, par suite de l'abaissement de la tension artérielle due à la faiblesse progressive du cœur.

Quant à l'altération de l'épithélium rénal, c'est là évidemment la plus générale, nécessaire même, je l'ai dit, pour bon nombre de pathologistes. Elle est primitive ou secondaire. Les causes sont ici variées et souvent mixtes : néphrite aiguë à frigore, répression brusque d'exanthèmes, maladies infectieuses, intoxications aiguës, maladies diathésiques, et affections cardiaques.

Après cet aperçu sommaire et général, examinons l'albuminurie comme élément de diagnostic et pronostics dans certaines affections déterminées.

Voyons dans les fièvres exanthématiques et les maladies infectieuses :

Scarlatine : de toute cette classe d'affection ou l'albuminurie est la plus habituelle. Au début de la scarlatine elle est due à la dyscrasie sanguine; mais se montre-t-elle dans la convalescence elle reconnaît alors pour cause une altération rénale marquée. Le pronostic est donc ici plus grave.

Rougeole : beaucoup moins fréquente ici que dans la scarlatine est l'albuminurie, seulement dans les cas graves. La maladie a-t-elle irrégulière dans sa marche, l'éruption disparaît-elle soudain ou pressent-elle un caractère anormale, soyons sur nos gardes et examinons les urines.

Variole : albumine rare au début; se montre-t-elle à la période de supuration le rein est altéré et craignons les conséquences d'une néphrite.

Fièvre typhoïde : un des symptômes les plus constants. "Chez plu-

plusieurs centaines de cas qui sont passés sous mes yeux depuis 15 ans je ne l'ai jamais trouvé en défaut", dit Gubler.

Méningite cerebro-spinale : a forme aiguë est toujours accompagnée d'une urine fortement albumineuse.

Diphthérie : est généralement accompagnée d'albuminurie légère dans bien des cas, mais réelle tout de même, et est due à la dyscrasie sanguine, plutôt qu'à l'altération du filtre rénal.

Pour ce qui est des maladies pulmonaires : bronchite capillaire, pneumonie franche, phtisie miliaire, l'albuminurie en est souvent une complication. Elle est plus grave dans la phtisie miliaire, parce qu'alors la même dégénérescence granuleuse a envahi les reins.

Et le cœur : l'albumine est une des complications les plus importantes, et son apparition vient fâcheusement compliquer le diagnostic. Les affections cardiaques la reproduisent de différentes manières. Une circulation faible et traînante, la dyscrasie sanguine consécutive et en dernière instance la dégénérescence graisseuse ou amyloïdes du rein, a son tour pareillement affectée comme le cœur les vaisseaux et le foie, ce sont là autant de facteurs s'entraîdant les uns les autres.

Un mot de l'importance relative des différentes lésions cardiaques au point de vue qui nous occupe. La plus sérieuse est le rétrécissement auriculo ventriculaire droit; puis viennent les affections mitrales, surtout le rétrécissement; les lésions aortiques sont les moins sérieuses, tel est l'enseignement clinique.

Les porteurs de la diathèse arthritique, gouteux et rhumatisant ou simple artéro-scléreuse, sont très exposés à développer tôt ou tard une néphrite à marche chronique.

Les syphilitiques, les alcooliques sont dans le même cas. Je mentionnerai que pour le fait les albuminuries nerveuses i. e. survenant au cours de certaines névroses et reconnaissant pour cause un trouble hépatique ou cardiaque voir même rénal d'origine nerveuse. Le subit de leur apparition rapproché de leur caractère tout à fait transitoire en indique la nature avec la cause.

Enfin une dernière classe : les albuminuries toxiques.

Poisons minéraux—Acide concentré : Phosphore, Arsénic, Plomb, Cuivre, Mercure, Iode.

Poisons végétaux—Alcools : Alcaloïdes.

Poisons arsénicaux—Cantharides : Agent des maladies infectieuses.

Ici la cause est double : tantôt dépendant d'une irritation sécrétoire, tantôt exprimant une lésion générale de l'économie.

L'observation, dit un clinicien, enseigne que les poisons sont plutôt

altérant qu'irritant, si les doses en sont minimes mais répétées, si leur action obscure d'abord ne se fait sentir qu'à la longue ils amènent l'albuminurie par l'intermédiaire de la dyscrasie et de la cachexie. Si au contraire se sont des agents doués d'une grande énergie introduits subitement et à doses massives ils vont porter sur les reins plus qu'ailleurs leur pravication et produire un flogose marquée dont une expression principale sera présence d'albumine dans la sécrétion urinaire.

Gubler commentant cette idée, écrit : "De tels faits concordant avec de nombreuses observations d'intoxication mercurielle, saturnine et autres, me portent à considérer la majeure partie des albuminuries toxiques comme résultant des troubles dyscrasiques et nutritifs plutôt que de l'action locale uropoétique. Il serait intéressant de donner ici quelques aperçus des lésions anatomiques rénales concomitantes de ces diverses manifestations pathologiques, mais le cadre de cet article étant restreint impossible de s'arrêter à ces détails.

VI

Qui dit Pus dit inflammation; aussi une urine purulente est-elle une indication de processus pathologique grave du système uropoétique. N'y a-t-il que quelques gouttelettes de pus et sont-elles passées dès le commencement de la miction alors on conclura assez évidemment à une infection uréthrale. Vénus et ses plaisirs sont ici ne cause. Le pus au contraire est-il abondant et intimement mêlé à l'urine, recherchons la cause plus haut que l'urètre : la vessie ou le rein sont malades. Sinon les deux, lequel alors ? Rien d'absolument précis seulement les symptômes généraux aident à préciser. Dans la cystite purulente l'urine est fortement alcaline et pas de polyurie, densité normale, parfois légèrement diminuée, dépôt colle au fond du bocal. Dans la pylo-néphrite purulente : généralement polyurie, réaction neutre ou légèrement acidé, densité sous-normale assez marquée, surtout tubuli et épithélium rénal dégénéré. Et la cause. Disons plutôt les causes, car elles sont nombreuses. C'est ainsi que la cystite purulente se rattache à une contamination de voisinage "Blennorrhagie" à une infection directe de la vessie par un caractère non septique, accompagne souvent le calcul vésical, vient compliquer une cystite aiguë "à frigore".

La piélo-néphrite purulente sera à son tour souvent consécutive à une cystite infectieuse, la contamination s'étant faite par les urètres, se développera au cours des maladies infectieuses générales, viendra compliquer une néphrite toxique et même une simple néphrite "à frigore"; reconnaîtra souvent pour cause un calcul rénal, ou succèdera parfois à l'usage continu de fortes doses de balsamiques, de l'essence de térébenthine ou de la cantha-

ride. Il est intéressant de pouvoir vérifier les renseignements de la pathologie par les faits de la clinique et surtout de l'autopsie.

Voici quelques observations prises dans ces derniers mois aux hôpitaux et qui viennent en parfaite corrélation des avancés de la pathologie.

INFECTION DIRECTE PAR INSTRUMENT—J. L., âgé de 42 ans, hóp. N.-D., lit No 24, a été frappé dans la région lombaire il y a trois mois par une grosse branche d'arbre. La paraplegie s'est développé peu à peu, Selles seulement par les lavements, miction de plus en plus difficiles, et finalement obligé de se servir d'un catheter. Pas au fait de l'antiseptie il s'infecte et se donne une cystite purulente. Conduit à l'hópital : douleurs périnéales et supubiennes plaies de lit légères, urine purulente, la fièvre se déclare, température haute et irrégulière. Meurt de septicémie et de pyémie. L'autopsie révèle un catarrhe purulent de tous le système uropoétique, urètre malade surtout à la partie inférieure. Gros rein blanc. Rein droit 10½ oz. Rein gauche 10 oz. En maints endroits le paranchyme du rein présente dans la direction des vaisseaux des foyers jaunes blanchâtres purulents. La rate offre quelques foyers ecchymotiques. Signes d'endocardite et d'endotérite infectieuse.

ACCOMPAGNE SOUVENT LE CALCUL—Jos. R., 18 ans, commis pharmacien se plaint de douleurs périnéales et supubiennes augmentées par la marche. Miction fréquente. Urine trouble. L'examen indique un calcul avec cystite purulente très marquée. La lithotricie débarrasse sa vessie de cet étranger incommode et le cystite cède à son tour. Il vaque maintenant à ses affaires.

Par fauses urines on comprend celles reconnaissant pour cause le sang et le pus mêlés à l'urine. Le diagnostic différentiel en est souvent facile, bien qu'il ne faille pas oublier que la vraie et la fausse albuminurie sont souvent présentées toutes les deux à la fois.

La couleur rougeâtre et après quelque temps le dépôt foncé feront pencher vers l'hémoglobinurie, surtout si l'on trouve aussi des caillots sanguins.

Le dépôt blanchâtre, les bulles caractéristiques du pus soumis à la potasse parleront d'elles-mêmes.

Le dernier mot sera au microscope.

Si l'on a recours aux réactifs chimiques, il faut auparavant filtrer l'urine trouble, puis procéder comme à l'ordinaire.

Toutes les causes auxquelles se rattache l'albumine vraie peuvent se classer sous trois chefs :

Altérations du sang.

Altérations de la tension vasculaire intra-rénale.

Altérations de l'épithélium rénale.

Beaucoup de pathologistes tout en admettant que la dyscrasie sanguine et les troubles circulatoires du rein peuvent causer l'albuminurie, ne la rattachant qu'à l'altération des tissus épithéliaux du rein comme cause immédiate et nécessaire. C'est ainsi que Semmola insiste particulièrement sur l'état dyscrasique du sang, tandis que Heidenhain requiert comme condition "sine qua non" l'altération de l'épithélium glomérulaire.

Le fait est que l'expérience nous montre que pour peu que l'albuminurie persiste, elle est tôt ou tard compliquée de tous les symptômes propres aux néphrites et l'histologie pathologique nous a toujours indiqué, dans les cas de cette sorte, une altération du rein.

Osler et avec lui plusieurs cliniciens américains reconnaît une albuminurie "physiologique" (Voir "Medical Examiner", Oct 1895) se rencontrant dans l'adolescence, plutôt chez les jeunes gens, accompagnée d'aucun symptôme général commun à l'albuminurie néphritique et dont un des traits particuliers est sa présence passagère et irrégulière : dite albuminurie "cyclique ou périodique". Senator admet aussi cette albuminurie physiologique.

Gubler, admettant ces trois mêmes causes générales admises plus haut, synthétiserait aussi en résumé : "Presque toutes les albuminuries temporaires—certains diabètes albuminuriques durables—la maladie de Bright elle-même dans ses débuts appartiennent à la première catégorie.

A la seconde se rapportent les albuminuries par thrombose et compression des canaux veineux situés entre la substance sécrétante du rein et le cœur, ou par altérations organiques du centre circulatoire.

La troisième comprend les albuminuries consécutives aux refroidissements, aux repercussions brusques d'exanthèmes, aux intoxications aiguës au désordre porte dans les reins par les poisons septiques ou virulents, et par les maladies diathésiques".

Seulement à côté d'un grand nombre de faits assez faciles à classer, il s'en trouve beaucoup d'autres qui trouveraient bien leur place dans plus d'une de ces catégories. Ainsi le pathologiste ne doit pas être trop tranché ni exclusiviste trop en outre.

Nous avons justement dans le service du docteur Brosseau, lit No 15, un patient âgé de 28 ans, qui s'est vu attaqué d'une cystite aiguë après une exposition assez longue à un froid humide : travaillant à la construction d'une voie ferrée. Il ne tarda pas à se développer un catarrhe purulent de la vessie, pour lequel il est sous traitement.

Le catarrhe purulent du rein consécutif à une cystite est bien montré par le cas rapporté plus haut.

Comme complication de néphrite toxique, nous en avons vu un des plus frappant exemple dernièrement dans le cas d'un jeune homme de 24 ans, peintre de son métier, qui est apporté par l'ambulance dans un état de délire marqué. L'histoire est d'un empoisonnement par le plomb : saturnisme chronique, qui vient confirmer l'examen du patient. Liséré des gencives, haleine fétide, constipation marquée. Aucuns renseignements de sa part, car il délire au point que la camisole lui est mise. Albumine dans les urines qui bientôt deviennent fortement purulentes malgré un traitement énergique. Il mourrait au bout d'une dizaine de jours. L'autopsie montra des reins fortement atteints. Tous deux très gros, très dilatés, par des foyers kystiques nombreux, variant de la grosseur d'un poids à celle d'une noisette; pus, bassinnet du rein gauche fortement dilaté et pour cause l'urètre étant complètement obstrué immédiatement en laissant le rein par suite du travail inflammatoire.

Deux mots de l'hématurie, et je termine. La couleur rougeâtre surtout du sédiment, et l'examen microscopique fixent le diagnostic d'hématurie. Mais ce n'est pas un symptôme à quoi le rattacher ? A une néphrite parenchymateuse aiguë ? ou à une dégénérescence tuberculeuse ou amyloïde du rein, ou peut-être à un calcul rénal ou vésicale ? serait-ce plutôt à un cancer-épithélioma ou carcinome du rein ou de la vessie ? comme on peut aussi rencontrer l'hématurie dans le scorbut ou tout état général produisant une profonde dyscratie sanguine. Gardons-nous de nous laisser prendre par une hématurie traumatique, résultat d'intervention opératoire.

Ici évidemment les symptômes généraux aideront le diagnostic, et souvent le dernier mot est au microscope qui nous fera voir les tubuli épithéliaux, hyalin ou dégénérés, l'épithélium spéciale du rein teinté de sang, des cylindres rouges (sang accumulé et moulé dans les tubes urinaires) tous signes indiquent une affection rénale.

C. M....., âgé de 56 ans, grand, ossature bien prononcée, bien musclé aussi, se présente à l'hôpital pour troubles de la vessie. Travaille généralement dehors. Il y a 4 ans s'est mis à uriner parfois du sang. Dans les premiers temps irrégulièrement mais peu à peu c'est devenu à peu constant. Aucune douleur, n'a jamais été obligé de prendre le lit, uriné 7 à 8 fois par jour et 2 à 3 fois par nuit, non par besoin mais parce que s'il attend plus longtemps il a de la difficulté à commencer la miction, mais pas de douleurs. Examen de l'urine. Par la teinture guaiac : sang. Filtrée et testée par l'acide nitrique, la chaleur, la méthode d'Esbach : pas d'albumine. Examen microscopique : globules sanguins, globules de pus et éléments épithéliaux en abondance, presque tous vésicaux et dégénérés en bon nom-

bre; à peine quelques tubuli rénaux. Diagnostic probable : dégénérescence maligne de la vessie, papillome ou autre.

Nous venons de passer en revue d'un coup d'œil quelques-uns des affections générales et locales ayant répercussion sur la sécrétion rénale. Préciser le diagnostic, suivre la marche de la maladie, éclairer le pronostic, l'urine nous fournit nombre de renseignements à ce sujet, si seulement nous savons l'interroger. Je n'ai pas insisté sur les procédés chimiques à cet effet : il suffit d'ouvrir les traités spéciaux qui donnent les méthodes avec toutes la clarté et la précision voulues.

EUGENE ST-JACQUES,

Président de l'association des Etudiants.

Montréal, février 1896.

OBSTRUCTION INTESTINALE CAUSEE PAR LE SALOL.

Le "Kansas Medical Journal" rapporte un cas d'obstruction intestinale, qui a nécessité la laparotomie, causée par des pastilles comprimées de Salol, administrées comme désinfectant du tube digestif. Il est bon de se rappeler que le Salol est à peu près insoluble, et que son administration à très haute dose, surtout sous la forme de pastilles comprimées, peut causer des accidents sérieux, mortels même, comme le fait voir le cas en question.

CONGRES DE DERMATOLOGIE

Le prochain congrès international de dermatologie se tiendra à Londres, dans la première semaine du mois d'août 1896. Le Dr George J. Jackson, de New-York, en sera le secrétaire pour les Etats-Unis.

("New-Orleans Medical and Surgical Journal")

DE L'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, DE LA DIPHTERIE ET DE LA BLENNORRHAGIE

Par PIERRE BEDARD

Le microscope, cet instrument merveilleux qui nous fait connaître les mystères d'un monde infiniment petit, et nous en découvre l'étonnante vitalité, est venu éclairer la médecine d'une lumière toute nouvelle, et a apporté au diagnostic des maladies contagieuses une grande certitude. Avec lui, le médecin, si le moindre doute existe dans son esprit, peut découvrir la véritable et unique cause de la maladie qu'il traite, et la connaissant, il combattra avec plus d'efficacité les mauvaises conséquences.

L'expérience aide beaucoup il est vrai, à la connaissance première d'une maladie, mais, malgré cela, combien d'erreurs de diagnostic ont été commises qui ne l'auraient pas été si le médecin eut su faire un examen bactériologique. Et par suite combien de malades auraient été guéris, si la cause réelle des troubles de leur organisme eut été connue, à l'aide de ces recherches microscopiques.

Les services que cette admirable science de la bactériologie rend au médecin sont nombreux et inappréciables, et, depuis Pasteur, le grand savant que la France vient de perdre, elle a largement contribué à la plupart des découvertes qui se sont faites dans le domaine de la médecine. Ce quelle nous réserve pour l'avenir, nul ne le sait, mais il est certain quelle modifiera singulièrement les sciences médicales et expliquera d'une manière victorieuses ces mystères qu'on y rencontre encore.

Soit dans la tuberculose pulmonaire, soit dans la diphtérie, soit dans la blennorrhagie, la recherche du microbe spécial à ces maladies donnera au médecin une grande satisfaction et affirmera son diagnostic. Il existe cependant bien d'autres états pathologiques où l'on peut trouver une cause spécifique, mais, pour le présent article, nous nous bornerons à l'étude de ces trois affections, au point de vue bactériologique, et dans chacune d'elles nous donnerons les maladies présentant les mêmes symptômes et pouvant par suite occasionner des erreurs de diagnostics, et de plus nous y ajouterons une méthode rapide pour la recherche de ces différents microbes.

