

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1812.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XLI

1er AVRIL 1912

No 4

MEMOIRES

L'OBSTRUCTION DES VOIES BILIAIRES (1)

par M. AMÉDÉE MARIEN

Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

L'obstruction des voies biliaires principales *cholédoque, hépatique et cystique*, est une des questions les plus importantes de la chirurgie du foie.

Grâce aux nombreux travaux publiés sur ce sujet, depuis dix ans, la Chirurgie moderne a envahi, avec succès, le domaine des maladies des voies biliaires, qui n'intéressaient autre fois que la Médecine. Déjà quelques observations intéressantes sur ce sujet ont été publiées par des membres de notre Société Médicale.

L'obstruction des voies biliaires est provoquée par des causes diverses.

Il est nécessaire de bien connaître ces diverses causes et de les classer méthodiquement, attendu que le traitement chirurgical et le procédé opératoire doivent varier suivant la nature et la localisation de l'obstacle, qui est la cause spéciale de l'*obstruction* ou de l'*occlusion* des voies biliaires.

Comme j'ai eu l'occasion d'observer, ces derniers temps, quatre variétés différentes d'obstructions des voies biliaires, j'ai cru intéressant de vous les communiquer.

(1) Communications à la Société Médicale de Montréal, séance du 5 mars 1912.

1re OBSERVATION. — Obstruction sans calculs.

Dans le premier cas, il s'agit d'une obstruction aiguë inflammatoire du canal cystique, avec rétention dans la vésicule, sans calculs. Opération en deux temps : 1re *cholécystostomie* ; 2e *cholécystectomie*.

Voici l'histoire de la maladie rédigée par mon interne, le Docteur Dumontier.

Mme H. D., âgée de 56 ans, se présente pour douleurs dans l'hypocondre droit, datant de 8 jours.

Rien de particulier à noter chez ses père, mère, frères et sœurs.

Ant. per. Variole à 3 ans. Rougeole à 5 ans. Sauf quelques indigestions et indispositions passagères la malade n'a jamais eu aucune maladie grave.

Mariée à 20 ans, elle est la mère de huit enfants. Cinq vivent et jouissent d'une bonne santé ; deux sont morts en bas âge, un de scarlatine.

Les accouchements ont été normaux ; la malade n'a pas eu de fausses-couches.

La ménopause a eu lieu à 42 ans. Elle eut son dernier enfant dans la même année.

La malade a toujours demeuré à la ville, a beaucoup travaillé depuis son mariage ; mangeait peu de viande, mais elle avait un appétit très inégal ; elle faisait souvent des excès de table.

Depuis cinq ou six ans elle était sujette à la diarrhée qui durait deux ou trois jours.

Elle entre à l'Hôpital le 15 nov. dernier, pour des douleurs dans l'hypocondre droit surtout après ses repas.

Maladie actuelle. Douleurs s'irradiant vers l'épigastre et augmentant à a pression, accompagnées de vomissements bilieux fréquents, de nausées, de maux de tête, des frissons avec fièvre.

Du 15 au 26 nov., un médecin lui donna le traitement médical approprié : Purgatifs, régime, mais toujours, la douleur, les vomissements et la température persistent avec un pouls qui devient de plus en plus rapide ; le soir de cette même journée la conjonctive se colore en jaune et la malade commence à faire de l'ictère généralisé.

Le 27, le teint de la malade se colore de plus en plus ; les douleurs sont plus vives, les poussées de température plus élevées et

la malade a des frissons. Elle ne peut plus garder d'aliments, à cause des vomissements.

M. Rhéaume, appelé d'urgence trouve à l'examen, que la douleur est très intense à la pression, la vésicule semble être très distendue et très douloureuse. Le foie et la rate sont hypertrophiés, la douleur se propage dans l'épigastre, le pouls bat à 150 avec 102 de température. Le teint de la malade est complètement coloré en jaune.

L'opération qui est faite d'urgence, par mon collègue le Docteur Rhéaume, a consisté en une cholécystostomie avec drainage de la vésicule à l'aide d'un tube en caoutchouc.

Le soir de l'opération la température baisse et le pouls s'améliore. Dans quelques jours l'ictère disparaît ainsi que la douleur; la malade s'alimente très bien, du pus mélangé à de la bile coule abondamment, et elle quitte l'hôpital quinze jours après l'opération avec une légère suppuration.

La malade a été revue ces jours derniers, elle conserve une fistulette, par laquelle s'écoule un peu de pus teinté en jaune. Si la fistule se ferme, la malade fait de nouvelles poussées d'infection, avec frisson, etc. La cholécystectomie est tout indiquée, nous la pratiquerons prochainement.

2me OBSERVATION. — Obstruction avec calculs.

2^e Mon deuxième cas présente le type classique de l'obstruction de la vésicule biliaire par calculs sans occlusion. Jamais de crise de colique hépatique, jamais d'ictère. C'est de la lithiase biliaire, qui passe inaperçue sans attirer l'attention du médecin, car tous les symptômes sont mis sur le compte de troubles digestifs.

Seul l'examen de la vésicule biliaire distendue et très mobile a permis de sentir et de palper les calculs au nombre de 23, à travers la paroi abdominale, qui est mince et facile à déprimer.

Cholécystostomie et extraction des calculs, guérison en 15 jours.

Mme J. R. G. . . , âgée de 33 ans, se présente pour douleurs dans l'hypocondre droit avec irradiation vers l'épigastre. *Sensation d'une pesanteur qui se déplace.*

Habitudes: Mangeait peu de viande; travaillait à son ménage; portait son corset très serré.

Rougeole à 3 ans. Typhoïde à 16 ans.

Réglée à 14 ans. Les pertes assez abondantes duraient trois à quatre jours; les menstrues étaient régulières.

Mariée à 21 ans, elle est mère de six enfants, dont quatre vivants et deux morts jeunes.

Les accouchements furent faciles et la malade n'a jamais eu de fausses-couches.

La dernière grossesse fut un peu pénible, car souvent la malade sentait des douleurs dans la région du foie, cependant l'enfant naquit à terme.

Depuis, les règles sont régulières et assez abondantes, et depuis deux ans la malade n'a pas eu de grossesse.

Depuis sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis deux ans, la malade se plaint de douleurs.

M. act.: Dans l'hypocondre droit, douleurs vagues avec propagation à l'épigastre, et s'irradiant parfois dans l'épaule droite. La malade ne peut plus porter de corset à cause d'une malaise à l'estomac.

La malade n'a jamais eu de crise hépatique et n'a jamais fait d'ictère. Depuis deux ans elle est sujette aux troubles gastriques et à la constipation.

A l'examen nous trouvons que la douleur augmente à la pression, le foie semble un peu hypertrophié, nous trouvons la vésicule biliaire distendue et nous sentons les calculs qui roulent sous les doigts; en laissant percevoir un bruit caractéristique la rate paraît normale.

Le cœur et les poumons sont bons; le système génital et urinaire sont bons; le 12 janvier, cholécystostomie: l'on extrait de petits calculs au nombre de 23 de la vésicule; le foie est légèrement hypertrophié. Suites opératoires des plus simples, on enlève la mèche le septième jour et elle part guérie le 2 février.

3me OBSERVATION. — Obstruction par enchâtonnement.

Ma troisième observation est celle d'une obstruction de la vésicule biliaire par deux gros calculs *enchâtonnés* dans les parois de la vésicule épaissies et dégénérées. La cavité de la vésicule est à sec et ne contient pas de liquide; il y a une occlusion complète du canal cystique.

Cholécytostomie, extraction des calculs par morcellement, drainage nul; guérison en quinze jours.

Madame D..... se présente à l'hôpital pour des douleurs dans le côté droit, région du foie.

Hérédité: Rien de particulier du côté des ancêtres; père, mère, frères et sœurs.

Habitudes: Elle a toujours demeuré à la campagne, mangeait peu de viande, et vivait assez régulièrement.

Ant. héréditaires. A part la rougeole à l'âge de 7 ans la malade n'a jamais eu de maladie grave, aucune fièvre, aucune maladie aiguë.

Réglée à 11 ans, ses pertes abondantes duraient cinq à six jours. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs abdominales durant ses menstruations.

Mariée à 17 ans: elle est mère de sept enfants, le premier enfant à l'âge de 18 ans.

De ses sept enfants cinq sont vivants et bien portants; un bébé est mort jeune (croup) et une fille morte à 12 ans, de tuberculose, acquise.

Les accouchements ont toujours été faciles.

La malade a eu deux fausses-couches: la dernière il y a sept ans.

Le dernier enfant, il y a deux ans, fut à terme; il est vivant et bien portant.

Les menstrues sont régulières: dernières règles le 17 fév. 1912.

Mal. act.: La malade se plaint de douleurs dans le flanc droit depuis deux ans, et son médecin nous dit qu'on lui a proposé une opération sur le rein, il y a quelques mois.

Depuis deux ans, elle a eu une quinzaine de crises de douleurs dans le côté droit qui l'obligèrent de prendre le lit.

Depuis cinq mois environ, elle se plaint de vomissements bilieux fréquents: deux ou trois fois la semaine. Elle a souvent des maux de tête très violents accompagnés de nausées.

Examen: Par la palpation profonde bi-manuelle ou plutôt par le ballotement, l'on sent une tumeur mal délimitée avec de l'em-pâtement de toute la région. Cette tumeur immobile est douloureuse à la pression.

Opération: A l'ouverture de l'abdomen l'on trouve la vésicule biliaire noyée au milieu d'adhérences solides. Le colon transverse est libéré et abaissé. La paroi de la vésicule très épaissie est massée; elle ne contient pas de liquide mais deux volumineux calculs qui sont adhérents à la paroi vésiculaire et enlevés avec difficulté. Il y a une occlusion complète du canal cystique.

Suites opératoires normales et guérison en quinze jours.

4^{me} OBSERVATION. — **Occlusion complète du cholédoque par néoplasies inflammatoire.**

Ma quatrième et dernière observation est celle du malade que je vous présente et à qui j'ai fait, il y a un mois, une cholécysto-jéjunostomie pour une occlusion complète du canal cholédoque, au niveau de la tête du pancréas.

L'occlusion qui datait depuis au delà de six mois, causait des accidents graves par rétention biliaire.

En explorant les conduits biliaires depuis le hile du foie jusqu'à la tête du pancréas, nous n'avons trouvé que deux petits nodules inflammatoires siégeant sur la partie supérieure de la tête du pancréas et qui expliquent bien l'occlusion du cholédoque par compression à ce niveau.

Comme le canal cystique est perméable et que la vésicule est dilatée par la bile, nous nous servons de cette voie pour rétablir le cours de la bile dans l'intestin, au moyen de la cholédo-jéjunostomie.

Le malade nous est présenté par le Dr Cléroux, pour une ictere chronique durant depuis sept mois, avec des douleurs abdominales, faiblesse, et entérite, hémorragies graves.

Hérédité: Grand-père mort d'un cancer; père vivant, 45 ans, alcoolique; mère vivante, 45 ans; deux frères plus jeunes bien portants; une sœur plus âgée bien portante.

Habitudes: A pris un peu d'alcool; a toujours demeuré à la ville. Ecolier jusqu'à 10 ans; 10 à 14 commissionnaire; 17 à 21 ans cordonnier à la ville.

Rougeole à 3 ans. Scarlatine à 7 ans. Fièvre tremblante à 5 ans. Variole à 2 ans. Anémique à 6 ans.

M. act.: Début de la maladie il y a 7 mois. Se plaignait de maux de tête et affaiblissait.

Dans les premiers jours il s'aperçut de douleurs intestinales augmentant avec les mouvements abdominaux. Il s'aperçut aussi que le blanc des yeux était d'une teinte jaune, consulta le médecin.

Quelques jours après ses mains et ses pieds deviennent jaunes en commençant par les extrémités, puis en trois semaines son corps devient couvert d'une teinte jaune foncée.

Son état ne s'est guère amélioré dans les semaines qui suivirent.

A son entrée à l'hôpital le malade avait maigri de 25 lbs depuis le début de sa maladie, sa couleur jaune foncé indiquait clairement que son foie était malade. Après un traitement médical de douze jours, nous le recevons dans le service de chirurgie.

Ses antécédents héréditaires et personnel ne sont pas en faveur de calculs, et d'après la marche et la durée de la maladie, l'absence de crises, de douleurs, la décoloration et l'odeur fade des selles nous croyons avoir affaire à une occlusion complète des voies biliaires principales, hépatique ou cholédoque.

L'état général du malade, la température et le pouls permettent de tenter une intervention chirurgicale le 2 février dernier.

Cholécycto-jéjunostomie pour occlusion du cholédoque au niveau de la tête du pancréas.

Le malade a très bien supporté l'intervention, et durant les quatre premiers jours il n'a pas fait de température. La septième et la neuvième journée il fait deux poussées de température qui sont dues à un hématome. La cinquième journée après l'opération, nous avons une selle jaune colorée, d'odeur fétide, et déjà la bile se rendait dans l'intestin.

Dans les jours qui suivirent l'opération nous remarquons que graduellement la teinte jaune a de beaucoup disparu, et le malade est en pleine voie de guérison. Il a engraisé de 30 livres.

LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Diagnostic et traitement (1).

Par le Dr E. P. BENOIT

Professeur de Clinique Médicale, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Presque toutes les maladies infectieuses à localisations déterminées peuvent, à un moment donné de leur évolution, devenir septicémiques et provoquer des complications à distance. Ceci est même tellement fréquent que certains cliniciens modernes se demandent si ces maladies infectieuses à début localisé, telle par exemple, la fièvre typhoïde avec ses ulcérations intestinales, ne sont pas, après tout, purement et simplement, et pendant toute la durée de leur évolution, des septicémies (2). Sans vouloir aller

jusque là, nous devons admettre que, parmi les complications possibles, un certain nombre ne sont dues ni aux toxines, ni aux microbes surajoutés, mais sont déterminées par le microbe causal lui-même, bacille d'Eberth ou autres, car ceci est vrai de toutes les maladies infectieuses. Ces foyers à distance ne peuvent être créés, évidemment, que par l'intermédiaire de la circulation. Un exemple remarquable nous en est fourni par ces arthrites plus ou moins accentuées que l'on est convenu d'appeler, faute de mieux, les pseudo-rhumatismes infectieux, que l'on rencontre comme manifestations de la tuberculose, de la syphilis, de la gonococcie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, etc. Parmi ces pseudo-rhumatismes infectieux, le rhumatisme blennorrhagique doit nous arrêter tout particulièrement, car il n'en est pas dont le diagnostic ne soit plus important, si l'on veut établir une bonne thérapeutique et éviter des déformations articulaires incurables.

Schématiquement, on peut, à l'exemple des cliniciens de John Hopkins de Baltimore (3), diviser les formes cliniques du rhumatisme blennorrhagique de la façon suivante :

1° Celle que voit le spécialiste : douleurs articulaires plus ou moins généralisées, jointures peu modifiées, fièvre légère, évolution rapide, urétrite en pleine poussée aiguë ;

2° Celle que voit le médecin praticien ou pour laquelle il est

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 5 mars 1912.

(2) Prof. Chauffard, in *La Semaine Médicale*, 1911.

(3) Dr Cole, in *Modern Medicine*, Vol. III, chap. 5.

consulté : douleurs articulaires plus fortes, jointures rouges, chaudes, chaudes, enflées, patient au lit, fièvre, urétrite sur le déclin ;

3° Celle que voit le chirurgien : arthrite aiguë suppurée, ankylose menaçante ou confirmée, urétrite antérieure plus ou moins récente ou goutte militaire.

