

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 NOVEMBRE 1903

No 9

L'ATHEROME ARTERIEL — QUELQUES-UNES DE SES CONSEQUENCES — SON TRAITEMENT

PAR M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Messieurs,

L'homme qui est couché au No. 13 de la salle BOULLAUD est entré à l'hôpital pour des accidents sur lesquels il n'a pu nous donner tout d'abord des renseignements suffisants. Mais, peu à peu, son esprit ayant recouvré sa lucidité, il nous a fait connaître son histoire que voici :

Il exerce, jusqu'à ces trois dernières années, la profession de charpentier et jusqu'à ces trois dernières années, il dit avoir été bien portant. A cette époque, il a éprouvé des vertiges. Des vertiges ne conviennent guère dans l'état de charpentier et celui-ci, bien qu'il dirigeât seulement des ouvriers sans travailler pour son propre compte, dut renoncer à monter sur les échafaudages et se décider à abandonner le métier qui l'avait fait vivre jusqu'alors; il se fit violoniste. Or, un jour arriva, où souffrant depuis quelque temps de l'estomac, se plaignant de digestion lente, de lourdeur, de pesanteur gastriques, il eut un vertige et tomba, ce qui le fit admettre dans un hôpital. A quelle époque eut lieu cet accident, le malade n'a pu le préciser mais il ajoute qu'après trois semaines de soins, il put retourner à ses petites affaires.

Ce vertige, suivi de chute, l'avait saisi au moment d'un repas, après les premières bouchées. Cette fois-ci, au contraire, l'aventure lui est survenue tandis qu'il s'en allait manger; il se trouvait dans la rue quand il tomba, fut ramassé et amené dans notre service. Il faut dire qu'il avait de l'amblyopie et qu'en marchant, il heurtait aussi bien les passants que les candélabres des trottoirs.

Quand nous avons vu cet homme, il avait sa présence d'esprit, mais il racontait mal ce qui lui était arrivé. Quand nous l'avons examiné, nous avons trouvé que sa respiration était absolument normale, qu'il ne toussait pas, qu'il n'avait aucune maladie de ses poumons. Il n'avait pas d'oppression ni aucune dyspnée. Nous avons estimé ensuite que ses digestions se faisaient régulièrement malgré un appétit médiocre et une légère flatulence; l'estomac n'était pas dilaté; le ventre était parfaitement souple. Le cœur était un peu agrandi, modérément et dans le sens transversal. L'oreillette droite débordait le sternum de un centimètre et demi et la pointe était reportée en dehors du mamelon, mais elle n'était pas abaissée; on la sentait dans le cinquième espace intercostal, comme chez beaucoup de personnes bien portantes. L'aorte occupait la position normale et sa matité ne débordait pas d'une façon appréciable les limites régulières, la sous-clavière était à peine surélevée, sans présenter de frémissement.

En auscultant, on entendait le deuxième bruit au foyer aortique un peu dur, le deuxième bruit au foyer pulmonaire, un peu exagéré, mais pas le moindre souffle.

Quand nous avons voulu prendre la pression artérielle, en nous servant de l'artère radiale droite, la chose nous a été impossible. L'artère ne s'écrasait ni sous le doigt, ni sous la pelote du sphygmomanomètre qui était insuffisante pour cette besogne. Un des jours suivants, avec un appareil plus fort, nous avons pu atteindre notre but et voir l'aiguille indiquer ou sembler indiquer une pression de trente-cinq centimètres de mercure. Je fais cette restriction sur ce chiffre et sur tout chiffre qu'on obtient avec le sphygmomanomètre, car il dépend non seulement de la pression artérielle, mais encore de la résistance de la paroi et ma restriction est justifiée puisque, dans le cas présent, nous trouvions en prenant la pression sur la radiale gauche, qu'elle était de huit à dix centimètres.

Ce n'était donc pas apparemment la pression qui était en cause pour nous donner ce chiffre si élevé de trente-cinq centimètres; mais ce n'était pas encore certain parce qu'il pouvait, en effet, exister un rétrécissement à l'entrée de la sous-clavière gauche qui aurait expliqué la faiblesse de la pression à gauche. Nous ne pouvions cependant nous tenir à cette hypothèse pour deux raisons. D'une part, l'état de la radiale droite justifiait

très simplement la montée de l'aiguille du sphygmomanomètre ; en la palpant on sentait une artère dure, pas annelée, en tranchet de poult, pas bosselée, une artère formant un fuseau régulier résistant, ne s'écrasant pas sous le doigt, un véritable tuyau de pipe. D'autre part, la pression de huit centimètres obtenue sur la radiale gauche semblait bien être en rapport avec la pression dans le cœur et dans l'aorte puisque les pressions recueillies sur d'autres artères superficielles étaient de cinq centimètres pour la temporale, de six à sept centimètres pour la pédiense et que ces chiffres sont dans le rapport physiologique qui les lie à celui donné par la radiale. Ainsi donc nos recherches nous apprenaient que la pression artérielle était basse chez notre malade et que ses artères étaient épaissies en certains points.

Du côté du système nerveux, on notait, outre les vertiges, des troubles de la mémoire qui, effacée dans les derniers jours, baissait depuis quelque temps déjà, mais qui, aujourd'hui se retrouve et est surtout fidèle pour les souvenirs anciens. La force musculaire est médiocre surtout pour un homme ayant exercé la profession de charpentier, mais elle est égale des deux côtés. L'allure de la marche est naturelle, sauf les oscillations et les chutes. Il n'existe aucun signe de paralysie. Le malade a soixante-quinze ans et lit sans lunettes.

Nous sommes donc en présence d'accidents cérébraux très passagers, déjà en partie disparus et d'une altération persistante des artères atteintes d'artério-sclérose. Quels rapports unissent ces différents états ? C'est une question importante en elle-même et sur laquelle je désire appeler votre attention ; c'est d'ailleurs un point intéressant dans l'histoire de notre malade pour lequel nous aurons un pronostic à faire et un traitement à instituer.

Dire qu'un homme est un artério-scléreux, a de la sclérose de ses artères, c'est vraiment dire peu de chose, car il y a sclérose et sclérose, comme il y a fagot et fagot, et c'est abuser de la puissance des mots que de borner son diagnostic à celui de sclérose artérielle.

Il existe deux espèces de scléroses artérielles : celle des vieillards et celle des brightiques :

La plus anciennement connue est celle des vieillards. Sommairement, la lésion est celle-ci. En certains points de cer-

taines artères, on trouve la tunique interne épaisse par l'adjonction d'éléments nouveaux, première altération à laquelle s'ajoute peu à peu celle de la tunique moyenne dont les éléments musculaires et élastiques s'atrophient et celle de la tunique externe.

La surface interne de l'artère malade apparaît donc irrégulière, mamelonnée, de saillies qui rappelle la pustule ombilicquée de la variole, parsemée de plaques opaques jaunâtres. A un moment donné, le tissu néoforme de la membrane interne ne se nourrissant pas, meurt et subit la dégénérescence granulo-graisseuse. Il se forme ainsi des foyers contenant une masse molle, jaunâtre, semblable à du mastic ou à une bouillie très épaisse qu'on a d'ailleurs nommée de son nom grec, l'athérome artériel. Ces foyers ou bien sont mis peu à peu à nu par suite de l'altération de la couche endothéliale de la tunique interne ou bien ils s'ouvrent tout d'un coup à la façon d'un abcès et déversent leur contenu dans le courant sanguin. Dans l'autre cas, ce contenu est résorbé et, à sa place, restera une dépression de la surface du vaisseau. Enfin, il peut s'infiltrer de sels de chaux; d'où la présence de plaques calcaires dans la tunique interne de l'artère malade. On y a vu aussi des plaques osseuses.

Les plaques athéromateuses sont disséminées dans toutes les artères. C'est l'aorte qui est le plus souvent atteinte, et les plaques sont surtout abondantes dans la crosse aortique, puis diminuent de nombre à mesure qu'on descend le long du vaisseau pour réapparaître en plus grande abondance sur l'aorte abdominale. Les artères coronaires, les artères rénales sont atteintes parmi les premières. A mesure qu'on s'éloigne du cœur, les lésions semblent devenir plus rares; mais l'ordre dans lequel les artères périphériques sont attaquées est absolument variables. Quand ces artères sont prises, l'aorte l'est également; les grosses artères sont les plus gravement malades et les lésions diminuent à mesure qu'on approche de la périphérie: voilà les seules règles qu'on puisse énoncer.

L'artère athéromateuse est dure au toucher, elle ne se laisse pas déprimer par le doigt qui ne sent pas les battements artériels. La pression artérielle n'est cependant pas très élevée; dans notre cas, elle est excessivement basse, mais ce cas est une exception. Chez le vieillard athéromateux, la pression

qui augmente avec l'âge peut atteindre 20, 21, 22 centimètres alors qu'elle est de 17 ou 18 chez l'adulte sain.

La lésion vasculaire amène dans la région irriguée par l'artère et ses branches des troubles de la circulation d'où résulte une nutrition imparfaite des tissus, et c'est ainsi, par exemple, qu'on voit la gangrène sèche survenir chez les athéromateux.

Ces gens, par contre, peuvent garder un cœur en bon état et qui ne s'hypertrophiera que médiocrement.

Je ne vous donne pour l'instant que ces quelques indications sur la sclérose athéromateuse et ses conséquences.

Il n'est plus question d'artères bosselées, tortueuses, présentant des plaques. Il s'agit d'un épaissement diffus des tuniques artérielles dans les vaisseaux de la périphérie. La maladie prédomine à la périphérie et atteint toutes les artérioles, même les plus petites. Les lésions se répartissent d'une façon régulière dans tout le système circulatoire. Et si,—chose très rare,—la maladie dure des années, on ne trouve point, à l'autopsie, dans ces artères malades, des foyers de dégénérescence granulo-graisseuse, on ne voit, à leur surface, ni plaques jaunes, ni plaques calcaires.

Le cordon que forme un vaisseau ainsi malade est accessible au doigt, est petit, et, en apparence, peu résistant. On se rend mieux compte que ce manque de résistance n'est pas réel, quand on emploie pour étudier le pouls, le procédé chinois, le procédé des deux mains. Avec l'index gauche, on empêche la récurrence, tandis que le médius droit presse sur l'artère et que l'index droit placé entre les deux autres doigts attend le moment où la pulsation disparaît. L'attente ne se termine pour le pouls d'un brightique, que si le médius appuie très fortement.

C'est, d'ailleurs, cet unique renseignement incomplet que peut fournir cette méthode; elle ne permet pas de mesurer la tension vasculaire; elle ne permet même pas de s'en faire une idée, comme j'ai pu m'en assurer, en faisant souvent cette petite recherche. Pour mesurer la pression, il faut employer le sphygmomanomètre de BASCH, que j'ai modifié pour le rendre utilisable en clinique. Aidé de cet instrument, on ne trouve plus ces pressions de 22, 23 centimètres que nous avons dites communes chez les athéromateux, mais il faut écraser l'artère, monter jusqu'à des pressions de 25 à 32 centimètres.

Voilà déjà une différence très considérable entre athéromateux et brightiques. Elle s'accroît davantage quand on étudie les réactions de la maladie artérielle sur les régions périphériques et sur le cœur. Un cœur hypertrophié d'une façon toute particulière, où le ventricule gauche augmenté de volume, possède des parois dont l'épaisseur va jusqu'à 3 centimètres, n'est pas un cœur d'athéromateux, c'est un cœur type produit par la sclérose brightique. Et si nous cherchons vers les extrémités les accidents morbides causés dans cette sclérose par le trouble de la circulation périphérique, nous ne voyons plus ni atrophie des tissus, ni gangrènes, mais des phénomènes nerveux, de la cryesthésie, de l'asphyxie symétrique, des troubles fonctionnels.

Aussi, ces deux variétés de sclérose artérielle : sclérose athéromateuse et sclérose brightique ne peuvent pas, à mon avis, être confondues ni anatomiquement, ni cliniquement. Leur étiologie également doit, selon toute vraisemblance, être de nature différente.

Ces deux variétés existent isolément chez des sujets différents. Il en est de même, d'ailleurs, de la dégénérescence graisseuse des artères qui peut, comme je le pense avec mon collègue LANCEREAUX, être vue sans aucune autre lésion chez des sujets jeunes, mais alcooliques.