Nous sollicitons d'avance l'indulgence du lecteur pour ces quelques notes qui suivent ; elles ont été ramassées çà et là dans nos lectures et à travers nos cours, et nous les lui présentons humblement. Il y a dans ce travail, nous le savons, de grandes lacunes, mais on devra tenir compte de notre bonne volonté ; d'ailleurs comme le dit le proverbe : "faute avouée est à demi pardonnée".

I

TUBERCULOSE PULMONAIRE

C'est à Taennec qu'est due la première connaissance de la nature contagieuse et infectieuse de la tuberculose, et les travaux de Villemin vinrent par la suite confirmer cette doctrine. Koch, le grand bactériologiste allemand, se servant des procédés de culture imaginés par Pasteur, découvrit en 1882 un bacille se présentant au microscope sous forme d'un bâtonnet, grêle, très droit, et long de trois à quatre millièmes de millimètre ; ce microbe qui n'a d'analogie qu'avec celui de la lèpre, fut appelé bacille de Koch. Cette découverte eut un retentissement considérable, et vint terminer cette éternelle division de l'hérédité. Sans admettre ce fameux principe de Peter "qu'on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable", principe certainement trop absolu, les auteurs modernes déclarent cependant que la tuberculose n'apparaît pour la plupart des cas que chez des personnes possédant une prédisposition spéciale à contracter cette maladie, soit par cause constitutionnelle, comme anémie, chlorose, etc., soit par cause accidentelle, comme misère, privations, etc. Le manque de force vitale l'irrégularité dans le fonctionnement de ce phénomène "microbicide" qu'on appelle la "phagocytose", expliquant pour quelle raison une personne prend plus facilement la tuberculose, dans un même milieu, qu'une autre chez laquelle toutes les fonctions de l'économie se font normalement.

La tuberculose est guérissable, témoins ces lésions tuberculeuses, fibreuses ou crétaées, trouvées dans le poumon de personnes ayant succombé à une toute autre maladie (Dieulafoy, pathologie interne). Parmi les divers modes de traitements qu'on a mis en usage jusqu'aujourd'hui, nous remarquons surtout la tuberculine de Koch, qui obtint un moment une grande vogue, mais qui maintenant est complètement délaissée, si ce n'est pour reconnaître la tuberculose chez les animaux. Espérons qu'un jour un second Roux, voulant soulager l'humanité qui souffre, découvrira une antitoxine puissante qui arrêta la tuberculose dans son développement, et conservera ainsi des êtres aimés à la famille, de belles intelligences à la patrie.

Le bacille de Koch est un critérium de tuberculose ; il se trouve en amas considérables dans les cellules géantes des tubercules, dans les crachats, dans les sécrétions des plaies tuberculeuses, vaginales, linguale et nasales, etc.

Pour la recherche rapide du bacille, l'on examine toujours les crachats du phthisique ; c'est le moyen le plus pratique et le plus sûr. Cependant dans cet examen comme dans toute autre chose d'ailleurs, il ne faut jamais être trop absolu, et ne pas dire lorsqu'une personne présente tous

les signes extérieurs d'une tuberculose et qu'on ne trouve pas de bacille dans les crachats, que la tuberculose n'existe pas chez cette même personne car au début il arrive souvent que le bacille manque dans les expectorations; mais il se trouve toujours dans les crachats d'un phthisique, la phthisie ou la consommation étant la période ultime de la tuberculose. On rencontre même le bacille même dans ces crachats semi-sanguinolents, les hémoptisies de la première période de la tuberculose, beaucoup avant que la maladie devienne phthisique.

Nous allons maintenant aborder l'étude de certaines maladies qui par leurs symptômes généraux ressemblent apparemment à la tuberculose, et qui, outre une auscultation très minutieuse et parfois excessivement difficile, nécessitent pour être bien diagnostiquées un examen bactériologique. Parmi ces maladies nous verrons brièvement la syphilis du poumon, la dilatation bronchique ou bronchectasie, la pseudo-tuberculose aspergillaire et le kyste hydatide pulmonaire.

SYPHILIS DU POUMON

Cette affection possède à peu près tous les caractères extérieurs de la tuberculose commune. Le malade maigrit, languit, toussé; la nuit il a des sueurs abondantes. Les ongles sont très incurvés, et les crachats deviennent en peu de temps mummulaires comme ceux de la phthisie.

Par un examen sérieux du malade et par l'histoire de ces antécédents, le médecin peut arriver à diagnostiquer cette maladie, au lieu d'une tuberculose dont elle présente presque toujours les symptômes. Mais combien de médecins, en présence d'un cas semblable, prennent le temps de faire redire à la personne ce qu'elle a fait dans le passé, chose qu'elle parviendra cependant à cacher malgré la science et l'habileté de l'interrogateur. D'ailleurs il est connu que la tuberculose accompagne assez souvent la syphilis du poumon; alors si un malade syphilitique se présente avec toutes les apparences d'une tuberculose pulmonaire, le médecin diagnostiquera peut être au premier abord une syphilis du poumon, quand il existerait véritablement une tuberculose pulmonaire accompagnant cette lésion syphilitique. Comme on le voit l'examen bactériologique seul surtout dans une circonstance semblable, permettra au médecin de poser un diagnostic certain.

DILATATION BRONCHIQUE OU BRONCHECTASIE

Outre la toux, les crachats et les ongles qui sont ceux d'un tuberculeux, le sujet atteint de bronchectasie présente à l'auscultation des souffles caverneux qui font croire à l'existence de lésions tuberculeuses. De plus les hémoptisies sont fréquentes et assez abondantes.

La seule différence qui existe entre cette maladie et la tuberculose c'est l'apparence assez bonne du malade mais ceci ne peut aider au diagnostic, et si, encore plus peut-être que dans la syphilis du poulmon, l'examen bactériologique serait très avantageuse.

PSEUDO-TUBERCULOSE ASPERGILLAIRE

Le tubercule, mode de réaction des tissus vis-à-vis des agents pathologiques, n'est en aucune façon spécifique de la tuberculose bacillaire de Koch ; il peut se rencontrer dans certaines affections intéressées histologiquement seulement par des tuberculoses : ce sont les pseudo-tuberculoses (Dieulafoy, pathologie interne).

Cette maladie rare dans notre pays possède tous les dehors d'une tuberculose vraie : toux sèche, expectoration abondante, hémoptisies fréquentes, crachats sanguinolents, sueurs profuses, et à l'auscultation râles sibilants et ronflants. L'apparence du malade est assez mauvaise, et ses forces diminuent rapidement.

KYSTE HYDATIDE PULMONAIRE

Les symptômes généraux sont absolument semblables à ceux de la tuberculose. Le diagnostic est entièrement impossible tant que le malade n'aura pas rendu une noix vomique qui permet alors de découvrir au microscope des débris de membranes. Mais ceci n'est pas encore une certitude et il faut de toutes nécessité recourir à l'examen bactériologique.

Nous pourrions continuer la nomenclature et comparer les symptômes d'une bronchite par exemple avec ceux d'une tuberculose, mais comme nous ne voulons pas être prolixes nous nous bornerons pour le moment à une étude très succincte sur le bacille.

Autrefois on croyait que le tubercule indiquait nécessairement une tuberculose, mais aujourd'hui l'on sait que la morve, la syphilis, etc., présentent les mêmes lésions anatomiques que la tuberculose (Dieulafoy, pathologie interne) et que ce qui distingue la tuberculose vraie de ces lésions à tubercules, c'est purement et simplement le bacille. Ce qui permet d'affirmer la nature tuberculeuse d'un produit, c'est la constatation des bacilles. On pourra maintenant faire la part de la tuberculose et la part des lésions qui la simulent ; on ne sera plus exposé à voir le scrofule empléter sur un domaine qui ne lui appartient pas ; on ne confondra plus la tuberculose vraie, bacillaire, avec les fausses tuberculoses. (Dieulafoy, pathologie interne).

“Le tubercule, dit Debove, ne peut être défini par ses caractères mi-

“microscopiques, pas plus qu'il ne peut l'être par sa forme ou par la disposition de ses éléments ; ce qui est spécifique ce n'est ni sa forme ni sa nature, c'est l'agent dont la présence a déterminé la lésion”.

Le bacille, ainsi que nous l'avons dit, se rencontre dans les crachats des phtisiques en assez grande quantité, et la recherche du bacille dans ces expectorations est le meilleur moyen clinique à la disposition du médecin ; nous laisserons donc de côté l'étude des cultures de ce microbe.

Chez l'adulte on peut arriver par une auscultation très minutieuse à poser un assez bon diagnostic de tuberculose, mais chez l'enfant cette maladie ne présente d'autre localisation qu'une broncho-pneumonie (Dieulafoy, pathologie interne), et ici l'examen bactériologique est absolument nécessaire. De plus, l'auscultation chez l'adulte n'est pas toujours efficace pour la bonne raison que dans la plupart des cas, elle n'est pas constante dans ses signes, tandis que le seul fait de trouver le bacille dans les crachats indique la tuberculose.

Lorsqu'on examine du crachat de phtisique au microscope, le bacille de Koch n'est pas le seul microbe que l'on y trouve ; il est souvent associé au streptococque, au pneumococque, au staphylocoque, etc. On y voit aussi des cellules épithéliales, des fibres élastiques, des globules de pus, etc., etc.

Pour ce qui est du microscope, il faut se servir de l'éclairage condensateur de Abbé et de la lentille à immersion ; avec un grossissement de 1,000 à 1,200, le bacille apparaîtra avec beaucoup de netteté.

RECHERCHE DU BACILLE DE KOCH

me de lampe à alcool, on prend en petite quantité de la partie la plus épaisse du crachat, et on l'étend sur la lame en couche très mince.

1o Avec un fil de platine qu'on aura eu le soin de stériliser à la flamme

2o On passe rapidement cette lame à la flamme et, aussitôt qu'elle est sèche on y répand du rouge de Ziehl. Cette solution est ainsi composée :

Fuschine.....	1 partie
Sol. ac. carbo. 5 o/o.....	10 parties
Alcool.....	100 parties

liquide colorant que l'on fait chauffer jusqu'à dégagement de vapeurs.

3o On lave ensuite la lame à grande eau, et on y verse de l'acide sulfurique à 5 o/o jusqu'à ce que la coloration soit rose-pâle. Cet acide décolore tous les éléments et les microbes de la préparation, moins le bacille de Koch qui reste rouge.

4o Cette nuance rose obtenue, on répand sur la lame du bleu de Traeffler

(Formule du bleu de Traeffler) :

Sol. alcoolique concentrée du bleu de méthylène..... 30 c. c.

Sol. pot. caustique, 1 pour 100, 100 c. c.

qu'on laisse une ou deux minutes et qui colore en bleu tout ce qui avait été décoloré par l'acide sulfurique, après on lave de nouveau la lame

5o Ces diverses opérations finies, on laisse sécher la préparation, ou bien, si on doit l'examiner immédiatement, on dépose une goutte d'eau distillée sur une lamelle qu'on applique sur la pièce.

6o Soit sur la lame, soit sur la lamelle, on met une ou deux gouttes d'huile de cèdre, et on porte ensuite la lame sur le champ du microscope.

7o S'il y a des bacilles ceux-ci apparaissent rouges sur un fond bleu. Sur toute sa longueur le bacille a un volume uniforme ; on distingue néanmoins des renflements ovoïdes qui seraient dus à la présence des spores. On a considéré également comme spores les petites vacuoles incolores, ovales, qu'on observe à l'intérieur du bacille (Dieulafoy, pathologie interne). Il est bon de préparer deux ou trois pièces d'un même crachat pour pouvoir donner un diagnostic plus sûr.

Il existe un autre procédé peut-être plus rapide de colorer le bacille de Koch. Ce sont MM. Pittion et Roux qui ont les premiers publiés cette nouvelle méthode de coloration dans le "Bulletin de la Société de Pharmacie du Sud-Ouest", France.

1o Dissoudre 10 grammes de Fuschine dans 100 grammes d'alcool absolu (première solution).

2o Solution ammoniacale comprenant 3 parties d'ammoniaque dans 100 parties d'eau (deuxième solution).

3o Dissoudre dans 50 grammes d'alcool du vert d'aniline à saturation ; on ajoute 30 grammes d'eau distillée, et ensuite 20 grammes d'acide azotique (troisième solution).

4o Pour la coloration on prend 10 c. c. de la deuxième solution et on y ajoute 1 c. c. de la première solution. On chauffe ce mélange jusqu'à dégagement de vapeur, et l'on y immerge la lame portant le crachat desséché pendant une minute au plus, puis on lave à grande eau. On y dépose ensuite trois ou quatre gouttes du vert d'aniline (troisième solution) qu'on laisse 40 à 50 secondes. Après un nouveau lavage, et avoir fait sécher la lame, on examine la pièce au microscope; le bacilles apparaissent colorés en rouges sur un fond vert-pâle.

DIPHTÉRIE

Cette terrible maladie qui a fait et fera encore tant de victimes ne fut reconnue comme spécifique, d'origine microbienne, que par les célèbres Trousseau et Prétonneau, savants français qui ont laissé sur cette affection des œuvres admirables.

En 1883 Klebs découvrit le bacille et Loeffler en fit des cultures en 1884. Cette découverte, une des plus grandes qui se soit jamais faites en médecine apporta une grande lumière dans le diagnostic des maladies à fausse membrane, et par suite modifia les modes de traitement. On parvint, en cherchant ce bacille, à faire une distinction très claire entre les fausses membranes diphtéritiques et ceux qui ne le sont pas. Le bacille Klebs-Loeffler est l'agent pathogène des fausses membranes diphtéritiques ; c'est lui qui leur donne la spécificité que n'ont pas les autres membranes. Celle-ci au point de vue histologique, ont toutes cependant la même composition : "les fausses membranes, uite Bouchut, quelque soit leur origine, leur nature, leur siège sur les muqueuses ou la peau, ont la même apparence et même structure". Les fausses membranes non diphtéritiques sont dues à un streptocoque, ou un staphylocoque, ou à un diplocoque; ces microbes créent des fausses membranes tout à fait semblables à celles de la diphtérie. Seul, dans ces circonstances, l'examen bactériologique peut permettre de faire un diagnostic certain, et le médecin devra, en toute circonstance, recourir, s'il existe dans son esprit le moindre doute, sur la nature contagieuse de la maladie.

Plus encore que dans la tuberculose, le médecin est exposé ici à de graves erreurs de diagnostic, et on peut voir par les quelques chiffres suivants combien cette assertion est vraie. M. Nicolle, du laboratoire bactériologique de l'école de Médecine de Rouen, a fait l'an dernier un examen de 30 ans diagnostiqués comme diphtéritiques par des médecins de la ville. Sur ces 30 examens, il y a eu 27 cas d'angine, 2 de croupes et 1 de conjonctivite pseudo-membraneuse. Des 27 angines, 17 étaient diphtéritiques, dont 15 pures, 4 à associations diverses, 6 non diphtéritiques (3 à streptocoques, 3 à petits cocci), soit une erreur de diagnostic d'un peu plus de 1 sur 4. Des 2 croupes, un seul était diphtéritique.

M. Frédéric Novy rapporte que sur 8,186 observations publiés en Europe et en Amérique, le bacille de Klebs-Loeffler a été trouvé 5,943 fois.

L'institut Pasteur dans ses statistiques de 1888-1894 sur les cas de diphtérie (diagnostiqué au moins comme tels), le bacille a été vu 701 fois sur 960.

Par ces quelques données, on voit aisément l'erreur facile dans le

diagnostic de la diphtérie, et quelle grande difficulté encourt le médecin bactériologiste. D'ailleurs cette recherche du bacille ne lui donnera satisfaction non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi à celui du pronostic, lui montrant le degré de gravité de la maladie. L'angine et le croup qui à l'examen bactériologique ne révèle que le bacille seul, sont simples et bénins, ils tendent tous vers la guérison. L'angine et le croup qui ne présentent que le bacille et le petit coccus, le diplocoque, n'ont aussi généralement aucune gravité, mais peuvent quelque très rarement devenir malignes. Si le bacille est associé au staphylocoque, ces deux maladies ont une forme plus grave et deviennent souvent infectieuses. S'il est associé au streptocoque, cela indique que l'angine et le croup sont de forme toxique; c'est l'état le plus sérieux et alors le patient est en danger de mort.

Nous allons repasser rapidement les quelques maladies à fausses membranes qui présentent les symptômes d'affections diphtéritiques et nous finirons cette partie de notre article par l'étude du du bacille lui-même.

(A) ANGINE HERPÉTIQUE

Malgré la différence qui existe dans le début de l'angine herpétique et de l'angine diphtérique, insidieuse, dans celui-ci, brusque dans celui-là, et malgré leur mode d'action assez dissemblable sur l'économie le diagnostic des deux maladies est parfois très difficile. Dans l'angine herpétique, il est à remarquer que les fausses membranes envahissent rapidement le pharynx auquel elles sont adhérentes, très adhérentes; ce qui arrive pas d'ordinaire dans l'angine diphtéritique.

(B) AMYGDALITE AIGUE

Les premiers symptômes de cette maladie diffèrent peu de ceux de la diphtérie, sinon qu'ils sont un peu plus intenses. Les fausses membranes présentent aussi quelques caractères spéciaux, mais, malgré cela l'erreur peut être commise, et ici comme dans l'angine herpétique, l'examen bactériologique sera d'un grand secours.

(C) AMYGDALITE PHLEGMONEUSE

Il est assez difficile de séparer un cas de diphtérie de celui d'une amygdalite phlegmoneuse. Les débuts sont à peu près les mêmes, et tous les symptômes généraux se ressemblent; seulement l'angine phlegmoneuse est beaucoup plus douloureuse que l'angine diphtéritique.

(D) ANGINE MEMBRANEUSE NON DIPHTÉRITIQUE

Dans ces angines le diagnostic clinique est absolument insuffisant et il faut de toute nécessité recourir soit au microscope, soit à la culture pour en arriver à une solution définitive. Les lésions de ces angines sont absolument identiques à celles de la diphtérie et les erreurs commises en ces circonstances sont pour ainsi dire incalculables. "Pour convaincre de la fréquence de cette erreur, dit Dieulafoy, il suffit de lire le très intéressant travail de M. Martin (1) concernant deux cents enfants entrés au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des enfants malades. On voit que sur ces deux cents enfants considérés comme atteints d'angine diphtéritique, quarante-deux avaient des angines qui étaient dues au streptocoque ou au diplocoque, mais qui n'étaient nullement diphtéritiques.