Cette division clinique cadre assez bien, je crois, avec l'expérience de la pratique. Elle montre aussi, si l'on y veut bien porter attention, que le rhumatisme blennorrhagique n'est pas si mono-articulaire qu'on l'a prétendu et que ce signe est insuffisant à lui seul au diagnostic. Ce point peut être résumé de la façon suivante : les manifestations articulaires du début de la blennorrhagie, plus ou moins fugaces, sont poly-articulaires ; ce sont les manifestations tardives qui se fixent, se localisent et deviennent persistantes. Ce sont ces dernières que voit le chirurgien. Au John Hopkins, sur 50 cas de rhumatisme blennorrhagique observés en médecine (4), on a noté 47 cas poly-articulaires.

Un autre fait clinique sur lequel les auteurs n'attirent peut-être pas suffisamment l'attention, c'est que le rhumatisme blennorrhagique peut être péri-articulaire. D'après Enriquez (5) ce serait surtout dans les cas sub-aigus. La synoviale des tendons, les bourses séreuses, le périoste seront envahis, souvent isolément, sans manifestations articulaires proprement dites. C'est la forme phlegmoneuse des américains ou pseudo-phlegmoneuse de Dieulafoy, laquelle est essentiellement une forme péri-articulaire. Il est facile d'en méconnaître la cause quand on n'est pas prévenu, ou encore lorsque le contrôle clinique n'est pas complet.

Voici deux observations prises cet hiver dans le service médical de l'Hôpital Notre-Dame qui démontreront l'exactitude de ce qui précède. Je les résume brièvement.

Obs. I. — Hygroma suppuré blennorrhagique. J. G., âgé de 21 ans, traité depuis un mois pour une arthrite blennorrhagique, se présente à l'hôpital avec des douleurs et de l'impotence de la jambe gauche.

La jambe est fléchie sur la cuisse, et immobilisée par la dou-

(4) Dr Sole, *loco cit.*

(5) In Traité de Médecine des médecins des hôpitaux, tome I, art. pseudo-rhumatisme infectieux.

leur. On constate une tuméfaction fluctuante très douloureuse à la région supérieure et antéro-interne du tibia, sans rougeur à la peau. Il y a un gros ganglion douloureux à la racine de la cuisse. La langue est blanche et étalée, le pouls à 80, petit mais résistant, la température à 99°5 F. On remarque un léger œdème de toute la région pré-tibiale. L'examen de l'urètre permet de constater au méat urinaire la présence d'une gouttelette de pus. Pas de douleur ni de gonflement à l'articulation du genou.

Examen bactériologique. — Le Dr Dérome trouve des gonoques dans le pus de l'urètre et dans le pus retiré par ponction de l'abcès sous-articulaire.

Chirurgie. — Le malade est opéré par le Dr O.-F. Mercier, cinq jours après son entrée. L'abcès siège dans la bourse séreuse sous-rotulienne, et dans son diverticule vers le tendon du grand couturier. La gaine de ce muscle est envahie sur une étendue assez considérable. La plaie exige un drainage minutieux et met plusieurs semaines à guérir.

Radiographie (Dr Panneton). — Une première radiographie, démontre que l'articulation du genou n'a pas été touchée. Une seconde radiographie, prise plus bas, fait voir de la périostite, cause de l'œdème pré-tibial.

Obs. II. — Phlegmon péri-articulaire blennorrhagique. A. C., âgé de 59 ans, est malade depuis plusieurs mois ; on le soigne pour du rhumatisme au genou. Lorsqu'il se présente à l'hôpital, on constate une infiltration considérable des tissus à la partie interne du genou droit, s'étendant en bas jusqu'à l'insertion du grand couturier et remontant à 15 cm. au-dessus du genou à la partie interne de la cuisse. Pas d'épanchement dans l'articulation. Veines dilatées, trainées lymphatiques. Sensibilité considérable à la pression. L'état général est assez mauvais : langue blanche, étalée, figure pâle et amaigrie, pouls petit et compressible, cœur légèrement dilaté, température à 100° F. Urétrite à plusieurs reprises. Rétrécissement de l'urètre, nécessitant une dilatation.

Chirurgie. — L'opération est décidée et pratiquée sept jours après l'entrée du malade. Phlegmon énorme de la partie inférieure de la cuisse s'étendant jusqu'au péricoste. Pus abondant. La guérison exige deux mois de drainage.

Bactériologie. — L'examen bactériologique du pus, pratiqué à plusieurs reprises par le Dr Derome, révèle chaque fois l'existence exclusive du gonocoque.

Radiographie. — La radiographie, prise par le Dr Panneton, montre l'articulation du genou absolument normale. Aucune trace d'atrophie osseuse.

A ces deux observations, j'ajouterai la suivante, publiée par Dieulafoy (6) :

Obs. III. — Synovite purulente blennorrhagique de la bourse séreuse située entre le grand trochanter et le muscle tenseur du fascia lata.

“ Il s'agit d'une femme qui, sans antécédents blennorrhagiques sérieux (à tel point qu'il a fallu lui faire subir un interrogatoire très minutieux pour qu'ils ne passent pas inaperçus), présenta une série de déterminations articulaires dont l'allure clinique était celle du rhumatisme blennorrhagique. Les genoux, les régions malléolaires furent successivement touchés, lorsqu'au matin, à la visite, la malade se plaint d'éprouver une douleur extrêmement vive au niveau de la cuisse gauche. On découvre la région, et l'on voit tout le segment supérieur de la cuisse tuméfié, chaud, sillonné de veines dilatées, et douloureux au moindre attouchement. On arrive cependant à percevoir une masse très tendue logée au-dessous des muscles fessiers et tenseur du fascia lata. Le lendemain, on localise plus nettement le siège de la lésion ; l'articulation de la hanche est libre ; il faut incriminer la bourse séreuse qui sépare le grand trochanter du tenseur du fascia lata. La fluctuation est manifeste. On ponctionne, et l'on retire un pus épais, qui est aussitôt soumis à l'examen bactériologique. La coloration de lamelles de pus et la mise en culture sur des milieux appropriés, pratiquées par mes internes Griffon et Nattan-Larrier, montrent que le gonocoque est en cause et seul en cause. ”

(6) Manuel de Pathologie interne, 15e édit., tome IV.

On voit par ces trois observations que le gonocoque peut se localiser aussi bien dans les tissus péri-articulaires que dans l'articulation elle-même. C'est un point sur lequel il est bon d'attirer l'attention, car le diagnostic de ces manifestations articulaires et surtout péri-articulaires est des plus importants à établir, si l'on veut, je le répète, prescrire une bonne thérapeutique, et en même temps éviter des accidents désastreux.

Le meilleur moyen d'établir le diagnostic du pseudo-rhumatisme blennorrhagique, c'est d'abord d'y penser, même quand il n'est pas question de blennorrhagie. Tout rhumatisme inflammatoire aigu, tenace, persistant, ne réagissant pas ou peu au salicylate de soude, donnant beaucoup d'infiltration locale, doit être tenu pour suspect. On le différencie du pseudo-rhumatisme tuberculeux ou syphilitique par les points cliniques suivants :

- 1° L'existence concomittante ou antérieure d'une urétrite ;
- 2° La présence du gonocoque dans le liquide aspiré ;
- 3° Les caractères particuliers des radiographies ;
- 4° L'indice opsonique.

L'existence d'une urétrite au moment des manifestations rhumatismales a une très grande valeur, d'autant plus grande qu'elle permet de faire l'examen bactériologique immédiat du pus urétral. C'était le cas dans notre première observation. Mais souvent les manifestations rhumatismales sont tardives, et l'existence de l'urétrite doit être recherchée avec soin. Il est des cas où elle est ignorée du malade lui-même. Le sujet de notre seconde observation, un homme de 59 ans, marié, admettait avoir eu des écoulements urétraux, mais il niait toute possibilité de contagion vénérienne, et seul le rétrécissement prouvait la nature blennorrhagique de ces écoulements. Une enquête minutieuse fut nécessaire pour établir l'existence d'une blennorrhagie chez la malade de Dieulafoy. Ce diagnostic rétrospectif n'est pas toujours facile, mais il est possible dans la plupart des cas.

L'examen bactériologique des sécrétions articulaires ou phlegmoneuses doit toujours être fait, et doit être fait avec soin, car le résultat de cet examen, s'il est positif, tranchera la question.

Widal (7) prétend que l'on compte les cas, dans la blennorrhagie, où le gonocoque a pu être isolé d'arthrites purulentes d'une façon indiscutable. Les statistiques américaines et allemandes semblent prouver le contraire. Voici quelques résultats obtenus :

Au John Hopkins (Cole),	15 cas positifs sur	28.
Rindfleisch,	18 " "	30.
Weiss,	92 " "	121.
Baur,	19 " "	27.

Enfin König dans sa clinique, note un résultat positif dans le tiers des examens.

Plus l'examen bactériologique sera pratiqué au début de l'inflammation, plus il aura de chances d'être positif, lorsque l'épanchement est dans l'articulation même. A ce point de vue, l'arthrite peut se comparer à la pleurésie. Ainsi Cole, chez un patient du John Hopkins, examine le liquide aspiré de la jointure et ne trouve rien ; on pratique une arthrotomie, et Cole en profite pour faire des frottis avec les villosités retirées de l'article : il obtient des gonocoques en grand nombre. Dieulafoy cite un cas semblable. Dans les infiltrations péri-articulaires, la difficulté ne serait pas aussi grande, si j'en juge par les résultats obtenus au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame par M. Derome.

La radiographie fournit des renseignements précieux dans la forme chronique surtout. Dans les deux cas que nous avons rapportés, elle a démontré la localisation péri-articulaire des lésions. Dans les pseudo-rhumatismes à localisation intra-articulaire, elle permet de faire un diagnostic différentiel entre les divers pseudo-rhumatismes spécifiques (gonococciques, tuberculeux, syphilitiques), le rhumatisme articulaire aigu et les différentes formes du rhumatisme chronique, non spécifique.

Ainsi, par exemple, sur une radiographie, l'aspect de la ligne articulaire n'est pas le même dans le rhumatisme goutteux, qui lui laisse toute sa transparence, et le rhumatisme chronique déformant, qui la fait disparaître (8). Pour les pseudo-rhumatismes spécifiques, G. ashey et Nogier (9) signalent les faits suivants :

(7) Widal, Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, tome VIII.

(8) Teissier et Roque, Nouveau Traité de Médecine, tome VIII.

(9) Grashey et Nogier, Atlas de Radiographie chirurgicale, Edi. française, 1910.

(a) la blennorrhagie et la tuberculose donnent de l'atrophie des os, la syphilis ne cause pas d'atrophie, mais des hyperostoses et des scléroses ; (b) l'atrophie osseuse blennorrhagique succède à l'arthrite ou du moins se montre à son degré maximum après l'arthrite, et persiste longtemps après que l'arthrite a cessé ; l'atrophie tuberculeuse est précoce, elle existe même avant les grosses manifestations articulaires. Enfin Cole, au laboratoire de John Hopkins, a constaté que l'atrophie, dans l'arthrite blennorrhagique, est uniforme, et que dans l'arthrite tuberculeuse, elle est irrégulière en foyers ; on a des os tachetés.

Kienbock, radiologiste à la Polyclinique de Vienne, a étudié d'une façon toute particulière l'arthrite blennorrhagique (10). Les os prennent dans ces cas une transparente frappante, due à leur atrophie, à leur déminéralisation. Les cartillages sont détruits, des érosions osseuses superficielles sont visibles ; elles expliquent la facilité des ankyloses, ou, pour parler radiographie, les synostoses. Fait très curieux, au poignet, où la gonococcie se localise si fréquemment, l'articulation carpo-métacarpienne du pouce et l'articulation du pisiforme restent toujours indemnes.

L'arthrite blennorrhagique donne donc des lésions profondes et marquées : destruction des cartillages, ulcération des surfaces articulaires, atrophie des os, et très souvent synostose. Ces lésions n'existent pas lorsqu'il s'agit d'un phlegmon péri-articulaire, d'hygroma, de synovite, de périostite. Cependant, l'inflammation est vive, douloureuse, elle immobilise l'articulation voisine, elle peut très bien donner le change si l'on n'y fait attention. Une radiographie précisera le diagnostic.

Quant à l'indice opsonique, l'on n'est pas encore fixé sur son exactitude absolue et sa valeur dans le diagnostic et le traitement des manifestations blennorrhagiques. Dans ces cas, d'après Meakins, l'indice opsonique, au lieu d'égaliser un, valeur normale, égale 0.75. C'est une méthode encore soumise à l'observation dans les laboratoires de thérapeutique biologique que l'on a installés récemment dans quelques hôpitaux d'Angleterre et des Etats-Unis.

Pour terminer, voici quelques notes au sujet du traitement.

(10) Kienbock, *La Radiologie dans l'étude de l'arthrite blennorrhagique*, *Paris Médical*, 6 jan. 1912.

Eviter à tout prix les contusions, qui aggravent considérablement les lésions. Pour cela, exiger le séjour au lit, entourer le membre malade d'un pansement ouaté, et même, pendant la période aiguë, immobiliser le membre dans une attelle. Appliquer si c'est nécessaire des liniments (plomb et opium). Si la blennorrhagie existe, la traiter avec le plus grand soin.

Contre la distension articulaire, une ponction aspiratrice, outre qu'elle permet souvent de fixer le diagnostic, a l'avantage de calmer la douleur. On applique ensuite un bandage de flanelle pour retarder la réapparition de l'épanchement.

Lorsque l'arthrite blennorrhagique est devenue chronique, la méthode de Bier paraît avoir donné de bons résultats surtout au genou. Appliquer un bandage de flanelle sur le pied et la jambe, puis, au-dessous du genou, poser deux ou trois tours d'une bande de caoutchouc légère et mince. Avoir soin de ne pas arrêter la circulation artérielle ; les orteils doivent rester chauds. La peau du genou doit être rouge et chaude ; si elle devient pâle et froide, si le malade ressent une douleur, c'est que le tourniquet est trop serré. L'application doit durer trois ou quatre heures par jour ; on peut aller jusqu'à douze heures par jour.

A la période chronique, on applique également les cautérisations, et les bains d'air chaud à 250° ou 300° F.

Enfin, il est très important, pour conserver la liberté des mouvements de l'articulation, de pratiquer aussitôt que possible le massage et les mouvements passifs.

L'arthrotomie est indiquée :

1° Lorsque le liquide aspiré est louche ou purulent ;

2° Lorsque les symptômes locaux et généraux sont graves.

Quant au sérum antigonococcique, il n'a pas encore fait ses preuves ; et la vaccination opsonique, de l'avis même de ceux qui l'expérimentent actuellement, peut être très dangereuse dans son application. Le traitement spécifique du rhumatisme blennorrhagique n'est donc pas encore formulé.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

“ Radiographie et Néphrotomie ” (1)

Utilité de la radiographie dans la néphrotomie calculeuse.

Par le Dr BOURGEOIS,
Professeur suppléant de Chirurgie, Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame.

M... L..., 39 ans, n'avait pas été malade antérieurement à 1910, alors qu'à la suite d'une chute sur une chaise, il fit une infiltration dans son périnée, avec poche urinaire et fistules péri-néales consécutives, pour lesquelles il dut subir deux opérations à l'Hôtel-Dieu.