Mais pour évoluer indépendamment l'une de l'autre, ces affections n'en sont pas moins susceptibles de s'associer, et elles s'associent souvent. Les causes qui amènent l'athérome agissent sur les brightiques, et si elles atteignent moins fréquemment les brightiques, c'est parce qu'ils vivent peu longtemps et n'ont pas le temps de faire de l'athérome. Inversement, les athéromateux peuvent devenir des brightiques, mais d'un brightisme matiné.

Je n'insiste pas davantage sur ces considérations qui vous ont fait toucher la distinction qu'on doit établir entre les formes de la sclérose artérielle; je laisse de côté la sclérose des brightiques pour parler de la forme athéromateuse, celle que présente notre malade.

Il n'est pas brightique; non seulement il n'a pas d'albumine dans l'urine, mais il n'a aucun signe de brightisme, pas de pression vasculaire élevée, pas d'oppression ni de dyspnée d'effort, pas de cryesthésie, pas d'hypertrophie du cœur.

Il est athéromateux. A son âge de soixante-quinze ans, on

pourrait le supposer *a priori*. Cependant, il ne faudrait pas pousser trop loin une pareille présomption ni en faire usage en toutes circonstances et croire que tout vieillard est athéromateux. Car, s'il est vrai, dans une large mesure, de dire qu' " on a l'âge de ses artères," il ne serait plus exact de prétendre qu' " on a les artères de son âge." HARVEY a trouvé sans athérome les artères de THOMAS PARR, qui mourut à cent cinquante-deux ans, et BAMBERGER a rapporté un fait analogue relatif à un homme de quatre-vingt-dix-huit ans. On échappe donc quelquefois à l'athérome; c'est une affection que chacun a chance de voir survenir à mesure qu'il vieillit davantage, mais ce n'est pas un destin fatal.

Quoi qu'il en soit, notre malade est athéromateux et nous cherchons à comprendre le rapport qu'il peut y avoir entre son athérome et les accidents qu'il a éprouvés.

NOUVEAUX CAS DE GUERISON DE CANCERS PAR LA CANCROÏNE

DU PROFESSEUR ADAMKIEWICZ (DE VIENNE).

On a déjà publié plusieurs cas de guérison de cancers de l'œsophage par l'injection sous la peau d'une toxine spéciale, isolée du suc carcineux par le professeur Adamkiewicz (de Vienne) et désigné par lui sous le nom de cancroïne.

D'après Adamkiewicz, la cancroïne, envisagée au point de vue de sa composition chimique, est une base triméthylée d'oxyde d'ammonium en double combinaison avec le phénol et l'acide citrique.

Voici une série de nouveaux faits qui démontreraient que la méthode est applicable, non seulement aux cancers de l'œsophage, mais encore à ceux des divers organes.

* * *

1° CANCER DE LA LANGUE.—Une dame de cinquante-quatre ans était atteinte depuis trois ans d'un cancer de la langue. Quand Adamkiewicz la vit pour la première fois, le 21 janvier 1902, voici quel était l'état des parties malades :

La langue, d'une coloration rouge bleu, formait une tumeur arrondie, qui remplissait toute la cavité buccale. Sa surface était creusée à gauche par un sillon large et profond qui, partant du milieu de l'organe, se prolongeait jusqu'à sa racine. Le côté droit, en revanche, très saillant, portait plusieurs émi-

nences disposées en demi-cercle autour du sillon. Ces masses étaient inégales et très dures. Toute la surface de la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre et épais. Il va de soi que l'organe, immobilisé dans la cavité buccale, rendait le langage incompréhensible. Ajoutons à cela une salivation constante.

La situation était encore aggravée par la difficulté d'alimenter la malade, qui ne pouvait ingérer que des liquides et des gelées; encore fallait-il une réelle habileté pour les introduire dans le tube digestif.

Sous la mâchoire existaient deux saillies, longues de plusieurs centimètres, dures et rugueuses de surface. Ces saillies se continuaient avec les glandes sous-maxillaires et la langue.

Les souffrances continuelles, provoquées par cet état, étaient périodiquement exaspérées par des douleurs surajoutées de la pointe de la langue et se prolongeant plusieurs heures.

Comme conséquences naturelles, amaigrissement, affaiblissement extrême et privation de sommeil.

C'est le 21 janvier 1902, qu'Adamkiewicz vit la patiente pour la première fois. Le même jour, il fit une injection qui fut bien supportée.

Le résultat ne se fit pas attendre. Au bout de très peu de jours, la tuméfaction énorme de la langue s'était affaissée, et, sur la surface de l'organe, primitivement tendue comme un ballon, on pouvait constater des plis, croisés en tous sens. En même temps, marchaient vers la résolution les nodosités de la portion droite et les tumeurs sous-maxillaires.

Le 12 février, il ne persistait plus qu'un léger épaissement au niveau du bord droit.

Comme corollaire de cette amélioration inespérée, la langue avait recouvré sa mobilité ordinaire; la malade pouvait parler distinctement et les aliments cheminaient sans difficulté de la bouche dans l'estomac.

Ce ne fut que le 27 février que les douleurs disparurent complètement et que le sommeil redevint normal.

Dans la seconde moitié du mois de mars, après avoir reçu seize injections, la malade se trouvait assez bien pour partir en voyage, afin d'achever le rétablissement de sa santé.

A son retour, le 20 avril, Adamkiewicz eut le plaisir de

constater que la langue avait repris, pour ainsi dire, son aspect normal et que la santé générale était excellente.

* * *

2° CANCER DU LARYNX.—Il s'agit d'un cas traité d'après les indications du professeur Adamkiewicz. La gravité du mal avait nécessité la trachéotomie et l'on voyait de grosses tumeurs épithéliomateuse faire saillie au niveau du cou.

Le relation de ce cas est contenue dans deux lettres adressées à Adamkiewicz par le médecin traitant.

Schopfheim (Grand-duché de Bade),
13 Mars 1902.

“Les injections ont été pratiquées d'après vos indications. Je constate que les tumeurs du cou ont notablement diminué. Le patient peut maintenant prendre des aliments, sans qu'une partie d'entre eux passe par la canule trachéale.”

14 Avril 1902.

“Voici maintenant un mois que j'emploie la canéroïne. Le résultat est vraiment des plus remarquables.

“Depuis novembre dernier, le malade gardait le lit. En février, l'état était si grave que la survie ne me semblait pas devoir excéder quelques semaines. Aujourd'hui, le patient reste levé toute la journée et peut se promener dans sa chambre. J'attends le premier beau jour pour lui permettre de sortir.

“Depuis longtemps, l'alimentation était presque impraticable. Les liquides, en particulier, ne pouvaient descendre. Ils s'écoulaient par la canule. Aujourd'hui, une tasse de thé est avalée d'un trait et le malade est en état de prendre part aux repas de famille.

“Les tumeurs du cou ont presque disparu. La peau, qui était rouge et tuméfiée au niveau des parties malades, a repris pour ainsi dire son aspect normal.

“DR. TUTTERLIN.”

L'amélioration ne s'est malheureusement pas maintenue et le malade a succombé quelques mois plus tard.

* * *

3° CANCER DE L'ESTOMAC.—Une femme de trente-huit ans, habitant la Palestine, souffrait de l'estomac depuis le mois d'août 1901. Successivement, sensation de constriction au creux épigastrique, perte d'appétit, vomissements, d'abord des aliments solides, puis des liquides, amaigrissement, insomnie.

En janvier 1902, soulagement momentané produit par des lavages de l'estomac, mais bientôt retour des vomissements.

La malade se décide alors à venir consulter à Vienne et se présente le 20 février à la clinique du professeur Nothnagel, qui reconnaît l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac et conclut à l'existence d'un cancer. Il déclare alors à cette pauvre femme qu'il ne peut rien pour elle et l'engage à retourner le plus promptement possible dans son pays.

C'est dans ces conditions qu'elle s'adresse au professeur Adamkiewicz le 27 février.

En examinant la région épigastrique, la pression est douloureuse, mais on ne découvre pas de tumeur. En revanche, il existe un petit ganglion hypertrophié dans le creux sus-claviculaire gauche.

Néanmoins, malgré l'absence d'infiltration stomacale, l'ensemble des symptômes, leur durée, la perte des forces, l'absence d'acide chlorhydrique libre, l'adénite sus-claviculaire permettaient d'affirmer une lésion organique.

En présence de la gravité de l'état, Adamkiewicz n'hésita pas à injecter d'emblée une forte dose de cancrène.

Celle-ci provoqua une intoxication intense. Mais on peut dire que la malade était arrachée à la mort, tout au moins pour le moment.

Cette première injection arrêta, en effet, d'emblée les vomissements et permit dès le lendemain d'ingérer, sans inconvénient, de la soupe, du pain, des oranges et de la viande. Inutile de dépeindre la joie de la patiente, qui, depuis sept mois, ne pouvait plus supporter les solides et ne tolérait plus qu'avec difficulté les potages et le lait.

Le 18 mars, elle se représenta, cette fois en plein état de santé, à la clinique du professeur Nothnagel, et le 24, ne craignant plus de mourir pendant la traversée, elle s'embarquait pour la Palestine.

* * *

4° CANCER DU SEIN.—Il s'agit d'une dame de cinquante-quatre ans, parente du professeur Kugel, de Bucarest.

Cette dame était atteinte au sein gauche d'un cancer, reconnu histologiquement. En vain, avait-elle subi quatre opérations. De nouveaux nodules ne cessaient de se former et, après l'ablation du sein, ces nodules avaient envahi la cicatrice et le creux axillaire. Malgré l'excision de ceux-ci, une nouvelle produc-

tion épithéliomateuse se développa au milieu du bord supérieur de la clavicule, en septembre 1900. Apparition simultanée de douleurs dans le bras gauche et œdème de la main correspondante.

La majorité des chirurgiens de Bucarest et les chirurgiens de Vienne à l'unanimité déconseillèrent toute opération nouvelle.

En six semaines, le nodule carcinieux avait acquis le volume d'une noisette.

C'est dans ces conditions que le professeur Kugel adressa sa parente à Adamkiewicz.

Sous l'influence des injections de cancroïne, les douleurs du bras, qui étaient devenues insupportables, et l'œdème de la main disparurent en moins de trois semaines. Il fallut plusieurs mois pour réduire à des proportions minuscules la tumeur claviculaire.

Le professeur Kugel et ceux de ses collègues qui avaient vu le cas peuvent en témoigner.

Adamkiewicz revit la malade en octobre 1901, un an après le début du traitement, et n'hésita pas à la déclarer guérie, se basant sur son parfait état général, bien que la tumeur fût encore perceptible au toucher.

Le 29 avril 1902, le professeur Kugel, dans une lettre écrite à Adamkiewicz, confirmait cet heureux pronostic.

* * *

5° CANCER DE LA MATRICE.—La dame S..., âgée de soixante-quatre ans, était atteinte d'un cancer du fond de l'utérus. L'ablation totale de l'organe n'avait été ajournée qu'à raison de complications cardio-pulmonaires consécutives à un emphyseme et à une bronchite de vieille date.

Depuis septembre 1899, la malade était tourmentée par des métrorragies abondantes, que l'on avait essayé de conjurer, sans aucun succès d'ailleurs, par deux curettages, le premier en février 1900, le second en décembre de la même année.

L'examen histologique des lambeaux de muqueuse à l'Institut pathologique de Greifswald avait montré l'existence d'un cancer, diagnostic ultérieurement confirmé par le professeur Karl Ruge, de Berlin.

Adamkiewicz examina pour la première fois la malade le 27 juillet 1902. Il fut surpris par son état d'anémie, de dépérissement et de nervosisme.

Le corps de la matrice était augmenté de volume et la portion vaginale, raboteuse, bosselée, présentait des érosions qui saignaient avec la plus grande facilité. L'organe, d'ailleurs, était resté parfaitement mobile et nulle part on ne découvrait de métastases.

En présence de cet état, le professeur Adamkiewicz conçut le meilleur espoir dans l'efficacité du traitement par la cancroïne.

En raison de la faiblesse de la malade, il se borna d'abord à une dose quotidienne, ne dépassant pas six dixièmes de centimètre cube de sérum. Puis, progressivement, il atteignit un centimètre cube.

Mais alors éclatèrent du côté de l'utérus des phénomènes réactionnels intenses, qui se traduisirent par des hémorragies surabondantes et de vives douleurs, dues aux contractions de l'organe. On revint alors aux injections de six dixièmes de centimètre cube par jour.

L'effet ne tarda pas à se produire sous forme d'élimination des bourgeons carcinéux, bientôt suivie de l'arrêt des hémorragies, du retour des forces, du sommeil et de l'appétit.