RECHERCHES DU BACILLE DE KLEBS ET LOEFFLER

Dans la diphtérie l'examen microscopique seul n'est pas toujours fidèle ; la culture offre beaucoup plus d'exactitude et d'avantages. Un médecin est appelé chez un malade qui présente des signes spéciaux qui font douter de la diphtérie : fausses membranes, dyspnée, etc. Pour rendre son diagnostic plus certain, il se procurera deux tubes de serum coagulé, et il passera sur les fausses membranes un fil de platine stérilisé, ou une broche à tricoter préalablement rougie au feu, et ensuite il fera soit avec la broche, soit avec le fil métallique des stries verticales sur le serum solidifié. Ceci fait les tubes hermétiquement fermés au moyen d'un tampon de ouate sont placés dans une étuve ayant une température de 37 centigrade et après 18 à 22 heures, les colonies apparaissent sous forme de taches arrondies, groupées ou isolées opaques à leurs centres, et formant saillie à la surface du serum. Avec un fil de platine stérilisé on prélève une parcelle de cette culture, on en étend une couche mince sur la lame et on colore au violet de méthylène ou au bleu de Loeffler. Aussitôt sèche, on porte la préparation sur le microscope et s'il y a bacille on les reconnaît par leur forme caractéristique, en bâtonnets un peu plus gros que le bacille de Koch et renflés à leurs extrémités ; ils sont ordinairement groupés.

Quand on veut seulement faire l'examen microscopique on étend une parcelle de la fausse membrane sur la lame, et après l'avoir fait sécher, on colore soit au bleu de Loeffler soit au violet de Methylène. On laisse la solution colorante une ou deux minutes, puis on lave à grande eau. Quand la préparation est séchée, on y met une ou deux gouttes d'huile de cèdre et on l'examine au microscope. Dans ce dernier examen on voit que

(1) L. Martin. Institut Pasteur, 1892.

ces bacilles "sont séparés de la muqueuse, dépouillée de son épithélium, par une couche fibrino-granuleuse par réseau fibréo-fibrilux adhérent au tissu muqueux. Souvent aussi la zone la plus superficielle de la fausse membrane contient des microbes divers, bâtonnets, microcoques en chaînettes, mélangés aux amas de bacilles diphtériques qui sont au contraire prédominant immédiatement au-dessous". (Roux et Yersin).

Cet examen bactériologique est nécessaire avant toute seconde inoculation de serum anti-diphtérique. Au premier appel, qu'il y ait doute ou certitude le médecin peut sans crainte injecter à son patient le serum dont les propriétés sont tout à fait inoffensives; s'il y a diphtérie le guérison sera presque certaine et si ce n'est qu'une angine membraneuse non diphtérique, l'antitoxine ne produira aucun effet de nature à troubler l'harmonie des fonctions de l'organisme.

II

BLENNORRHAGIE

Cette affection caractérisée par une inflammation de la muqueuse urétrale due à la présence d'un agent pathogène, est assez facile à reconnaître cliniquement parlant et il n'y a qu'une maladie qui puisse être confondue avec elle, c'est l'urétrite simple, dans laquelle l'inflammation n'est pas d'origine micromienne mais purement de cause locale.

Le microbe de la blennorrhagie est un microcoque, communément appelé "Gonocoque" que Neisser découvrit en 1879. On le trouve non-seulement dans l'écoulement purulent de l'urètre, mais aussi dans toutes les localisations de la blennorrhagie, soit aux yeux, soit au nez, etc. Sa forme est très caractéristique; sa situation aide beaucoup à le reconnaître car il est presque toujours dans l'intérieur des globules de pus, et surtout dans les cellules épithéliales provenant de la muqueuse urétrale. Le Gonocoque est un diplocoque, il se présente au microscope, seul ou en amas, comme deux reins se regardant par leur concavité.

La présence d'un gonocoque dans un écoulement urétral indique de toute nécessité une blennorrhagie; à certain moment il peut faire défaut, alors il se localise à quelque foyer de suppuration où il est presque impossible de l'y chercher, comme dans l'épididymite blennorrhagie.

Dans la forme aiguë de cette affection, on trouve toujours le gonocoque dans l'écoulement mais dans la forme chronique ou goutte millitaire il ne se voit que dans l'écoulement matinal. Il y a peu de maladies qui puissent être confondues avec la blennorrhagie; il y a d'abord l'urétrite simple, les suppurations provenant de la prostate des vésicules séminales de l'orchite tuberculeuse, etc. Chez l'homme le diagnostic de la blennor-

rhagie est assez facile à faire, pas dans tous les cas cependant; mais chez la femme, il est des plus incertain, et c'est ici que le médecin devra recourir à l'examen bactériologique.

Cette recherche du gonocoque est une opération simple et rapide, en trois ou quatre minutes, le médecin peut connaître la nature microbienne de la maladie qu'il traite. La culture de ce microbe est difficile; elle se fait d'ordinaire sur gélatine à 22° ou mieux sur serum. Pour la clinique ce procédé n'est pas nécessaire.

RECHERCHE DU GONOCOQUE

On recueille le pus sur une lame, et on l'étend en couche très mince sur une lamelle de verre. Aussitôt sèche on répand sur cette lame de l'éosine, solution colorante qu'on laisse deux minutes au plus; on lave à grande eau et on y répand ensuite du bleu de Loeffler. Une minute après on lave de nouveau la préparation; quand celle-ci est sèche, on examine au microscope en ayant eu soin de mettre une goutte d'huile de cèdre sur la lame, pour la lentille à immersion. Le gonocoque se reconnaît à sa coloration bleue, à son groupement par deux ou par quatre à sa situation dans les éléments cellulaires et sa forme rénale.

S'il y a doute on soumet pendant près de trois minutes, la lame préparée à l'action du liquide iodo-iodurée de gram (1) puis on traite le gonocoque. Pour être plus sûr on répand de nouveau du bleu de Loeffler sur la lame et le diplocoque de la blennorrhagie se colore visiblement.

Donc il y a trois manières de reconnaître le gonocoque.

1° Par la décoloration.

2° Par la ré-coloration.

3° Par le groupement dans l'intérieur des cellules.

Il n'est pas absolument nécessaire de se servir de la lentille à immersion pour rechercher le gonocoque; avec 300 ou 400 diamètres on peut facilement le reconnaître.

La lame est plongée dans cette solution pendant une à quatre minutes; elle prend bientôt une teinte noire qu'on fait disparaître par l'alcool absolu.

Montréal, Mars, 1896.

LE MAL DE TÊTE D'ABITUDE, CEPHALEE OU CEPHALALGIE

Par M. PHILIPPE STE-MARIE.

Travail original, présenté au journal "La Clinique" et à l'Association
Médicale des Etudiants.
1er Concours (95-96.)

A Messieurs les juges du "Concours de la Clinique."

Permettez-moi, s'il vous plaît de faire les remarques suivantes : Cette étude des maux de tête est de composition originale, en tout ce qui concerne la forme. Il n'y a que les données scientifiques proprement dites que je doive aux auteurs : je les ai faites miennes, afin de me rendre un meilleur compte de leurs portées.

Dans les maladies du "Bulbe Rachiden" j'avais plutôt agi en completateur, mais à la suite d'une controverse dont je fus la victime fière et résolue, j'ai pensé qu'il serait préférable, comme étudiant, de toucher un sujet se prêtant mieux à la discussion, à l'amplification, à la forme et à la correction.

Une des conditions du concours est celle qui limite le travail à 8 pages de papier "foolscaps" ; je me suis rendu à 9. Voici pourquoi : La première page de mon étude étant plutôt une préface et ne devant pas compter, pour ainsi dire, comme matière de concours, du moins dans une grande partie de sa totalité, la 9ième entre dans la matière proprement dite de ce concours en question. De sorte que je ne me suis pas écarté des propositions qui ont été admises, lors de l'établissement du prix y attaché.

Si un espace plus grand m'eut été alloué, j'eusse pu parler, en complétant cet ouvrage, des accès de céphalalgie, des symptômes concomitants des voies digestives, de la chaleur animale, etc., ainsi que de leurs différentes formes de traitements et de leurs complications au point de vue mental, de la pathologie spéciale et au point de vue constitutionnel. De sorte que si ce travail vous paraît incomplet, inculpez plutôt l'espace que le manque de matière.

Voici ce que je désirais vous signaler. Que la palme m'échappe, cela peut arriver, mais le travail que j'ai fait en mettant sur le programme du jour "les maladies nerveuses" me servira toujours après m'avoir aidé à préparer mes examens de pathologie interne.

PHILIPPE STE-MARIE.

LE MAL DE TÊTE D'HABITUDE, CEPHALEE OU CEPHALALGIE

Au courage, il n'est pas d'échecs, dit un vieil adage ; c'est pourquoi l'humble étudiant qui avait présenté à l'association médicale une étude résumée des "Maladies du bulbe Rachidien" forcément obligé d'avouer son incompétence — et pour cause — revient aujourd'hui à la charge un peu plus aguerri, moins timide et plus calme, pour causer avec vous d'un autre sujet d'ordre nerveux, plus important au point de vue de la pratique et moins abstrait au point de vue théorique : je veux parler de la céphalée ou mal de tête d'habitude. Si c'est un grand inconvénient de manquer d'expérience, ce n'en est pas un moins grand que celui de poser en téméraire, et de venir encore une fois combattre pour le même drapeau avec une arme nouvelle et peut-être tout aussi inefficace.

Qu'importe? L'indulgence, connue à ceux à qui je dédie cette esquisse, me pousse de l'avant, puisque ces messieurs, faisant abstraction de ce défaut d'expérience bien naturel à l'étudiant, et de cette témérité, escomptent plutôt la bonne volonté que la science de l'auteur, en cette circonstance.

Le mal de tête d'habitude est, des affections que nous rencontrons dans la névropathologie, certainement une des plus fréquentes ; elle est aussi une de celles dont la cause intime dans un grand nombre de cas, échappe à l'observation très minutieuse du médecin attentif. "Nos connaissances à ce sujet, dit Strumpell, présentent encore beaucoup de lacunes." Il est évident que je ne veux parler ici de cette céphalée, compagne fidèle et pour ainsi dire inséparable des fièvres infectieuses, traumatiques, ou inflammatoires, ou de tous processus pathologique quelconque, pouvant se développer dans n'importe quelle partie du corps humain sous une influence déterminée, que cette influence soit microbienne ou purement conséquent d'une inflammation ; mais bien de cette affection dans laquelle, comme disent les auteurs "le mal de tête constitue une quasi entité morbide autonome et qui se résume en ce symptôme unique ou tout au moins capitale de la douleur ou céphalalgie." Et Dieu sait s'ils sont nombreux les individus, savants médecins, avocats, fonctionnaires, étudiants ou postulants au doctorat qui, du fond de leur cabinet réclament un prompt remède pour la guérison de cet ennuyeux "vade-mecum" ils forment légions, ceux qui gagent sous le joug du commandement impérieux de la lutte pour l'existence, leur pain et celui de leur nombreuse famille, cherchent le soir après une journée de travail ardu, dans le repos un baume salutaire pour chasser une douleur à la tête, devenue intoléra-

ble ; s'il est considérable enfin le nombre de ces individus anémiques que le symptôme terrible tourmente tous les jours, de l'aurore au crépuscule, et du crépuscule à l'aurore du lendemain, qui cheminent à pas lents mais d'une manière sûre vers un asile d'aliénés. Et les rhumatisants ? les pléthoriques, les dyspeptiques ? les hystériques ? les héréditaires enfin, si je puis me servir de ce mot ? Afin de faire une étude plus précise des causes de la céphalalgie, nous établirons avec Stumpbell, la classification suivante :

- 1o Causes "circulaires" (céphalée hypérémique ou anémique).
- 2o Causes "nerveuses" (céphalée névrosique ou neurasténique).
- 3o Causes "rhumatismales" (céphalée à frigore).
- 4o Causes "toxiques" (céphalée toxique : saturnine arsénicale, etc.).
- 5o Causes "de nutrition" (céphalée des constipés, des dyspeptiques, etc)
- 6o Causes "de voisinage".
- 7o Causes "idiopathique" (céphalée idiopathique, dans laquelle la cause déterminante vraie n'est pas encore connue.)

8o Enfin une autre cause que je n'ai vue signalée nulle part et qui existe, il n'y a pas à en douter : la cause que nous appellerons "héréditaire" (céphalée des syphilitiques, des tuberculeux, des hémoptiques.)

Des désordres circulatoires pourraient donc être l'origine d'une altération morbide, devenant cause de la céphalée. Il ne faut pas s'en étonner.

Les cellules cérébrales accusant un défaut de nutrition, comme chez les anémiques, tendent nécessairement à la dégénérescence comme tout autre organe mal nourri. La douleur de tête alors serait-elle tenue en éveil par le continuel combat que la cellule cérébrale soutient pour sa conservation ? Ici pas plus évidemment que les pathologistes je ne suis prêt à le dire.

Ainsi en est-il, aussi pour les mêmes cellules cérébrales, trop arrosées par le fluide sanguin—comme chez les pléthoriques— qui subissent alors la même métamorphose régressive que le cœur hypertrophié demeurant en état de congestion ou de contraction exagérée trop longtemps. Ici la douleur de tête serait-elle due à la titillation permanente qu'exercent sur les cellules les phénomènes congestifs dû à la pléthore ? C'est encore une hypothèse que je formule ; serait-elle vraie ? Je serais trop heureux de le constater quelque part.

Dans la céphalalgie des névrosiques ou des neurasthéniques qui attaque surtout les gens de professions se livrant à de longs travaux intellectuels et qu'on pourrait appeler du nom plus caractéristique de céphalée "professionnelle" l'excitation pour ainsi dire continuelle des cellules cérébrales mises en fonctions continues détermine chez elles un état d'hypé-

rémie voisin de celui des pléthoriques, avec cette différence que chez ceux-ci la congestion est continue et que la douleur de tête existe en permanence (excepté toutefois pendant le sommeil où il se produit une diminution d'afflux sanguin relative du côté du cerveau) ; tandis que chez ceux-là la congestion est temporaire, et ne dure que le temps qu'ils emploient à la confection de leurs travaux et le temps exige à la résorption de la masse sanguine devenue un moment trop considérable, dans la région cellulaire du cerebrum ou plutôt du cortex cérébral (1) et des circonvolutions frontales.

(1) Personne n'ignore qu'il est reconnu, que les centres des fonctions volontaires sont localisées dans la partie supérieure de la couche corticale du cerveau. (Leçons du Dr Migneault). Et que les centres des fonctions intellectuelles sont situés dans les circonvolutions frontales (Dr Villeneuve, Médecine mentale.)

Chez les rhumatisants qui sont pour la plupart des artérioscléreux (Lancereaux) l'altération productrice de la céphalée, est en générale la dégénérescence des petites artères du cerveau. (Dr Demers consultation) et par conséquent une insuffisance de nutrition des cellules cérébrales. Presque toujours dans cette classe d'individus, dont la diathèse héréditaire de l'arthritisme est l'apanage presque constant, il est rare ou plutôt il doit être rare de rencontrer de la céphalalgie comme une entité morbide isolée ; on devra dans beaucoup de cas, le plus grand nombre, suivant les disciples de Lancereau rencontrer les signes concomittantes de l'artérioclérose commençante, c'est-à-dire des troubles trophiques capillaires, du côté des extrémités inférieures (ongles épais et durs, en stades, exzéma, varices, ulcères, etc) des téguments de la partie supérieure du corps (d'abord changement de couleur des cheveux et de la barbe puis calvitie en fer à cheval, eczéma, etc.) des parenchymes rénaux, pulmonaires, etc., (polachyurie nocturne, dyspnées légère, etc.). Les troubles cérébraux dus à ces troubles circulatoires peuvent se produire de différentes manières ; soit par la simple diminution du liquide nourricier, soit par l'épaississement des artères et l'étréoussse augmentée de leur calibre ; soit par la formation de petits anévrysmes milliaires, causés par le manque de résistance des parois des artères en certains endroits et que compriment la substance cérébrale ; soit enfin par altération du sang lui-même et intoxication, causée par la répression graduelle et progressive de l'urée dans l'économie à la suite de néphryte à marche silencieuse. Et pour se convaincre du caractère spécial des lésions anatomiques survenant dans ces formes de céphalée des rhumatisants ou des artério-scléreux, qu'on fasse éliminer l'urée qui s'accumule petit à petit chez ceux qui souffrent des reins au moyen de

diurétiques, de diaphorétiques ou des purgatifs et qu'on fasse résorber au moyen d'un altérant comme l'iodure de potassium un peu des éléments néo-plasiques que contient la paroi interne des petits artères, l'amélioration certaine qui s'en suivra dans ces cas, pour un temps il est vrai, quelquefois assez limité, répondra d'ailleurs suffisamment pour l'affirmative de ces explications.

Le mal de tête survenant comme corollaire des affections rénales de nature scléreuse et chronique, peut entrer dans la classe des céphalées dites toxiques. Dans ceux-ci les facteurs les plus importants semblent être l'alcool, l'arsenic, l'urée, le plomb et le mercure ; d'aucuns connaissent l'influence considérable qu'exerce ces substances délétères, sur le système nerveux spécialement,—les tremblements, les convulsions, le délire : tous héritage de ceux qui ont abusé de l'emploi de ces médicaments.—L'alcool, l'arsenic par stimulation exagérée des éléments nerveux ou de l'encéphale ; l'urée, le mercure, le plomb par dénutrition de ces mêmes éléments. Sont donc des causes de céphalée, ces dernières substances étant comme on le sait (excepté l'urée) des agents de la métamorphose régressive et des plus actifs désassimilateurs. Mais dans ces cas la céphalalgie est-elle isolée ? Au début de ces accidents : hydrargyrisme, saturnisme, alcoolisme, arsenisme et urémie lente, il n'y a pas de doute quoique je n'ai vu nulle part l'exposé d'une telle assertion, il doit exister un état que nous pourrions appeler "latent" dans lequel les autres symptômes sont pour ainsi dire voilés par la céphalalgie opiniâtre et continué, pouvant durer des mois, et qui agit alors comme une sentinelle en éveil, qui donne l'alarme, annonçant l'arrivée prochaine d'autres accidents symptomatiques, et mettant le médecin sur la piste d'un diagnostic probable. En interrogeant les habitudes, le passé, la profession, les urines, le lieu d'habitation ou de séjour temporaire d'un patient se plaignant depuis quelques temps de céphalée, les révélations données dans cet examen donneront dans beaucoup de cas un aide certain, à un diagnostic précoce et toujours satisfaisant, au moins en ce qui concerne les maux de tête toxiques.