Il développa, dans la suite, une maladie grave avec fièvre, frissons, douleurs dans les flancs, pus et albumine dans les urines ; l'infection avait gagné les reins et nous avons là suffisamment, croyons-nous, pour porter le diagnostic rétrospectif d'une pyélonéphrite bi-latérale, dont le malade eut beaucoup de peine à se remettre.

Les crises douloureuses se sont renouvelées depuis tous les deux ou trois mois, elles sont devenues de plus en plus intenses et graves, et la dernière s'est terminée par une décharge urinaire purulente très abondante. De plus les douleurs se sont localisées depuis longtemps au côté droit et, à chaque crise, le flanc droit devient excessivement sensible et tendu. Ajoutons que le malade urine toutes les 3 à 4 heures le jour, une fois la nuit, et qu'il n'a jamais pissé de sang ! Le volume des urines des 24 heures varie entre 600 et 800 centimètres cubes et les diurétiques n'arrivent pas à le faire dépasser un litre.

L'urine contient de l'albumine, du pus, de l'urée en quantité suffisante, le bleu de méthylène y apparaît 30 minutes après l'injection hypodermique et disparaît assez rapidement.

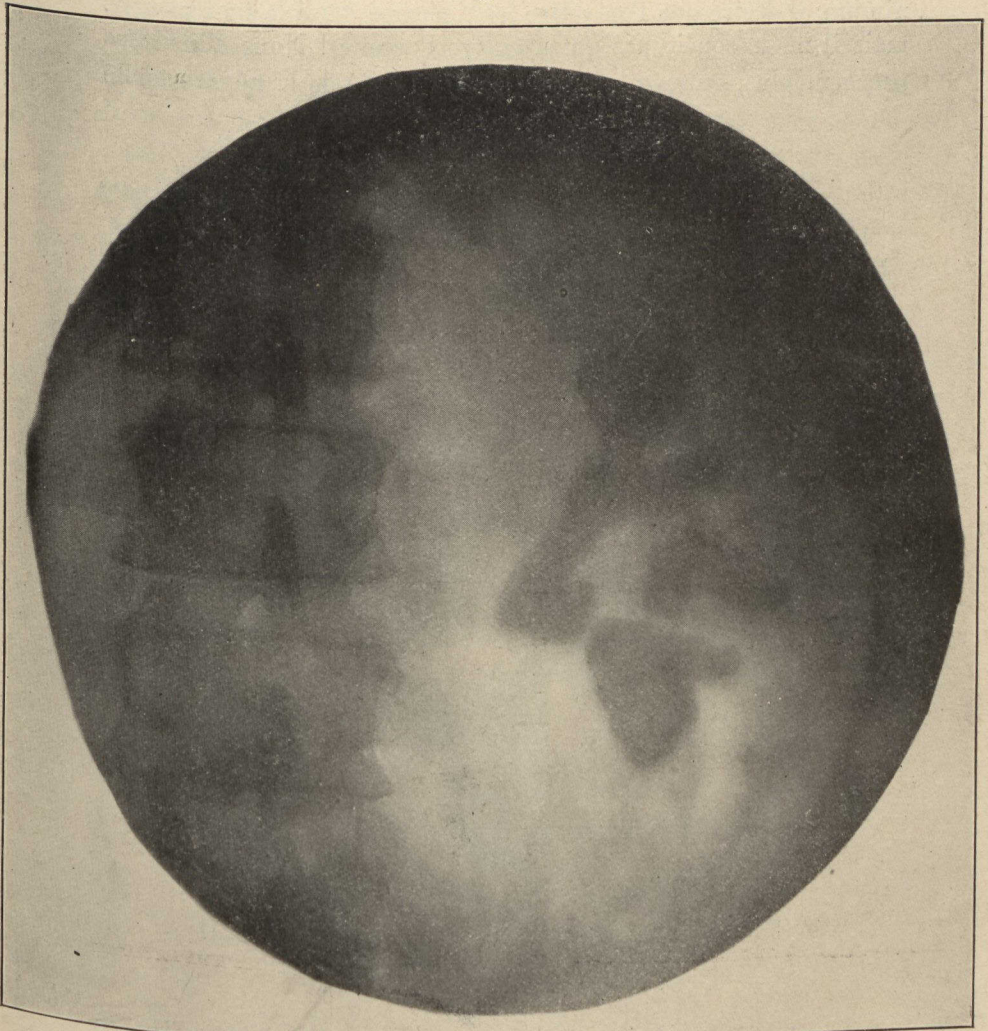
Dans l'intervalle des crises, M... L... se trouve assez bien mais il reste faible et très pâle, et ne peut plus exercer son métier de mécanicien depuis plusieurs mois. M. le docteur J. E. Lesage qui a assisté aux derniers accès, comprenant que la situation s'aggrave chaque jour, persuade au malade de faire confirmer, par la radiographie, le diagnostic clinique de lithiase rénale et de se soumettre un traitement chirurgical s'il y a lieu.

Les radiographies qui accompagnent cette observation ont été prises à l'hôpital Notre-Dame par le Dr J.-E. Panneton ; elles sont suffisamment éloquentes pour que je n'aie pas besoin de vous

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

les expliquer longuement ! Qu'il me suffise d'attirer votre attention sur l'image du rein gauche, qui ne présente pas de calcul

Fig. I.



Rein contenant les calouls, à droite.

mais dont les contours, mal définis et plutôt irréguliers, indiquent une maladie antérieure avec un état scléreux et atrophique de l'organe.

La néphrectomie serait ici l'opération de choix et il serait plus

simple d'enlever la "carrière" tout d'une pièce que de déchiqueter le rein pour vider son bassin et ses calices de nombreux calculs, évidemment enchatonnés. Mais le malade accepte l'intervention chirurgicale à la condition qu'elle se réduise à un minimum, il désire que l'on retire les "pierres" qui le font mourir, mais il ne se soucie pas qu'on enlève l'organe ! Nous n'insistons pas, non plus, outre mesure sur l'opportunité de la néphrectomie

Fig. II.



Calculs juxtaposés après opération.

car le rein gauche ne nous inspire pas confiance et nous craignons qu'il devienne insuffisant à la tâche.

Le 18 janvier, avec l'aide éclairé de M. le Dr Parizeau, je pratique le néphro-lithotomie et l'extraction des calculs dont vous voyez la photographie. L'opération est très laborieuse, l'espace costo-iliaque est très très étroit et les "pierres" enchatonnées se brisent facilement, l'hémorragie abondante pendant l'extraction

est facilement tarie par quelques points au catgut, une mèche rénale est laissée en place.

Malheureusement le malade, épuisé à l'avance, ne peut surmonter le choc et, malgré une médication stimulante intensive, il meurt au bout de 30 heures.

Je voudrais en terminant signaler l'aide dont nous furent les Rayons de Roentgen non seulement pour préciser le diagnostic et dresser les indications opératoires, mais surtout dans la recherche des calculs, au cours même de l'opération, et je suis heureux de rendre à M. Panneton le témoignage que, si nous avons pu faire une extirpation complète, c'est qu'il voulut juxtaposer aux ombres radiographiques les calculs enlevés et réclamer jusqu'à la dernière parcelle dont témoignaient ces mêmes ombres.

Nous avouons, quant à nous, que nous eussions été probablement moins exigeant et nous étions prêts à nous montrer satisfaits d'une exploration manuelle négative sur le rein pourtant largement ouvert, quand il restait encore en place une bonne partie des corps étrangers que nous fûmes obligés de retrouver grâce à l'exigeance de notre collègue Panneton.

Pour nous, en chirurgie rénale, le matériel opératoire s'est enrichie d'un élément précieux avec les derniers perfectionnements de la radiologie ; il faudra désormais, à la table d'opérations, en plus de pinces et de couteaux, une radiographie précise avec un radiologiste expérimenté et tenace pour l'interpréter.

INTERETS PROFESSIONNELS

LE BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

vs.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Réponse à " un gouverneur "

Dans le *Bulletin de Québec*, n° de janvier 1912, page 219 (1) " un gouverneur " qui ne signe pas mais qui doit être un ami, à son geste, me prend à partie à propos des affaires du Collège

(1) Ce numéro ne nous est parvenu qu'à la fin de Mars.

des médecins que j'ai critiquées sans faiblesse mais sans aigreur, quoi qu'en dise mon bouillant Achille.

Vous connaissiez l'Achille aux pieds légers ?...

Je vous présente le nouvel Achille au "masque de velours". Mais quelle main de fer !

Voici, en résumé, ce dont il m'accuse :

1° Je serais mal disposé à l'égard du Collège des Médecins dont je critique injustement les faits et gestes ; je pousse même jusqu'au dénigrement ;

2° J'aurais tort d'écrire que nos frais judiciaires sont trop élevés et que nous dépensons trop d'argent à savoir : \$16,561.40 sur \$19,440.00 (les timbres inclus) ;

3° Je serais dans l'erreur en critiquant l'attitude du Collège dans l'affaire Sams n et en trouvant superflue l'opinion de l'avocat Galipeault sur ce point. Ce confrère malheureux aurait été victime d'une erreur judiciaire, ajoute mon inconnu, et les gouverneurs voulaient réparer. Si le Conseil a demandé tel avis, c'est qu'il voulait s'entourer de toutes les garanties en matière aussi grave. D'ailleurs, dit-il, en me visant, il a "une tendance déplorable à se passer de documentations sérieuses"... en l'espèce, je suppose.

4° Enfin, je devrais plutôt louer ces chers gouverneurs des réformes qu'ils ont accomplies en adoptant la nouvelle loi médicale : cinq années d'études ; conseil de discipline ; réciprocité avec la Grande Bretagne ; et, enfin, le Bill Roddick, récemment adopté à Québec.

En réponse, mon cher gouverneur, permettez-moi de vous dire que vous me faites trop d'honneur en me consacrant plus de dix belles pages, sans compter les heures qu'il a fallu passer à les écrire. Vous êtes un de mes amis, c'est certain.

Le "Bulletin Médical de Québec" m'en saura gré, sans doute, car il porte en ses flancs, cette fois, un véritable article original.

Que n'écrivez-vous plus souvent, bons amis de Québec. Vous avez beaucoup de talent et nous aimons à vous lire.

J'ai cependant une objection à vous faire. Vous avez écrit, avec *beaucoup de délicatesse*, à la page 228 du même article à mon

adresse, que " *le temps est passé où les oies du Capitole savaient les corporations* ".

En êtes-vous bien sûr ?

D'abord, le Collège des médecins n'est pas le Capitole, et puis, ces oies dont vous parlez, et qui le dominent, essaient de le défendre non plus en élevant la voix mais en s'arrachant des plumes qu'ils taillent en forme de lances. Le malheur c'est qu'ils prennent leurs amis pour des ennemis.

N'y a-t-il pas, cependant, quelque analogie avec l'histoire ?

La vôtre, mon cher gouverneur, devait appartenir à une oie blanche, car, cela se voit, elle était mal taillée !... Elle n'a pas encore l'habitude du vol plané. Il faut être de son siècle, que diable.

Mais ceci c'est de l'histoire ancienne, et comme je n'ai pas l'abbé Gosselin à mes côtés, je passe.

I. Je vous demande pardon, mon ami, mais je ne critique pas pour dénigrer. Et dans quel but ?... Personnellement, j'estime tous et chacun des gouverneurs que je connais, pour la plupart, et je n'ai jamais insinué quoi que ce soit qui puisse les atteindre en tant que médecins ou citoyens. On peut différer d'opinion tout en continuant de s'estimer. Je l'ai écrit souvent : les idées restent, les personnes passent. Semons les idées.

Mais je m'insurge, et avec raison il me semble, contre cette habitude que l'on a de convoquer les membres du Collège sans les informer à l'avance des travaux qu'ils auront à faire ; les réduisant ainsi à l'état de simples mannequins ambulants qui lèvent le bras ou qui opinent de la tête sur un simple signe. C'est une injustice à leur faire. Je le répète, la tâche du plus grand nombre se réduit à des frais de déplacement.

Les gouverneurs sont des gens intelligents qui doivent connaître à fond les affaires de notre collège afin d'agir en pleine connaissance de cause durant les délibérations et de pouvoir renseigner les confrères qui les ont élus à ces charges responsables, dans leurs Sociétés Médicales respectives. Or, tel n'est pas le cas. En voici un exemple récent.

Dans l'affaire du Bill Roddick, la très grosse majorité ignorait et elle ignore encore complètement que les médecins inscrits depuis 10 ans et plus peuvent être appelés à passer des examens sur les matières finales selon le bon plaisir de l'un de nos Collèges pro-

vinciaux, dans le cas où ils voudraient aller exercer ailleurs que dans leurs provinces respectives.

Je connais des Gouverneurs qui, en apprenant cela, ont protesté avec énergie. Ils n'avaient jamais entendu parler de cette clause. Et pourtant ils avaient assisté à une réunion spéciale consacrée à l'étude de ce bill.

Expliquez-moi cela ?

J'ai écrit déjà que seul le Comité des créances est bien informé ; je maintiens mon opinion sur ce point. Dans ces circonstances, nous n'avons pas besoin d'un aussi grand nombre de gouverneurs, et le rôle qu'on leur fait jouer est inutile même à leurs propres yeux. J'en connais qui ont résigné à cause de cela.

II. Naturellement, les frais d'administration sont augmentés d'autant, et lorsque j'affirme qu'une dépense de \$16,561.40 sur \$19,440.00 est exagérée, pour nos besoins actuels avec un registraire qui s'occupe exclusivement de nos affaires, je suis dans la note.

III. Quant à l'affaire Samson, si vous m'accusez de manquer de documentation sérieuse, frappez-vous la poitrine et dites : "*meâ culpâ*". J'ai pris mes renseignements dans le rapport que vous avez publié, sept. 1911.

On y lit : une condamnation criminelle ; puis une demande de réinstallation par un bill privé ; puis un vote unanime du collège à la suite d'une simple requête non motivée.

Avouez qu'il y avait là matière à critique.

Aujourd'hui, vous nous donnez des détails supplémentaires et nouveaux pour nous, que vous avez négligés de donner dans votre rapport officiel, comme c'était votre devoir de le faire et notre droit de les connaître.

Les médecins ne sont plus des collégiens. Ils doivent être tenus au courant de la marche de leurs propres affaires, si vous voulez qu'ils vous aident dans votre tâche, qui est souvent ardue, surtout en matières graves.

Vous l'avez accordée cette requête pour les raisons que vous énumérez dans votre article, et qui sont plausibles : c'est bien, mais votre rapport est muet sur les motifs qui vous ont fait agir à ce

moment-là. Vous avez eu tort. Vos lecteurs se sont trouvés en présence d'un fait brutal prévu par la loi ; il n'y avait pas d'hésitation.

Quant à autoriser, après ces allégués, le requérant à présenter un bill pour régulariser sa position, vous n'aviez pas besoin de l'opinion d'un avocat qui n'a fait que transcrire les articles de notre loi médicale pour vous indiquer la ligne de conduite à suivre.

IV. Quant au travail que vous avez accompli, nous en cause-rons un de ces jours.

La réciprocité avec la Grande Bretagne a dans sa charte un petit trou dans lequel je vous mettrai le doigt. Vous verrez qu'on y fera passer de nombreuses couleuvres.