Le 21 août, quatre semaines environ après le début du traitement, l'état général était satisfaisant et la malade commençait à reprendre de l'embonpoint et des couleurs, et le 27, après avoir été enchaînée pendant plusieurs années au lit ou sur la chaise longue, elle était en mesure de faire une promenade d'une demi-journée à la campagne.

A la date du 7 octobre, un des médecins qui l'avaient traitée, M. Mantey-Elsterwerda, déclarait qu'il s'agissait bien d'un cas incontestable de guérison de cancer, et cette assertion était encore confirmée le 12 janvier 1903.

* * *

6° CANCER DE LA RÉTINE.—Mme Bertha Katscher, âgée de quarante-deux ans, écrivain connu, avait été opérée deux fois d'un cancer du sein droit, la première fois en avril 1899 et la seconde pour une récidive en mars 1901.

Dans l'intervalle, en septembre 1900, pleurésie droite, guérie en quelques semaines.

Malgré la double opération du sein, la cicatrice et les régions avoisinantes avaient subi, de la part du cancer, une nouvelle agression. Mais ce qui préoccupait surtout la malade était un abaissement notable de la vision de l'œil gauche et la percep-

tion de phénomènes étranges qu'elle retrace du reste ainsi elle-même :

"A la fin de l'hiver 1901, je remarquai qu'en me baissant brusquement, il se produisait des étincelles vers le bord externe de l'œil gauche. Ces sensations bizarres disparaissaient lorsque je m'étendais sur un divan ou me lavais la tête à l'eau froide. Mais elles ne tardèrent pas à se rapprocher et bientôt ne me laissèrent plus de tranquillité.

"Un jour que je me reposais après le repas, la moitié droite de la face et l'œil droit appliqués contre l'oreiller, je constatai avec terreur qu'en regardant avec l'œil gauche des œufs de Pâques peints en rouge, ceux-ci m'apparaissaient d'une blancheur de neige. Je me levai alors et regardai avec l'œil droit; la perception fausse avait disparu. Peu à peu la vision s'affaiblit dans l'œil gauche, et bientôt il me fut impossible de distinguer les objets. Cette hémicécité ne tarda pas à se compliquer de larmoiement. Le plus triste, c'est que l'oculiste consulté me déclara qu'il n'y avait rien à faire. Je me résignai alors à considérer mon œil comme irrévocablement perdu."

Un peu plus tard, la malade fut examinée par le professeur Goldzieher, de Buda-Pesth, et voici, à la date du 3 août 1902, le diagnostic qu'il transmettait au professeur Adamkiewicz : "Infiltration en forme de carapace et de nature cancéreuse de la choroïde, décollement partiel de la rétine."

Quelques jours avant, le 30 juillet, Adamkiewicz avait reçu la première visite de Bertha Katscher.

La moitié droite de la poitrine était complètement déformée et il ne restait aucun vestige du sein correspondant. A sa place, large cicatrice, s'étendant du creux axillaire à l'appendice xiphoïde et bordée de chaque côté, sur une grande partie de son étendue par un bourrelet dur, recouvert d'une peau normale. Consécutivement à l'opération chirurgicale, la paroi de la poitrine et la plèvre avaient été envahies par le processus épithéliomateux.

Il était aisé, du reste, de retrouver les vestiges de cette pleurésie à la matité de la moitié droite de la cage thoracique et à l'affaiblissement du murmure vésiculaire correspondant.

Dans le creux sus-claviculaire droit existait un ganglion métastatique de la grosseur d'une noix.

L'œil gauche était larmoyant et donnait la sensation d'un corps moussé; le regard était fixe et la pupille inerte. Avec

cet œil, la malade ne pouvait plus compter ses doigts ni distinguer les objets; elle n'était plus impressionnée que par l'apparition brusque d'une vive clarté.

Tel était l'état le 30 juillet 1902.

Le même jour, Adamkiewicz commença les injections de cancroïne.

Dès le lendemain, on pouvait constater une diminution de l'infiltration cicatricielle de la poitrine et du ganglion sus-claviculaire. Les jours suivants, le mouvement de régression continua à s'accroître. Le 5 août, l'infiltration de la cicatrice avait disparu et l'on ne sentait plus le ganglion sus-claviculaire.

Mais assurément les constatations les plus intéressantes, en raison de l'importance de l'organe, portèrent sur l'œil malade. Les modifications produites par les injections de cancroïne furent enregistrées chaque jour.

Dès le début du traitement, la vision s'améliora et l'on peut dire que les progrès marchèrent de pair avec la régression des productions carcinomeuses extérieures.

Après la seconde injection, la malade pouvait distinguer à une distance de 25 centimètres la main et quelques doigts; le 5 août, la figure de son mari, qu'elle avait cessé d'apercevoir depuis quatre mois, et la couleur des feuilles des arbres qui s'agitaient devant sa fenêtre; le 7, elle était en mesure de reconnaître les enseignes des magasins et de lire les chiffres des marchandises en étalage.

Ces résultats successifs ont d'ailleurs été consignés par elle dans une note qu'elle a remise au professeur Adamkiewicz et où elle dit, en particulier, qu'après la sixième injection, elle distinguait dans le miroir les divers traits de son visage, la couleur de son peignoir et des petits boutons dorés qui le garnissaient.

Voici, d'autre part, le résultat de l'examen oculaire, pratiqué le 4 août après la 4ème injection, à la demande d'Adamkiewicz par M. Sachs, 1er assistant de la clinique ophthalmologique de l'Université de Vienne :

Œil droit normal.

Œil gauche : tumeur sous-rétinienne d'apparence épithélioïdique; les doigts peuvent être comptés à une distance de 25 centimètres.

Nouvel examen, le 8 août, à la suite de la 7ème injection : Amélioration telle de la vision de l'œil gauche que la recher-

che nérimétrique du champ facial permet de constater le retour des deux tiers de l'acuité normale.

Le professeur Goldzieher, qui a pu contrôler ces effets, n'a pas hésité à affirmer : 1° que l'acuité visuelle avait augmenté dans des proportions inattendues; 2° que l'examen du fond de l'œil démontrait la résorption indéniable d'un processus carcinéux.

Au mois de novembre 1902, Adamkiewicz eut l'occasion de constater que l'amélioration s'était encore accentuée, probablement sous l'influence de cinq nouvelles injections de sérum destinées à prévenir toute récurrence aussi bien du côté de l'œil que du côté du sein.

Adamkiewicz explique les résultats merveilleux qu'il obtient par sa conception du cancer. D'après lui, le cancer n'est point une production épithéliale, mais bien un être vivant, que son sérum tue et élimine de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, le professeur de Vienne n'a pas la prétention de guérir tous les cas qui se présentent à lui.

Il est clair que lorsqu'un organe essentiel a été compromis au point de ne pouvoir recouvrer ses fonctions physiologiques, le patient finit par succomber, alors même qu'il serait libéré de son cancer.

De par l'expérience clinique, Adamkiewicz se croit néanmoins en droit d'affirmer que la cancéroïne possède assez de puissance pour guérir le cancer, prolonger l'existence dans les cas moins heureux, et, en tous cas, ne jamais nuire.

Au début, les injections sont faites quotidiennement. La quantité de sérum employée généralement le premier jour est de $\frac{1}{2}$ centimètre cube. Progressivement la dose est élevée jusqu'à 1 c. c. $\frac{1}{2}$. Dans quelques cas, exceptionnellement graves, Adamkiewicz est monté à deux centimètres cubes. Mais des phénomènes réactionnels intenses peuvent se produire. Mêmes dangers à craindre lorsqu'en raison de la gravité de la lésion, on injecte d'emblée 1 centimètre cube. On suspend le traitement après l'élimination de l'élément carcinéux.

Il est impossible, du reste, en ce qui concerne la direction de la cure, de donner des règles précises. L'étendue et la gravité du mal, le mode réactionnel du sujet sont les meilleurs guides dont on puisse s'inspirer pour mener à bien une médication aussi active.

ALEX. RENAULT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

DE L'IMPORTANCE DE LA SEMEIOLOGIE EN CLINIQUE

La séméiologie est la science des signes morbides. Pour faire un bon diagnostic il faut connaître, observer et très bien interpréter ces signes. L'étude des localisations anatomiques, du jeu physiologique des organes et des causes de la maladie est la base fondamentale de toute la pathologie. C'est par l'observation, l'interrogatoire et l'examen direct du malade que nous recueillons tous les éléments nécessaires au diagnostic. Afin de ne pas perdre un temps précieux à l'heure de la consultation, il est mieux de ne pas laisser les malades se perdre en des renseignements futiles ou inutiles et de suivre la méthode suivante qui facilitera un diagnostic rationnel déduit de l'examen complet du malade.

Antécédents héréditaires :

Directs : père, mère, grands-parents, frères et sœurs;

Collatéraux.

Antécédents personnels :

Enfance, sein ou biberon;

Menstruation;

Modus-vivendi;

Maladies antérieures;

Couches;

Descendance.

Histoire de la maladie actuelle; sa cause supposée par le malade :

Refroidissement;

Traumatisme;

Ecart de régime;

Infection;

Surmenage intellectuel ou physique.

Son début :

Lent;

Rapide.

Ses prodromes :

Frisson;

Troubles généraux;

Troubles subjectifs.

Sa marche jusqu'à l'état présent :

A-t-elle augmenté d'intensité et jusqu'à quelle date ?

Y a-t-il eu amélioration ou aggravation ?

Quelles complications sont survenues?

Quel traitement a été appliqué?

Quels sont les troubles des principales fonctions accusés par le malade?

Manifestations morbides :

Principales;

Accessoires.

Etat général :

Aspect extérieur;

Etat de la nutrition;

Etat du poids par rapport à la taille;

Etat des forces;

Sommeil.

Symptômes céphaliques :

Maux de tête;

Vertiges;

Troubles oculaires.

Symptômes thoraciques :

Toux;

Crachats;

Oppression;

Douleurs;

Palpitations.

Symptômes abdominaux :

Douleurs;

Appétit;

Nausées;

Vomissements;

Selles;

Sécrétion urinaire.

Prendre la température, tâter le poulx et en compter les pulsations; voir si le malade est gêné pour respirer et nombrer les respirations; examiner l'habitus extérieur; se rendre compte de la voix parlée.

Procéder alors à l'étude des symptômes généraux :

Constitution { Forta ;
 { Faible complexion.

Conformation; difformités.

Taille.

Etat du squelette.

Musculature.

Pannicule adipeux.

Attitude { Debout ;
 Assis ;
 Couché ; } { decubitus dorsal ;
 — latéral ;
 en chien de fusil, etc.

Facies { Sain ;
 Maladif.

Tcint { Joues :
 Lèvres :
 Conjonctives : } { Rouge ;
 Cyanosé ;
 Ictérique ;
 Pâle ;
 Terreux ;
 Jaune paille, etc.

État de la nutrition { Émaciation ;
 Pléthore ;
 Aspect bouffi ;
 — œdémateux.

Expression; regard.

Inspection de la tête :

Conformation du crâne;

Cheveux;

Yeux;

Oreilles;

Nez;

Joues;

Langue;

Voile du palais;

Pharynx.

Inspection du cou :

Forme;

Dimensions.

Etat des gros vaisseaux (artères carotides et veines jugulaires).

Glande thyroïde (goître).

Ganglions lymphatiques.

Larynx, voix.

Peau et tissu conjonctif :

Couleur;

Eruptions;

Sèche ou moite;

Température; sa distribution;

Œdèmes;
Cicatrices;
Eschares.

Quels sont les symptômes saillants qui attirent particulièrement l'attention sur un appareil spécial paraissant être en souffrance d'après les commémoratifs?

Appareil respiratoire :

Annexes :

Nez;
Larynx.

Inspection : Conformation du thorax (menstruation, s'il y a lieu).

Mouvements respiratoires :

Nombre, type, fréquence,

Expansion ; { unilatérale ;
 { bilatérale ;

Tirage;

Durée maxima de la pause*apnéique volontaire;

Toux; crachats;

. Percussion;

Palpation;

Vibrations thoraciques;

Auscultation de la respiration;

Auscultation de la voix parlée;

Auscultation de la voix chuchotée;

Transsonance métallique;

Ponction exploratrice s'il y lieu (examen cytologique sérosités).

Appareil circulatoire :

Artères périphériques { Souples ;
 { Dures ;
 { Calcifiées ;
 { Sinueuses.