J'arrive maintenant au céphalées dite "nutritives" que sont-elles ? Deux catégories d'organes servent au phénomène de la nutrition, ce sont ceux de la respiration et ceux de la digestion. Qu'une fonction de ces organes s'écarte des lois physiologiques qui la gouverne à l'état normal, quelque soit la cause qui produit son "dérangement" elle peut entraîner une céphalée dite de nutrition. Les dyspeptiques, les constipés, les cyrrheux, les asthmatiques, les bronchitiques, sont spécialement ceux que la maladie attaque le plus souvent. Ici le mal de tête serait-il dû à des réflexes permanents dirigés du côté de l'encéphale ou manque de nutrition

qu'entraîne à sa suite une altération des organes de la nutrition, ou bien à l'excitation continue des nerfs qui se distribuent dans les parenchymes de l'estomac ou des poumons et qui transmettraient la douleur au cerveau ? J'ai cherché dans Strumpbell, Moynac et Hallopeau, une explication certaine : je n'en ai point trouvé.

Jet me vois regrettablement, vu le court espace de papier qui me reste à parcourir pour rester dans les conditions du concours, obligé d'abrégé beaucoup ce que j'avais à dire sur le sujet. Aussi je m'arrêterai très peu sur les autres causes de la céphalée, désirant parler un peu de thérapeutique et discuter la localisation de la céphalalgie. Parmi les autres causes donc nous avons celles du voisinage de l'hérédité, enfin une autre décrite par Lancereau "l'acromégalie."

On comprend sans pouvoir l'expliquer d'une manière précise et tout à fait satisfaisante, qu'un rhinite atrophite chronique, qu'une pharyngite chronique, qu'une tumeur adénoïde, qu'une maladie de la caisse du tympan, qu'une tumeur cérébrale, qu'une paralysie de cause atrophique, etc. peuvent entraîner une céphalée. Peut-être les spécialistes auraient-ils trouvé la solution au problème que je me suis posé pour toutes les causes de cette maladie ? Ce travail n'aurait-il pour effet que celui de me l'apprendre, par une personne compétente et dévoué, je serai fier.

D'autre part, une gomme syphilitique, un dépôt tuberculeux, un épanchement séreux résultant d'une poussée aiguë chez un hémiphlégique, sont des produits certainement propres à agir d'une manière évidente, par compression progressive sur les éléments nerveux contenus dans la boîte crânienne, et propres à engendrer une céphalée des plus douloureuses et des plus tenaces. C'est là une espèce de céphalée qui demande le moins de réflexion pour l'explication de sa production. Mais quel est son lieu de séjour dans la substance nerveuse ? "Ignoscere humanum est". Dans l'acromégalie ou vice dans la conformation de la structure osseuse du crâne et celle de son contenu, les éléments nerveux trop abondants compriment la glande pinéale (Dr Demers), celle-ci dans cette compression mécanique, éveille des douleurs intenses à la tête, lesquelles sont atroces et permanentes. Il y a aussi le mal de tête des diabétiques, mais c'est ici dans la plupart des cas de cette maladie, qu'une céphalalgie d'ordre secondaire et n'ayant pas ce caractère particulier d'entité morbide et autonome. Maintenant quel est le siège anatomique de la céphalalgie ? J'avouerai d'abord que je voyage dans des régions inconnues. Que pour ceux qui veulent que tout processus pathologique soit subordonné à une lésion anatomique correspondante, il existe aussi pour la céphalée une altération morbide ayant son siège quelque part, il n'y a aucun doute que dans la plupart des cas, leur théorie doit être la plus rationnelle quoique le dernier pourquoi en

échappe encore à la science ; que pour d'autres cette céphalée soit sous la domination d'une névrose quelconque, c'est-à-dire qu'elle soit indépendante de toute lésion anatomique appréciable, il n'y a pas à douter de la valeur théorique d'une telle assertion, attendu que pour cette maladie le "locus specificus morbi doientis" est encore un sujet de découverte pour les instigateurs de l'avenir. Quelques-uns prétendent (Strumpbell et ses disciples) que "les méninges, surtout la dure-mère, sont évidemment douées de sensibilité, et par conséquent considérées comme l'endroit où le mal de tête se localise" : ils ont peut-être raison et j'aime mieux les croire que de les contredire, pauvre étudiant qu'on traiterait "d'écervelé" si j'osais pareille chose. Mais ne serait-il pas tout aussi logique de penser que la substance cérébrale, altérée dans ses cellules, fait les frais de cette céphalalgie ? Ne serait-il pas plus vraisemblable de croire que ce sont ces mêmes cellules, dans un endroit déterminé du cerveau pour chaque forme de mal de tête, plutôt que les méninges qui sont causes de douleurs v. g. chez les anémiques, les pléthoriques, les constipés, les dyspeptiques, les intoxiqués ? et surtout chez les neurasténiques, les "professionnels" comme je les ai appelé, dont l'activité fonctionnelle des cellules cérébrales des circonvolutions frontales a été surtout surexcitée chez les gens de métiers dont les centres volontaires du cortex cérébral ont été ébranlés quelquefois par trop considérablement ? Et pour ceux qui veulent voir dans la céphalée, un excès de sensibilité des méninges, il faut une cause à cette exagération de fonctions sensitives, est-ce que la titillation permanente de ces membranes ne viendrait-elle pas à produire des troubles plus graves que ceux que nous rencontrons ? A tout demande une réponse : je l'attends. D'ailleurs ce sont les cellules qui travaillent le plus longtemps et qui entrent en fonctions le plus souvent. Pourquoi ces cellules cérébrales ne seraient pas le siège de la céphalalgie, le lieu de la lésion anatomique du mal de tête ? Pourquoi la douleur toujours quelque peu irradiée ne serait pas due à la transmission qui s'exécute d'une cellule ou d'un amas cellulaire, à d'autres cellules du cerveau par la voie des fibres radiculaires, transversales ou longitudinales de la substance nerveuse ? Ce serait, il est vrai, renverser complètement la théorie de Strumpbell et de ses partisans ; mais il ne faut pas oublier que la théorie de la cellule cérébrale existe ailleurs que dans cet écrit. (Voir Strumpbell, Tome II, page 40.)

Maintenant il ne reste à parler que des caractères propres de la céphalée, c'est-à-dire, des formes diverses que peut revêtir la douleur dans la céphalalgie ; elle peut être térébrante, déchirante, constrictive, fulgurante, compressive, et réunir ensemble dans un même accès plusieurs de ces types, ou même en simuler d'autres. Ici, c'est la douleur atroce qui

donne la sensation du broiement du crâne ; là, c'est celle qui, comme l'éclair, semble foudroyer, à intervalles rapprochés, l'individu qui l'éprouve. Chez cet athritique ou ce rhumatisant, c'est la sensation d'un déchirement des parties molles du crâne ou la sensation aussi pénible de coups de hache sur la tête ; chez cet artério-scléreux, c'est celle de la compression par un lourd fardeau ou encore celle dite "casque de pompier" qui ceinture la boîte crânienne, du frontal à l'occipital, et qui semble presser la tête sur le cou. Chez ces malheureuses victimes d'un néoplasme au cerveau, ces glimateux, ces sarcomateux, ces carcinomateux, ces syphilitiques, ces tuberculeux, la douleur sourde et profonde, les étourdit et les fait gémir ; chez les anémiques enfin, ces débilités combattant sans cesse pour l'acquisition de la santé, elle les prive du sommeil et les torture.

Se faisant sentir à la nuque dans les cas de tumeur au cervelet ayant des exacerbations nocturnes chez le syphilitique, produisant la sensation de compression au front et à l'occiput chez le neurasténique, agissant dans l'anémie pernicieuse de manière à faire sentir des battements au front et à la tempe, la même douleur s'accuse à des degrés variables mais toujours chronique—dans la céphalée bien entendu—avec des caractères plus ou moins intermittents suivant les individus. Voici pour les douleurs, ce que j'ai recueilli dans le cours de mes voyages à travers Strumbell, entr'autres ; voyons le traitement maintenant. Il varie nécessairement avec la cause : "Sublata causa, tollitus effectus." 1o. C'est un sujet syphilitique qui se présente à l'observation, avec une gomme au cerveau comme héritage ; l'iode de potassium sera certainement son meilleur tuteur : il ne tardera pas à détruire un trésor, que, pour moi, j'appelle acquis mal à propos. 2o. C'est un sujet tuberculeux avec un noyau en dégénérescence débutante ou à l'état cru, comme compagnon de visite ; l'iode alcalin aidé de reconstituants choisis tel que l'huile de foie de morue crésotée, le lacto-phosphate de chaux, le lait, etc, en meurtrier illégitime exterminera ce dernier. 3o. C'est un sujet pléthorique ; oh ! vite une bonne saignée lui fera rebrousser chemin. 4o. C'est, au contraire, un sujet anémique ; le repos, une bonne hygiène, les reconstituants tels que le fer,, les hypophosphites, la liqueur arsenicale de Fowler, l'huile de foie de morue, etc., le rendront plus ferme et plus résistant. 5o. C'est un sujet rhumatisant ; l'acide salicyllique, le salicylate de soude, le colchique (chez son associé le goutteux), triompheront de sa faiblesse. 6o. C'est un sujet trop studieux (V. G. un étudiant qui se prépare au doctorat ou un médecin devenu neurasthémique), le repos loin des livres et des malades, le ramèneront plus tôt à sa clientèle. 7o. C'est un sujet qui, trop passionné pour les arts, s'intoxique par le plomb ou par le mercure ; l'abstinence

des couleurs et des palettes pendant le temps de l'élimination, requis par l'économie pour se débarrasser des principes qui lui sont préjudiciables, étant sous l'influence d'une médication appropriée, le rendront plus sage et plus inventeur. 80. C'est un sujet dont la constipation et la dyspepsie sont ses maîtres ; les laxatifs et les modificateurs stomacaux travestiront les rôles. 90. C'est un sujet présentant une lésion de voisinage soit du côté du nez ou des oreilles, des yeux ou de la gorge ; le spécialiste est le panacé. Voilà. Merci, messieurs.

OBSERVATION

Jeune homme de 21 ans, d'apparence semi-anémique, cheveux bruns, barbe rousse, étudiant à l'université depuis quatre, après avoir passé sept ans sur les bancs d'un collège classique et quatre sur ceux d'une académie commerciale. Père bien portant, n'a jamais été malade. Mère, anémique légèrement. Aucune tache constitutionnelle grave. Ancêtres exempts de diathèses. Donc, aucune prédisposition héréditaire chez ce jeune homme.

Celui-ci, depuis 5 ans, jusqu'au mois d'octobre dernier, a des intervalles de 2, 3, 4 ou 5 jours au plus, a ressenti tout le temps, surtout le soir, quand le temps de l'étude s'annonçait, des douleurs vives compressives aux régions frontales et occipitales. "Il me semblait que j'avais le front et l'occiput pris entre deux bandes de cerceaux larges de deux pouces environ," dit-il. Traité alternativement aux sirops d'hypophosphites de chaux, de fer et de manganèse pendant un certain temps, puis à la liqueur arsenicale de Fowler, à doses de 3 à 5 gouttes trois fois par jour durant une quinzaine de jours, tous les deux mois à peu près ; la céphalalgie dont ce patient se plaignait, a éloigné ses jours d'assaut tous les quinze jours. Chose tout à fait curieuse, ces douleurs de tête reviennent depuis le mois d'octobre, tous les 15 jours, à un jour déterminé, le vendredi, quelquefois le samedi. Depuis trois semaines, cependant, le malade n'a rien ressenti ; il se croit presque définitivement guéri (les douleurs reparaitront peut-être tous les mois ou tous les deux mois) et il attribue la grande amélioration à la quinine (2 grammes, 3 fois par jour), associée à la liqueur arsenicale (5 gouttes, à doses croissantes et décroissantes) qu'il prend quotidiennement après les repas.

Je donne cette observation ; je crains qu'on n'y ajoute aucune confiance et qu'on doute de l'authenticité des faits y relatés. Je ne mens pas : je connais le jeune homme : c'est... moi. Vous me pardonnerez mon indiscretion, n'est-ce pas ? Je suis si fier de me penser guéri et débarrassé enfin de ce chaos abasourdissant. Continuant ce dernier traitement — bien

simple, encore fallait-il y penser — je crois mettre fin à toute douleur du genre, devenant par trop incommodante, surtout à cette période de l'année scolaire.

PHILIPPE STE-MARIE.

EXTIRPATION DE LA RATE

Le Dr Schallita rapporte un cas d'extirpation de la rate chez une femme de 36 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, mais chez laquelle s'était graduellement développé dans la région de la rate, une tumeur fluctuante, qui avait fini par envahir la plus grande partie du côté droit de l'abdomen. La laparatomie fut faite sur la ligne blanche, et une grande quantité de pus brunâtre évacuée par le trocart. On fit ensuite la splenectomie, qui fut suivie de guérison. Une tumeur de la grosseur de la tête était attachée à la partie inférieure de la rate. Cette tumeur paraissait résulter d'une hémorragie provenant de la rupture d'un anévrysme de l'artère splénique, qui aurait eu un kyste pour résultat. Le microscope n'a révélé aucune altération du tissu de la rate.

(“ Arch. F. Kl. Chirurg.”)

MARIAGES PRECOCES

quer que, quand une jeune femme se marie avant vingt ans, et un jeune homme avant vingt-cinq, il est à craindre qu'ils donnent naissance à des enfants dégénérés. La jeune femme risque de devenir stérile ou de mourir en couches, si elle devient mère.

Ces données sont basées sur la statistique, paraît-il.

Ce dont nous sommes certains, c'est que ces statistiques n'ont pas été

Dans le “ Medical Record ” de décembre dernier, l'éditeur fait remarquer recueillies au Canada.

ABUS DU TABAC

Par J. LAMBERET.

Les auteurs et nos cliniciens, qui suivent en cela leurs indications, font jouer dans l'étiologie d'une classe nombreuses de maladie, un rôle considérable à l'abus de l'alcool, tellement considérable, qu'on a vu l'alcoolisme prendre rang parmi les diathèses. Il est évident que cette funeste habitude d'ingérer quotidiennement (sans quoi pas d'intoxication) une quantité plus ou moins copieuse de boissons (frelatées le plus ordinairement) développe à la longue dans l'organisme des symptômes locaux qui ne tardent point à se généraliser en produisant un désordre spécial qui vient confirmer un diagnostic probable.

Mais si l'on parcourt ces mêmes auteurs si l'on suit les cliniciens distingués, on entend rarement parler de l'abus du tabac, du "nicotïnisme". Jamais ici comme partout ailleurs, du reste, l'on entend demander à un patient s'il fume, et je puis affirmer sans crainte d'être contredit que je n'ai vu adresser cette importante question que dans des cas d'épithéliomas de la lèvre ou de la langue. Dans toutes les affections cardiaques,

(1) Formule de la solution iodo-iodurée de gram :

iode.....	1	gramme
iodure de potassium.....	2	grammes
Eau distillée.....	300	grammes

gastralgiques, nevropathiques, on oublie d'en faire mention, quoique le tabac, puisse y jouer un grand rôle dans certaines occasions.

La cause d'une maladie devant être nécessairement connue, puisque son traitement lui est subordonné, pourquoi donc ne pas faire entrer dans l'interrogatoire habituel qu'on fait subir au patient cette importante question du "nicotïnisme". L'on ne saurait trop appuyer sur ce fait qui paraît passer inaperçu et sur lequel l'on n'attire pas assez l'attention. L'empoisonnement par le tabac est fréquent, et on a vu à ce sujet dans certains district des Etats-Unis prohiber soigneusement la vente des cigarettes, sauvegardant ainsi l'hygiène de la jeunesse qui contracte si aisément cette passion pire que l'alcoolisme, si l'on envisage avec attention tous ses effets désastreux. Si la digression qui suit semble banale au premier coup d'œil, on ne tardera pas après réflexion, en apprécier les qualités : Un jeune homme de 15 ans à la veille d'entrer dans le monde n'a pas de plus

un désir que celui d'être classé parmi les gens sérieux. Sa moustache n'a pas jugé à propos de seconder ses puériles intentions et de lui donner cet air grave qui sied aux personnes dont il recherche la société, il se voit forcé d'user de "trucs" qui devront, aux yeux de tous le relever et le vieillir. Que faire en cette occurrence Fumer. Rien de plus convenable pour atteindre son but : la cigarette est beaucoup plus coquette, beaucoup moins fatigante à fumer que le cigare ou la pipe, voilà son choix fixé. C'en est fait, c'est une future victime de la cigarette

D'un autre côté, il le sait, ses parents, après quelques légères remontrances, toléreront cette nouvelle habitude. Le voilà grand garçon disent-ils, c'est son unique distraction, il se baseront là-dessus pour l'excuser, d'autant plus facilement qu'à leur avis il s'agit là d'une bien faible dépense.

Les choses se passent presque toujours ainsi et leur progéniture contracte sans y songer, une terrible, une insatiable passion que dans la suite elle leur reprochera amèrement.

D'abord c'est l'usage de la cigarette qu'on tolère, celle de la boisson suivra bien vite, car deux passions sont réellement sœurs, c'est assurément le "nicotisme" et "l'alcoolisme".

Une chose n'est pas grande, le point essentiel sur lequel on n'appuie pas assez c'est

Tel est en peu de mots l'histoire fidèle du début de tout fumeur, quelques fois l'habitude se prend à l'atelier, les compagnons chiquent l'apprenti les imitent. Comment faire autrement. La différence en tous cas qu'on ne cherche point dans la famille les dangers auxquels on s'expose aussi bien sous le rapport pécuniaire que sous celui de la santé.