Quant au Bill Roddick, laissez-moi vous dire que vous en avez retardé l'adoption de cinq années en refusant de l'étudier en 1903, comme nous l'avions fait à Montréal. Nous avions, à ce moment, proposé des amendements qui nous sauvegardaient entièrement. Vous avez refusé de concourir dans nos conclusions. Tant pis.

Plus tard, vous en avez repris l'étude en y ajoutant les amendements que nous avions suggérés, et le Bill a passé.

Nous en sommes satisfaits, mais nous y avons aussi quelque mérite.

Nous faisons une restriction cependant, à propos de la clause des 10 ans mettant ces médecins sous le coup d'examens probables à subir sur les matières finales seulement.

Je ne vois pas la nécessité de cette clause qui n'apparaissait pas dans le premier projet. Vous pouvez me répondre que si, dans l'une quelconque des provinces on oblige tous nos médecins à subir des examens — puisqu'elle en aura le droit — nous pourrons en faire autant pour leurs élèves.

D'abord, l'émigration anglaise dans notre province n'est pas à craindre ; et puis, je désapprouve entièrement une politique de représailles en matières universitaires. C'est dangereux dans un pays comme le nôtre. Dans la discussion qui s'est faite au Conseil Législatif on est allé beaucoup trop loin en s'opposant au principe du bill. C'est sur le second alinéa de l'article °474 b) que nous aurions voulu avoir des explications. Nous les avons demandées, nous n'avons reçu aucune réponse.

Si le Conseil Législatif a été satisfait de celles qu'il a reçues, tant mieux. L'avenir nous dira ce que nous devons en penser.

En terminant, mon cher gouverneur, vous avez la preuve que je suis mieux disposé que vous le dites envers le collègue, puis-que, dans la revendication spontanée de nos droits devant la Législature de Québec, dans l'affaire des rebouteurs, je me suis attiré les foudres de votre avocat à Québec, qui me poursuit pour \$900.00 de dommages, parce que je me suis permis de différer d'opinion à propos d'une question vitale pour nous.

Je continuerai quand même de lutter pour les saines idées dans les questions d'intérêts publics qui nous concernent. Les hommes passent, les institutions restent ; elles grandissent ou tombent suivant que les principes qui les gouvernent sont bons ou mauvais. Car c'est notre devoir de l'heure présente, à nous médecins, de protéger nos institutions contre les envahissements des préjugés populaires.

ALBERT LESÂGE.

SOCIÉTÉS

Celui qui sait tout et ne peut rien retirer de la fréquentation de la Société médicale, nous fait penser à ce spécimen d'avorton humain, l'enfant prématurément sénile, dont la dégénérescence a ajouté une vieillesse précoce à un corps d'enfant. — OSLER.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 20 février 1912.

Présidence du Dr S. BOURCER.

PRÉSENTATION DE MALADES, DE PIÈCES ANATOMIQUES, etc.

MM. BOURGEOIS et PANNETON. — *Utilité de la radiographie dans le diagnostic et le traitement de la lithiase rénale* (voir plus haut).

LECTURE DE TRAVAUX.

M. E. ASSELIN. — *Le sang au point de vue de ses propriétés bio-chimiques. Les anti-corps du sérum.*

Rappelant d'abord cette notion histologique élémentaire : que le sang n'est pas seulement un intermédiaire passif dans nos échanges organiques, mais un tissu vivant, il dit que, comme tel, il possède, accumulé dans ses éléments, toute l'énergie chimique nécessaire à la biologie.

Enumérant ensuite les divers produits d'assimilation et de désassimilation, dissous ou à l'état de combinaison que renferme le sang, comme l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'urée, etc., etc., il insiste particulièrement sur la présence de produits diastatiques ou ferments dont l'action des uns comme l'amylase, la maltase, la lipase (Henriot), le ferment glycolytique, etc., nous est bien connue ; tandis qu'il en est d'autres tout aussi nécessaires à la vie, mais qui, par le fait de leur découverte récente, nous sont moins familiers.

Les premiers servent aux transformations chimiques que doivent subir les matières alimentaires (hydrate de carbone, graisse, etc.) ; les derniers ont plus particulièrement pour rôle de défendre notre organisme contre les diverses influences nocives.

Notre organisme possède, en effet, dit M. Asselin, deux modes de défense indépendants l'un de l'autre. L'un, connu depuis déjà longtemps et dû à la découverte de Metchnikoff, consiste dans le phénomène de la phagocytose dévolue, comme on sait, aux leucocytes, l'autre, de découverte récente, mais tout aussi important, c'est la lutte par les diastases ou ferments qui se trouvent plus particulièrement dans le sérum.

A propos de phagocytose, M. Asselin rappelle que les leucocytes, tous plus ou moins phagocytes, se divisent en deux classes principales, les leucocytes mono-nucléaires et les polynucléaires. Ces derniers se divisent, en outre, suivant leur affinité pour les diverses matières colorantes en basophiles, acidophiles et neutrophiles, tandis que les mono-nucléaires se classent en gros mono-nucléaires et en lymphocytes.

La faculté d'englobement et de destruction que possèdent les diverses espèces de phagocytes est encore différente non-seulement dans son intensité, mais encore dans les objets à détruire. Par exemple, les polynucléaires sont surtout des microphages c'est-à-dire qu'ils attaquent aux petits objets comme les microbes, les mononucléaires, au contraire, et surtout les gros mononucléaires sont plutôt des macrophages.

Quant à l'action des ferments contre les influences nocives auxquelles notre organisme est exposé, elle se manifeste naturellement contre un certain nombre d'entre elles ; mais elle a besoin d'être

ou créée ou développée pour lutter efficacement contre un grand nombre d'autres.

Si l'on introduit, par exemple, dans le sang d'un lapin, des globules rouges hétérogènes (v. g. cobaye), il se produira dans ce sang une substance nouvelle ayant les propriétés générales des ferments et capable de détruire "in vitro" comme "in vivo" les globules rouges qui ont servi à l'injection.

Cette substance porte le nom général d'anti-corps, parce qu'elle s'oppose à la substance introduite et qu'elle tend à la détruire.

On nomme antigène, toute substance injectée à un animal et susceptible de produire un anti-corps. L'injection, par exemple, de toxines microbiennes (antigène) à un animal aura pour effet de développer dans le sang de ce dernier une substance antagoniste ou anti-corps, appelée anti-toxine ou contre-poison.

Les antigènes sont nombreux et variés, mais dans tous les cas de nature ou d'origine organique. Chacun d'eux a, en outre, un anticorps correspondant.

Une terminologie spéciale n'existe pas pour chacun des anti-corps, mais plutôt pour chaque groupe d'antigènes employés : par exemple, toutes les fois que des globules rouges seront injectés, l'anticorps variera suivant l'espèce de globules employés, mais l'ensemble de ces anticorps portera le nom d'hémolytine ou d'hématolytine ; c'est ainsi qu'on aura des bactériolytines, des cytolysines, des précipitines, des agglutinines, etc.

Tout anti-corps est décomposable par la chaleur en deux substances différentes : l'une, spécifique, est détruite à une température de 70 C., l'autre, banale, c'est-à-dire existant dans tout sérum neuf ou préparé, est détruite à 55° C.

La première porte une série de noms tels que fixateur, sensibilisateur, ambocteur, etc., que M. Asselin se charge d'expliquer ; la seconde porte aussi plusieurs noms dont les principaux sont : alexine, complément, cytase, addiment, etc.

M. Asselin termine par quelques explications sur la réaction de Wasserman basée sur les données précédentes et en particulier sur ce qu'on est convenu d'appeler la déviation du complément.

L'antigène est ici représenté par l'extrait de foie d'un enfant hérédosyphilitique qui, comme on sait, contient de nombreux

tréponèmes de Shaundinn. L'anti-corps est fourni par le sérum du syphilitique supposé.

Or, si, après avoir chauffé ce dernier sérum à 55° C. pour lui faire perdre son *complément*, ou mélange dans un même tube : l'antigène, le sérum chauffé et une petite quantité d'un sérum neuf. Le sujet sera vraiment syphilitique, si le complément de dernier sérum (neuf) est dévié, c'est-à-dire s'il est disparu du mélange des globules sensibilisés d'espèce quelconque, qui s'hémolyseront si le complément n'a pas été dévié et ne s'hémolyseront pas au contraire s'il a été dévié ou si le sujet est syphilitique.

A la suite de ce magnifique travail, MM. Dubé, Archambault et Bourgeois, font quelques remarques et à 11 hrs la séance est levée.

Le secrétaire,

G. WILFRID DEROME.

Séance du 5 Mars 1912

Présidence du Dr S. BOUCHER.

PRÉSENTATION DE MALADES ET DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. LE DR J. DÉCARIE nous donne d'abord l'histoire d'un petit malade ayant présenté en mai dernier, des placards noirâtres sur les mains et sur le corps, suivis deux mois après, de pustules ombiliquées. Soumis au traitement par la pommade au calomel et l'arsenic à l'intérieur, il en guérit très bien, mais en conservant de petites cicatrices analogues à celles que laisse la vaccine.

L'accès actuel ressemble en tout point à celui que présenta l'enfant en mai dernier, mais avec une évolution plus rapide.

M. Décarie se demande s'il ne s'agirait pas de variole et invite ses confrères à l'examiner.

MM. Cléroux, Chartier, Latreille et Leduc après examen, en arrivent à la conclusion qu'il ne s'agit pas de variole.

M. HARWOOD. — *Annexite double de nature tuberculeuse.*

M. Harwood nous présente une pièce typique d'inflammation tuberculeuse des deux annexes, provenant d'une jeune femme atteinte de lésions de même nature aux poumons. La malade a parfaitement guéri.

M. le Dr Wilfrid Derome qui a fait l'examen histologique de la pièce en question, rappelle les quelques caractères propres aux lésions tuberculeuses des annexes, c'est-à-dire la bilatéralité des lésions et la participation constante du péritoine à la réaction inflammatoire. Quant à la lésion tuberculeuse, elle est, comme on sait, toujours la même quelque soit l'organe qui en soit atteint.

M. PANNETON. — *Radiographie de l'hydro-pneumo-thorax.*

M. Panneton commence d'abord par montrer des plaques de poumons sains, puis quelques-unes laissant voir bien clairement les lésions tuberculeuses du poumon ; enfin la radiographie de l'hydro-pneumo-thorax permet de constater le refoulement du poumon d'abord, la zone d'air et enfin la zone de liquide dont la surface marquée par une ligne horizontale reste telle, quelque soit la position que l'on donne au malade.

Il ajoute que la radioscopie a cette avantage sur la radiographie, de permettre l'observation des ondulations que produit le liquide lorsqu'on secoue brusquement le malade.

LECTURE DE TRAVAUX.

M. MARIEN. — *Obstruction des voies biliaires* (voir plus haut).

M. E.-P. BENOIT. — *Diagnostic et traitement du rhumatisme blennorrhagique avec observations* (voir plus haut).

Les lésions articulaires dans la goutte chronique.

M. Benoit nous fait voir aussi des photographies de deux mains examinées aux Rayons X pour des lésions de goutte chronique. On y voit non-seulement des déformations des tissus mous, mais aussi, grâce au rayon X, des lésions des os qui sont presque complètement détruits en certains points.

Le secrétaire W. DEROME.

ANALYSES

Le signe du sou abdominal dans l'ascite par M. le Dr Henri Janney.

(Analyse dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Paris, 10 déc. 1911).

Le signe de sou abdominal n'est qu'une application du signe du sou thoracique décrit par Pitres dans l'épanchement de la plèvre. On sait que ce dernier signe s'obtient, comme le bruit d'airain décrit par Trousseau dans le pneumothorax, par la percussion de deux pièces de monnaie au-dessous de la clavicule. Au lieu d'entendre le "bruit d'airain", on entend, au niveau d'un épanchement intra-pleural, le bruit clair, limpide argentin que prend le bruit de cette percussion. C'est une recherche qui est faite d'une façon courante à Bordeaux et à Lyon, pour le diagnostic de la pleurésie et qui, il faut le reconnaître, n'est pas très usitée à Paris.

La technique pour la recherche de ce signe est des plus simples. M. Janney la décrit ainsi :

Pour la pratiquer, il est suffisant mais nécessaire de se munir :

1° D'un stéthoscope ordinaire en caoutchouc durci ou en bois. L'usage d'un instrument amplificateur, quel qu'il soit, semble devoir être rejeté, car le bruit provoqué par la percussion mé allique est suffisamment intense et caractéristique pour que l'observateur puisse en percevoir directement et facilement la transmission et les modifications ;

2° D'un aide percuteur, qui peut être la première personne venue de l'entourage du malade.

Le malade sera suffisamment découvert de façon à ce que son abdomen soit complètement à nu. Il sera de préférence couché dans la position dorso-lombaire et il sera souvent utile de le soulever légèrement dans le lit à l'aide d'un oreiller glissé sous le bassin de façon à rendre plus facile la percussion et l'auscultation des parties déclives. Le même résultat peut être obtenu parfois, et de façon beaucoup plus simple, en rapprochant le malade du bord du lit. Pour apprécier la mobilité du liquide dans les épanchements péritonéaux, on peut faire coucher le malade sur le côté, le faire asseoir et même le faire mettre "dans la position genupectorale" comme pour la recherche de la matité mobile.

Les lieux d'élection pour la recherche du signe du sou abdominal, ceux du moins où l'on devra le chercher tout d'abord, sont situés à la partie la plus déclive de la paroi : fosse lombaire et fosse iliaque, un peu au-dessus de la crête iliaque. La palpation et la percussion préalablement employées fixent du reste souvent à l'avance les régions où l'on devra percuter et ausculter.

L'aide applique alors sur la paroi abdominale, au point indiqué et de façon aussi exacte que possible, l'une des deux pièces de monnaie qu'il fixe solidement avec deux doigts. Avec le bord de la deuxième pièce tenue de l'autre main, il frappe alors sur la première ainsi placée.

Il est bon de commencer par une percussion légère dont on augmente progressivement l'intensité, mais sans exagération.

Pendant ce temps, l'observateur applique son stéthoscope dans la région diamétralement opposée de l'abdomen et ausculte les bruits transsonnants en bouchant l'oreille.

Lorsqu'on veut, par cette méthode chercher à préciser les limites d'un épanchement péritonéal, on peut indifféremment, ou bien déplacer le point de percussion, le point d'auscultation restant fixe, ou bien modifier le point d'auscultation, le point de percussion restant le même, ou bien faire varier simultanément les points de percussion et d'auscultation. Dans l'un et l'autre cas, le point déplacé remontant peu à peu vers la région ombilicale, il arrive un moment où le bruit perçu change de caractère. L'endroit, généralement très précis où se produit cette modification indique la limite de l'épanchement.

Lorsqu'au lieu d'un épanchement liquide homogène, mais libre, du péritoine, on se trouve en présence d'un épanchement non moins liquide et non moins homogène, mais enkysté ou d'une tumeur homogène liquide ou solide, la recherche du signe du sou abdominal exige généralement un manuel opératoire quelque peu différent et qui, à lui seul, pourrait fournir des éléments de diagnostic, s'il était besoin. En pratique, il s'agit alors le plus souvent d'affections du petit bassin qui, au cours de leur développement, tendent à remonter vers la grande cavité.

En déplaçant progressivement le point d'auscultation ou le point de percussion, comme on l'a fait pour les épanchements péritonéaux libres, on peut, par la modification des sons perçus,

préciser avec une exactitude suffisante les limites supérieures de l'affection.