Pouls { Fréquence ;
 { Rythme { régulier
 { ou non ;
 { État de l'onde pulsatile { inégale
 { ou non.
 { Tension artérielle ;

Inspection { Voussure ou non ;
 { Région du cœur ;
 { — des gros vaisseaux.

Palpation de la région précordiale { Frémissement
cataire.

Palpation du choc de la pointe; siège par rapport au mamelon et à l'espace intercostal correspondant.

Percussion du cœur et de l'aorte.

Auscultation du cœur et des gros vaisseaux.

Au besoin, radiographie.

Examen du sang le matin à jeun.

Séro-diagnostic le cas échéant.

Appareil digestif :

Lèvres;

Langue;

Pharynx;

Appétit;

Soif;

Régurgitations et vomissements;

Selles;

Douleurs spontanées;

Inspection et palpation de l'abdomen { Points
douloureux ;
Tumeurs,

Inspection de l'estomac;

Inspection du foie;

Inspection de la rate;

Inspection du gros intestin.

Percussion de l'abdomen { Estomac ; { Clapotage ;
Foie ; { Succussion ;
Rate ;
Tumeurs.

Appareil urinaire :

Palpation des reins (mobilité, volume);

Fréquence des mictions (diurne, nocturne);

Evacuation volontaire;

Miction douloureuse;

Quantité d'urine éliminée en 24 heures;

Densité;

Urine claire ou trouble à l'émission;

Filaments en suspension;

Odeur;

Couleur ;
 Réaction ;
 Albumine, sucre, etc. :
 Sédiments et éléments figurés.

Appareil génital :
 Menstruation ;
 Fonctions sexuelles ;

Etat des testicules { Volume ;
 Sensibilité.

Système nerveux : { Forts ou faibles ;

Troubles moteurs { Mouvements volontaires, actifs ; } incoordonnés
 { Mouvements imprimés, passifs ; } ou non.
 { Réactions électriques ;
 { Force au dynamomètre.

Troubles sensitifs { Tact ; } Retard ;
 { Piqûre ; } erreurs de lieu ;
 { Température (froid, chaud) ;
 { Electricité ;
 { Sens musculaire (notion de position et de
 direction des membres, appréciation, les
 yeux fermés, des objets mis dans la main)

Hypoesthésie ; Anesthésie ; Dysesthésie ; Paresthésie.

Troubles vaso-moteurs (persistance des raies ; dermatographie).

Réflexes { Plantaire ;
 Des orteils ;
 Achilléen ;
 Rotulien ;
 A la percussion du triceps
 Testiculaire ;
 Abdominal ;
 Du poignet { périostique ;
 tendineux ;
 Massétérin ;
 Pharyngien ;
 Pupillaire { à la lumière ;
 à l'accommodation ;
 à la convergence ;
 à la douleur.

Locomotion.

Tremblements (au repos, intentionnels). { des paupières ;
 des globes oculaires (nystagmus) ;
 de la langue ;
 des mains ;

Organe des sens :

Cornée (taies, cercle sénile); iris; cristallin;

Appareil oculaire	{	Musculature	{ strabisme ;
			{ diplopie.
		Acuité ;	
		Champ visuel ;	
		Fond de l'œil.	

Appareil auditif (acuité, bruits subjectifs).

Appareil olfactif.

Appareil gustatif.

Etat de la conscience.

Facultés intellectuelles.

Céphalalgie.

Vertiges.

Délire et anomalies du caractère.

Sommeil; Rêves.

Lorsqu'on est familiarisé avec tous ces phénomènes cliniques, l'examen d'un malade se fait rapidement, car, guidé par les commémoratifs, les symptômes saillants et la vue du malade, l'interrogatoire porte directement sur l'affection soupçonnée.

Au début de l'exercice de la profession et dans tous les cas difficiles, il est indispensable de suivre ce schéma d'observation pour arriver par élimination à un bon diagnostic.

DR D. E. LECAVELIER.

Le tabac doit être apprécié, non plus avec les seules données chimiques et pathologiques, mais aussi avec les réactifs morales qu'il produit; souvent les petits nuages soufflés font naître des réflexions, bercent l'esprit, veloutent un caractère irrité et calment des passions inassouvies. Le tabac joue alors un rôle important dans l'hygiène humaine.

L'organisme n'est pas semblable à un bouillon de culture inerte et passif; les cellules qui le composent, loin de subir passivement l'action des micro-organismes envahisseurs, entrent en lutte avec eux et la maladie est constituée par les divers épisodes, les diverses péripéties de cette lutte parfois homérique.

LA MEDICATION HYPOTENSIVE

PAR M. LE PROFESSEUR HUCHARD.

L'hypertension artérielle constitue un syndrome pathologique qu'il importe de bien connaître physiologiquement et cliniquement pour le traiter par une thérapeutique rationnelle.

L'hypertension est sous l'influence de l'impulsion cardiaque et de la toxicité artérielle.

Elle se rencontre dans la présclérose, l'angine de poitrine coronarienne, l'aortisme héréditaire, le tabagisme, la néphrite interstitielle, l'alimentation carnée intensive, point de départ d'auto-intoxications alimentaires.

Elle se reconnaît aux caractères suivants : 1° la mesure directe par la sphygmomanométrie, souvent infidèle ; 2° le retentissement diastolique de l'aorte ; 3° la stabilité du pouls et son type inverse : à l'état normal les pulsations diminuent de six à huit lorsqu'on passe de la station verticale à l'horizontale ; cet écart tend à disparaître ou à être renversé dans l'hypertension.

L'hypertension peut être traitée par des moyens physiques et médicamenteux : 1° le régime alimentaire végétal substitué au régime carné intensif ; le massage et les mouvements musculaires provoqués, la balnéothérapie dans des stations comme Bourbon-Lancy, Brides, Salins-Moutiers, Evian, très préférables à Nauheim ;

2° Le nitrite d'amyle au moment des accès, le tétranitrol, les nitrites ; ou bien le soir un grand verre d'eau d'Evian, additionnée de 50 centigrammes à 1 gramme de bicarbonate de soude et de nitrate de potasse ; ou encore la théobromine à petites doses ; enfin, les iodures.

Nous signalerons également l'action hypotensive d'un sérum que R. Blondel a retiré très ingénieusement du lait et qu'il vient de nous faire connaître. Nous avons déjà, grâce à lui, expérimenté le *lacto-sérum* sur plusieurs de nos malades ; nos observations ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre de conclure d'une façon définitive ; l'action hypotensive de cet agent est extrêmement curieuse.

Il est une autre médication importante, par l'*organothérapie*, sur laquelle il y a lieu d'entreprendre encore de nouvelles recherches.

**PARALYSIE LABIO-GLOSSO LARYNGEE
APOPLECTIFORME D'ORIGINE BULBAIRE**

PAR M. LE PROFESSEUR ODDO.

Le nommé Brunel Marius, tonnelier, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital, le 16 octobre.

Paralysie de la langue.—Le malade est atteint d'anarthrie complète, il ne lui est pas possible d'articuler aucun son, un vague grognement pharyngien est tout ce qu'il profère lorsqu'il essaie de parler. Sa langue est totalement paralysée, elle gît immobile sur le plancher de la bouche sans qu'elle soit animée du moindre mouvement. La sensibilité tactile et gustative de la langue est conservée. *Paralysie du voile du palais.*—La déglutition est totalement impossible, le liquide reflue vers les fosses nasales et pénètre dans la trachée à tout essai de déglutition. On entend un ronflement continu produit par le flottement du voile du palais. A l'examen direct, ce voile pend inerte et n'est soulevé par aucun mouvement, quelque effort que fasse le malade; la luette non déviée balaie le dos de la langue. Le reflexe pharyngien est totalement supprimé. *Paralysie des muscles de la face.*—Le pli naso-labial est relevé légèrement des deux côtés, il est très effacé à gauche. L'abaissement des commissures labiales est supprimé. L'orbiculaire des lèvres se contracte à peine, le malade ne peut faire la moue, ni siffler, ni souffler. Au repos le malade fume la pipe. Le rire est très ébauché, et se fait en travers. Il y a un contraste absolu entre l'immobilité de la moitié inférieure de la face et la mobilité de la moitié supérieure; le frontal, le sourcilier se contractent, l'abaissement des paupières se fait normalement, seule, la contraction de l'orbiculaire des paupières est atteinte, le malade ne pouvant fermer son œil par la contraction des paupières.

Les mouvements de la mâchoire sont conservés. Les mouvements de latéralité et de diduction des mâchoires sont conservés aussi. Le reflexe massétérin n'est pas supprimé. *Paralysie des membres.*—Il y a une parésie très prononcée des quatre membres, mais elle est plus complète dans les membres inférieurs que dans les supérieurs. Chose curieuse, le malade remue encore un peu ses jambes lorsqu'il est au lit, mais s'effondre complètement dès qu'on veut le mettre sur ses pieds. Sa jambe gauche est plus affaiblie que la droite. Il en est de

même de l'affaiblissement musculaire du membre supérieur qui est plus marqué à gauche où le dynamomètre accuse 10, qu'à droite où il accuse 14.

La sensibilité dans tous ses modes est intacte partout, sur la peau et sur les muqueuses.

Le reflexe patellaire est conservé de deux côtés, un peu exagéré à gauche. Le signe de Babinski est positif à gauche et on constate une extension inconstante et peu marquée.

Il y a un léger tremblement des mains, les muscles des membres et ceux de la face sont animés de contractions fibrillaires. La contraction électrique des muscles n'a malheureusement pas pu être recherchée. Les sphincters sont intacts.

Troubles respiratoires et circulatoires.—Il y a une polypnée très marquée sans que le malade paraisse en souffrir sensiblement. La respiration s'élève à 50 par minute, les jours suivants elle oscille autour de 40. Le pouls est aussi très rapide, il est à 112, les jours suivants il oscille de 120 à 124.

L'intelligence est complète. Il est curieux d'observer la vivacité de l'intelligence qui se traduit à travers ce masque inexpressif. Sauf les deux premiers jours où le malade est en proie d'une légère torpeur, il traduit sa pensée par une mimique très expressive, par les gestes et les mouvements des yeux et de la partie supérieure de la face. Du reste il n'y a pas trace d'aphasie, le malade écrit avec certaines difficultés à cause de l'affaiblissement des membres supérieurs, mais il ne commet aucune erreur. Il comprend parfaitement ce qu'on lui dit et ce qu'il lit.

Etat général assez bon, arterio sclérose très prononcée.

Commémoratifs.—Le malade nous apprend qu'il a eu un chancre mal soigné il y a vingt-cinq ans. Il avoue s'être livré depuis longtemps à des excès alcooliques, abus du tabac.

Il a eu une petite attaque il y a deux ans, elle a été suivie comme cette fois-ci d'un trouble complet de la parole et de la déglutition, accompagnés d'un affaiblissement des membres. Les accidents ont été les mêmes que cette fois-ci, mais ils n'ont duré qu'un mois, se sont dissipés progressivement ensuite, mais la parole est toujours restée difficile. *Débuts.*—Il y a huit jours il s'est brusquement réveillé le matin dans un état semblable à celui dans lequel il est maintenant : ne pouvant ni parler, ni manger, ni avaler, les membres très affaiblis. La

veille aucun symptôme n'avait annoncé cet accident : pas de vertiges, pas de céphalalgie.

On commence le traitement mixte iodure de potassium et frictions mercurielles.

Les jours suivants les phénomènes restent les mêmes, mais progressivement les troubles respiratoires et circulatoires se dissipent. Mais la paralysie labio glosso-laryngée reste stationnaire, ainsi que l'affaiblissement musculaire des membres.

On nourrit le malade à la soude. Au bout de quelques jours une fièvre assez vive s'élève accompagnée de signes de bronchite qu'il faut attribuer à une *infection ab-ingestis*. Les accidents sont éphémères et tout rentre bientôt dans l'ordre.

Les premiers jours de décembre le malade est toujours dans la même situation.

RÉFLEXIONS

Le début brusque apoplectiforme de cette paralysie glosso-labio-laryngée, est le phénomène capital de cette observation. Il permet d'éliminer d'emblée le diagnostic de *paralysie labio glosso-laryngée progressive*, de Duchenne de Boulogne, qui répond à une atrophie nucléaire à marche lente et à début insidieux. Le début brusque permet aussi d'éliminer le diagnostic de *paralysie bulbaire amyosthénique* ou *syndrome d'Erb*, dans lequel il y a bien comme ici participation du facial supérieur et affaiblissement musculaire de caractère particulier des membres. Mais ici encore, le début est progressif, l'envahissement commençant par les membres inférieurs ou par la face et gagnant lentement les muscles de la parole et de la déglutition. Nous avons affaire à une *paralysie labio-glosso-laryngée apoplectiforme*.