Je ne saurais trop le répéter l'intoxication par le tabac est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imagine et cela s'explique de soi-même quand on en saisit le mécanisme que je n'efforcerai d'exposer dans un instant, mais un fait qui ne manque pas de curiosité et qui n'a jamais été mis en clarté que je sache, c'est que cet empoisonnement ne suit pas la même marche suivant qu'il est produit par la pipe, le cigare, ou la cigarette ou tout au moins les symptômes périodiques aigus d'intoxication diffèrent-ils essentiellement.

Tout le monde a remarqué que le vrai fumeur de cigarette aspire (avale, vulgairement) la fumée de sa cigarette, à chaque inspiration cette fumée vient en contact avec les dernières ramifications bronchiques, se mêle à l'oxygène et la charge d'une quantité de nicotine absorbée dans l'hématase du sang qui traverse la veine pulmonaire et se rend au cœur qui subira les premiers effets de l'intoxication. Les contractions de cet organe de ce chef seront accrues précipitées, irrégulières en attendant que

les troubles se généralisent pour revêtir l'aspect ordinaire de l'empoisonnement par le tabac. Le mode est tout différent lorsqu'il s'agit de la pipe: l'âcreté de sa fumée empêchant de la respirer n'occasionne pas primitivement les mêmes désordres, son inconvénient dépend de toute autre circonstance et c'est l'absorption du jus du tabac, chargé de substances toxiques qui provoquera surtout des symptômes gastriques. La virulence du poison agira sur les glandes stomacales et finira par en abolir les fonctions. Le même phénomène plus rapide cependant se rencontrera dans la classe des mâcheurs de tabac.

Les troubles observés dans la classe riche où l'on fume principalement le cigare tout en étant beaucoup plus difficile à expliquer n'en sont pas moins dangereux, ils se traduisent en premier lieu au cerveau, le cigare "entête" suivant l'expression consacrée, mais comment, de quelle façon. Je suis tenté de voir une analogie entre l'intoxication par les alcools à essence (l'absinthe, la chartreuse, la bénédictine et toute la série des élixirs) et celles dont il est question. Ordinairement le cigare est composé des tabacs les plus aromatiques (havane, virginie, antille) il agit spécialement sur les sens olfactifs de la même façon que les essences dont je viens de parler agissent sur ceux de la gustation et son parfum délicat occasionne des émichromies violentes, des vapeurs, une sorte d'ivresse que les enfants baptisent d'un terme bien approprié "le cigare les saoule" qui rend plausible plus qu'aucun autre l'effet produit.

Je ne crois pas qu'on soit justifiable d'expliquer autrement le mécanisme de la toxicité puissante du cigare. On s'accorde à dire communément que ce genre d'absorption est de beaucoup le plus évident quant à la rapidité et si l'on excepte le fait il ne sera certainement pas permis de mettre en jeu la proportion de nicotine infiniment plus faible dans les tabacs qu'on emploie pour sa confection (havane, 2 p. 100; tabac commun 8 p. 100).

On voit donc par ce qui précède que le mode d'action du tabac est absolument dissemblable contrairement à ce que l'on pourrait se figurer tout d'abord. Absorbé de telle ou telle manière les alcaloïdes du tabac peuvent primitivement agir soit sur le cœur, soit sur les sécrétions gastriques, soit en dernier lieu sur les sens olfactifs par communication buccale et nasale.

Ces trois systèmes d'absorption qu'on serait porté de confondre et d'unifier en ce qui concerne leur action primitive arrivant à se confondre dans la suite ils seront de plus en plus analogues. L'effet du poison sera le même et se généralisera. L'organisme en entier sera saturé des symptômes cardiaques, névropathiques, gastralgiques, apparaîtront tour à tour pour marcher de pair dans l'intoxication chronique, après avoir infecté de préférence un organe, et les troubles se compléteront.

L'intoxication suivie de mort est relativement peu commune quoiqu'on en cite d'assez fréquents exemples de ce côté-ci de l'Atlantique. En revanche l'intoxication lente, chronique qu'on a considérée jusqu'ici comme peu grave l'est excessivement et je crois volontier qu'on peut attribuer sans crainte de se tromper la généralité des dyspepsies rebelles à tout traitement au nicotinisme, qui traîne à sa suite une pléiade de troubles tellement considérable qu'on en ferait sans peine l'objet d'une étude de longue haleine. L'organisme entier sous l'influence de ce violent narcotique subit des transformations bien définies, bien caractérisées que nous allons successivement étudier. A petites doses la nicotine semble être stimulante, sédative, diurétique et l'usage raisonné du tabac n'offre aucun inconvénient, au contraire procure un certain bien-être qui ne doit pas être contre-indiqué dans la plupart des circonstances. Cependant autant la modération doit procurer le soulagement à certains fumeurs qui évitent l'excès, autant cet excès sera préjudiciable à la santé de personnes qui en feront un usage continu et cette dernière catégorie, on en conviendra, est de beaucoup en majorité.

On commence en effet par "griller" trois cigarette dans le courant de la journée, rien de nuisible. Jusque là, peu à peu le nombre augmente insensiblement jusqu'à ce que l'usage en soit perpétuel depuis le saut du lit jusqu'au coucher. Au bout de quelques semaines seulement l'observateur distingue les prodromes de l'empoisonnement. Un écolier bien doué devient subitement somnolent, sa mémoire auparavant heureuse lui fait parfois défaut, un nuage constant voile à ses yeux des combinaisons qu'il saisissait avec facilité. Tout se brouille, se confond, et ces symptômes s'aggrave dans la suite jusqu'à ce que le malheureux atteigne ce degré d'abrutissement complet qui va le jeter au dernier rang de la société.

Combien n'ai-je pas remarqué dans nos lycées des intelligences hors ligne abataradis par la "scoferlatie" étiolées avant l'âge après avoir donné les plus grandes espérances. Un de mes professeurs prétendait que tous les fumeurs de collège sont toujours "des fruits secs".

L'étude des sciences exactes est affectée par le nicotinisme. Les solutions de problèmes autrefois résolues sans beaucoup d'efforts deviennent ardues, impossibles. Les travaux littéraires se ressentent beaucoup moins des préjudices et même de la chronicité de l'intoxication. Est-ce parce qu'ils exigent moins de tension d'esprit et que l'imagination est moins affectée que le raisonnement tout me porte à incliner de ce côté, à admettre cette explication sans en rechercher la démonstration physiologique qui nous entraînerait trop loin. Ce qu'il importe de savoir c'est que l'exactitude de cet avancé est indéniable et m'a été confirmé à plusieurs repri-

ses par des hommes distingués qui professaient depuis de longues années.

Néanmoins ce n'est encore là que le commencement de la série de symptômes qui affecteront degré par degré la constitution. Les cellules cérébrales des "nicotinomanes" sont affectées quand les palpitations cardiaques existent, les laryngites catarrhes aigus et puis chroniques apparaissent avec cette toux sèche sans crachat qui se montre invariablement au lever, quelques fois le tout se termine par une phthisie laryngée.

Le teint pâlit comme on le remarque chez les cigariers, il prend cette teinte plombée spéciale à l'intoxication par le tabac, les joues sont marbrées, la respiration s'accélère, l'intensité de l'appétit diminue le dégoût de la vie qui devient intolérable, pousse souvent le pauvre malade à des actes incompréhensibles pour ceux qui ne l'observent point. Enfin arrive le marasme et une cachexie précoce et si l'on examine le cœur on sera surpris de trouver des lésions valvulaires qui n'ont d'autre cause que l'intoxication (Guesneau de Mussi) cette kyrielle de lésions aussi diverses qu'importantes portant à la fois sur le cerveau, le système respiratoire, le cœur et le tube digestif augmente sérieusement la gravité du pronostic. Dans un cas semblable le médecin consultant doit se réserver, qu'advient-il d'un tel patient ?

Il peut succomber à la suite d'une syncope, d'une congestion, d'une laryngite à forme maligne, d'un empoisonnement généralisé, d'une affection névropathique. Il peut être atteint de délire, de monomanie et finir sa triste existence dans un asile d'aliénés.

Si l'on faisait apercevoir à ces malheureuses victimes tous les dangers qui les environnent et le sort qui leur est fatalement réservé peut-être arriverait-on à en diminuer le nombre. Combien se doutent de l'épée de Damoclès qui est constamment suspendue sur leur tête. Bien peu et ceux qui en ont conscience ne se sentent pas le courage nécessaire pour réagir continuant comme par le passé à entretenir et à développer ce vice honteux et dégradant. Qu'en interrogeant les nombreux adeptes du tabac tous lui reprochent quelque chose, tous maudissent du fond de leur âme cette habitude qu'on leur a laissé contracter presque sans opposition et qu'il ne peuvent vaincre malgré leur incessante énergie.

Si la médecine agit autant sur l'esprit que sur les systèmes, elle doit inévitablement se buter quand elle rencontre des passions aussi impérieuses que le "nicotinisme" et j'estime qu'il est très difficile sinon impossible d'y couper court. J'ai maintes fois oui dire à des fumeurs consommés qu'ils préféreraient se passer de nourriture que de tabac, et qu'à l'occasion ils avaient expérimenté dans ce dernier sens, cette triste alternative. Un membre de ma famille m'a souvent avoué qu'il aimerait cent fois

mieux finir sa vie en prison que d'être privé de sa pipe. Le même individu est atteint depuis fort longtemps d'une gastralgie opiniâtre dont il connaît très bien la cause et qu'il tolère plutôt que de se séparer de sa pipe.

Un exemple frappant sans sortir du pays. Que font nos habitants quand ils veulent s'imposer une dure pénitence pendant le Carême. Ils quittent la pipe, attendent patiemment le jour de Pâques pour recommencer de plus belle à fumer.

On n'a pas de peine à se convaincre par ce qui précède de l'invincible attache que le fumeur accorde à cette incontrôlable passion et j'ose affirmer qu'il n'en existe pas d'aussi cruelle. Un officier de la marine française me racontait dernièrement encore qu'étant en mer à la veille de doubler le cap Horne en proie aux plus atroces souffrances, l'équipage manquant de vivre, il avait échangé sa ration de pain contre quelques miettes de tabac. Ces quelques observations strictement véridiques, sont typiques au suprême degré et en disent plus qu'une ennuyeuse dissertation.

Pour terminer il ne nous reste plus maintenant qu'à voir les moyens peu efficaces que nous avons à notre disposition pour enrayer la marche envahissante d'un fléau qui compte à son actif tant de jeunes victimes. On a jamais paru lui vouer toute la haine qu'il mérite. Les auteurs sont simplement unanimes à reconnaître que le "nicotinisme" est dangereux mais à mon avis ils n'accordent pas à cet ennemi toute l'attention nécessaire et je n'ai pas craint de me prononcer ouvertement contre ce fâcheux oubli. L'abus du tabac sous quelque forme que ce soit est excessivement dangereux et l'on devrait sans pitié abolir l'usage meurtrier de la cigarette qui tend de jour en jour à se généraliser parmi nous; celui de la pipe offre de moins sérieux inconvénients, son action amène surtout la destruction de l'épithélium stomacale par conséquent, et par ordre la dyspepsie, la gastrite, les ulcères, la gastralgie, le cancer.

Ne parlera-t-on que de l'épithélioma occasionné si communément par le "brûle-gueule". Quelques mots sur cette dégoûtante maladie ne suffiraient-ils point pour faire quitter la pipe au plus invétéré fumeur? Je crois et je pense en toute franchise que le seul moyen efficace qui soit en notre pouvoir est la persuasion puisée dans un discours bien approprié. Quand au médecin il est de son devoir de ne pas oublier ce point important qui éclairera en maintes circonstances un diagnostic botteux. Je n'ignore pas que la plupart du temps il semblera téméraire de rejeter entièrement sur le "nicotinisme" la cause d'une maladie, mais si l'on pousse à fond l'investigation on finira par s'apercevoir que cette cause doit être maintenue et que grâce à elle on s'expliquera bien des troubles fonctionnels qui paraissaient auparavant n'avoir aucune raison d'être. Les pro-

sélytes contre l'abus du tabac sont nombreux. Ses admirateurs plus nombreux encore. Je me souviens qu'un journal parisien il y a quatre ou cinq ans, avait demandé l'opinion de plusieurs autorités scientifiques et littéraires sur ce sujet controversé. Naturellement pas une ne s'accordait et François Coppée, un favori de la cigarette turque, dans quelques lignes artistiquement tournées, faisait un pompeux éloge de la plante de Nicot. Mais il n'en est pas moins certain que cette hideuse solanée cause annuellement des ravages effrayants et que la faible peinture de l'empoisonnement par le tabac que je viens d'esquisser est loin d'être exagérée. J'estime avec Gubert, que personne ne peut mieux dépeindre l'action d'un médicament que celui qui l'a employé journellement et pour son propre compte. La fameuse inscription du temple de Delphes "connais-toi toi-même" m'a toujours servi dans les quelques études que j'ai entreprises et cela à mon grand profit, en traitant du "nicotinisme" je me suis encore basé sur elle. Il ne faut donc pas voir autre chose dans ce travail que les impressions résumées d'un "nicotinomane".

Montréal, ce 18 février 1896.

P. S.—A peine avais-je terminé mon article, qu'un entrefilet de la "Patrie" venait appuyer ma thèse au moment le plus inattendu et le plus opportun, je le cite in-extenso.

LA CIGARETTE

Un verdict de coroner significatif

Centreville, Iowa, 20—Le jury de coroner, qui vient de procéder à l'enquête d'usage sur le double meurtre de Mme Martin et de sa fille Leo, par le fiancé de celle-ci, George Jones, qui s'est ensuite brûlé la cervelle, vient de rendre un verdict qui pourra être taxé d'exagération par certaines personnes, mais qui n'en est pas moins significatif.

On sait que ce drame a causé ces jours derniers d'autant plus d'émoi à Centreville que l'on ne pouvait s'expliquer le mobile qui avait poussé Jones à ce triple crime.

Or, après avoir entendu le rapport des médecins légistes, le jury de coroner a rendu un verdict déclarant que "Jones avait tué Mme Martin et sa fille et s'était tué ensuite, dans un accès de folie causé par l'abus qu'il faisait des cigarettes depuis plusieurs années".

Il a été prouvé, en effet, que Jones fumait constamment la cigarette, et que, malgré cela, il avait été, dit-on, l'un des premiers à Centreville à signer une pétition à la législature de l'Etat pour qu'elle vote un projet de loi tendant à interdire la manufacture, la vente et l'usage des cigarettes.

SYPHILIS ACQUISE

(Travail donné devant l'Association Médicale des E. E. M.)

III

Novembre, 1895.

A MM. les juges du Concours,

Messieurs,

En soumettant à votre examen cet humble travail, laissez-moi vous dire en toute justice, que ce n'est pas une œuvre purement originale.

La plus grande part du mérite et toute la gloire, je suis heureux de leur rendre ce témoignage public d'admiration et de respect, reviennent à MM. Ricord et Fournier, ces deux grands vulgarisateurs de la science, qui se sont si brillamment illustrés par leurs fructueuses recherches sur les maladies vénériennes, et à mes dévoués professeurs de qui j'ai reçu les connaissances qui m'ont permis d'exécuter ce travail.

J'ai bien l'honneur d'être,

Messieurs,

Votre fidèle serviteur,

J. EUG. PREVOST, B. M

DE LA SYPHILIS ACQUISE

La syphilis est considérée comme une maladie constitutionnelle, infectieuse et contagieuse.

Il est généralement admis qu'elle est due à l'introduction dans l'économie d'un virus spécial, dont la description n'a pas été donnée d'une façon complète.

Bien que les cultures de ce micro-organisme, étudiées par des bactériologistes distingués, entr'autres : Klebs et Lutzgarden, ne soient parvenues à reproduire le chancre initial, ni chez l'homme, ni chez les animaux, les faits cliniques nous justifient de ranger la syphilis parmi les maladies microbiennes.

Cette affection se transmet par contact et par hérédité ; jamais elle ne se développe spontanément, d'où sa division en syphilis acquise et en syphilis héréditaire.

Ma tâche est de décrire, et je le ferai d'une manière aussi claire que possible, la première partie de cette division. Si le style et l'élocution ne sont pas en rapport avec l'importance du sujet et la hauteur de la circonstance, je compte sur votre indulgence habituelle pour me pardonner ces déféctosités. D'ailleurs, je ne serai pas long, mon aimable confrère et ami, M. D'Amour, à qui le rôle de développer la seconde partie est dévolu, me remplacera bientôt avec avantage.

Pour la classification des symptômes et la marche de la maladie en question, je suivrai la méthode ordinaire des auteurs, c'est-à-dire, sa division en trois périodes, chacune d'elles caractérisée par une série d'accidents, qui, suivant Hunter et Ricord, frappent au début, la peau et les muqueuses ; plus tard, le tissu cellulaire, les muscles, les os et en dernier lieu les viscères.

Quelle soit la source d'où elle provienne, la syphilis acquise débute toujours par un chancre infectant, induré ou dur, qui peut résulter de la contagion à un individu sain d'un chancre infectant, d'un accident secondaire à forme suppurative, du sang d'un syphilitique à la période secondaire, et peut-être dans certains cas de ses sécrétions morbides.

La contagion est immédiate, a lieu à la suite d'un contact direct entre le syphilitique et l'individu sain ; ou elle est médiate et se fait au moyen d'un intermédiaire.

ETIOLOGIE

Les causes les plus fréquentes de contagion sont, en premier lieu, les rapports sexuels. L'allaitement, soit que la nourrice atteinte de plaques muqueuses du mamelon, contamine son nourrisson ; soit que le nouveau-né atteint de plaques muqueuses buccales, transmette la syphilis à sa nourrice, qui à son tour contamine son propre enfant ou quelqu'autre nourrisson qu'elle prend plus tard.

Des objets ayant servi à un syphilitique, biberon, pipe, cuillier, verre à boire, etc., peuvent être l'origine du chancre. Vidal de Cassis a vu un intérieur misérable où un seul verre servait à six personnes. Survient un syphilitique, quatre furent contaminées.

On a signalé chez les souffleurs de verre et chez les musiciens faisant usage d'instruments à vent, des chancres buccaux.