Le signe du sou est dit positif lorsque le bruit transsonnant est net, clair et argentin ; il est douteux ou négatif lorsqu'on ne retrouve pas ces caractères bien tranchés. Or, dans un abdomen normal, dans l'obésité simple, dans le météorisme et le tympanisme, le signe reste négatif. Tandis que dans 35 observations d'ascite, 31 fois il a été très nettement positif, c'est-à-dire net, clair, argentin ; dans 4 cas seulement, il fut douteux ou légèrement positif.

Les faits positifs indiquent qu'il y a un milieu homogène qui, suivant une loi posée par Pitres, forme une couche continue entre le point ausculté et le point percuté. Les faits négatifs s'expliquent probablement par la présence d'adhérences anciennes activant les anses intestinales au milieu du liquide.

Quoi qu'il en soit, dans beaucoup de cas cités par M. Janney, la recherche de ce signe fut très utile pour établir le diagnostic, car dans un certain nombre, l'ascite était douteuse. et l'évolution ultérieure de la maladie, la ponction ou l'autopsie vinrent la confirmer.

Ce signe se rencontre encore dans les fibromes volumineux, dans les kystes de l'ovaire et dans la grossesse, mais avec des particularités qui permettent de délimiter la tumeur et par suite d'en reconnaître la nature.

en résumé :

Les résultats positifs obtenus par la recherche du signe du sou abdominal doivent être considérés à un double point de vue :

1° En théorie, il n'ont rien de pathognomonique : ils indiquent seulement qu'entre le point percuté et le point ausculté il existe un milieu homogène solide ou liquide disposé en couche ininterrompue, mais ne permettant nullement de préjuger de la nature de cet épanchement.

2° En pratique, de par la technique employée, ces résultats ont une toute autre portée. Obtenus lorsqu'on percute et qu'on ausculte dans les parties les plus déclives de l'addomen, ils indiquent la présence d'un épanchement péritonéal, car l'ascite est la seule affection qui puisse donner dans ces conditions cette sonorité particulière. Obtenus seulement lorsqu'on percute et qu'on ausculte

vers les parties supérieures de l'abdomen et alors qu'ils sont négatifs lorsqu'on recherche le signe du sou dans les parties déclives, ils indiquent au contraire la présence d'une tuméfaction homogène solide ou liquide qui peut être indifféremment un fibrome, un kyste de l'ovaire, une grossesse et qui pourrait être de même une vessie distendue, etc. la recherche du signe du sou pourrait donc offrir un réel élément de diagnostic si, ce qui est rare, on avait à différencier un épanchement péritonéal libre d'une tuméfaction solide ou liquide limitée.

La vaccination par ignipuncture, dans le même journal, déc. 1911.

M. le Dr Libessart, médecin-major au 5e régiment de génie, en France, publie dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (n° 11), la note suivante sur un nouveau procédé de vaccination qui intéressera particulièrement tous ceux qui sont appelés à faire un grand nombre de ces opérations.

En examinant les résultats de la vaccination dans l'armée durant ces dernières années, on trouve une diminution notable dans la proportionnalité des succès ; c'est ainsi qu'en 1904 la statistique donne 40 p. 100 de succès, tandis que, dans les années suivantes, elle s'abaisse d'une façon régulière pour ne plus donner en 1908 que 19 p. 100.

A quoi attribuer cette diminution ? Parmi les raisons qui pourraient être invoquées, M. le docteur Nèl, dans un article intitulé : " Les vaccinations et revaccinations dans l'armée " (*Bulletin médical*, du 19 mars 1911), met en cause la neutralisation de la lymphe par la persistance sur la peau des molécules des désinfectants employés pour la nettoyer. S'il en est ainsi, le mode de vaccination qui, sans inconvénient, permettrait de supprimer les désinfectants nocifs pour le vaccin, répondrait à cette donnée.

Il a semblé que ce desideratum pouvait être obtenu en remplaçant la piqûre par une brûlure légère.

Les résultats obtenus ont été les suivants : sur 2,000 sujets environ, recrues de deux années d'un régiment d'infanterie (1909-1910), la proportionnalité des succès a évolué entre 38 et 40 p. 100. Par comparaison, 200 ont été vaccinés en même temps avec

de la lymphé du même âge et de la même provenance par le procédé usuel de la piqûre ; le nombre des succès obtenus a été de 19 p. 100. Il semble donc que le procédé de la brûlure est judiciable de l'augmentation du pourcentage des résultats.

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

La visite faite au 9e jour a donné les résultats mentionnés plus haut (39 à 40 p. 100.) Les pustules obtenues apparaissent très nettes, laissant peu de rougeur et de gonflement à leur périphérie ; il n'a été constaté aucun accident de lymphangisme ni d'engorgement ganglionnaire déterminant une incapacité de travail.

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

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

Le point douloureux parotidien dans les graves hémorragies cérébrales, par CAVAZZA.

Le point douloureux parotidien est précoce après l'ictus ; on le constate en appuyant l'index et le médius réunis sur une région limitée en avant par le bord postérieur de la branche ascendante du maxillaire inférieur et en arrière par la face antérieure de la mastoïde et en haut par la face postéro-inférieure de la portion cartilagineuse du pavillon de l'oreille ; en d'autres termes, c'est la région qui correspond topographiquement à la parotide. On constate quand on exerce une pression en cette région une con-

traction des muscles innervés par le facial supérieur et inférieur du même côté ou des deux côtés et le malade, souvent en état de coma fait un geste avec son bras non paralysé, geste de défense.

L'auteur fait toutes ses réserves sur la genèse du phénomène, mais il déclare d'après un assez bon nombre d'observation (onze), que ce phénomène est de pronostic défavorable. Il permet un diagnostic précoce de l'hémorragie cérébrale et pourrait avoir une importance en médecine légale.

CHIRURGIE

La cure solaire de la tuberculose chirurgicale, par ROLLIER, dans *Répertoire International*, Paris 1912.

Le Dr Rollier, de Leysin, traite les lésions tuberculeuses par l'insolation, en instituant une cure d'entraînements très prudente et débutant toujours par l'insolation locale de la région intéressée. Le soleil exerce en effet une action à la fois antimicrobienne, oxydante, réductrice, analgésiante, sclérogène et modificatrice du milieu. Il fait disparaître les douleurs de la coxalgie, de la goutte, de la péritonite et de la tuberculose urinaire ; il a une action des plus rapides sur les cystites bacillaires et les annexites ; il agit comme résolutif sur les adénites, comme résolutif et scérogène sur les péritonites à forme caséuse ou ascitique, sur les arthrites, les ostéites, les spina ventosas, etc.

Voici comment s'est exprimé le professeur von Ehcherich, après avoir visité la clinique du Dr Rollier : " Le processus de guérison tout entier, le tarissement des fistules, l'élimination des séquestres, l'affaissement des fongosités, le retour des fonctions articulaires prouvent qu'il ne s'agit pas d'un travail superficiel seulement, mais bien aussi d'une action curative sur les foyers siégeant dans la profondeur. Il en résulte une guérison souvent étonnante de ces derniers, guérison qui marche de pair avec l'amélioration de l'état général. "

L'héliothérapie réalise toutes les conditions d'un traitement antiseptique idéal, car le soleil neutralise l'action des germes, bien mieux que ne l'a jamais fait aucun antiseptique, et il sauvegarde toujours la fonction cellulaire.

Néphrectomie double et replantation d'un rein, par CARREL, dans
dans *Répertoire International de Médecine*, Paris 1912.

Un chien ayant subi une néphrectomie double avec replantation d'un rein, a vécu en excellente santé pendant près de deux ans et demi. Il mourut d'une maladie intercurrente sans relation avec l'opération. L'autopsie montre que le rein est normal. Cette expérience montre de façon nette que l'extirpation du rein chez le chien, l'irrigation de cet organe avec la solution (sérum) de Locke, l'interruption complète de la circulation pendant 50 minutes et la suture des vaisseaux et de l'uretère ne gênent en rien ses fonctions, même après une longue période de temps et en outre cette expérience montre qu'au point de vue purement chirurgical la greffe des organes est une possibilité réalisable.

RHINOLOGIE

Insuffisance nasale dans la tuberculose, par BOSCH UCCELAY (*La Pédiatrie pratiqu.* 5 juin 1911, p. 291).

Le nez normal est un organe où l'air pénètre sans effort et rythmiquement, s'y réchauffe, acquiert de l'humidité, se dépouille des poussières et se stérilise des germes pathogènes avant de pénétrer dans les espaces broncho-pulmonaires. Ces conditions ne se rencontrent pas dans la bouche destinée au passage et à la préparation des aliments. Si, par une circonstance quelconque, les fosses nasales sont partiellement ou totalement obstruées, leurs fonctions physiologiques sont aussitôt amoindries et supprimées et la bouche entre en jeu pour y suppléer. De là des troubles multiples, peu importants si l'obstruction est de peu de durée, mais périlleuse, au point d'entraîner la tuberculose, si l'insuffisance est très prolongée.

Cette insuffisance nasale respiratoire engendre tous les facteurs concourant à produire la tuberculose et dont les principaux sont les suivants : 1° Action propre des lésions causales de l'insuffisance, pouvant servir de porte d'entrée à l'infection, par les excoriations de la muqueuse, par la tuberculisation des végétations adénoïdes, par l'invasion par voie lymphatique, etc.

2° Affections de l'appareil respiratoire qui dépendent soit de l'inspiration d'un air froid, sec, infectant, mal préparé pour la respiration, soit d'infections descendantes (propagation d'affections chroniques du nez et des cavités annexes).

3° Troubles dans l'évolution et vices de conformation développements défectueux du maxillaire supérieur, prognathisme du maxillaire inférieur, déformation thoracique par respiration arythmique et raréfiée.

4° Altération des fonctions digestives, par suite de la déglutition incessante de sécrétions septiques, venant du nez, de la mastication défectueuse par manque de correspondance entre les deux maxillaires, de l'impossibilité de respirer et de mastiquer en même temps, d'où ingestion prématurée des aliments.

5° Insuffisance de l'hématose, dépendant du peu d'air inspiré.

Il en résulte un affaiblissement des moyens de défense de l'organisme et une débilitation nutritive créant un état de réceptivité extrême pour toutes sortes d'infections.

L'insuffisance nasale devient une cause d'infection tuberculeuse des plus marquées, lorsque le sujet est prédisposé par sa constitution ou par l'hérédité à la tuberculose. Il en résulte que les orifices nasaux sont la porte naturelle d'entrée et de sortie de l'air ; la respiration par la bouche est anormale chez l'homme. Il est donc important de rétablir complètement sans retard la perméabilité nasale, quand elle est compromise. Le traitement anatomique des causes d'insuffisance nasale ne suffira pas toujours pour que la respiration recouvre sa valeur physiologique ; dans les cas anciens, il devra être complété par une thérapeutique de rééducation respiratoire au moyen d'exercices de gymnastique ordonnés et progressifs.

SYPHILIGRAPHIE

Administration du 606 par le rectum, par le Dr GELEY, de Lyon, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, fév. 1912.

Un confrère français adresse la lettre suivante à un journal de médecine français. Elle nous intéressera sans doute, car elle est pratique.

“ Voulez-vous me permettre, dans votre excellent journal, d'appeler l'attention des praticiens sur un mode inédit, à ma connaissance du moins, d'administration du “ 606 ” : *l'administration par le rectum ?*

L'idée en est si simple qu'elle a probablement déjà été mise en pratique ; mais je n'ai rien trouvé à ce sujet dans les publications si nombreuses concernant le merveilleux médicament.

On sait quels sont les inconvénients des voies habituelles : intra-musculaire et intra-veineuse.

Pour les injections intra-musculaires, ce sont des douleurs vives et prolongées, la nécessité d'un repos complet de plusieurs jours, la persistance d'incurations profondes, etc.

Pour les injections intra-veineuses, ce sont : la nécessité d'une instrumentation spéciale, une technique très délicate, des aléas parfois sérieux.

Avec *l'administration par la voie rectale, tous ces inconvénients disparaissent*, plus d'instrumentation spéciale, plus de technique délicate, plus de précautions minutieuses, plus de gêne ni de douleur pour le patient, plus d'aléas autres que ceux qui résultent inévitablement de l'absorption d'un médicament si actif.

Le manuel opératoire est d'une simplicité élémentaire. Il suffit, pour une injection rectale de “ 606 ”, d'un entonnoir en verre (ou même du vulgaire bock à irrigation), muni d'un long tuyau en caoutchouc terminé par un embout quelconque. On adapte à l'embout d'une sonde de Nélaton de moyen calibre que l'on enfoncera de quelques centimètres dans le rectum.

La solution doit être, comme pour les injections intra-veineuses, alcalinisée par la soude.

Pour cela, on verse la dose de “ 606 ” (en général 30 centigrammes) dans une éprouvette ou simplement dans un verre à bordaux ; on ajoute environ deux cuillerées à soupe de sérum artificiel ; (préparé avec de l'eau distillée bien entendu) on agite, avec un bâton de verre, jusqu'à dissolution complète.

Puis, sans cesser d'agiter d'une main on ajoute de l'autre, goutte à goutte, la lessive de soude (solution à 16 pour mille). *Il se forme un précipité qui se redissout dès que la dose de soude est suffisante.*

Il ne reste plus qu'à mêler, dans l'injecteur, la solution ainsi obtenue à du sérum tiède (100 à 120 grammes), s'il s'agit d'une

dose de 0 gr. 30 de " 606 " et 200 à 250 gr. s'il s'agit d'une dose de 0,60).

Le malade aura eu soin de vider préalablement son rectum.

L'injection regue, *il ne sent rien, absolument rien*. Pas la moindre gêne, pas le moindre besoin d'aller à la selle. L'absorption est rapide et complète.

Les effets physiologiques et thérapeutiques m'ont paru, en tout, comparables à ceux que l'on obtient par les injections intra-veineuses.

Les doses seront donc les mêmes (je donne généralement une série de trois injections, séparées par un intervalle de trois à cinq jours).

Les cas ainsi traités sont encore trop peu nombreux et trop récents pour permettre une opinion documentée sur la méthode.

Ils permettent seulement d'affirmer que *l'administration du " 606 " par la voie rectale est non seulement pratique ; mais encore présente le maximum de commodité avec le minimum d'inconvénients*.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde par les badigeonnages de gaïacol.

— E. LACROIX (de Lyon) — *Journal des médecins praticiens de Lyon*, 15 novembre 1991, et *XIIe Congrès français de médecine*.

Chez tout typhique en pleine fièvre, un badigeonnage de gaïacol, fait sur un point quelconque de la peau, sans préparation préalable de la région, détermine un abaissement de température. Cet abaissement débute 25 à 30 minutes après l'application du gaïacol et atteint son maximum deux heures plus tard ; puis la température remonte et quatre heures après le badigeonnage est revenue à son point de départ. — On comprend dès lors comment le Dr LACROIX a été amené à régler la méthode...

Technique. — Toutes les quatre heures, jour et nuit, si la température atteint 39 degrés, faire un badigeonnage avec N gouttes du gaïacol, sur la partie antérieure de la cuisse (cette région a été

choisie comme particulièrement commode) ; recouvrir le point badigeonné avec une feuille de gutta-percha que l'on fixe avec une légère bande. Reprendre la température deux heures après pour en contrôler l'effet.