Le syndrome est produit par une *lésion en foyer*, qui seule peut expliquer ce début brusque, mais le foyer siège-t-il dans le cerveau, le mésocéphale ou le bulbe? Avons-nous affaire à une *paralysie pseudo-bulbaire* ou à une *paralysie bulbaire vraie*?

On sait que Charcot et Joffroy ont établi les premiers que la paralysie glosso-labée pouvait être produite par une double lésion cérébrale et non bulbaire et qu'elle présente alors une forme apoplectique. Le mémoire de Lépine a ensuite constitué la description classique de ce syndrome anatomoclinique.

Depuis, de très nombreux travaux ont été consacrés à cette question, entre autres, les thèses de Leresche, de Galavielle, d'Halipré, les leçons fort intéressantes de Raymond, etc. Enfin, tout récemment, un élève de Dejerine, Albert Comte, a fait une étude très soignée des différentes localisations que peuvent affecter les lésions en foyer, capables de déterminer le syndrome glosso-labié.

Ces lésions peuvent siéger dans le *centre cortical* des mouvements de déglutition et de phonation, qui siège dans l'opercule rolandique. Mais ce centre est un centre bilatéral, d'où il résulte qu'une *double lésion symétrique* est nécessaire pour réaliser le syndrome. C'est-à-dire que la *paralysie glosso-labiée se produit après un double ictus*. Le premier ictus est suivi d'némiplégie transitoire ou non, puis survient un second ictus accompagné d'une hémiplegie du côté opposé et c'est à la suite du second ictus que le syndrome fait son apparition. D'autre part, Lépine avait montré qu'une lésion du noyau lenticulaire pouvait aussi déterminer la paralysie pseudo-bulbaire, pourvu que cette lésion fût aussi double et symétrique. Mais Albert Comte vient de démontrer que le syndrome peut être produit par une lésion altérant sur un point quelconque de leurs trajets, les fibres de projection qui réunissent l'opercule rolandique aux noyaux de l'étage inférieur du bulbe. Il a pu ainsi étudier le trajet de ce faisceau qui, partant de l'opercule, plonge dans la couronne rayonnante, aborde la capsule interne par sa partie supérieure, en rasant d'abord le bord antérieur du putamen, puis en descendant vient se placer entre le faisceau géniculé et le faisceau pyramidal, passe ensuite entre ces deux faisceaux, dans le pied du pédoncule cérébral, suit un trajet mal connu dans la protubérance, et vient se terminer dans les noyaux de l'étage inférieur du bulbe. Dans tout ce trajet, une double lésion affectant les deux faisceaux droit et gauche, est encore nécessaire.

Dans l'observation rapportée plus haut, s'agit-il d'une paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale? On pourrait invoquer en faveur de cette hypothèse le fait du double ictus, l'existence d'une double hémiplegie, la persistance des mouvements dans le lit avec impossibilité de la station debout.

Mais il faut remarquer, et c'est là le côté le plus original de l'observation, que le premier ictus avait déjà produit une

double hémiplégie et le syndrome labio-glosso laryngé. Les affirmations du malade sont formelles sur ce point. Donc le syndrome ne s'est pas produit après deux lésions symétriques, mais *il s'est produit deux fois à la suite d'une lésion unique chaque fois*. De même pour les troubles moteurs des membres, il n'y a pas eu deux hémiplegies successives dues, chaque fois, à une lésion unilatérale correspondante, mais il y a eu deux fois une lésion qui a déterminé chaque fois une double hémiplégie.

Quant au signe tiré de la conservation relative des mouvements dans l'attitude couchée, il est considéré par le professeur Raymond comme plaidant en faveur d'une lésion ganglionnaire, admettant que les ganglions cérébraux sont, suivant la théorie de Brissaud, des *centres d'habitude* et que la paralysie que leur lésion entraîne présente un caractère de spécialisation fonctionnelle. J'avoue que je n'attache pas à ce signe, quelque ingénieuse que soit cette théorie, une valeur de bien grande importance.

Par contre, il y a dans l'observation qui m'occupe des caractères qui militent en faveur de la localisation bulbaire. C'est d'abord la production de la paralysie glosso-labiale et de la double hémiplégie après un seul ictus. C'est ensuite l'absence de troubles psychiques; j'ai suffisamment insisté sur la lucidité de l'intelligence de mon malade. Je mentionnerai l'absence du rire et du pleurer spasmodique qui est considérée par Raymond comme étant en bon signe en faveur de la lésion cérébrale.

Un signe de très haute valeur, est la production de troubles cardiaques et respiratoires. Ces signes ont une très grande *signification bulbaire* si je puis m'exprimer ainsi, surtout si on les rapproche des autres troubles pouvant relever de lésions des noyaux voisins des centres circulatoires et respiratoires.

Un signe de très grande valeur est l'atrophie linguale qui s'est produite depuis quelque temps chez mon malade. Cette atrophie ne saurait être produite par une lésion corticale capsulaire ou mésocephalique, elle est pathognomonique d'une lésion nucléaire.

Enfin, un dernier signe différentiel résulterait de l'existence de troubles de la contraction électrique des muscles paralysés, troubles qui n'appartiennent encore qu'aux lésions nucléaires.

C'est là une lacune regrettable, dont l'insuffisance d'outillage est responsable.

Nous voici donc amenés à admettre une lésion bulbaire. Les paralysies glosso-labiales-bulbaires-apoplectiformes ont été bien étudiées par Senator. Le professeur Raymond a consacré une leçon clinique des plus remarquables à l'étude d'un fait de cet ordre et il a élucidé le mécanisme avec une clarté admirable. Nous utiliserons les éléments puisés dans cette belle leçon pour l'interprétation de notre fait personnel.

Pour localiser la lésion capable de produire les symptômes présentés par notre malade, il nous faut d'abord rappeler à grands traits les particularités anatomiques concernant la circulation du bulbe telle que nous l'a fait connaître Duret.

Les artères du bulbe sont fournies par les deux *vertébrales* qui se réunissent en haut pour former le *tronc basilaire*.

Ces artères forment trois groupes : les *artères centrales* ou des *noyaux*, les *artères périphériques* ou des *cordons* et les *artères radicales* situées plus en dehors et dont nous ne nous occuperons pas.

Les *artères des noyaux* sont fournies au niveau de l'étage inférieur du bulbe par les vertébrales, elles forment à ce niveau l'artère *spinale antérieure* à tronc souvent unique et formé par la réunion de deux branches provenant de chacune des vertébrales. La spinale antérieure fournit des rameaux qui irriguent l'étage inférieur du bulbe où se trouve les noyaux du facial inférieur, du spinal et de l'hypo-glosse. Ainsi donc, suivant les termes même de Duret, cités par Raymond : "Lorsqu'un caillot siège dans l'une des vertébrales, il interrompt la circulation dans l'artère spinale antérieure et par conséquent dans les artères médianes qui en partent, c'est-à-dire dans les artères des noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur. Il donnera lieu à tous les symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée à début brusque."

Dans le cas d'oblitération de la vertébrale, les troubles cardiaques et respiratoires manquent et tout se réduit aux troubles de la déglutition, de l'articulation des mots de la phonation et de la paralysie du facial inférieur. C'est ce qui se rencontre dans un certain nombre d'observations : celles de Proust, de Charcot, de Joffroy, de Strohl et dans celle qui fait le sujet de la leçon de Raymond.

Les artères des noyaux qui fournissent à l'étage moyen du bulbe sont les artères *sous-protubérantielles* qui proviennent de la partie inférieure de la basilaire, elles se rendent aux noyaux du glosso-pharyngien et du pneumogastrique. " Lorsque le caillot occupe la partie inférieure du tronc basilaire, dit Duret, il anémie des artères sous-protubérantielles, les centres du pneumogastrique." En d'autres termes lorsque le caillot occupe le tronc de la basilaire dans sa partie inférieure aux phénomènes de paralysie glosso-labio-laryngée viendront se joindre les troubles respiratoires et circulatoires qui entraînent la mort subite lorsque l'oblitération est complète, et qui amènent des troubles compatibles avec la vie, comme c'est le cas chez notre malade, lorsque cette oblitération est incomplète.

Au niveau de l'étage supérieur du plancher du quatrième ventricule se trouvent situés les noyaux du facial supérieur et des nerfs oculo-moteurs. Les artères qui fournissent le sang à ces noyaux proviennent de la partie supérieure du tronc de la basilaire et constituent les *artères médio-protubérantielles*.

Ainsi donc un caillot qui oblitérerait complètement la ou les vertébrales, et qui ne remplirait qu'incomplètement le tronc de la basilaire dans sa partie inférieure expliquerait les symptômes présentés par notre malade, la paralysie glosso-labio-laryngée d'une part et les troubles cardiaques et pulmonaires de l'autre. Quant à la participation du facial supérieur uniquement caractérisée par l'affaiblissement de l'orbiculaire des paupières, elle indiquerait peut-être que la circulation n'est pas entièrement libre dans la partie supérieure du tronc basilaire.

Reste la paralysie des membres, la double hémiplégie qui est en rapport avec les altérations du second groupe des artères bulbaires, *les artères des cordons* dont l'oblitération compromet la vitalité des pyramides bulbaires motrices et détermine l'apparition d'une double hémiplégie.

Les détails de l'observation cadrent donc d'une manière parfaite avec ce que dit Raymond, lorsqu'aux exemples de paralysie glosso-labio-laryngée pure dans lesquels les lésions sont limitées à la vertébrale, il oppose les cas complexes dans lesquels on rencontre à côté des syndrômes, paralysie glosso-labio-laryngée, des troubles cardiaques, respiratoires, gastriques, urinaires, hémiplégie alterne ou double, etc.

L'origine artérielle de cette paralysie bulbaire est d'autant

plus admissible que les raisons que présente notre malade de faire de l'artérite sont nombreuses puisqu'il réunit l'artério-sclérose, l'alcoolisme et la syphilis.

S'agit-il d'une embolie ou d'une thrombose ? J'inclinerais plus volontiers vers cette seconde hypothèse étant donné que notre malade a été atteint une première fois d'accidents semblables à la suite desquels il avait conservé une certaine difficulté de la parole. Cette thrombose s'est résorbée incomplètement, il était sans doute resté une plaque d'artérite sur la vertébrale et cette plaque d'artérite a été le point de départ d'une nouvelle oblitération.

Quelle est la part de la syphilis dans ces accidents ? Elle a certainement joué un rôle important. Elle n'est probablement pas seule en cause étant donnée l'artério-sclérose avancée que présente notre malade. Quoi qu'il en soit le traitement spécifique a amené quelques résultats partiels, mais importants pour la survie du malade, puisque les troubles cardiaques et respiratoires ont disparu au repos et ne reparaisent que lorsqu'on veut mettre le malade sur ses jambes; et c'est ce qui a empêché qu'on l'amène devant vous.

Si donc les accidents sont momentanément enrayés, le pronostic n'en reste pas moins fort grave, et l'on peut dire que la vie du malade est suspendue à un fil, puisque l'oblitération peut se compléter d'un jour à l'autre. Si cette malheureuse éventualité se produisait on pourrait contrôler la justesse de notre diagnostic qu'il m'a paru intéressant de discuter avec vous.

Pour tous les esprits qui suivent le mouvement scientifique moderne, il est évident que la chimie tout entière est orientée vers la biologie. C'est sur le terrain de la physiologie et de la pathologie que la chimie porte de plus en plus son principal effort.

Le cellulogène agit en excitant la reproduction des cellules et en multipliant les hématies; il rajeunit les tissus, il confère à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances de causes nerveuses ou morbides.

**L'EXPLORATION COMPARATIVE DE L'EXPANSION DES
SOMMETS DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

PAR M. ALBERT RUULT

*Médecin honoraire de la Clinique laryngologique des
Sourds-Muets.*

La tuberculose du poumon, dès son début, a pour effet de diminuer la perméabilité des bronchioles intra-lobulaires. Alors que l'affection ne se traduit encore anatomiquement que par la présence de nodules péribronchiques disséminés dans un des sommets, le rétrécissement des voies aériennes terminales est déjà décélé à une oreille exercée par la rudesse ou l'affaiblissement du murmure vésiculaire inspiratoire, ainsi que l'a montré M. Grancher. Cette diminution de la perméabilité des alvéoles, qui augmente à mesure que les lésions s'accroissent et s'étendent, entraîne une diminution progressive de l'élasticité de la région atteinte : en même temps que l'air y pénètre plus difficilement et en moindre quantité qu'ailleurs, l'expansion inspiratoire du sommet diminue de plus en plus, et finit même par disparaître plus ou moins complètement.