Nombre de médecins et de sage-femmes, innocentes victimes du devoir, se sont inoculés en faisant le toucher vaginal. Des instruments chirurgicaux contaminés peuvent donner le chancre. On a signalé, en France, il y a quelques années, une véritable épidémie de contamination par le cathétérisme de la trompe d'Eustache du fait d'un spécialiste dont les instruments étaient mal tenus. Que d'amants, dans des moments sublimes d'enivrement, se sont communiqués par l'entremise de cette chose si douce qu'on appelle un baiser, le virus le plus exécrationnable d'entre tous.

Enfin, la syphilis est souvent l'apanage de la vaccination. "La contamination vaccino-syphilitique peut se faire sans que le vaccinifère soit en état de syphilis active ; il peut être en état de syphilis latente, n'ayant sur la peau ou ailleurs aucune trace de syphilis."

SIEGE DU CHANCRE

Le chancre peut se développer sur toute la périphérie du corps, sur toutes les régions et muqueuses d'un accès facile. Il siège de préférence chez l'homme : au prépuce, au frein, au gland, sur la face cutanée de la verge, à l'intérieur de l'urèthre, au niveau des bourses et à la racine des cuisses ; chez la femme, il passe souvent inaperçu : la muqueuse vaginale, la surface du col utérin, les caroncules myotiformes, la vulve, le méat urinaire, la fourchette, en sont le siège le plus habituel.

Après l'inoculation il s'écoule un certain temps avant que le chancre induré manifeste sa présence.

Cette période dite d'incubation, dont Ricord nie l'existence, en l'appe-

lant période d'observation, en disant que le chancre, encore fort petit, a passé inaperçu pour le malade, à une durée moyenne de trois à quatre semaines.

Dans des cas exceptionnels, les symptômes apparaîtront avant un mois ou ne se déclareront que quatre ou cinq mois après.

Le virus syphilitique reste-t-il localisé durant cette période? Les opinions sont partagées sur ce point.

D'aucuns disent qu'une fois implanté sous la peau, il y séjourne un certain temps, sans produire d'autre action que celle de préparer les cellules qui sont en relation immédiate avec lui, à la formation du chancre ils ajoutent à l'appui de leur hypothèse : " Si nous supposons que le virus syphilitique est au début charrié dans toute l'économie, il est difficile de s'expliquer pourquoi il n'y a pas pendant une semaine ou deux, de lésion ailleurs qu'au point d'inoculation."

Pour d'autres, et c'est le grand nombre, lorsque le chancre a déjà envahi une grande partie de l'économie, tous les traitements locaux ne sauraient enrayer son évolution.

CARACTÈRE DU CHANCRE INDURE OU SYPHILITIQUE

C'est une lésion érosive plutôt qu'ulcéreuse qui atteint habituellement la dimension d'une lentille, sans bords, sans circonférence, se continuant de plein-pied avec les tissus sains ; sa surface est lisse, luisante, et ressemble beaucoup à celle des plaques diphtéritiques. Sa couleur est ordinairement grise ou du rouge de la chaire musculaire. Sa base est indurée. Sa sécrétion est peu abondante, insignifiante, créreuse.

DIAGNOSTIC

Le chancre syphilitique, le chancre simple, l'herpès, sont souvent confondus. Voici les principaux éléments de diagnostic : L'incubation est plus longue dans le chancre dur que dans le chancre mou, l'herpès apparaît soudainement et récidive souvent à une époque variable. Le chancre syphilitique est plutôt érosif qu'ulcéreux, ses contours sont ronds ou ovales, réguliers. Le chancre simple est une vraie ulcération, abords abrupts, décollés, saillies à pic. Dans l'herpès, les bords sont sinueux, géographiques, dentelés.

La sécrétion du chancre dur est plutôt séreuse que purulente et presque insignifiante. Le chancre simple est couvert d'une abondante sécrétion de pus véritable.

L'induration parcheminée donne au chancre syphilitique un de ses caractères les plus saillants. Les tissus sous-jacents au chancre mou conservent leur souplesse. Le phagédinisme est une complication presque spéciale au chancre simple.

Enfin la sécrétion du chancre infectant inoculée chez le sujet lui-même reste sans résultats, tandis que l'inoculation du pus du chancre mou reproduira autant de chancres mous qu'on en voudra.

ADÉNITE GANGLIONNAIRE

Tout chancre syphilitique est accompagné d'engorgement des ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie érosée.

Cette adénite est multiple, polyganglionnaire, indolente, dure aphasique et ne suppure pas.

Souvent un de ces ganglions est plus volumineux que ses voisins, c'est celui qui reçoit plus directement les lymphatiques venus du territoire chancereux.

Ces ganglions roulent sous les doigts, ils sont indépendants les uns des autres ou reliés au chancre par de petits cordons indurés.

Ces ganglions restent stationnaires pendant assez longtemps et survivent au chancre.

"Ne négligez jamais, dit Ricord, d'interroger les ganglions lorsqu'un malade affecté d'accidents constitutionnels se présente à vous en niant toute espèce d'accidents suspects ; ils peuvent fournir de précieux renseignements."

Les ganglions syphilitiques se terminent par résolution ; la suppuration est tout à fait exceptionnelle et Ricord a été même jusqu'à dire : "le bubon qui suppure n'est pas syphilitique."

S'il s'inflamme et suppure, ce qui est extrêmement rare, comme je viens de le dire, ils ne fournissent jamais de pus spécifique ou du moins inoculable. Environ un mois ou deux après que les ganglions du voisinage sont pris, tout le système lymphatique est successivement envahi.

Voici les principaux symptômes différentiels entre le bubon syphilitique et le bubon inflammatoire du chancre mou :

Le chancre induré détermine toujours une hypertrophie multiple des ganglions. Cet engorgement peut être bi-latéral, de consistance cartilagineuse, sans inflammation ni douleur.

Le chancre mou se complique d'adénopathie ; dans le tiers des cas seulement une seule glande est affectée. Sa dureté est celle de l'inflammation qui, d'ailleurs, ne fait jamais défaut ainsi que ses caractères.

Le chancre syphilitique ne contracte aucune adhérence avec la peau qui le recouvre et celle-ci reste intacte. Dans le ganglion inflammatoire il y a de la périadénite, ce qui fait que la peau est rouge et lui adhère souvent.

L'adénite syphilitique se termine généralement par résolution, tandis que l'adénite inflammatoire a beaucoup de tendance à la suppuration.

ACCIDENTS SECONDAIRES

Deux mois environ après l'apparition du chancre, ou lorsque l'engorgement des ganglions lymphatiques est généralisé, apparaît un groupe de symptômes très caractéristiques de la maladie. Ils précèdent ou accompagnent les manifestations cutanées et muqueuses de la deuxième période. Ce sont : Une fièvre qui varie de 100 à 101, plus intense le soir. Perte d'appétit, sensation de faiblesse et de malaise. Douleurs musculaires et articulaires, siégeant au thorax, au dos, aux extrémités supérieures. Céphalalgie très intense. Insomnie. Décoloration très marquée, le périnée, les lèvres, la surface interne des joues, la gorge, le creux axillaire, les espaces interdigittaires, etc., revêtent un aspect spécial.

D'apparence blanchâtre ou opalescente lorsqu'elles sont situées sur les muqueuses ; rouges, lisses et polies, sur la peau.

Tantôt sèches, tantôt humides, elles se recouvrent d'une pellicule qui s'ulcère facilement.

Les plaques muqueuses sont le siège d'un suintement très fétide, âcre, irritant, et très contagieux.

Les causes d'irritation locale : malpropreté, tabac, etc., s'opposent à leur guérison.

On distingue encore les syphilides squameuses, pustulentes, tuberculeuses, tuberculo-ulcéreuses, suivant la phylonomie qu'elles revêtent. L'existence de symptômes concomittants ou d'antécédents aidera au diagnostic.

ACCIDENTS TERTIAIRES

L'apparition des accidents tertiaires est toujours tardive. D'après Ricord, ils ne se manifestent qu'au moins un an après l'infection et ne se montrent souvent que plus tard, cinq, dix, quinze ans après.

Ils peuvent atteindre tous les organes et sont surtout caractérisés par de petites productions appelées gommès syphilitiques ou syphilomes.

Les auteurs ne sont pas fixés sur la nature de ces gommès. Les opinions suivantes semblent être les plus rationnelles : Hunter et Ricord les considèrent comme des épanchements le lymphé plastique.

Pour Robin, leurs éléments essentiels sont des cellules embryonnaires (cystoblastation) réunies par une matière amorphe. Lancereau les regarde comme une prolifération du tissu conjonctif.

Pour Virchow et Belliwoth, les gommés sont formées d'un tissu des téguments. Bruits de souffle au carotide. En un mot les symptômes de la chloro-anémie.

L'alopecie syphilitique se distingue de la calvitie ordinaire par les symptômes concomittants de la syphilis et sa forme spéciale. Les parties recouvertes de poils sont pour ainsi dire "mitées."

Les Syphilides ou lésions constitutionnelles sont des éruptions de nature diverses.

Elles ont pour caractère commun : 1o. La polymorphie, c'est-à-dire qu'on rencontre parfois simultanément chez un même individu des taches, des squames, des pustules. 2o. La coloration particulière cuivrée au malgre de jambon. 3o. La disposition en groupe appartient également aux éruptions syphilitiques, surtout aux éruptions tardives et dont la guérison est prochaine. 4o. L'absence de prurit, cependant les syphilides du cuir chevelu peuvent déterminer une démangeaison. 5o. Leur marche est généralement lente, elle peut se faire par poussées successives.

Les accidents constitutionnels les plus prompts à se manifester, la roséole et les plaques muqueuses. Ils coïncident souvent ensemble, éclairent fréquemment le diagnostic jusque-là douteux.

ROSEOLE SYPHILITIQUE

La roséole syphilitique ou syphilis éxanthématique consiste en petites taches rouges ou rose pâle, à peine saillante du volume d'une lentille, s'effaçant par la pression, se montrant principalement sur le tronc et sur les cuisses. La figure et le cou sont habituellement respectés. Abandonnée à elle-même, la durée de la roséole est de deux à cinq mois.

PLAQUES MUQUEUSES

Les plaques muqueuses sont des syphilides papuleuses ou tuberculeuses qui, suivant leur siège, la vulve, l'anus, le scrotum, tissu de granulations, tissus de bourgeons charnus et inflammatoires.

Quelle que soit leur constitution, elles ont l'aspect de tumeurs mal circonscrites, dont l'évolution comprend trois périodes : 1o. La formation ; 2o. Le ramollissement ; 3o. L'ulcération. D'abord dures et indolentes, elles se ramollissent et adhèrent à la peau qui se perforé, s'ulcère et laisse couler un liquide gommeux. La fistule persiste jusqu'à ce que toute la

gomme soit éliminée, le foyer se tarit et laisse après une tache livide qui se transforme en une cicatrice blanche et déprimée.

PARTICULARITÉS QUI PRÉSENTENT DIFFÉRENTS ORGANES OU SYSTÈMES

Larynx. — Les laryngopathies tertiaires, si bien étudiées par M. Mauriac, n'apparaissent guère selon lui, avant la troisième année de l'infection syphilitique ; néanmoins, il y en a de fort précoces et de fort tardives.

Le syphilome gommeux du larynx est superficiel ou profond, circonscrit ou diffus. La gomme superficielle circonscrite est la forme la plus habituelle ; vue au laryngoscope, elle a l'apparence d'une saillie arrondie du volume variant d'une tête d'épingle à une noisette, de couleur sombre, entourée d'un œdème rougeâtre. L'ulcération est rapide et n'a aucune tendance à se cicatriser spontanément.

Le syphilome en nappe ou diffus, s'infiltré dans les tissus, provoque des ulcérations serpiginieuses à marche envahissante, qui ravagent non-seulement la muqueuse, mais qui gagnent en profondeur, attaquant le péri-chondre, les cartilages, les articulations et peuvent même atteindre les régions extra-laryngées et provoquer des phlegmons du cou.

Des œdèmes de colorations différentes accompagnent souvent les laryngopathies tertiaires, l'œdème blanc résulte d'un trouble de circulation, fluxion collatérale, compression veineuse. L'œdème rouge est un œdème inflammatoire. Ces œdèmes sont une des causes les plus habituelles de dyspnée, d'asphyxie.

Les lésions ulcéreuses du larynx laissent parfois après elles des déformations, des adhérences, des rétractions qui compromettent la voix et la respiration.

La gomme syphilitique du larynx est située à la surface linguale de l'épiglotte, ce qui la distingue de la phtisie laryngée, où les tubercules nombreux occupent la surface inférieure.

Testicule. — On observe une induration ordinairement limitée à la tête de l'épiderme. Le testicule est le siège d'une inflammation chronique interstitielle. La tunique vaginale s'enflamme aussi. Sa tendance à la transformation fibreuse, son évolution lente et sa douleur nulle le distinguent du cancer et de la tuberculose.

Système osseux. — Les lésions syphilitiques des os sont très fréquentes, et consistent en périostite, ostéite, carionévroses, gomme, exostose.

L'ostéite, la carie et la névrose affectent de préférence les petits os de la face (vomer, ethmoïde, os palatin) ; on les rencontre encore sur

grand nombre d'os superficiellement placés, os du crâne, sternum, clavicle, etc.

Le périoste des os superficiel est fréquemment touché par la syphilis, qui y détermine en général des tumeurs de nature gommeuse, situées entre l'os et le périoste.

La syphilis donne fréquemment naissance à des exostoses, c'est-à-dire à des tumeurs dures développées sur la continuité des os. Ces exostoses s'observent particulièrement sur les os du crâne, où elles déterminent des phénomènes de voisinage nombreux et en rapport avec les organes dont elles gênent les fonctions. Ces exostoses sont le résultat de l'irritation du périoste de l'os, occasionnée par les gommès, les ostéites, etc.

Système nerveux.—La dure-mère est souvent intéressée dans la troisième période de la syphilis, ces accidents se révèlent par des symptômes cérébraux, tels que céphalalgie intense, agitation, perte de mémoire, torpeur, coma. La pie-mère devient le siège d'une inflammation chronique suivie d'épaississement fibreux et d'adhérences au cerveau. À part ces lésions des méninges, la substance cérébrale ou la moelle épinière peuvent être le siège de sclérose ou de gomme. Les gommès de la substance cérébrale se rencontrent sous deux formes : 1o. En larges masses développées à la surface du cerveau, dans la substance grise et même dans la substance blanche. On les rencontre plus habituellement à la base du cerveau, sur les pédoncules cérébraux, le pont de Varolle, les couches optiques ; on les rencontre aussi sous forme de petites noues sur le parcours des artères et liées à l'endarterite.

Ces altérations diverses entraînent une foule de complications, dues soit à la compression qu'exercent les gommès ou au ramollissement ou à la destruction d'une partie du cerveau. Le phénomène initial le plus commun est la céphalalgie frontale, occipitale ou pariétale, très intense, augmentant d'intensité la nuit, accompagnée tantôt de vertiges et de convulsions, tantôt de stupeur ou de coma. On remarque aussi chez le patient une diminution de ses facultés intellectuelles, la perte de sa mémoire.

Surviennent aussi plusieurs formes de paralysies. On a noté la diminution du sens du goût et même son abolition complète, la perte du sens de l'odorat, la diminution et même la perte de l'ouïe, des troubles visuels, diplopie, blyopie, amaurose.

Les paralysies sont d'abord lentes et partielles, mais elles se généralisent assez rapidement.

Respectueusement soumis,

J. EUGÈNE PRÉVOST, B. M.

Reproduction.

CASTRATION COMME MOYEN PREVENTIE ET CURATIE DU CRIME.

Par le Docteur J. W. FRAZIER

Le crime, au point de vue psychologique, sociologique, médico-légal, et moral, peut, avec raison, être considéré comme une maladie, c'est-à-dire comme une déviation pathologique, de la cause normale ordinaire des actions.

Comme pour certaines autres maladies nerveuses, notamment la chorée, l'hystérie, l'épilepsie, il nous est encore impossible d'en localiser la lésion productive, ou d'en déterminer la pathologie, mais la discussion scientifique de son étiole, et la suggestion des remèdes à y apporter sont du domaine de notre profession. Benedict affirme que le cerveau des criminels diffère essentiellement du type normal, non par sa conformation, (car il n'y a pas de type particulier de cerveau, chez les criminels), mais par sa structure. C'est probablement là ce qui constitue la particularité du cerveau de ceux qui appartiennent à la classe des criminels.

Que l'on puisse arriver à modifier les tendances au crime, par des moyens scientifiques de réformations employés avec persévérance, cela paraît démontré, dans une certaine mesure, au moins, mais où, et quand tentera-t-on ces moyens? Ils ne l'ont jamais été, et peut-être ne le seront-ils jamais, et le criminel qui aujourd'hui sort de prison, n'est certainement pas meilleur qu'il était avant son incarcération et quelquefois il est bien pire, au contraire.

L'obéissance aux lois de son pays, et la reconnaissance des droits de ses semblables, est un principe inné, inhérent à tout esprit sain et normal. Le crime présuppose l'impossibilité d'apprécier sainement la différence qui existe entre une action bonne ou mauvaise, ou si cette connaissance, cette appréciation existe, l'impossibilité de résister à l'impulsion, par manque de force de résistance.

Dans l'étude de l'étiologie du crime en général, il faut tenir grand compte de l'instinct émotionnel, que l'on nomme amour. L'amour de soi, ou

du sexe opposé, est certainement le plus grand mobile des actions humaines. Cette passion ou cet instinct, bien dirigé, et tenu dans les bornes, peut donner à l'homme le courage et la force d'atteindre le but le plus élevé. Mais s'il est mal dirigé, ou anormalement développé, il, est, directement, ou indirectement, l'un des facteurs les plus importants des actions criminelles.

Un autre facteur important du crime, surtout au point de vue du remède à y apporter, est l'hérédité. Ceci est un fait parfaitement établi, pour ceux qui ont étudié la sociologie, de même que le criminel est un danger pour la société au milieu de laquelle il vit et qu'il peut en outre transmettre ses vices à une postérité sans fin, sans que la loi puisse y mettre obstacle.