Chez l'adulte, employer le gaïacol pur ; chez l'enfant, ajouter au gaïacol une proportion variable d'alcool pour en abaisser le titre.

Ne pas négliger les soins généraux : lavages de la bouche, lavements frais, soins de la peau, régime, etc.

Résultats. — Le Dr Lacroix a traité selon sa méthode 97 typhiques, 31 enfants, 39 femmes, 27 hommes. Ses conclusions peuvent se résumer ainsi :

1° L'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol est puissante et fidèle ; elle est sensiblement proportionnelle à la dose employée. La dose utile varie avec l'âge, le sexe, la sensibilité individuelle et la phase de la maladie. — Le Dr LACROIX n'a jamais dépassé la dose de 1 gramme par badigeonnage ;

2° L'action antithermique manifeste son influence à la fois sur la courbe nyctémérale et sur la courbe thermométrique générale de la maladie.

3° Tous les symptômes (pouls, respiration, diurèse, état de la langue, phénomènes nerveux, etc.), subissent une amélioration parallèle à l'abaissement de la température ;

4° La méthode ne présente aucune contre-indication. Elle n'offre aucun danger : la crainte des grands abaissements de température est illusoire ; d'ailleurs, ces grands abaissements peuvent être le plus souvent évités en n'employant que des doses appropriées ;

5° La méthode supporte honorablement la comparaison avec la méthode des bains froids. Elle est supérieure aux traitements par les médicaments internes, antipyrine, pyramidon. Elle est d'une application facile et commode ; " elle peut rendre de grands services aux praticiens ".

Le sérum antidiptérique dans le traitement de l'érysipèle, dans
Presse Médicale, 17 janv. 1912.

Le traitement de l'érysipèle varie beaucoup suivant les médecins : les uns se contentent de laisser le malade au lit et de pres-

crire une légère diète ; les autres emploient des moyens locaux : des enveloppements, des pommades antiseptiques, des injections, la méthode Bier, la photothérapie, l'air chaud ; d'autres encore emploient un sérum antistreptococcique, soit le sérum monovalent de Marmorek, soit le sérum polyvalent de Tavel.

OTTO POLAK eut l'occasion d'employer dans un cas désespéré le sérum antidiphthérique, chez un nourrisson de quatorze jours ; il obtint un succès. Depuis, il employa le sérum antidiphthérique dans quarante-trois cas d'érysipèle. Il ne peut tirer une statistique de ce petit nombre de cas qui furent d'ailleurs toujours des cas graves, presque des moribonds. Mais il estime qu'aucune autre méthode n'amène une chute de la température et une convalescence aussi rapides.

Il faut employer le sérum à dose suffisante et ne pas craindre de faire une deuxième injection si la température n'est pas tombée le lendemain à la normale.

Le traitement du tétanos. — MEONI, BRUNO, CATI, FINZI, CORDERO, PAOLINI (*Policlinico, sect. prat.*, 19 mars 1911).

Tous ces auteurs rapportent de nombreux cas de tétanos quelques-uns très graves qui ont été guéris par la méthode de Baccelli. La méthode de Baccelli consiste en injections hypodermiques d'une solution d'acide phénique à 2% dont on injecte un cent. cube toutes les deux heures ; le premier jour, puis le 2^e, toutes les heures et demie, le troisième : deux centimètres cubes toutes les deux heures, etc., jusqu'à ce qu'on observe un arrêt dans l'aggravation de l'état du malade, bientôt suivi d'une amélioration qui s'achemine ensuite rapidement à la guérison.

Traitement des anévrysmes de l'aorte par le réflexe aortique, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Paris, déc. 1912.

M. le Dr Abrams (de San-Francisco) expose dans la *Presse médicale* (n° 79) une méthode très particulière qui lui aurait

donné des résultats très remarquables dans le traitement de l'anévrysme de l'aorte. Il rappelle tout d'abord avoir démontré dès 1904 que si l'on percutait fortement la septième épine cervicale, l'aorte normale pouvait être amenée à se contracter (*réflexe aortique de contraction*), et que si l'on percutait les quatre dernières épines vertébrales dorsales en frappant une série de coups vigoureux et vifs, il s'ensuivait une dilatation de l'aorte (*réflexe aortique de dilatation*). Un semblable résultat est obtenu dans les anévrysmes de l'aorte.

Il en résulte que les symptômes relevant d'un anévrysme de l'aorte thoracique ou abdominale sont accentués après la percussion des épines des quatre dernières vertèbres dorsales et qu'ils sont atténués après la percussion de l'épine de la septième vertèbre cervicale quoique plusieurs séances soient nécessaires pour obtenir ce dernier résultat.

De plus, une surface de matité qui s'élargit quand on percute les quatre dernières épines dorsales et qui se rétrécit quand on percute la septième épine cervicale doit faire songer à un anévrysme.

La constatation de ces faits utilisés pour le diagnostic a fait penser à M. Abrams qu'ils pouvaient être utilisés pour le traitement et les résultats ont dépassé son attente, car quarante cas ont été traités ainsi et tous ont été guéris symptomatiquement à bref délai. Quelques-uns des malades ont été revus après une période de quatre années, sans aucun retour des symptômes. Dans tous ces faits dûment contrôlés par toutes les méthodes de diagnostic, le seul traitement employé fut la percussion de la septième épine cervicale. Voici en quoi consiste la méthode.

Pour la production thérapeutique du réflexe de contraction aortique, il faut employer un appareil qui donne un choc de percussion ; tous les autres mouvements, tels qu'oscillations, secousses et frottements, empêchent les résultats.

Le coussinet de l'appareil peut être appliqué directement à la septième épine cervicale, ou indirectement, si la peau est sensible, en interposant une couche de toile ou de linoléum. Les séances quotidiennes de concussion durent environ quinze minutes, mais le traitement doit être interrompu pour éviter l'irritation de la peau.

Si on ne possède pas un appareil approprié, un plessimètre en caoutchouc, en bois, en ivoire ou en linoléum, est placé sur la septième épine cervicale, et frappé d'une série de coups rapides et modérée au moyen d'un fort marteau percuteur (M. Abrams emploie le marteau percuteur de Déjerine).

Après avoir expliqué les effets obtenus par des raisons tirées de la physiologie et donné un certain nombre d'observations, M. Abrams termine son article par les conclusions suivantes :

1° La production des réflexes aortiques aide au diagnostic d'anévrysme aortique.

2° La production du réflexe aortique de contraction a comme résultat la guérison symptomatique de l'anévrysme aortique et les résultats sont si remarquablement rapides qu'on a le droit de conclure que la méthode est pratiquement spécifique.

3° Si l'on n'obtient aucun résultat, ou bien il y a une erreur de diagnostic, ou bien l'anévrysme a progressé, au delà de toute restitution.

4° Au moyen de la radio-scopie, de la radiographie, de la percussion et de l'auscultation, on peut déterminer objectivement l'amélioration du malade, quoique la réduction en surface de la tumeur anévrysmale ne soit pas en proportion de l'amélioration des symptômes subjectifs.

5° Il est raisonnable de présumer que des résultats identiques puissent être obtenus au moyen de cette méthode dans les anévrysmes des autres vaisseaux, d'autant plus que la pléthysmographie, la sphygmographie, montrent que toutes les artères du corps se contractent sous l'influence de stimulations définies appliquées à la septième épine cervicale.

THERAPEUTIQUE

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par le sérum antiméningococcique, dans *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 déc. 1911.

Dans un article de l'*Année médicale de Caen* (n° 11), M. le docteur Guichard rappelle tout d'abord qu'en mars 1910, M. Vigot avait signalé un cas dans lequel il avait soigné et guéri une urétrite blennorrhagique par les injections urétrales de sérum

antiméningococcique. Un peu plus tard, à l'Association française d'Urologie de Paris (octobre 1910), M. Moscou, de Bucarest, présente une dizaine de cas d'urétrites blennorrhagiques aiguës traitées par des injections intra-musculaires, dans la fesse, de sérum antiméningococcique de Kassermann : 20 centimètres cubes tous les deux jours. Quatre injections suffirent pour la guérison.

A cette même session, M. Strominger, de Bucarest, résumait une observation de septicémie gonococcique grave guérie rapidement par les injections de sérum antiméningococcique.

Le 25 novembre 1910, à la Société Médicale des Hôpitaux, MM. Louis Ramond et Chiray relatèrent cinq cas de monoarthrites aiguës ou subaiguës d'origine gonococcique traitées vainement par les méthodes habituelles et guéries par le sérum antiméningococcique de l'Institut Pasteur, injecté sous la peau, au voisinage de la région malade ou même dans la jointure atteinte. La dose de 20 cc. s'est montrée chaque fois suffisante pour produire la disparition presque immédiate des douleurs spontanées, la résorption rapide des épanchements intra et péri-articulaires, enfin l'anéantissement de la douleur à la pression et plus longtemps persistante. La sérothérapie n'a pas empêché l'ankylose dans les cas tardivement traités et ses résultats se sont montrés d'autant plus brillants au point de vue fonctionnel qu'elle a été plus tôt appliquée.

Encouragé par ces résultats, M. Guichard eut l'idée de traiter de la même manière un malade du service de M. le Professeur Léger, atteint de septicémie blennorrhagique avec rhumatisme polyarticulaire rebelle à toute médication. A ce malade dont les articulations étaient très douloureuses, avec de la fièvre et un état général sérieux, on fit des injections intra-fessières de 20 centim. cubes pratiquées tous les deux jours. Dès le lendemain, il y eut une grande amélioration qui persista et devint si complète qu'on cessa le traitement à la cinquième injection.

Il semble d'après ces faits que les injections de sérum antiméningococcique constituent un mode de traitement simple et sans danger de la septicémie blennorrhagique, dont l'efficacité s'explique peut-être en raison de la grande analogie qu'il y a entre le méningocoque et le gonocoque.

M. Guichard donc a conclu qu'il est indiqué de recourir au

sérum antiméningococcique dans tous les cas de septicémie ou de rhumatisme blennorrhagiques rebelles à toute autre médication.

Les résultats seront d'autant plus brillants au point de vue fonctionnel que la sérothérapie aura été plus vite appliquée. L'ankylose ne sera pas évitée dans les cas trop tardivement traités.

De plus, pour éviter les accidents anaphylactiques il sera indiqué d'injecter au début de fortes doses assez rapprochées et de cesser le traitement à la quatrième ou cinquième injection.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique par l'auto-séro-thérapie. — M. Félix Ramond rapporte avoir traité avec succès cinq cas d'arthrite blennorrhagique du genou par une méthode imitée de celle de Gilbert (de Genève), pour la pleurésie. Dans les deux premiers cas, il s'agissait d'une forme grave, suppurée, cependant l'examen du liquide montra que le pus ne renfermait pas de gonocoques. On retira alors un centimètre cube qu'on injecta aussitôt dans le tissu cellulaire, opération qui fut renouvelée deux fois, et très rapidement les phénomènes graves s'atténuèrent. La malade put sortir au bout de 15 jours.

Chez une seconde malade, on fit de même trois injections de 2 et 3 centim. cubes. Le liquide était aussi purulent, mais sans gonocoques. La guérison fut aussi rapide.

Chez trois autres malades, le liquide extrait était séro-fibrineux, la quantité injectée fut un peu plus grande et la guérison plus rapide encore. La troisième présentait cette particularité d'avoir déjà été traitée vainement par l'injection de sublimé intra-articulaire et par les injections de sérum antiméningococcique.

Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse, dans
Journal de Méd. et de Chirurgie pratique, 10 fév. 1912.

M. le Dr Chatin (de Lyon) et M. Gaulier publient dans le *Lyon médical* (n° 49), trois faits nouveaux montrant les excellents résultats que l'on peut obtenir même dans une ville où l'insolation n'est pas très intense comme Lyon, par l'exposition au soleil. Il s'agit de trois malades atteints de péritonite tuberculeuse grave et confirmée, avec évolution fébrile, datant de plusieurs mois, guéris par l'héliothérapie. Voici la technique qui a été suivie :

1° Les malades ont été exposés tous les jours ensoleillés, dès que la température au soleil atteignait 30 degrés. La température optima paraît être 40 degrés. Cependant, on a donné sans inconvénient des bains de 55 degrés pendant quatre heures consécutives. Au début, chaque jour, les malades avaient deux bains de deux heures chacun, un le matin, un le soir. Le bain du soir étant moins bien supporté à cause de la chaleur extrêmement élevée, on l'a supprimé, et on a donné à celui du matin une durée de trois à quatre heures.

2° Il n'y a pas de règle absolue pour la durée des premières séances. Il faut avant tout surveiller les enfants. Chez les uns, on peut faire d'emblée des séances d'une heure, chez d'autres, il faut quinze jours et même plus pour arriver à cette durée. D'une façon générale on peut commencer par un quart d'heure et augmenter de cinq minutes chaque jour la durée du bain. Quand la peau est bien pigmentée, on augmente plus facilement la durée des séances de façon à atteindre trois à quatre heures.

3° Les malades sont assis sur des fauteuils, la tête protégée contre les rayons lumineux. Pour cela, on a adapté au dossier des fauteuils des cerceaux recouverts d'abord d'un papier noir, puis extérieurement d'une serviette blanche.

Pendant les quinze premiers jours, le ventre seul est exposé, ensuite tout le tronc.

4° On fait boire plusieurs fois les malades. On peut faire prendre quelques œufs ; jamais on n'a fait de suralimentation.

5° Après le bain, les enfants ne sont pas fatigués. Il faut les essuyer, car la peau présente de la moiteur. Il est bon également de les faire reposer pendant une demi-heure.

6° On a employé des doses de soleil bien plus considérables qu'on ne le fait ordinairement. C'est qu'à Lyon les beaux jours sont moins nombreux, et on a voulu en profiter largement. D'ailleurs, on n'a observé aucun accident sur une dizaine de malades exposés, et la température prise une demi-heure après le bain a donné les résultats suivants :

a) Jamais d'élévation supérieure à 1° 2 (cas exceptionnels).

b) Augmentation moyenne de 5 à 6 dixième de degré (il faut remarquer d'ailleurs que normalement la température augmente de 7 heures du matin à 11 heures, heures des séances).

- c) Quelquefois même, température égale avant et après le bain.
 d) Exceptionnellement, abaissement de température.

A ces cas on objectera évidemment que la tuberculose péritonéale guérit souvent, surtout chez l'enfant; spontanément par le repos au lit et par n'importe quel traitement médical. Mais cependant ces malades étaient au lit depuis des mois, sans aucune amélioration malgré des traitements variés. On les expose au soleil, la diarrhée cesse, la température revient à la normale et rien n'arrête la marche vers la guérison. Il est impossible de ne pas être frappé de ce résultat.

D'ailleurs ces faits ne sont pas isolés. M. Chatin a pu en réunir un certain nombre d'analogues déjà publiés, en particulier un cas d'Edouard Martin (de Genève) des plus remarquables. D'autre part, la statistique du Dr Rollier, de Leysin, donne 10 cas de péritonite tuberculeuse traités par la cure solaire, avec 7 guérisons, 2 améliorations et 1 mort par lésion pulmonaire.

D'autres médecins de Leysin ont employé aussi cette médication avec succès, et au Sanatorium d'Hendaye, M. le Dr Camino a traité ainsi un grand nombre de ses petits malades atteints de péritonite tuberculeuse avec les mêmes résultats. MM. Chatin et Gaulier arrivent en somme aux conclusions suivantes :

1° La cure solaire peut avoir dans la péritonite tuberculeuse une action efficace des plus nettes.