La constatation de cette diminution de l'amplitude respiratoire au niveau d'un sommet est toujours difficile et souvent impossible par l'inspection de la partie supérieure du thorax ou par la palpation bi-manuelle (amplexation), pratiquée successivement de chaque côté. Aussi les auteurs ne se préoccupent-ils guère de la valeur de ce signe, et méconnaissent-ils l'existence d'autres anomalies de l'expansion que je signalerai tout à l'heure. Toutes ces anomalies sont au contraire très faciles à constater et fournissent des renseignements utiles, si, au lieu de les rechercher par la vue ou l'amplexation, on les étudie méthodiquement à l'aide de la palpation pratiquée de la manière suivante :

Le médecin fait asseoir le malade, épaules nues, sur un tabouret (1). Il lui recommande de se tenir droit, les épaules effacées et également tombantes, le corps d'aplomb, les reins soutenus, sans contraction ni raideur d'aucune partie du corps. Le médecin reste debout, se tient droit derrière le malade, et

(1) A l'hôpital, où le malade est généralement couché quand on l'examine, on peut le faire asseoir au milieu de son lit, latéralement, les jambes pendantes.

applique doucement la paume des mains sur ses épaules, la main gauche sur l'épaule gauche et la main droite sur l'épaule droite, les pouces en arrière au niveau des fosses sus-épineuses, le pli de chaque pouce à cheval sur le bord saillant du trapèze, les doigts en avant, joints, passant sur les clavicules qu'ils croisent, la pulpe des doigts sur la partie moyenne du creux sous-claviculaire. Dans cette position, toute la face palmaire des doigts doit être autant que possible en contact intime avec la peau du sujet, mais sans y exercer de pression notable.

L'observateur prie alors le malade de respirer sans efforts exagérés, mais largement, franchement et régulièrement, en s'appliquant à bien dilater son thorax au niveau des côtes à chaque inspiration, sans lever les épaules. Dès que la respiration est bien régulière, on peut constater, si les sommets sont sains, que leur expansion détermine, au niveau des régions claviculaires et sous-claviculaires surtout, un soulèvement progressif, symétrique, et parfaitement synchrone des deux côtés, des doigts de chaque main, soulèvement commençant au début de l'inspiration, s'arrêtant au commencement de l'expiration, puis diminuant rapidement pour revenir à zéro à la fin de ce temps respiratoire.

Au niveau d'un sommet malade, au contraire, le soulèvement des doigts est moindre que de l'autre côté. Cette diminution atteint son maximum, d'après mon expérience, en cas de caverne étendue d'un sommet avec adhérences pleuro-pariétales épaisses. En pareil cas, l'inspiration la plus profonde que puisse exécuter le malade peut ne déterminer aucun soulèvement appréciable des doigts. Cette diminution de l'expansion est le plus souvent déjà très nette pendant toute la durée de la période de ramollissement et la plus grande partie de la période d'induration. Mais, au début de cette période de conglomération, et *a fortiori* pendant la germination tuberculeuse, elle est plus faible et généralement difficile à apprécier. Toutefois, si alors on perçoit malaisément, dans la majorité des cas, la diminution de l'expansion pulmonaire, on perçoit au contraire le plus souvent très bien, lorsqu'on a acquis quelque habitude de ce mode d'exploration, d'autres anomalies de l'expansion qui l'accompagnent ou la remplacent, et qui n'ont point été signalées encore : on trouve que cette expansion, peu nettement *diminuée d'amplitude*, est au contraire

très nettement *retardée* ou *raccourcie*, ou encore *saccadée* ou irrégulière (').

Sans prétendre assigner à chacune de ces anomalies de l'expansion une signification précise et distincte, des lésions diverses pouvant évidemment produire les mêmes effets, on est fondé à admettre qu'elles résultent également d'une diminution de la perméabilité et de l'élasticité du parenchyme avec ou sans adhérences pleurales. Comme, en pareil cas, le sommet du poumon suit mal la cage thoracique quand celle-ci tend à se dilater sous l'action des muscles inspirateurs, cette dilatation, à son tour, n'a lieu que d'une façon tardive, incomplète ou irrégulière. Le mécanisme de ces anomalies de l'expansion est donc assez analogue à celui du *tirage*. Aussi conçoit-on qu'elles se perçoivent d'autant plus aisément que l'élasticité de la cage thoracique est plus parfaite : plus nettes chez les enfants et les jeunes sujets que chez les personnes d'âge moyen, elles sont plus nettes chez ces dernières que chez les vieillards.

Elles font très rarement défaut chez les tuberculeux présentant des lésions des sommets. Mais elles sont quelquefois malaisées à saisir : en cas de lésions des deux sommets, par exemple, il peut se faire que l'expansion soit à peu près symétrique, bien que les lésions soient beaucoup plus avancées d'un côté que de l'autre. Elle semble simplement diminuée des deux côtés. Et comme cette diminution bilatérale peut s'observer chez certains emphysémateux même en l'absence de lésions tuberculeuses concomitantes, l'interprétation des signes perçus peut être parfois difficile. Il n'en est plus de même quand les anomalies de l'expansion ne se présentent que d'un seul côté : plusieurs fois, leur recherche systématique me les ayant fait rencontrer contre toute attente chez des gens bien portants en apparence et ne se plaignant pas de tousser ou de cracher, j'ai trouvé à l'auscultation du sommet des signes manifestes de cicatrisation d'anciennes lésions tuberculeuses, dont l'anamnèse m'a permis de reconstituer l'histoire.

Je n'entends pas dire que tous les gens chez lesquels on fait

(1) Chez l'adulte à larges épaules, il est bon de procéder à cette exploration en plaçant successivement les doigts joints d'abord à la partie moyenne de la région sous-claviculaire puis à la partie interne juxta-sternale de cette région, puis à sa partie externe, les deux mains étant toujours placées symétriquement. On peut quelquefois percevoir, dans l'une seule de ces trois positions, des signes qui font défaut ou du moins sont insaisissables dans les deux autres.

cette constatation au niveau d'un sommet présentent à ce niveau des lésions tuberculeuses en activité ou guéries. Cela reviendrait à affirmer que tous les gens dont un sommet respire mal ont ou ont eu de la tuberculose de ce sommet, alors que, de toute évidence, nombre d'autres affections du poumon ou de la plèvre peuvent causer le même trouble fonctionnel. On peut même, dans certains cas, trouver une diminution notable de l'expansion d'un sommet sans que ce sommet soit malade ou l'ait été antérieurement. Il en est ainsi, par exemple, en cas d'affection nerveuse douloureuse (névralgie intercostale) de ce côté de la cage thoracique. De même en cas d'asymétrie marquée du thorax.

Mais toutes ces exceptions n'infirmen en rien la règle générale, et, sans prétendre attribuer aux signes constatables à l'aide du nouveau procédé d'exploration que cette note a pour objet de faire connaître une valeur pathognomonique ou même simplement exagérée, je me crois cependant fondé à affirmer leur réelle utilité dans le diagnostic des premières périodes de la phthisie et du degré de perméabilité des sommets aux différentes périodes d'évolution de cette maladie. A son début, en particulier, leur constatation, très facile lorsqu'on suit la technique que j'ai indiquée, appelle l'attention du médecin sur l'un des sommets, l'incite à l'examiner minutieusement et l'amène parfois à reconnaître des lésions si légères ou si limitées qu'elles lui auraient vraisemblablement échappé s'il n'eût été prévenu.

TRAITEMENT DE L'AMYGDALITE PHLEGMONEUSE PAR LA LEVURE DE BIÈRE

L'amygdalite phlegmoneuse, même bénigne, est une affection très douloureuse, dont l'évolution demande en général plusieurs jours, obligeant pendant ce temps le malade à suspendre ses habitudes et ses occupations, et contre laquelle aucun des traitements actuels ne semble exercer d'action appréciable : il faut que l'abcès "mûrisse" pour arriver à l'ouverture, spontanée ou chirurgicale, qui entraîne rapidement la guérison. "Antiphlogistiques, révulsifs, topiques, astringents, quels qu'ils soient, rien, écrivait l'rousseau, n'abrège sa durée." La marche de cette affection peut d'ailleurs être aggravée par des complications.—œdème sous-glottique, hémorragies par ulcération des gros vaisseaux sousjacents à

l'amygdale, thromboses veineuses, pyohémie, etc.,—contre lesquelles, on le conçoit, le traitement médical se montre encore plus impuissant.

Or, d'après M. Ferry, nous possédons actuellement dans la levure de bière un agent thérapeutique de premier ordre contre cette affection jusqu'ici si rebelle à tous les traitements connus.

Administrée le plus près possible du début de l'affection, de préférence sous forme de levure sèche, à la dose de trois cuillerées à café par jour, prises en trois fois entre les repas, dans du lait sucré, la levure supprimerait très rapidement, en une dizaine d'heures, la douleur extrême à la déglutition, ainsi que les élancements que le malade éprouve dans l'oreille. Après un jour ou deux de traitement, le malade pourrait reprendre ses occupations. Il continue à avoir l'amygdale un peu grosse et dure pendant quelques jours, mais elle n'est pas douloureuse. L'emploi continu de la levure fait disparaître absolument toute trace d'empâtement en cinq ou six jours.

L'avantage plus grand encore de la médication par la levure serait, d'après M. Ferry, la disparition de toute crainte de complications. On ne verrait jamais se produire un abcès dans l'amygdale correspondante, ce qui arrive fréquemment avec les anciens modes de traitement. D'autre part, l'inflammation rétrocedant très rapidement, et les tissus, par conséquent, revenant rapidement sur eux-mêmes, il n'y aurait pas à craindre de voir survenir l'œdème de la glotte. Il en serait de même pour les complications septiques, pour l'ulcération des vaisseaux, qui ne peuvent guère se produire que lorsqu'il y a une rétention prolongée de pus dans une poche à parois résistantes. La levure de bière refroidirait rapidement le pus qui, ensuite, se résorberait peu à peu.

Grâce à l'emploi de la levure, il ne serait donc plus nécessaire de recourir aux méthodes chirurgicales, qui d'ailleurs peuvent, elles aussi, entraîner des complications hémorragiques ou autres.

Bref, le traitement de l'angine phlegmoneuse par la levure de bière constituerait un traitement véritablement idéal, puisqu'à lui seul il suffit à guérir complètement l'affection en quelques heures, sans crainte du coup de bistouri final et des complications parfois terribles que ce coup de bistouri lui-même ne parvenait pas toujours à écarter.

DR. ELLE.

NOUVELLE METHODE POUR LA DIAGNOSE DU SANG HUMAIN EN MEDECINE LEGALE

PAR M. LE DOCTEUR LEBLANC.

Bordet a découvert, il y a quelques années, que si l'on injecte à un animal A le sérum d'une espèce différente B, le sérum de l'animal traité, extrait après un certain temps, produit un précipité volumineux de matière albuminoïde dans ce sérum d'espèce B. L'une des plus intéressantes conséquences qu'on puisse avoir de ce fait est son application directe à la diagnose du sang humain en médecine légale.

Uhlenhuth, le premier, puis Wassennau, en Allemagne, Ogier et Herscher, en France, ont recherché les valeurs de cette méthode.

On connaît l'impuissance de la preuve à cet égard, et le peu de fondement que l'on pouvait faire sur les méthodes employées jusqu'à présent.

De ces divers essais, et des critiques du procédé auxquelles se sont livrés Lemoine et Linossier, il résulte :

1° Que du sang, en très petite quantité, même vieux (taches du sol, des vêtements, le sang menstruel, etc.) est susceptible de donner par injection, un sérum actif.

2° Que la spécificité de la réaction n'est pas absolue à l'égard du sérum de l'espèce suspectée, qu'elle est seulement beaucoup plus nette qu'à l'égard des espèces voisines.

Dans la pratique, il en résulte qu'avant de poser des conclusions définitives, l'expert devra expérimenter sur de nombreux sangs.

L'auteur a fait des expériences personnelles sur la valeur de la réaction et son application pratique. Il a constaté qu'un spécifique stérilisé, frais, peut se conserver quelques mois avec ses propriétés. La durée de la spécificité du sérum dans l'animal injecté n'est au contraire que de quinze à vingt jours après l'injection. La dose moyenne du sérum à injecter à un lapin, qui est l'animal réactif de choix, est de 50 à 60 centimètres cubes.