Que la propension au crime soit héréditaire, ou acquise, le criminel est et a toujours été un danger pour la société, et la prévention du crime, la punition ou la réformation du criminel, ont toujours occupé l'esprit des hommes les plus éclairés. On a proposé comme remède certaines peines, proportionnées à la gravité de l'offense, lesquels font partie des statuts criminels. Les raisons déterminantes qui engagent les nations civilisées à passer ces lois, ne doivent ou, du moins, ne devraient pas être le désir de la vengeance, mais bien le désir d'empêcher la répétition du crime, et il est certain que l'administration rigoureuse des lois existantes, restreint dans une certaine mesure, l'effrayante tendance à l'augmentation du crime, dans notre siècle. Mais admettant à l'avance l'administration vigoureuse et rapide de nos lois, il est évident, même pour l'observateur le plus superficiel, qu'elles sont inefficaces. C'est pour cela que, croyant qu'il est avantageux pour la société d'opposer au crime, un remède préventif et curatif efficace, rationnel, scientifique et radical, je crois devoir suggérer et recommander la castration.

Je ne crois pas que cette peine ait encore été insérée dans les statuts d'aucun peuple civilisé, et rangée parmi les moyens de punir le crime. Cependant sa suggestion n'est pas une innovation. Le Dr Agnew a dit en 1887, qu'appliquée contre le viol, elle serait suivie de résultats satisfaisants.

Poussant plus loin cette suggestion, la Dr Orphens Evert a formulé la proposition suivante, dans un mémoire classique, lu à l'Académie de médecine de Cincinnati, le 27 janvier 1887.

"L'asexualisation chirurgicale de tous les criminels convaincus de crime indiquant une perversion constitutionnelle, considérée comme transmissible par hérédité, n'est pas seulement praticable, mais elle est rationnelle et utile, pour protéger la société, contre le danger toujours menaçant de ces "sauvages" de la civilisation reconnus comme criminels invé-

térés, et cette punition sanctionnée par la loi, aurait pour effet la diminution du crime et la réforme des criminels."

Le Dr W. A. Hammond a lu un mémoire très intéressant devant la société de jurisprudence médicale de New-York, le 14 août 1892, intitulé : "Un nouveau substitut de la peine de mort, pour la prévention de l'accroissement des criminels." En 1893 a paru un excellent article du Dr F. E. Daniel, qui avait d'abord été lu devant la société médicale américaine de New-York, et le congrès médico-légal, siégeant à Chicago, 1893, intitulé : "Castration sexuelle des pervers." Dans la même année a paru la polémique si remarquable, entre le Dr Hunter McGinnis, de Richmond, Virginie, et le Dr Lydston, de Chicago, sur les crimes sexuels parmi les nègres du Sud, appréciés au point de vue de la science.

Le Dr F. B. Sim, de Memphis, dans un mémoire sur l'asexualisation, pour la prévention du crime, et l'arrêt de la multiplication des criminels, lu devant l'association médicale de l'Etat de Tennessee, en avril 1894, et le Dr B. A. Arbogast, du Colorado, dans un mémoire sur "La castration, comme remède du crime", lu devant la société médico-légale de l'Etat du Colorado, en août 1895, se sont montrés tous deux partisans convaincus et avocats dévoués de ce nouveau remède du crime.

C'est un fait reconnu et admis de tous, que la castration a un effet modificateur extraordinaire sur le cerveau. Les dispositions naturelles changent du tout au tout, chez l'individu qui a subi cette opération, de sorte que le criminel aux instincts féroces devient doux et inoffensif.

Chez les animaux domestiques, les changements radicaux dans leur manière d'être sont des faits d'observation journalière. L'éleveur qui possède un étalon ou un taureau vicieux se hâte de le castrer, ce qui en fait de suite des animaux dociles. L'histoire des temps passés nous enseigne que les eunuques, non seulement perdaient la propension licencieuse, mais encore qu'ils devenaient très gras, à cause de la tranquillité de leur conscience et du calme de leur système nerveux.

Le Dr Hammond a dit dans son mémoire : "Si le meurtre était puni par la castration, il n'y aurait aucun danger à laisser libre celui qui aurait subi ce châtiment, car il n'aurait plus par la suite de tendance à l'homicide, ou à commettre aucun acte violent.

La castration produit un changement si profond sur l'homme chez lequel elle a été pratiquée, qu'en admettant l'hypothèse qu'une modification correspondante se produit dans la structure du cerveau, qui rendrait cet organe incapable de l'effort nécessaire à l'accomplissement du crime, qu'il n'aurait plus même l'énergie de désirer. Comme agent de réformation, la castration est incontestablement supérieure à tous les autres

moyens moins radicaux. Ce châtement est plus terrifiant que la peine capitale même, plus avantageux pour l'Etat que la mort ou l'emprisonnement à vie, et comme moyen de réformation des criminels, plus puissant que tous les exemples et tous les enseignements sociologistes réunis.

Ce remède est particulièrement approprié, rationnel, scientifique, et juste, pour tous les crimes que nous appelons sexuels.

Le plus grand, et malheureusement le plus fréquent de ces crimes, est le viol, et ce, malgré les peines les plus sévères imposées par la loi, et la haine populaire qu'il suscite, qui rend la mort du coupable plus horrible encore. La mort est sans doute un châtement efficace, au point de vue particulier du perpétreur du crime, mais non pour en empêcher la reproduction, puisque les statistiques démontrent que le viol augmente tous les jours. Et il en est de même pour les autres crimes sexuels de moindre gravité.

Le remède rationnel et scientifique de la perversion des appétits sexuels est l'ablation complète, radicale, des organes qui concourent à leur satisfaction. Ce même remède devrait aussi être appliqué à d'autres crimes, et quelquefois même, surajouté aux autres pénalités prévues par la loi. Le criminel dépravé, endurci, féroce, récidiviste, devrait être privé des moyens de se reproduire, dans le but de protéger la société future. Par ce moyen on protégerait le criminel lui-même, en lui sauvant la vie quelquefois, et on lui fournirait les moyens de s'amender. Guéri de sa manie de commettre le mal, il serait un enseignement vivant pour ceux qui auraient les mêmes tendances, et comme force morale, il vaudrait mieux, pour détourner du crime, que cent peines capitales et autant de condamnations au bague pour la vie, qui sont des événements dont on s'entretient quelques jours durant, mais qui sont vite oubliés. La crainte produite par la certitude de la castration, pour la commission d'un viol, ou de tout autre crime très grave, serait beaucoup plus grande que celle produite par tous les autres châtements appliqués aujourd'hui.

L'organisation mentale de ces individus, qui se rapprochent de la brute par leur désir immodéré de satisfaire leurs instincts bestiaux, leur fait craindre par dessus tout la perte de leurs organes génitaux.

L'efficacité du remède étant admise, quels sont les obstacles à son acceptation?

D'abord et par-dessus tout l'opinion publique. Depuis les temps les plus reculés, le public semble avoir regardé les organes génitaux de l'homme comme une chose sacrée. Vous pouvez priver un criminel de sa liberté, vous pouvez même lui ôter la vie, mais vous n'avez pas le droit de toucher à ses testicules.

Clinique Medical.

FAUX CANCERS DE L'ESTOMAC

Dans nos salles, nous avons en ce moment quatre cancers de l'estomac dont la symptomatologie ou plutôt l'aspect clinique offre de grandes différences.

Les deux premiers malades (salle des hommes) ne présentent pas de tumeur appréciable au palper. Chez l'un d'eux, âgé de soixante-trois ans (No. 25 de la salle Chauffard), nous avons vu cependant apparaître à l'extérieur, au niveau de l'ombilic, une petite tumeur dure et douloureuse, grosse comme une bille, tumeur qui a été précédée, quinze jours auparavant, de l'apparition d'un petit ganglion situé à deux centimètres au-dessus de la région ombilicale. Cette petite tumeur est certainement de même nature que celle que nous supposons devoir exister à l'estomac. Nous constatons encore des ganglions sus-claviculaires, surtout à gauche. Ce malade souffre de l'estomac depuis le mois de novembre 1893 : perte d'appétit, répugnance pour la viande, plusieurs vomissements noirâtres, amaigrissement assez considérable et teinte jaune paille presque caractéristique.

Cette teinte particulière de la peau, vous ne la retrouvez pas chez l'autre malade de la même salle (No. 32), à ce point que nous avons pu avoir quelques doutes sur la nature de sa maladie. Il y a chez cet homme de cinquante-trois ans peu d'amaigrissement, une anorexie peu accusée, peu de ganglions sus-claviculaires, pas de tumeur appréciable ; mais, depuis le mois de Septembre dernier, il aurait eu deux hématuries assez abondantes ressemblant à du marc de café et à de la suie délayée.

Chez ces deux malades, comme pour les deux autres dont je vais vous parler, existe cependant un signe commun d'une grande importance : la disparition complète ou presque complète de l'acide chlorhydrique dans les sécrétions du suc gastrique.

Les deux autres malades sont des femmes âgées de 64 et 60 ans (Nos. 15 et 25 de la salle Delpech). La première aurait eu un ictère il y a trente ans, mais jamais de coliques hépatiques. Elle nous est arrivée avec des vomissements alimentaires (mais elle n'a jamais eu le moindre vomissement marc de café), avec de la diarrhée que remplace souvent une cons-

Cependant, au point de vue scientifique, la chose est absurde, et l'on pourrait, sans doute, surmonter cette difficulté en agitant, au moyen de la presse, et permettre ainsi à la partie pensante de la population, d'apprécier les avantages qu'offre la castration sur la peine capitale ou l'incarcération pour la vie.

Je sais que certaines autorités légales prétendent que l'application de cette pénalité serait inconstitutionnelle.

Sur ce point, le col. A. C. Holt, légiste distingué des Etats du Sud de la confédération américaine, dit qu'il n'y a aucune clause dans la constitution fédérale qui interdit les châtimens de cette nature, et le Dr Clark Bell, discutant le mémoire du Dr Daniel, durant le congrès médico-légal, a dit : " Il n'y a aucun doute sur le droit légal que possède l'Etat d'imposer la castration comme châtiment du crime, de reconnaître cette pénalité et de la placer parmi les méthodes de châtiment. Il ne peut exister la moindre divergence d'opinion sur ce sujet entre les avocats ou les juristes.

A présent, messieurs, je conclus, en disant : si la grandeur et l'importance de ce sujet a fait autant d'impression sur votre esprit que sur le mien, j'espère que vous voudrez bien adopter, comme corps organisé, telle mesure qui, dans votre sagesse, vous paraîtra propre à placer cette question devant le public et la législature, et à promouvoir sa considération et son adoption.

("Texas Medical Journal")

MAL DE MER

Le Dr A. D. Rockwall dit que le Bromure de Sodium, à la dose de 30 grains, cinq à six fois par jour, prévient le mal de mer. On doit commencer le traitement quelques jours avant de s'embarquer et pousser le médicament jusqu'à ce que ses effets physiologiques se fassent sentir.

("Texas Medical Record")

Le "Medical News", publié depuis si longtemps à Philadelphie, a transporté ses pénates à New-York. Le Dr R. J. Riddle Goffe en sera le rédacteur. Nous espérons que ce changement ne nuira en rien à la popularité de notre confrère, auquel nous souhaitons cordialement longue vie.

tipation opiniâtre, avec un léger état fébrile (38 à 38o4) dû à une poussée de péritonite localisée autour de la tumeur. Celle-ci existe au niveau de la région pylorique ; elle est inégale, bosselée, dure et est assez dure au toucher.

La maladie a commencé il y a sept mois par de l'anorexie, quelques vomissements alimentaires. Ici, l'amaigrissement n'est pas très accusé, ce qui s'explique par la conservation relative de l'appétit dans ces derniers jours, et nous avons été même étonnés d'entendre la malade nous demander parfois un supplément d'alimentation.

La seconde malade, qui souffre d'anorexie depuis dix-huit mois, n'a eu à aucune époque ni hématemèses ni méléna, mais seulement des vomissements alimentaires depuis janvier 1893, vomissements qui s'accusent et se reproduisent presque toujours lorsqu'elle mange de la viande. Elle présente au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac une tumeur assez volumineuse, un peu douloureuse au toucher, inégale et irrégulière. L'amaigrissement n'est pas très considérable, quoiqu'il soit réel, et sous l'influence probable de la médication (laitage, régime végétarien, chlorate de soude à haute dose) on a pu voir s'élever le poids de la malade de 48 à 52 kilogrammes ; mais cette amélioration a été de courte durée, et dans ces derniers temps l'amaigrissement a fait de nouveaux progrès.

Ce que je veux vous démontrer une fois de plus par l'histoire très sommaire de ces quatre malades, c'est qu'au point de vue clinique le cancer de l'estomac n'est pas identique à lui-même. On en a vu qui ont évolué jusqu'à la fin en l'absence de toute anorexie, et je vous rappelle à ce sujet un malade d'Arnozan ("Soc. Anat.", 1879) qui a conservé son appétit malgré la présence d'une tumeur assez volumineuse et d'une cachexie, celui de Dujardin-Beaumetz, qui pouvait sans dommage et sans inconvénient ingérer les substances les plus indigestes. J'ai vu autrefois, en 1880, avec Péter, un malade qui présentait depuis plus d'un an presque tous les signes du cancer de l'estomac (sauf la tumeur) et qui avait conservé, jusque dans les derniers temps de sa maladie, presque tout son appétit, à ce point que, pour cette raison, le diagnostic fut longtemps douteux. S'agissait-il d'un de ces cas, signalés dans la science, de cancers stomacaux avec hyperchlorhydrie? Je ne saurais le dire, puisqu'à l'époque où ces faits ont été observés l'analyse clinique du suc gastrique n'était pas suffisamment connue. Toujours est-il qu'il est important d'appeler l'attention sur ces cas anormaux.

Il y a bon nombre de cancers de l'estomac où il est impossible, jusque dans les derniers jours de la vie, de sentir la moindre tumeur, et cela en raison soit de son siège, au cardia, à la petite courbure, à la paroi posté-

rieure), soit de sa nature (cancer en nappe). Il y en a qui ne provoquent presque pas de douleur, qui ne présentent jamais d'hématémèses, ni de méléna, à peine quelques vomissements, et vous savez que cette teinte jaune paille des téguments sur laquelle on a tant insisté est loin de se rencontrer toujours. Cette maladie n'épargne pas le jeune âge puisqu'elle se présenterait avant trente ans dans la proportion de 1 pour cent, d'après la thèse de Marc Mathieu (Lyon 1884). Elle n'a pas toujours la durée classique de 20 à 36 mois ; chez les jeunes gens, elle est plus rapide dans son évolution, et Beaumetz a cité un cas où la durée s'est prolongée pendant cinq ans (Soc. méd. des hôp., 1885). Mais dans les cas de longue survie, il faut toujours se demander s'il ne s'agit pas de ces cancers qui succèdent parfois à l'ulcère de l'estomac.

Ajoutons encore que le cancer gastrique n'est pas fatalement progressif dans son évolution, qu'il peut présenter des rémissions d'une durée plus ou moins longue. Ces rémissions, souvent capables de faire douter du diagnostic le mieux établi, sont vraies ou fausses.

Dans le premier cas, elles résultent de la médication, et lorsque, dans une prochaine leçon, il sera question du traitement de cette affection, je vous citerai l'histoire de plusieurs malades et notamment d'une cancéreuse observée par Eichhorst (de Zurich) qui augmenta de neuf kilogrammes en moins d'un mois, sous l'influence de lavages gastriques prescrits dans le but de supprimer une source d'auto-intoxications.

Dans le second cas, ces rémissions sont fausses et trompeuses ; mais, dans le cancer presque infranchissable du pylore, les vomissements incoercibles et tardifs peuvent disparaître rapidement, et l'on croit à tort à une amélioration réelle, lorsque le ramollissement et l'ulcération de la tumeur ont rendu à l'orifice pylorique sa perméabilité au point de créer une véritable incontinence du pylore. La preuve qu'il s'agit d'une rémission fausse, et que la suppression d'un symptôme ne signifie pas toujours amélioration, c'est qu'à partir de cette époque, et après un temps d'arrêt variable, les symptômes prennent souvent une plus grande intensité et une gravité plus sévère.

Pour affirmer le diagnostic de cancer de l'estomac, appellerez-vous encore à votre secours l'influence de l'hérédité ? Or, celle-ci, heureusement du reste, ne doit être que rarement invoquée pour cette maladie. On cite bien, parmi les cas historiques, l'histoire de Napoléon Ier, qui succomba à cette affection ainsi que son père et une de ses sœurs. Mais il convient, dans cette question, de distinguer deux choses : "l'hérédité dans les lésions" et "l'hérédité dans les organes." Comme exemple de la première, il suffit de rappeler les faits si fréquents et si connus d'un père qui meurt

de tuberculose et d'un fils atteint dans le jeune âge d'une tuberculose méningée, d'une mère qui succombe au cancer de l'utérus et dont l'un des enfants meurt plus tard d'un carcinome gastrique. Comme exemple de la seconde, vous avez le fait de cette dyspepsie tenace "sine materia" qui tourmente pendant presque toute son existence le fils d'un père qui a succombé au cancer de l'estomac. Vous auriez tort bien souvent de vous appuyer sur ces antécédents héréditaires pour affirmer que cet état dyspepsique est d'origine cancéreuse. Les ascendants de ce malade lui ont transmis une certaine faiblesse d'un organe, vulnérabilité particulière du tube digestif, mais pas autre chose.

Ainsi, ces quelques exemples vous montrent que le diagnostic du cancer de l'estomac n'est pas toujours chose facile, et cela malgré la diminution ou la disparition de l'acide chlorhydrique dans la sécrétion gastrique — puisque l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie ont été observés dans d'autres maladies — malgré la diminution de l'urée ou des phosphates dans les urines — laquelle n'est pas autre chose qu'un signe de dénutrition spéciale à quantité d'états morbides — malgré l'état de leucocytose sanguine que quelques auteurs ont cru pouvoir attribuer à la présence de cancers viscéraux ; enfin, malgré l'existence des "adénopathies à distance" pouvez aussi croire à un cancer qui n'existe pas, comme je veux maintenant essayer de vous le démontrer.