2° Partout où il y a du soleil, et où la température au soleil atteint ou dépasse 30°, on peut faire utilement de l'héliothérapie.

3° Dans les villes comme Lyon, où les beaux jours sont relativement peu nombreux, et où le brouillard diminue l'intensité des rayons lumineux, on peut sans inconvénient profiter largement du soleil, en faisant de très longues séances (3 à 4 heures). En prenant quelques précautions, cette méthode ne présente pas d'inconvénient, et l'amélioration rapidement obtenue engage le malade et le médecin à continuer la cure solaire jusqu'à guérison.

Bronchite grippale, dans *Journal de Méd. et Chir. pratique*, 10 fév. 1912.

Au début, les indications urgentes sont de modérer la fièvre, de calmer la céphalée gravative, de diminuer la douleur rétro-sternale et enfin de calmer la toux et la dyspnée.

On y répond en faisant prendre, pour combattre à la fois la fièvre et le mal de tête et pour combattre l'adynamie, les cachets suivants :

Bromhydrate de quinine..	0,25 centigrammes.
Pyramidon..	0,20 centigrammes.
Phénacétine..	0,10 centigrammes.
Caféine..	0,10 centigrammes.

Pour un cachet n° 20, deux par jour.

Les cachets seront continués les cinq premiers jours et renouvelés s'il est nécessaire.

Chez les *petits enfants*, on prescrira l'euquinine insipide, dans un sirop, à la dose de 0,10 à 0,25 centigrammes par jour. Ce sel, quoi qu'on dise, est loin d'avoir l'action de la quinine, qu'on administrera dans du miel ou sous forme de suppositoire :

Beurre de cacao..	1 gramme.
Bromhydrate de quinine	0,20 centigrammes.

La sensation pénible rétro-sternale sera combattue au moyen de cataplasmes laudanisés.

On emploiera chez les adultes les badigeonnages à parties égales de :

Teinture d'iode..		aa 5 grammes.
Laudanum de Sydenham..		

Chez les *enfants*, on fait appliquer sur le sternum et entre les épaules un papier de soie plié en plusieurs doubles et graissé avec la pommade suivante :

Lanoline..		aa 15 grammes.
Vaseline		
Térébenthine..		3 grammes.
Extrait de jusquiame..		0,10 centigramme.

Chez les *bébé*s, cette application calme à la fois la douleur et la toux.

La toux est l'accident prédominant et le plus pénible. Nombreux sont les moyens préconisés contre elle. La formule suivante réussit bien à diminuer les quintes de toux chez les adultes.

Extrait de jusquiame..	deux milligrammes.
Tartre stibié..	un milligramme.
Poudre de Dover..	deux centigrammes.
Consève de roses	Q. S.

Pour une pilule molle n° 50 ; en prendre environ 10 par jour.

La dyspnée dicte les mêmes indications : l'emploi de cataplasmes sinapisés, de ventouses sèches, en même temps que d'inhalations de feuilles de datura et de fleurs de mauve, en infusion. L'insomnie sera combattue par les moyens habituels.

Sirop de codéine..	125 grammes.
Alcoolat de feuilles d'aconit..	1 gramme.
Eau de laurier-cerise..	6 grammes.

Deux à trois cuillerées à dessert la nuit.

Ou bien encore par un sachet de véronal de 0,30 centigrammes.

Le moyen héroïque par excellence pour combattre à la fois fièvre, agitation et insomnie, c'est sans contredit la balnéation chaude dont l'usage est maintenant généralisé et que M. Hirtz pratique depuis plus de vingt ans.

On donnera toutes les trois heures, jour et nuit, un bain à 38° pendant sept ou huit minutes.

Lorsque le cœur fléchit, que le pouls faiblit, que le malade se cyanose, les enveloppements froids tonifient, stimulent le système nerveux, soutiennent le cœur en abaissant la tension dans la petite circulation, ils favorisent la diurèse et toutes les sécrétions.

On fera prendre au malade, d'heure en heure, une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Sirop de tolu..	80 grammes.
sirop de café..	20 grammes.
Teinture de digitale..	X gouttes.
Cognac, vieux..	15 grammes.

Lorsque les mucosités encombrant les bronches et provoquent des crises de suffocation, s'il s'agit d'un enfant, on donnera de dix en dix minutes une cuillerée à café de :

Sirop d'ipéca..	60 grammes.
Poudre d'ipéca..	0,50 centigrammes.

On pourra même utiliser l'apomorphine en injections sous-cutanées. Chez l'adulte on donnera, pour tâcher de fermer les vaisseaux qui commandent l'œdème bronchique, par cuillerées à soupe toutes les deux heures, la potion suivante :

Ergotine	2 grammes.
Poudre d'ipéca	0,50 centigrammes.
Rum..	40 grammes.
Julep gommeux..	125 grammes.

Chez les vieillards, il faut se défier des vomitifs et veiller au fonctionnement du cœur.

On donnera 0,30 centigrammes de macération de feuilles de digitale ou XXX gouttes de la solution alcoolique de digitale à 1 pour mille.

Lorsque les accidents sont plus pressants, il faut agir rapidement et faire deux fois par jour un injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Sulfate de spartéine..	0,40 centigrammes.
Sulfate de strychnine..	un centigramme.
Eau stérilisée..	10 centimètres cubes.

On alternera cette solution avec

Huile camphrée stérilisée au dixième.

Dans la période de déclin, si les malades restent athéniques et fragiles, on leur fera prendre deux fois par jour un des cachets suivants.

Phosphate de chaux..	aa 0 gr. 25 centigr.
Poudre d'ergot fraîchement préparée..	

Pour un cachet n° 30.

Traitement préventif de l'asystolie (MAYOR de Genève).

Prendre les 1, 2, 3, 11, 12, 13, 21, 22, 23 de chaque mois, le soir, au coucher, dans un peu d'eau ou de tisane, dix gouttes du mélange suivant :

Extrait fluide de digitale..	4 grammes.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis	4 —
Glycérine..	2 —

Formules de pulvérisation pour la gorge (Tuberculose) :

Acide phénique..	3 grammes.
Sublimé corrosif..	0 gr. 50
Alcool à 90°..	30 grammes.
Essence d'eucalyptus..	XXX gouttes.
Eau..	1 litre

ou :

Benzoate de soude	20 grammes.
Acide borique..	10 —
Glycérine..	100 —
Eau distillée..	1 litre.

ou :

Menthol cristallisé..	1 gramme.
Teinture d'eucalyptus..	10 grammes.
Alcool à 90°..	70 —
Eau distillée..	150 —

à pulvériser dans la gorge à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur.

Traitement de la sciatique (d'après le Dr Turache) :

Faire tous les jours, ou tous les deux ou trois jours, suivant l'intensité de la douleur, une piqûre profonde *loco dolenti*, d'un centimètre cube de la solution suivante :

Antipyrine..	10 grammes.
Eau distillée stérilisée..	10 grammes.
Chlo. de cocaïne..	15 centigrammes.

Ces injections sont très facilement supportées.

Il suffit, en général, de cinq ou six piqûres, mais, dans d'autres circonstances, il est nécessaire d'aller jusqu'à dix ou douze. La guérison se maintient.

Traitement de l'insomnie (1).

— *L'insomnie dite simple* est l'absence de sommeil due à des causes banales, difficiles à préciser.

Prendre le soir, avant de souper, un bain de tilleul (500 gr.) d'une durée de $\frac{3}{4}$ d'heures et à une température de 36° à 37°.

Puis repas léger sans vin, ni bière, ni café. Se coucher 2 heures après ce repas et prendre alors dans une tasse d'infusion de tilleul très chaude une cuillerée à soupe de

Bromure de potassium	5 grammes.
Hydrate de chloral..	10 grammes.
Sirop de lactucarium..	20 grammes.
Eau de laurier-cerise..	5 grammes.
Eau de laitue..	120 grammes.

Ou encore un cachet de

Sulfonal..	0,75 centigrammes.
Bicarbonate de soude..	0,25 centigrammes.

(1) Consultations médico-chirurgicales de MM. Lemoine et Girard, chez Vigot, à Paris.

Ou encore de

Chloralose 9,20 centigrammes.

Un second cachet, s'il le faut, une heure ou deux après. La chloralose peut être donnée sans inconvénient dans le cours des maladies du cœur.

— Quand l'insomnie s'accompagne d'énerverment ou d'anxiété on donne l'héroïne.

Chlorhydrate d'héroïne de 2 à 5 milligrammes.
Eau de laurier-cerise 5 grammes.
Eau de tilleul 150 grammes.

Trois cuillerées à soupe : une d'heure en heure. Si on redoutait de voir s'établir l'accoutumance, on pourrait essayer le paral-déhyde.

Paraldéhyde 2 à 4 grammes.
Eau de laurier-cerise 5 grammes.
Sirop de lactucarium 30 grammes.

A prendre en une ou deux fois en se couchant.

— L'insomnie des dyspeptiques est due : 1° soit à des fermentations stomacales et à de l'hypochlorhydrie ; on donne au moment de se coucher dans une infusion chaude un cachet de :

Papaïne 0,20 centigrammes.
Chloralose 0,25 centigrammes.

Faire à ce moment l'application d'ouate trempée dans de l'eau chaude sur l'estomac.

2° Soit à de l'hyperchlorhydrie ; le réveil a lieu entre minuit et 2 heures. Prendre à ce moment un œuf cru ou un biscuit dans une tasse de fleurs d'oranger et 1 cachet de :

Sulfonal 0,50 centigrammes.
Magnésie 0,50 centigrammes.
Poudre de belladone 0,01 centigramme.

Faire chaque jour un lavage de l'intestin.

— L'insomnie des cardiaques est due à la stase chez les mitraux et les asystoliques. Pour la prévenir, donner à 8 heures du

Insister sur les bains le soir, et les lotions le matin.

Si les fonctions digestives sont troublées, donner des laxatifs de temps en temps, faire un lavage quotidien, diminuer l'alimentation et les fermentations. Supprimer la viande, repas léger, le soir.

— L'insomnie des vieillards tient souvent à la sclérose artérielle et à l'anémie cérébrale consécutive.

Ne jamais donner de bromure. Donner un peu d'iodure et de l'opium à petites doses :

Iodure de potassium..	2 grammes.
Chlorhydrate de morphine..	0,05 centigrammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères..	150 grammes.

1 à 2 cuillerées à soupe.

Songer à l'atonie intestinale et la traiter. Songer aussi à la possibilité du réveil d'accidents syphilitiques anciens.

BIBLIOGRAPHIE

L'Ophthalmologie du Praticien, par le Dr A. CANTONNET, *Ophthalmologiste des Hôpitaux* (Hôpital Cochin). 1 vol. relié toile souple, in-16, 112 pages, 50 figures, Paris 1912. Librairie O. BERTHIER (E. BOUGAULT, succr.), 77, boulevard St-Germain. Prix : 2 fr. 50.

L'étudiant qui fait un court séjour dans une consultation d'ophtalmologie, pour acquérir les quelques notions d'oculistique indispensables à l'exercice de la médecine générale, et le praticien, qui doit appliquer ces notions, trouveront en ce petit livre de poche le guide qu'il leur faut : pratique et concis, illustré de figures nombreuses et claires, assez grandes pour que les détails soient visibles.

Tout ce qui est du ressort du spécialiste a été laissé de côté. Les affections courantes, les traumatismes (et leurs conséquences médico-légales), les cas d'urgence sont les seuls points traités et toujours d'une façon réellement pratique. Ce petit livre est véritablement le "*Bagage ophtalmologique minimum du Praticien*".

Honan's Hand Book. To *Medical Europe*, by J. H. HONAN, Prof. Université de Chicago.

Editors : Blakiston, Sons & Co., 10, R. Walnut St., Philadelphie, \$1.50.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1912, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert ROBIN, 1 vol. in-18 de 400 pages. Cartonné : 3 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1911 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1911 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : *achibromine*, *achiiodine*, *anodyne*, *anogon*, *antitumane*, *aponal*, *aserrine*, *aspirochyl*, *boroforme*, *bromo-diéthylacétylurée*, *bromo-lécithine*, *bromo-maïsine*, *carvacrolphléine*, *cusylol*, *cycloforme*, *dianol*, *dioradin*, *erepton*, *enbiléine*, *fenchival*, *fluorescéine sodique*, *kégonone*, *hypérol*, *iconogène*, *iodo-maïsine*, *kalmopyrine*, *krésostérol*, *létargine*, *olinthal*, *peptoniade*, *poliol*, *protoxyl*, *savon d'afridol*, *sulfoforme*, *théophylline*, *thiorolates*, *tribromo-pyrocatechine*, *tyramine*, *xeronidia*.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500) l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir : la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

Le quatrième rapport des "Laboratoires Wellcome", du collège Gordon, de Khartoum.

Le quatrième rapport des "Laboratoires Wellcome" du Collège Gordon, de Khartoum, vient de sortir tout récemment des presses de la "Toga Publishing Co.". Il est impossible d'exagérer l'importance de ce rapport intéressant au plus haut point, et comprenant les travaux des savants bactériologistes les plus renseignés sur tout ce qui touche à l'état sanitaire sous les tropiques. C'est une revue médicale et biologique complète qui entre bien dans le cadre des travaux de l'Institut de Karthoum.

Le quatrième rapport contient des faits, des observations et des relations de découvertes exécutées durant ces dernières années. A l'encontre des recueils de commentaires et des résumés, cet ouvrage contient les rapports textuels avec une foule de planches et de gravures illustrant le texte. Ce rapport comprend deux volumes complets "A" et "B".

Le premier comprend la partie exclusivement médicale et bactériologique tandis que le second traite de tout ce qui rentre dans le domaine des autres sciences. C'est en même temps un traité pathologique complet des maladies spéciales aux climats des tropiques, et l'ouvrage contient de fort intéressantes observations sur la maladie du sommeil. Les deux volumes contiennent 738 pages illustrées, dont un grand nombre coloriées en couleurs naturelles. S'adresser pour plus de détails à la "Toga Publishing Co.". Edifice Coristine, Montréal.

Esculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Abonnement : 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger : 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger : 15 fr.). A. ROZAUD, Editeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No de Février 1912 :

L'Utilité des Etudes classiques pour la carrière médicale (fin) (4 illustr.), par le Dr LAIGNEL-LAVASTINE, Prof. agrégé à la Fac. de Méd. de Paris. — *Contraste entre l'importance sociale crois-*

santé du médecin et la tendance des dirigeants à ouvrir la médecine à des groupes d'étudiants de moins en moins sélectionnés.

Les Cagots à l'église (10 illustr.), par le Dr H. M. FAY. — Anciennes léproseries et cagoteries ; bénitiers pour lépreux ; leur place à l'église, dans les cérémonies, les sacrements, le cimetière.

L'Œuvre singulière de Rodolphe Bresdin (4 illustr.), par Robert de MONTESQUIOU. — L'artiste fait compagnie d'un lapin, de quelques volailles, d'une rainette. son œuvre énigmatique, macabre, douloureuse, quasi médiumnique.

Paysages et Cités d'Orient (Impressions latéro-médicales), (12 illustr.), par le Dr LIBERT. — En une belle prose imagée il nous est parlé de paysages de lumière, du Cimetière du Céramique, du sanctuaire d'Esculape dont les débris disparaissent sous les herbes folles, des images du Dieu de la Médecine, de la Source sacrée, de l'Acropole, de Corfou, de l'Achille blessé, etc.