Il est bon d'indiquer, en terminant, que si la méthode a d'ores et déjà une valeur pratique considérable, elle ne supprime nullement les autres examens chimiques.

La question préjudicielle est en effet de savoir si l'on a réel-

lement affaire à du sang. Enfin l'expert devra se montrer rigoureux dans l'interprétation des résultats, et ceux-ci ne pourront être considérés comme positifs que si la réaction de précipitation s'effectue dans un délai de deux heures au maximum, à la température optima de 32-37° C.

UN CAS DE PROLAPSUS DE L'UTERUS TRAITÉ PAR LES INJECTIONS DE PARAFFINE

PAR MM. LES DOCTEURS DOUGLAS & STONE.

La malade, âgée de 69 ans, trop faible pour subir une opération radicale, souffrait depuis deux ans d'un prolapsus complet de la matrice; ce prolapsus était toujours très marqué, même quand la malade était au lit, et donnait lieu à d'intolérables douleurs. Les pessaires n'avaient apporté aucun soulagement et ils ne parvenaient pas à réduire le prolapsus. Les auteurs résolurent d'essayer des injections de paraffine. Ils se servirent de paraffine fondant à 114° et, après anesthésie, ils firent plusieurs injections de 9 centimètres cubes chacune, sous la muqueuse des parois latérales et postérieure du vagin. Ils poussèrent en outre deux ou trois injections aux environs du col. La quantité totale injectée fut d'environ 95 centimètres cubes. Un doigt fut maintenu dans le rectum pendant les injections postérieures et latérales, une sonde étant introduite dans l'urètre pendant les injections antérieures.

Les résultats ont été surprenants. Le calibre du vagin est très réduit et les parois en sont rigides : l'utérus est absolument maintenu et la malade peut marcher et même faire de violents efforts sans éprouver la moindre gêne.

Notre sol pourrait procurer le bien-être le plus large à une population très supérieure à celle qui existe aujourd'hui; la misère ne vient pas de ce que la terre manque de ressources, elle vient de ce que nous ne savons pas l'exploiter. Il y a encore d'immenses espaces à mettre en valeur : (Le Témiscamingue, la Gaspésie, le Nomingue, etc.)

Le philosophe a l'air d'aligner des formules; connaissez les toutes et vous posséderez les vérités que renferme l'univers.

LE POUVOIR BACTERICIDE DES RAYONS DU RADIUM

Dès que les rayons Röntgen ont été connus, on a voulu se rendre compte de leur pouvoir thérapeutique. Il en est de même du radium. L'intensité de radiation de ce métal est considérable; avec 25 milligrammes, MM. Pfeiffer et Friedberger ont réussi à éclairer dans l'obscurité un écran du platino-cyanure de baryum de grandes dimensions. Avec la même quantité ces expérimentateurs ont réussi à traverser leur main, une plaque de bronze de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, une pièce de 5 marks en argent et trois coupes de platine appliquées l'une sur l'autre.

Dans une première expérience MM. Pfeiffer et Friedberger ont exposé dans une chambre obscure des plaques de gélatine ensemencées de bacilles typhiques et de bacilles du choléra aux radiations du radium; mais malgré qu'on les eût laissées 24 heures le résultat a été négatif. Ce premier échec doit être attribué à la fois à la résistance des bacilles et à la quantité trop petite du radium employé.

Une deuxième série d'expériences fut, au contraire, positive: les auteurs placèrent une boîte de Pétri contenant une culture de bacille typhique à 1 centimètre du radium; 48 heures après on remarquait une zone en forme de croix, claire et transparente qui atteignait 2 centimètres de diamètre. Cette zone persista après plusieurs jours d'observation; à sa périphérie, on ne voyait que des colonies clairsemées, elles se rapprochaient de plus en plus à mesure qu'on s'éloignait de la zone claire et finissaient par être très nombreuses.

Mais quelle était, au juste, l'action du radium? S'exerçait-elle directement sur le microbe ou portait-elle sur le milieu qu'il rendait impropre à leur développement? Pour résoudre cette question, MM. Pfeiffer et Friedberger ensemencèrent la zone en forme de croix, rendue stérile par une première exposition et au bout de 20 heures, ils obtinrent de nombreuses cultures de bacilles d'Eberth; il n'y avait donc plus à en douter, c'était bien sur le microbe et non sur le milieu qu'agissaient les rayons de Becquerel. Des résultats analogues ont été obtenus par les auteurs avec le bacille du choléra; ils exposèrent pendant 16 heures aux radiations du radium des boîtes de Pétri renfermant des colonies visibles microscopiquement et macroscopiquement, et, au bout de ce temps, ils

trouvèrent les zones éclairées macroscopiquement et microscopiquement stériles.

MM. Pfeiffer et Friedberger ont également réussi à tuer, au moyen du radium, des spores de charbon séchées; mais il a fallu 72 heures.

Il résulte de ces recherches que le radium a une action certaine sur plusieurs microbes. Sont-ils véritablement tués ou ne s'agit-il que d'un arrêt momentané dans leur développement, c'est ce que des études ultérieures nous apprendront. La pratique et les expériences sur les animaux pourront également décider seules si le radium est applicable à la thérapeutique ou si l'action nocive de ses radiations sur les tissus s'oppose à son emploi.

DR. ELLE.

LA PSYCHOTHERAPIE SUGGESTIVE

MÉTHODE DE WETTERSTRAND.

Au dernier Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, Mlle Mélanie Lepinska, de Varsovie, a décrit la méthode d'hypnose thérapeutique employée par Wetterstrand, de Stockholm.

Cette méthode est employée par Wetterstrand dans nombre de cas d'affections nerveuses : neurasthénie, migraines, névralgies, idées obsédantes, intoxication par le tabac, alcoolisme, impulsions irrésistibles, etc.

La psychothérapie suggestive n'est pas une thérapeutique absolument nouvelle; il est néanmoins intéressant de signaler la technique du médecin suédois.

La technique du sommeil prolongé tel que la conçoit O. Wetterstrand est un peu différente suivant que les malades sont soignés dans des pensions de famille ou qu'ils sont traités simplement au cabinet du médecin. Dans les maisons de santé les malades sont endormis une ou deux fois par jour et on pratique sur eux la suggestion pendant le sommeil. Au début, ces suggestions sont peu nombreuses, une ou deux seulement, à savoir : soyez calme et tranquille et vos fonctions s'accompliront bien.

Les malades ne se réveillent que pour satisfaire leurs besoins : boire, manger, etc. Ayant une grande confiance en M. Wetterstrand, les malades suivent ses conseils à la lettre.

Au bout de deux ou trois semaines les malades reprennent leurs forces, *l'équilibre* du système nerveux se rétablit; *les malades peuvent alors quitter l'établissement*; ils passent dans la deuxième catégorie. Celle-ci comprend les malades qui se rendent simplement au cabinet de consultation.

Quatre pièces leur sont destinées, à savoir :

- 1° Une salle d'attente;
- 2° Un cabinet de travail dans lequel sont examinés les malades. Cet examen se pratique le matin ou l'après-midi, mais toujours avant les séances de suggestion;
- 3° Un petit salon où on n'endort qu'un ou deux malades, ceux qui doivent rester seuls;
- 4° Un grand salon où tout est disposé pour donner le calme : des tapis épais, des rideaux aux portes et fenêtres, des fleurs, des bibliothèques.

Les malades sont ainsi déjà suggestionnés par le milieu ambiant avant toute intervention médicale.

Quant à ceux qui sont éveillés, M. Otto Wetterstrand les engage à dormir. Il met sa main droite sur les sinus frontaux et sa main gauche sur la région précordiale. Le malade s'endort alors doucement, M. Wetterstrand revient plusieurs fois et applique sur l'organe malade une main ou deux.

Les malades qui ont besoin de soins plus prolongés s'étendent sur des canapés, les autres s'assoient sur des fauteuils ou des chaises, hommes et femmes, quelle que soit leur condition sociale, comme cela est, du reste, conforme aux mœurs du Nord. Pourtant dans des cas spéciaux on prend soin de pratiquer la séparation.

La suggestion se fait de préférence dans la langue maternelle du malade, ce qui importe surtout c'est l'intention bienveillante et persuasive.

Otto Wetterstrand va d'un malade à un autre et à demi-voix suggestionne en passant. La durée du sommeil dépend du genre et de la phase de la maladie.

Dans les affections chroniques on n'obtient de bons résultats qu'au moyen de l'hypnose profonde.

Moins le malade est nerveux, plus il s'endort facilement. M. Wetterstrand regarde comme une erreur de prétendre que les hystériques sont les plus faciles à endormir : au contraire, très souvent ces malades ne s'endorment pas du tout, mais sont très faciles à suggestionner à l'état de veille.

Les malades se réveillent eux-mêmes sans qu'on leur dise de se réveiller; aussi le sommeil de Wetterstrand comme celui de Liebault est plutôt le "sommeil prolongé" que le "sommeil provoqué."

D'après Mlle Lepinska les résultats obtenus par cette méthode seraient excellents.

RAISONS DE MES DOUTES SUR LA MALADIE DU PAPE. LEON XIII

PAR M. LE DOCTEUR CARDARELLI.

Il est toujours risqué de vouloir réformer un diagnostic lorsqu'on n'a pas examiné le malade; on peut toutefois émettre des doutes sur celui qui fut porté lorsque les bulletins détaillés chaque jour énumèrent des symptômes qui ne s'adaptent pas parfaitement au diagnostic.

Comme tout le monde, le professeur Cardarelli croyait bien que la maladie du pape était une pleuro-pneumonie ou une pleurésie droite, lorsqu'un bulletin fit connaître qu'une ponction exploratrice avait donné un *liquide séro-hématique*, et qu'on avait retiré par thoracentèse 800 grammes de liquide. Le liquide séro-hématique appartient-il bien à la pleurésie ?

Or, l'épanchement pleural, encore d'après les bulletins, *se reforma rapidement*. Le liquide séro-hématique de la plèvre qui se reconstitue de suite après la ponction, est plutôt un symptôme du cancer de la plèvre que de la pleurésie. Toujours, d'après les bulletins, il n'y eut jamais *ni douleurs, ni toux, ni fièvre*.

Donc épanchement pleurétique hémorragique se reproduisant rapidement après les ponctions; pas de douleurs de côté, pas de toux, pas de fièvre au cours de la maladie; tout cela est bien exceptionnel pour une simple pleurésie.

D'après les enseignements de la pathologie, on pense d'abord à un cancer de la plèvre chez un vieillard, ensuite à une tuberculose de la plèvre ou même à l'hydrothorax droit des cardiopathies. Dans ces trois affections, le liquide pleural est sanglant, ce qui n'est pas le cas pour la pleurésie simple.

Les résultats de l'autopsie n'étaient pas de nature à lever les doutes; le diagnostic de pleurésie fut, paraît-il, vérifié, mais il est des cas où le cancer ou la tuberculose de la plèvre ne sont reconnus qu'à l'examen histologique.

Quoi qu'il en ait été, le diagnostic des médecins traitants a très bien pu être exact; mais cette discussion rétrospective est intéressante. Elle rappelle tout au moins l'énorme importance de l'épanchement hémorragique, signe qui, à lui seul, a dans un cas fait diagnostiquer à Trousseau le cancer de la plèvre.

HYGIENE DE LA VUE (1)

PAR M. LE DOCTEUR GLOGOWSKI.

Je viens vous entretenir des caractères d'imprimerie et de l'influence que je leur attribue sur l'augmentation de la myopie.

Tout dernièrement je correspondais avec un Chinois distingué et instruit qui me communiquait quelques observations judicieuses concernant quelques langues européennes.

Passant en revue les livres imprimés dans les diverses langues, il donnait toute sa préférence aux caractères latins.

La prédominance des barres droites dans les caractères russes, l'empêchait de discerner clairement les lettres et fatiguait énormément sa vue. Pour les caractères allemands il les trouvait complètement illisibles.

Tout dernièrement je correspondais avec un Chinois distingué au courant des littératures étrangères, mon correspondant ne pouvait se fixer ni sur le choix d'aucune des langues en usage ni sur l'acceptation de leur alphabet. Il se demandait la cause de la différence qui existe surtout en anglais et en allemand entre l'orthographe et la prononciation. Pourquoi perdre sur le papier tant de lettres qu'on ne prononce pas. Il soulignait même les lettres d'après lui superflues et inutiles et, avec la parcimonie chinoise, se demandait à quoi servait cette dépense inutile de matériaux et de papier.