Voici deux exemples, presque historiques, de "faux cancers" de l'estomac :

À l'âge de quarante ans, Milne Edwards, le célèbre zoologiste, fut atteint de troubles dyspeptiques tels que l'on crut pendant longtemps à l'existence d'un cancer gastrique. Or, il mourut vers quatre-vingts ans, naturellement d'une autre maladie. Claude Bernard, lui, succomba, comme on le sait, à des accidents urémiques qui simulèrent pendant plusieurs mois un carcinome de l'estomac.

Sans doute le terme de "faux" cancer peut ne pas paraître absolument exact puisqu'il n'y a ou qu'il ne doit y avoir rien de faux en pathologie. Mais on dit bien : faux tabes, pseudo-angine de poitrine, pseudo-épilepsie, etc. ; pourquoi n'y aurait-il pas de pseudo-cancers ? L'important, du reste, est de se bien faire comprendre et de donner une définition exacte de la chose ; un faux-cancer est une maladie "non cancéreuse le plus souvent", qui, par un symptôme prédominant ou par la réunion de plusieurs symptômes fortuitement réunis, donne l'apparence d'un carcinome gastrique.

Il y a donc des faux cancers : 1o. avec tumeur seule ou encore avec tumeur, hématomésés et cachexie ; 2o. sans tumeur, avec cachexie, ou encore sans tumeur et avec hématomésé.

FAUX CANCERS AVEC TUMEUR

Ceux-ci peuvent siéger au niveau de l'estomac ou bien en dehors de cet organe.

(a) Brinton a décrit sous les noms de "linitis plastiques" ou d'inflammation cirrhotique de l'estomac, une maladie qui avait été autrefois signalée par Andral dans son précis d'anatomie pathologique. L'auteur français a même ajouté que l'hypertrophie conjonctive se localise le plus souvent au pylore, au point de former une tumeur et de ressembler au cancer, surtout lorsque l'affection a pour résultat de rétrécir l'orifice pylorique. Plus tard, Habershon, qui décrit une "dégénérescence fibroïde" de l'estomac, parle d'une "maladie fibreuse du pylore" dont Quain et Wilks ont ensuite donné de bons exemples. A une époque plus voisine de nous, Hanot et Gombault ont étudié (Arch. de phys., 1882) les mêmes faits sous le nom de "gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse." Ils ont démontré que cette dernière complication, intéressant parfois la hile hépatique, pouvait amener la compression de la veine porte, d'où l'ascite. Parfois, il existe en même temps quelques exulcérations de la muqueuse, capables de donner naissance à des vomissements *marc de café*.

Ainsi, dans cette maladie rare à la vérité, mais réelle, la présence d'une tumeur au niveau de l'orifice pylorique l'existence de vomissements tardifs et abondants par suite d'une sténose de cet orifice la production possible de légères gastrorhagies peuvent conduire à l'erreur. En voici des preuves cliniques :

Trousseau cite l'exemple d'un homme de cinquante ans qui atteint de vomissements alimentaires, avait maigri de 50 livres depuis trois mois. Vomissements de suite délayée et induration diffuse au creux épigastrique. A l'autopsie pas de tumeur, mais inflammation des tuniques de l'estomac avec hypertrophie de la musculature. Un autre malade, très amaigri, sans appétit, présentait, avec l'existence d'une tuméfaction pylorique, une teinte jaune paille des téguments. Après cinq mois il sortait guéri de l'hôpital.

Sans doute, on peut contester la valeur de ces faits à une époque où l'examen histologique n'était pas pratiqué dans toute sa rigueur. Pour répondre à cette objection, je pourrais m'aider des faits étudiés par Gombault et Hanot. Mais voici des observations concluantes :

Teissier (de Lyon) rapporte en 1884 l'histoire d'un homme de cinquante-cinq ans, alcoolique, atteint de gastrite chronique avec vomissements alimentaires et mélaniques. A l'autopsie, pas de cancer, mais gastrite chronique avec parfois considérablement hypertrophiés.

Durand-Fardel (Soc. anat., 1870) a observé un homme de cinquante-trois ans avec ascite, empatement de la région épigastrique, anorexie, amaigrissement. Pas de vomissements. On songe naturellement à un cancer, et l'autopsie ne permet de constater qu'une *walden* hypertrophique de l'estomac.

(b) Dans l'artério-sclérose, le processus scléreux peut s'étendre à l'estomac et déterminer une gastrite interstitielle. J'ai cité deux exemples de ce genre dans mon "Traité des maladies du cœur." L'un est relatif à un artério-scléreux à l'autopsie duquel on trouva, en outre des lésions scléreuses dans presque tous les organes, une gastrite avec épaississement considérable des parois, surtout au niveau de la région pylorique. Or, pendant la vie, j'avais constaté l'existence d'une tuméfaction mal limitée dans cette région, et comme il y avait des troubles digestifs accusés, avec vomissements abondants et fréquents, comme le malade était très amaigri et paraissait anémié, j'avais, pendant plusieurs mois, agité la question d'un cancer stomacal.

Il en fut de même pour un malade atteint de néphrite interstitielle, et qui présentait une induration pylorique depuis dix ans. Il succomba à une hémorrhagie cérébrale, et l'autopsie fit constater qu'une induration scléreuse de pylore, sans cancer.

Mon collègue Rendu cite dans ses cliniques un fait absolument semblable. Une femme de quatre-vingts ans souffrait, depuis dix ans, d'une dyspepsie d'autant plus suspecte que l'on constatait l'existence d'une induration pylorique. Néanmoins, l'état général restait bon. Or, depuis quelques années, on a vu se manifester tous les signes d'une artério-sclérose diffuse avec insuffisance aortique et néphrite interstitielle. Il n'est pas douteux que l'induration pylorique ne fût provoquée par une sclérose d'origine vasculaire.

Sans doute, dans tous ces cas, la longue durée de l'affection, la conservation d'un bon état général ont été, par la suite, des éléments d'un diagnostic exact, mais, au début, l'hésitation a pu être très grande.

(c) Je ne parle que pour mémoire des ulcères de l'estomac, du pylore ou du duodénum qui peuvent former tumeur de plusieurs manières : par une sorte d'induration inflammatoire des bords de l'ulcération, par l'existence d'une péritonite circonscrite ou même d'un abcès enkysté. Et l'erreur a été d'autant plus commise que la maladie de Cruveilhier s'accompagne parfois de vomissements de sang noirâtre et qu'elle peut aboutir à un véritable état cachectique. Ces faits sont trop connus pour que j'insiste davantage.

d) Les tumeurs formées par le vésicule biliaire (hydropésie, lithiase, cho-

lécystite avec péritonite partielle, etc.) peuvent en imposer pour le diagnostic d'un cancer du pylore. Assurément, la vésicule biliaire est située normalement plus à droite, mais cette différence de siège ne suffit pas le plus souvent. J'ai vu l'an dernier, à l'hôpital Bichat, un homme de cinquante ans qui présentait, depuis deux ans, un peu en dehors de la région pylorique, une tumeur bosselée qui fut prise pour un cancer de l'estomac. On pratiqua la laparotomie et l'on vit qu'il s'agissait d'une vieille cholécystite avec adhérences péritonéales. Un malade de Teissier, de Lyon, présentait une induration pylorique des plus accusées avec vomissements fréquents. On crut à un cancer. Or, cette tumeur disparut un jour après l'expulsion d'un calcul gros comme une amande.

D'un autre côté, dans la lithiase biliaire, il y a souvent une dyspepsie opiniâtre avec dégoût profond pour tous les aliments et surtout pour la viande, avec amaigrissement et teint cachectique. On a même observé des hématomésés qui peuvent s'expliquer, en l'absence d'ictère, par l'action traumatique exercée sur la muqueuse du canal. Dans ce cas, le sang reflue dans l'estomac, comme on peut le voir pour la bile, comme on le voit encore dans les cas d'ulcère du duodénum où le sang épanché passe de ce dernier organe à travers l'orifice pylorique. Peut-être faut-il invoquer encore un autre mécanisme et admettre l'existence de véritables poussées congestives du côté de l'estomac, comme Murchison en aurait signalé dans l'intestin des lithiasiques. A ce propos, M Rendu cite encore l'observation intéressante d'une colique hépatique accompagnée d'une abondante gastrorrhagie.

Tous ces faits sont rares et même exceptionnels, mais il ne faut pas oublier que rien ne ressemble plus à la dyspepsie cancéreuse que la dyspepsie d'origine biliaire, et lorsqu'une tumeur est constatée au niveau de l'orifice pylorique, on conçoit que le diagnostic puisse rester longtemps douteux. Cependant, il faut vous rappeler que la dilatation de l'estomac est un phénomène habituel de la sténose pylorique, tandis qu'elle est relativement rare et moins prononcée dans les affections biliaires.

e) Voici maintenant un fait presque unique dans la science, relaté par Delore, de Lyon : un malade très amaigri, atteint de vomissements incessants, présentait une tumeur de la partie inférieure de l'épigastre. Celle-ci — qui avait été prise pour un cancer — disparut rapidement après l'expulsion de fragments de charbon de Belloc qui s'étaient enchatonnés dans un diverticule stomacal.

f) Enfin, il est à peine besoin de mentionner les "pseudo-tumeurs stercorales", mais pour que des cliniciens de la valeur de Trousseau et de Barth aient pu sy tromper, il faut bien admettre que l'erreur peut être parfois commise.

FAUX CANCERS AVEC CAOEXIE

a) L'hyperchlorhydrie paroxystique, et la gastrosucchorrée ou maladie de Reichmann, peuvent aboutir à un état cachectique qui ressemble, à s'y méprendre à celui du cancer. J'ai observé plusieurs faits semblables, et notamment un homme de quarante-deux ans qui, outre une cachexie profonde et un amaigrissement considérable, présentait au niveau du pylore une plaque d'induration, vestige probable d'un ulcère ancien. Le diagnostic de carcinome fut abandonné et remplacé par celui d'hyperchlorhydrie avec sécrétion permanente du suc gastrique. Or, sous l'influence du traitement alcalin intensif (25 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour) tous les accidents disparurent et le poids de ce malade, qui était de 116 livres le 4 décembre dernier, s'éleva jusqu'à 134 livres le 15 février 1896.

b) Bouveret, de Lyon, qui a cité des cas semblables dans son livre si remarquable sur les maladies de l'estomac, insiste judicieusement sur le diagnostic parfois difficile de la maladie de Reichmann et du cancer gastrique. Dans celle-là, la marche de l'affection est de longue durée (20 à 40 ans), l'appétit est normal et même exagéré, les vomissements marqués sont possibles mais rares, les vomissements renferment surtout des matières amylacées non digérées, les douleurs sont très vives, paroxystiques et souvent nocturnes, l'acide chlorhydrique est en excès, l'élimination de l'urée est augmentée, tandis que celle des chlorures urinaires est considérablement diminuée. Rien de semblable pour le cancer de l'estomac : évolution rapide en deux ou trois ans au plus, appétit nul, hématemèses fréquentes et vomissements composés surtout de débris de viande toujours mal digérée, douleurs peu vives, anachlorhydrie ou hypochlorhydrie, diminution très notable dans l'élimination de l'urée, etc.

sc) L'anorexie hystérique, signalée par Briquet en 1850, étudiée par Gull et Lasègue en 1873, est bien une "anorexie mentale", comme je l'ai dit en 1883 dans le *Traité des névroses d'Axenfeld*. Les malades n'ont pas perdu positivement l'appétit, mais ils refusent de manger, comme certains aliénés, d'où le nom de "siticirgie" donné par Sollier à cet état morbide. (*Revue de médecine*, 1897).

J'ai ainsi vu une malade qui en était arrivée à une cachexie profonde, à un amaigrissement tellement considérable, qu'on avait prononcé le nom de cancer gastrique. Elle aurait certainement succombé si elle n'avait pas été soumise à l'isolement et soustraite à son milieu habituel. Or, quoique cette singulière affection s'observe surtout chez les jeunes hystériques, elle peut certainement faire croire à une maladie organique, d'autant plus qu'elle est parfois très grave et qu'elle peut se terminer par la mort, com-

me on en a cité des exemples (Lasègue, Gull, Charcot, Rosenthal, Bouveret). Il faut se rappeler encore une fois, qu'il n'y a pas perte d'appétit, comme je le disais en 1883, mais un "état mental particulier qui aboutit au refus de l'alimentation et se termine par des accidents dus à l'inanition prolongée".

d) Tout autre est la dyspepsie nerveuse ou dyspepsie neurasthénique. Celle-ci affecte deux formes d'après Bouveret : l'une bénigne et l'autre grave. Or, lorsque cette dernière aboutit à la perte des forces, à la perte considérable du poids (20 kilogrammes en quelques mois), à l'aspect le plus profondément cachectique, 'on ne peut se défendre de l'idée d'une cancer de l'estomac, et c'est là d'ailleurs une erreur de diagnostic très commune" (Bouveret), d'autant plus que, dans ces cas, la sécrétion de l'acide chlorhydrique a beaucoup diminué.

Quelques auteurs, et Jurgens en particulier, ont cru trouver la cause anatomique de cette dyspepsie dans une dégénérescence des ganglions nerveux, des plexus de Meissner et d'Auerbach. La fait demande confirmation; mais il est surtout important de constater que chez ces malades, qui continuent à manger d'une façon presque normale, l'absorption ne se fait pas, et il leur arrive ce qui se produit—comme le dit Claude Bernard—chez les animaux, qui ébranlée par les vivisections, mangent avec voracité, paraissent digérer et cependant maigrissent jusqu'à mourir d'inanition. "Les aliments peuvent être parfaitement digérés, ajoute-t-il, et cependant ne fournir aucun principe utilisé par l'organisme".

e) Chez les neurasthéniques et les hystériques, on peut observer comme pour l'oesophage, des rétrécissements spasmodiques du cardia et du pylore. Un auteur anglais, Power (The Lancet, 1886), a même cité un cas de spasme du cardia terminé par la mort. A l'autopsie on n'a constaté aucune lésion organique.

Ces faits, quoique exceptionnels, sont réels, et dans le "Traité des névroses" je m'exprimais ainsi à leur sujet :

"Tantôt le spasme se localise au sphincter du cardia, et plus fréquemment encore à celui du pylore pour constituer ce que nous appelons le pylorisme hystérique".

En voici, du reste, un exemple intéressant que je trouve dans la thèse de Bentejac, 1888. Un homme hystérique est pris, pendant plusieurs mois, de vomissements incoercibles avec dilatation considérable de l'estomac. On croit à un cancer du pylore. M. Richelot pratique la paparotomie et trouve un pylore absolument souple et normal. Or, après l'opération, qui avait agi d'une façon suggestive, tous les accidents gastriques disparaissent, et avec eux les stigmates hystériques, l'hémianesthésie sensitive et sensorielle, etc.

On aurait encore beaucoup à dire sur ce sujet. Je ne vous parle pas des différentes rématémèses, de celle qui peuvent survenir dans la gastrite ulcéreuse, dans l'urémie gastro-intestinale, etc. Il vous suffit de connaître les principales causes d'erreur et les quelques exemples que j'ai placés sous vos yeux pour vous convaincre de la difficulté parfois grande du diagnostic du cancer stomacal.

EMPLOI LOCAL DU GAIACOL POUR L'APPLICATION DES POINTES DE FEU

M. le Dr Ferrand a lu un rapport, à la séance de l'académie de médecine du 25 février dernier, sur un mémoire de M. le Dr Pize, de Montélimart, sur l'emploi du gaiacol en vue de permettre l'application sans douleur des pointes de feu. M. Pize applique sur la région pendant dix minutes, une compresse légèrement imbibée de 1 à 3 grammes de gaiacol, et recouverte de toile gommée. L'insensibilisation, ainsi obtenue serait suffisante pour supprimer la douleur de la brûlure, même dans les heures qui suivent. Les essais auxquels s'est livré M. Ferrand confirment ces assertions.

DUREE DE LA VIE DES MEDECINS

Le Dr Salzmann, d'Ersling, Allemagne, a étudié ce sujet dans les archives de sa province. Il est arrivé à fixer la proportion suivante, qui est tout au moins encourageante : au 16ème siècle, la durée de la vie du médecin était de 36 ans et 5 mois; au 17ème, de 45 ans et 8 mois; au 18ème, de 49 ans et 8 mois; et en ce siècle de 56 ans et 7 mois. Cette heureuse modification provient des progrès de la médecine préventive et spécialement de la grande diminution de la fièvre typhoïde et de la variolo.

GAZETTE MEDICALE BELGE

EUDOXINE

L'Eudoxine est une poudre d'un brun rouge, sans goût ni odeur, insoluble dans l'eau. Elle est remarquable par ses propriétés cicatrisantes et son incurité absolue, comme la nosophine, quand elle est administrée à l'intérieur. Son usage est particulièrement indiqué dans les désordres gastro-intestinaux. Elle ne trouble pas la digestion, et ne provoque aucun effet secondaire. A la dose de trois prises de un gramme par jour, elle diminue ou supprime les inflammations chroniques avec coliques, flatulences, dyspepsie et diarrhée.

Nouvelles

LE DOCTEUR KITASATO

La malle japonaise qui nous arrive par Vancouver, dit le "Medical Record", nous apprend qu'une grande excitation a été causée dans les cercles médicaux de ce pays, par la nouvelle que le Dr Kitasato a découvert un sérum contre la peste, la lèpre, le choléra et la diphtérie. La grande réputation de ce savant donne beaucoup de poids à cette nouvelle.

Ce sérum ressemble trop, par ses effets multiples, aux panacées de nos charlatans pour que nous y ayons foi.

VI CANCER ET ACIDE ARSENIQUEUX

Le Dr Hue ayant constaté de nombreuses fois l'efficacité de la pâte arsénicale, contre les cancroïdes de la face, a essayé l'acide arsénieux en injections dans les tumeurs cancéreuses. Le liquide qu'il a employé a été préparé d'après la formule suivante :

R. Acide arsénieux..... 20 centigrammes
Cocaïne..... 1 gramme
Eau bouillie..... 100 grammes

S. Injecter 2 à 3 centimètres cubes par jour.

Parmi les malades ainsi traités, un certain nombre ont été très améliorés, et deux d'entre eux, atteints de récurrence d'épithélioma de la joue et de cancer du sein, ont été entièrement guéris. L'acide arsénieux aurait non seulement une action retardante sur la marche du cancer, mais encore une action plus directe sur le cancer lui-même.