La valeur thérapeutique de la musique (6 illustr.), par le Dr DEMONCHY, Prof. à l'École de Psychologie. — La musique chez les nerveux et les impressionnables ; la mélancolie du peintre Van der Goes soignée par la musique sacrée ; la flûte repose, le hautbois éveille des sentiments naïfs et champêtres, le violoncelle..., etc.

Les Internes d'autrefois (9 illustr.), par les Drs GOUGEROT, Prof. agrégé à la Fac. de Méd. de Paris, et DOGNY. — Il s'agit surtout de ceux de l'Hôtel-Dieu aux XVII^e et XVIII^e siècles ; leur ignorance cause parfois la mort par saignées ; le " piston " ; quelques " Histoires épouvantables " ; " discours et actions deshonnêtes " ; " l'interne Hurel fait bouillir et macérer des cadavres ; il vend leurs os et leurs dents " ; " l'interne pharmacien Sallé s'enferme dans sa chambre la seconde fête de Pâques avec trois filles " ; un autre dérobe des médicaments pour les revendre à l'apothicaire de la rue de la Huchette. Documents originaux reproduits.

Supplément. — *Femmes d'Orient* (2 illustr.). — *La Drogue* (1 illustr.). — *Molière, ses amours douloureuses, sa neurasthénie, ses crises épileptiformes* (5 illustr.). — *Ballade de la Vénus de Milo*. — *Le Docteur Marat* (6 illustr.). — *J.-J. Rousseau et Thérèse Le Vasseur*.

Le numéro du 2 mars 1912 de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Haute-feuille, à Paris, est entièrement consacré à la **Dermatologie** et à la **Syphiligraphie** :

La Dermatologie et la Syphiligraphie en 1912, par le Dr G. MILLAN, médecin des hôpitaux de Paris. — de la réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis, par le Dr E. JEANSIME, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et A. VERNES. — Le Pian et son spirochète, par le Dr L. NATTAN-LARRIER. — Supersyphilisation, par le Dr Marcel PINARD, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. — La culture du Spirochète pallida, par le Dr BURNIER. — Le traitement pluri-mercuriel intensif et son mode d'action, par les Drs JACQUET et DEBAT. — ACTUALITES MEDICALES. — SOCIETES SAVANTES. — *Diététique*. — *La vie médicale*. — *Chronique*. — *La médecine et l'histoire*. — *Variétés, etc.* — (Envoi franco de ce numéro de 84 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 70 en timbres-poste, tous pays).

SUPPLEMENT

SUR LES EXTRAITS DITS PHYSIOLOGIQUES

M. CAILLON. — A la séance du 6 décembre, M. Perrot vous a présenté "une forme extractive obtenue, dit-il, en partant de *semences de strophantus hispidus fraîches stérilisées* et qu'il qualifie d'extract *physiologique*".

Si j'avais été présent, j'aurais demandé des explications sur ces termes que mes connaissances scientifiques ne me permettent pas de comprendre (1).

Les semences ne peuvent être qualifiées de fraîches, dans le sens des feuilles ou des racines fraîches, qui retiennent un énorme quantité d'eau, qu'avant la maturité, car les semences, arrivées à

(1) La physiologie est la science des fonctions des organes vivants; une propriété physiologique est celle d'un organe vivant; un extrait physiologique devrait donc, pour mériter ce nom, posséder les propriétés de l'organe vivant. Or, on applique ce terme à des extraits dans lesquels on a tué la vie en stérilisant. Cela n'a rien de scientifique.

parfaite maturité, ne perdent pas 5 pour 100 à l'étuve. Elles ont subi au cours de la maturation le travail de dessiccation. Et si cela est vrai pour les plantes indigènes, ce l'est bien plus pour les plantes équatoriales qui végètent à la chaleur de l'étuve.

Cette absence d'eau fait que les diastases qui peuvent exister dans les semences se trouvent dans l'impossibilité d'agir et que la stérilisation est parfaitement inutile, puisque la nature y a pourvu, voulant ainsi sans doute empêcher les semences de germer spontanément comme font en ce moment les bulbes à l'étalage des fleuristes. Dans les feuilles de ciguë, dans les fleurs de colchique, le principe actif se détruit tandis qu'il persiste dans les semences, et cela est d'autant plus vrai que les semences sont plus huileuses (celles des strophantus contiennent jusqu'à 37 pour 100 de graisses). Ainsi l'amygdaline reste intacte dans les amandes amères en contact avec la synaptase, sans donner naissance, faute d'eau, à l'essence spéciale et à l'acide cyanhydrique.

Une heureuse relation m'a fourni, dès le début de mes recherches, la preuve expérimentale de la longue conservation des semences de strophantus. Le 14 décembre 1887, je disais dans notre bulletin : M. Polaillon m'a remis un des deux fruits de strophantus qu'il a étudiés en 1872 (Polaillon et Carville, *Archives de Physiologie*) ; j'en ai retiré 8 grammes de semences qui m'ont fourni 0 gr. 40 de glucoside bien cristallisé, soit la proportion énorme de 5 pour 100. J'ai fait depuis des centaines d'analyses et je n'ai jamais revu un tel résultat. Ces semences, vieilles de 15 ans, étaient plus riches que les semences récentes (fraîches si vous préférez) que m'adressait à la récolte suivante le Dr Balay, gouverneur du Gabon.

Ces faits prouvent exactement le contraire de la thèse de M. Perrot. Il était d'ailleurs d'accord avec moi, lors de sa première communication, que la stérilisation est inutile pour ces semences. S'il a changé d'avis, nous sommes en droit de lui demander les raisons scientifiques de son évolution. Nous ne voyons pas non plus qu'il ait présenté les semences en question. Nous manquons de base de comparaison.

L'extrait décrit par M. Perrot ressemble physiquement à celui que j'ai toujours vu, qui a servi aux observations de M. Bucquoy, et les doses indiquées par M. Joanin (1) sont calquées sur celles

(1) Ce dernier indique 3 à 5 milligrammes, tandis que M. Perrot a indiqué 5 centigrammes, en arguant qu'ici la toxicité n'est plus aussi grande.

qu'a établies notre éminent collègue dans son étude magistrale de l'extrait de strophantus, étude poursuivie pendant deux ans à l'Hôtel-Dieu et basée sur des centaines d'observations avec tracés. Etant donnée la sagesse du clinicien, on n'a trouvé, depuis 23 ans, rien à y reprendre, et les nombreux travaux postérieurs n'ont fait que la confirmer. (V. *Bull. de l'Académie de médecine*, 1889.)

Cette étude clinique est à recommencer s'il s'agit d'une espèce différente, reconnue comme moins active et ne donnant pas de strophantine cristallisée.

Nous avons, de tout temps, employé l'alcool chaud pour les préparations d'extrait. Les semences se trouvent donc stérilisées par le fait et, comme M. Jourdain faisait de la prose, nous avons fait de la stérilisation sans le savoir. On n'y attachait aucune importance à ce point de vue ; les travaux de M. le professeur Bourquelot sont, en effet, postérieurs.

Dans une série de recherches, poursuivies depuis vingt ans, ce savant a démontré que les plantes *fraîches, contenant des ferments solubles hydratants et oxydants*, éprouvent pendant la dessiccation des changements souvent importants, d'autant plus accentués que la dessiccation est plus lente, car celle-ci terminée, toute réaction est suspendue. Pour remédier à ces inconvénients, il proposa de stériliser les plantes *reconnues altérables* par l'alcool bouillant. L'extrait de noix de cola fraîches, ainsi préparé, fut un exemple frappant du résultat obtenu.

Mais, M. Bourquelot se garda bien de généraliser cette méthode. Dans la note récapitulative de ses longues expériences, lue à l'Académie le 31 janvier 1911, il dit : " Si nous retrouvons dans l'extrait de plantes fraîches traitées par l'alcool bouillant certains principes plus ou moins détruits par la dessiccation, il faut bien reconnaître que ce traitement détruit quelque chose : les albumines sont coagulées, les enzymes sont détruits, les matières colloïdales sont altérées. Et qui pourrait affirmer que ces substances sont dénuées d'activité thérapeutique ? C'est une règle presque générale que les glucosides sont accompagnés dans les plantes des enzymes qui peuvent les hydrolyser. Qui sait, si parfois, ces glucosides ne doivent pas être hydrolysés pour exercer leur action ? On aurait peut-être là l'explication de ce fait que les macérations de certaines feuilles (digitale) sont plus actives que leurs infusions ou présentent d'autres propriétés. . .

“ D'autres part, si dans les feuilles on a presque toujours constaté une diminution du sucre de canne, au cours de la dessiccation, dans les organes souterrains on constate une augmentation et il est vraisemblable qu'on assiste ici à des phénomènes analogues à ceux qu'on observe pendant la maturation. . .

“ En résumé, on ne devra recourir à l'alcool bouillant que dans un petit nombre de cas pour la préparation des médicaments, et encore ne devra-t-on pas aboutir, sans le savoir, à des produits d'action différente de celle des médicaments actuels. ” (*Académie de médecine*, 31 janvier 1911).

Dans une thèse remarquable, faite sous la direction de MM. Bourquelot et Herissey, M. Lesueur compare minutieusement, par la méthode biochimique et par dosage des alcaloïdes et des glucosides, les teintures et extraits préparés avec les mêmes plantes : 1° fraîches ; 2° fraîches et stérilisées ; 3° séchées à l'étuve. On devra, dit-il, examiner chaque cas séparément. La stérilisation par l'alcool bouillant doit être préconisée pour les feuilles et racines d'aconit, la belladone, les bulbes de scille.

“ Pour les bulbes de colchique, le mode opératoire semble indifférent et de même pour les feuilles de digitale, l'alcoolature faite à chaud ou l'alcoolature faite à froid étant sensiblement identiques. ”

MM. Perrot et Goris, au lieu de stériliser par l'alcool bouillant, ont recours à la vapeur d'alcool. Cette modification, qui n'est qu'une complication inutile pour la préparation des alcoolatures ou des extraits, permet de conserver intactes les plantes. Il est à remarquer, toutefois, que là aussi il serait sage de sélectionner, car le bouillon blanc, par exemple, qu'ils nous ont présenté, a paru à tous nos collègues pharmaciens plus altéré que celui qu'on obtient par simple dessiccation à l'étuve. (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 24 janvier 1912.)

Cette contradiction entre les dires de deux collaborateurs prouve qu'aucune étude sérieuse n'a été faite du produit présenté.

Je conteste scientifiquement l'utilité de la stérilisation pour les semences, arrivées à maturité, en général, et pour celles de strophantus en particulier. Pour prouver le contraire, il faudrait nous présenter des semences stérilisées, d'une part, les mêmes semences non stérilisées, d'autre part, et, si je me trompe en disant qu'il n'y a pas de différence, la faire voir.

Au lieu de cela, M. Perrot nous présente des poudres de racine de gentiane. Qu'est-ce que cela peut prouver relativement aux strophantus !

De même pour l'extrait, il faudrait faire voir la différence d'action entre un extrait fait avec des semences stérilisées et l'extrait fait avec les mêmes semences non stérilisées.

M. Perrot nous dit que le *strophantus hispidus* est officinal depuis le Codex de 1908. Il est vrai que, pour des considérations botaniques! le nouveau Codex a substitué l'*hispidus* au *strophantus* Kombé, qui figurait dans le précédent, comme dans toutes les pharmacopées étrangères et qui est le seul employé en thérapeutique; mais ce qui est vrai aussi, M. Perrot doit le savoir, c'est que la commission du Codex a reconnu son erreur et qu'elle l'a réparée en rétablissant le Kombé. (*Bull. Soc. de Thérapeutique*, 14 fév. 1912.

“ L'excès de confiance suscite fréquemment le manque de précautions et à l'approche du printemps, amenant son semblant de douceur, ces cas d'affections de la Poitrine, des Bronches et d'inflammation de la Gorge, viennent en même temps et cela, par suite d'imprudences faites en se découvrant et en voulant hâter l'arrivée de la saison.

La totalité des membres de la profession ayant de l'expérience en clinique, reconnaît que cette forte chaleur humide que l'on applique de la façon la plus commode, la plus agréable et la plus efficace, sous la forme de l'Antiphlogistine en couche épaisse et chaude, non seulement amène le soulagement de la douleur, mais de plus hâte la résolution des progrès de l'inflammation.

Les refroidissements que l'on attrape en se découvrant, quand on change fréquemment les pansements, neutralisent les bienfaisants effets des applications chaudes, mais en employant l'Antiphlogistine, on peut conserver les parties du corps pendant des heures continues sous l'influence de la chaleur et attendre de cela des résultats positivement précis.

UNE BELLE SERIE DE SOLUTIONS STERILISEES

Depuis quelques années on emploie largement les ampoules stérilisées en injections hypodermiques. Il y a 2 ou 3 ans la Maison Parke-Davis fabriqua 500 séries d'ampoules contenant de l'adrénaline, de la codéine et du cacodylate de soude. Ce commerce a pris un tel développement qu'elle annonce, aujourd'hui une série de 20 formules différentes. Tous les principaux journaux médicaux la publient afin que les médecins en soient informés.

Ce sont des ampoules en verre contenant, en solution titrée, des médicaments purs et actifs.

UN BEAU GESTE. — EXEMPLE A SUIVRE.

Une heureuse mesure vient d'être prise, sur l'initiative de nos confrères, médecins-consultants à Pougues-les-Eaux.

Un de nos confrères du Cher, père de quatre enfants, dont l'aîné a dix ans, sans autres ressources que les revenus de sa profession, est malade depuis de longs mois et incapable de travailler. L'un de nos maîtres lui ordonnait récemment un séjour prolongé à Pougues. Bien que pensionné par l'Association Amicale et secouru par l'Association générale et sa société locale, notre ami ne pouvait plus faire les frais d'une cure de longue durée dans cette station.

Mis au courant de la situation par le Dr Gauckler, le Syndicat d'initiative de Pougues, présidé par le Dr A. Faucher, vient de mettre à la disposition du président du Syndicat des médecins du Cher une bourse de séjour de deux mois qui, attribuée à notre confrère, va lui permettre, enfin, de se faire soigner, et espérons-le, de guérir.

Dans sa lettre, le Dr A. Faucher annonce qu'une bourse de même importance sera attribuée chaque année à un médecin malade et dénué de ressources.

Il y a une belle leçon de solidarité à tirer de ce fait. Il y a aussi un exemple à suivre.

Et puis, n'est-il pas équitable que le corps médical, qui est l'agent initial de la prospérité des villes d'eaux, bénéficie dans quelque mesure de cette prospérité sous la forme de bourses de séjour qui permettraient à ses éclopés de recevoir des soins qu'il leur serait impossible de se procurer avec leurs seules ressources ?

C'est le devoir des médecins-consultants de provoquer des initiatives de ce genre.

En attendant la généralisation de cette mesure, la reconnaissance des médecins doit aller d'abord à ceux qui en ont eu la première idée, à ceux qui l'ont su réaliser.

Pougues doit avoir une place à part, une situation privilégiée dans l'affection — et dans les indications — du corps médical français.

Dr PRUNET,
de Jars (Cher).

Extrait du Bulletin Officiel de l'Union des Syndicats Médicaux de France.