Les raisonnements de tous les étymologistes et grammairiens restaient pour le pratique Chinois, lettre morte. Il en revenait toujours aux notions d'économie et se demandait encore pourquoi l'alphabet écrit diffère-t-il de l'alphabet imprimé? Les lettres de l'un sont toutes droites, tandis que les lettres de l'autre penchent généralement de gauche à droite.

Je me rappelais alors les mémoires de savants professeurs oculistes ainsi que les avis donnés dans plusieurs réunions de médecins suisses et bavares qui avaient reconnu la nécessité de l'écriture droite dans l'enseignement des écoles.

(1) Communication par M. le Dr Glogowski, membre associé étranger de Lublin (Russie).

Je me rappelais que certains auteurs et éditeurs allemands cessèrent d'employer les caractères gothiques.

L'un de ces auteurs dédia au Ministre un livre de science écrit en allemand, mais imprimé en caractères latins. La dédicace fut rejetée et l'œuvre entreprise au nom de la science et de l'hygiène de la vue fut repoussée par le gouvernement.

Toutefois, malgré ce rejet et l'opposition gouvernementale, la littérature allemande est fréquemment imprimée en lettres latines.

Dans la vie pratique les conseils de l'hygiène ne sont pas toujours suivis; souvent pour être mis à exécution, ils demandent de grandes dépenses, mais dans le cas qui m'occupe en ce moment, non seulement les lois concernant l'hygiène de la vue n'entraîneraient aucune dépense, mais encore elles donneraient au pays des profits réels. Les épargnes qu'on obtiendrait par la suppression des lettres superflues et inutiles que demandait mon correspondant chinois donneraient un chiffre élevé.

Pour bien apprécier l'importance de cette épargne, il faut connaître le montant du capital dépensé annuellement dans tous les pays pour les frais de l'imprimerie en matériaux, main-d'œuvre, temps employé pour la lecture.

Outre le profit matériel qui est souvent le vrai moteur de toute réforme, il y aura aussi l'économie des efforts dépensés par les enfants pour reconnaître des signes qui phonétiquement sont perdus.

La tendance générale est de faciliter l'enseignement aux enfants; il serait donc tout naturel de songer aussi un peu à *ménager leur vue*. La myopie devient de plus en plus fréquente, cherchons donc à introduire dans l'enseignement tout ce qui pourrait être conforme à l'hygiène de la vue.

Je pense que dans tous les pays, les gouvernements ne sauraient rester indifférents à une cause qui tout en épargnant la santé des citoyens donnerait une économie de dépenses annuelles et faciliterait leur influence politique dans l'Extrême-Orient.

C'est un sujet qui pour ne pas être tout à fait neuf, n'en est pas moins très important.

P.-S.—M. le Prof. Cohn de Breslau, un éminent oculiste, vient de faire à Berlin une conférence où il a prouvé, statistiques en mains, que parmi les étudiants allemands il n'y a pas moins de 61 % de myopes. Thèse qui vient à l'appui de la communication ci-dessus.

Note de la Rédaction.

REPONSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES RESUMEES

Pouvez-vous me dire d'où est retiré le pyramidon, si souvent recommandé dans le traitement des fièvres?
Dr G.

Le pyramidon est un dérivé amidé et méthylé de l'antipyrine, c'est un antithermique, analgésique et un sédatif trois fois moins toxique que l'antipyrine. La dose est de 5 à 15 grains.

Connaissez-vous un mode de traitement pour suggestionner efficacement les patients au moral chancelant?
Dr B.

Vous trouverez dans ce numéro la méthode de psychothérapie suggestive de Wetterstrand.

Vous seriez bien aimable en envoyant la formule du punch Bouchardat.
Dr J.

Punch (Bouchardat)

Thé.....	10 grammes
Eau bouillante.....	250 "
F. Infusez, passez et ajoutez :	
Rhum ou cognac.....	150 grammes
Sirop simple.....	150 "
Citron coupé No 1.	

M. le docteur Racicot, admis comme médecin interne à l'hôpital Notre-Dame, est-il porteur d'un brevet, a-t-il été autorisé par le Gouvernement de Québec à exercer dans notre province ou notre collège lui a-t-il fait cadeau d'une licence?
Dr B.
Dr M.
Dr J.

M. le docteur Racicot, médecin interne à l'hôpital Notre-Dame, n'est pas porteur d'un brevet, n'a pas reçu l'autorisation du Gouvernement de Québec pour exercer dans cette province et notre collège ne lui a pas donné une licence.

La lécithine contient-elle beaucoup de phosphore, et provient-elle toujours des jaunes d'œufs?
Dr L.

La lécithine d'œuf renferme 3.7 p. 100 à 4.1 pour 100 de phosphore. Les principales sources des préparations de lécithine sont les œufs, les cervelles, les substances myéliquies et les capsules surrénales qui contiennent des quantités variant entre 6 à 12 p. 100.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENCE DE M. O. F. MERCIER.

(Séance du 27 octobre 1903.)

À la demande de M. le docteur O. F. Mercier, M. le docteur Cypihot, de St-Anne de Bellevue, est admis membre de la société.

M. le docteur St-Denis présente un gros polype du nez qu'il a enlevé chez une personne qui souffrait depuis longtemps de cette affection; après avoir décrit les symptômes subjectifs du patient et le mode opératoire, il montre les bienfaits résultats sur l'état général de la santé qui suivent cette petite opération qui est encore le meilleur tonique.

M. Boulet fait remarquer que les polypes qui acquèrent une grande dimension sont ceux qui peuvent se faire une voie dans le nasopharynx et que le traitement consiste en la destruction de la base par l'aïse galvanique.

M. Alp. Mercier rapporte l'histoire d'un malade souffrant d'une luxation du coude, d'une fracture de l'avant-bras, qui mourut une heure après son entrée à l'hôpital.—À l'autopsie, on trouva une très légère hémorrhagie sous-péritonéale et dans les méninges, et une fracture, par écrasement, de la 4ème vertèbre lombaire, lésion principale, qui a amené une fin aussi rapide sans, cependant, avoir donné lieu à aucun symptôme.

M. St-Jacques est intervenu dans le cas d'une fracture de l'épine dorsale par flexion avec gros hématome médian consécutif. Il a vidé cet hématome et enlevé une petite esquille. Le malade a guéri sans mauvais symptôme. Il ajoute qu'il n'aurait pas opéré ne fût l'hématome, il aurait plutôt placé son malade dans un appareil plâtré après extension.

M. Oscar Mercier est d'opinion que l'intervention ou l'immobilisation sont des modes de traitement qui donnent de bons résultats.

M. Alph. Mercier présente une anse intestinale trouvée à l'autopsie d'un malade frappé avec violence à la cavité abdominale par une planche projetée d'une machine dans une usine. On le transporte à l'hôpital en ambulance. Il l'examina à son arrivée. Pas de trace de violence à la paroi abdominale. Faciès bon. Température à peu près normale. Puls rapide. Défense musculaire vive. Il institue le traitement d'attente : glace et morphine. Le soir léger tympanisme, défense toujours aussi vive. Le lendemain matin, selle et gaz sans lavement ni purgatif. Tympanisme plus marqué. À 5 ½ p.m., état syncopal et mort à 10 heures p.m.

M. F. de Martigny félicite *M. Alph. Mercier* d'avoir bien voulu nous présenter cette pièce anatomique accompagnée d'une observation classique semblable à celles que nous lisons dans les auteurs classiques de l'ère préseptique.

Je crois que, si l'on avait pratiqué une laparatomie exploratrice, nous n'aurions pas eu, ce soir, l'avantage d'examiner la pièce provenant de l'autopsie. En effet, le malade, à qui elle appartenait, était résistant puisque, abandonné à lui-même, il s'est très bien défendu pendant 24 heures contre sa déchirure intestinale, et même, à ce moment, il a encore passé des gaz. Il est donc probable qu'il aurait facilement supporté l'opération.

Dans mon opinion, quand un individu est frappé à la paroi abdominale avec violence, comme dans le cas présent, par un

corps dur, l'on doit faire une laparatomie exploratrice, opération qui n'offre plus grand danger, le malade en est quitte pour passer trois semaines à l'hôpital. Si, au contraire, on découvre une ou plusieurs déchirures, on les répare et l'on sauve généralement la vie du blessé.

Cette observation me rappelle la suivante : Un terrassier est frappé par le timon d'une voiture. Il peut se rendre seul à l'hôpital, sans soutien, tout en se plaignant d'une douleur assez vive qu'il ressent dans l'abdomen. A l'examen on ne voit aucune trace d'ecchymose à la paroi, une simple défense musculaire assez marquée. Malgré l'absence de symptôme alarmant apparent, on fait la laparatomie et l'on tombe sur une large déchirure intestinale que l'on répare et le malade guérit.

M. *St-Jacques* rapporte l'observation suivante : Un charretier est écrasé par sa voiture, la roue lui passe sur le ventre à la région des fosses iliaques. Il l'examine 6 heures après l'accident. Le pouls est bon, le faciès aussi, la température est normale. Il ne découvre pas de fracture des os du bassin, mais il y a de la défense des muscles de la fosse iliaque droite et une matité dans cette région. L'urine ne contient pas de sang. Devant ces symptômes, il se contente d'appliquer une vessie de glace et de donner de la morphine. Le malade guérit sans complication.

M. *Dubé* demande quel est le mécanisme de la déchirure dans ces cas ?

M. *Alph. Mercier* répond qu'une anse est généralement pressée et déchirée entre la colonne vertébrale et le corps contondant, la paroi abdominale jouant le rôle de tampon.

M. *Dugas* constate que les cas d'autopsie pour déchirures intestinales sont rares à la morgue; les malades étant généralement conduits à l'hôpital où, plus tard, l'on fait l'autopsie.

Il a fait l'autopsie d'un enfant qui avait reçu un coup de pied dans l'abdomen. On avait institué le traitement à glace sur le ventre et morphine à l'intérieur. Le petit malade mourut 26 heures après l'accident. Il découvrit à l'autopsie une large déchirure de l'iliaque.

M. *Oscar Mercier* ne trouve pas le traitement des contusions de l'abdomen aussi simple que le dit M. F. de Martigny. Ce sont des cas très complexes et il est souvent difficile de poser un diagnostic positif. Il n'est pas opposé à l'intervention mais il n'intervient que quand il a la certitude que l'intestin est

déchiré. La question du traitement est encore discutée et il croit que ceux qui sont, avec Michaud, en faveur de l'intervention, n'ont pas de résultats meilleurs que les opportunistes. Voici une statistique de 289 cas avec 178 guérisons, cas dans lesquels on n'est pas intervenu. Ces traumatismes sont très graves même quand le coup n'est pas violent. Un homme est mort à la suite d'un coup de fouet reçu sur le ventre.

M. F. de Martigny fait remarquer que *M. Mercier* base son opinion, touchant l'expectation, sur une statistique de 289 cas pour lesquels on n'est pas intervenu, avec 178 guérisons et 111 morts, ou près de 50 % de mortalité; je ne crois pas que l'on puisse citer une seule statistique de chirurgien interventionniste avec un pourcentage aussi élevé de mortalité.

Quant au malade mort à la suite d'un coup de fouet reçu dans l'abdomen, le résultat n'eut pas été plus mauvais si l'on était intervenu ?

Certains cas sont très difficiles, mais, dit-il, si notre métier était sans difficulté, nous n'aurions aucun besoin d'étudier toujours ?

Ce soir, on rapporte, trois observations personnelles de contusions de l'abdomen par corps contondants :

M. Dugas: coup de pied dans le ventre. Expectative. Mort.
M. Mercier : planche frappant un homme à l'abdomen. Expectation. Mort, et l'observation que je cite : Timon de voiture frappant un homme à l'abdomen. Intervention. Guérison.
 Pour moi, la conclusion est facile à tirer.

M. St-Jacques insiste sur les dangers que l'opération fait courir au malade et sur le dévidement systématique de l'intestin que l'on doit faire. Il cite l'observation d'un malade frappé par le sabot d'un cheval, au bas ventre, au-dessus du pubis, qui urinait du sang, mais ne présentait pas de phénomènes abdominaux et qui a parfaitement guéri sans intervention.

M. Décarv a assisté à l'autopsie faite par *Brouardel* à la morgue de Paris, chez un malade opéré par *Michaud* pour déchirure de l'intestin.

Deux perforations avaient été fermées et une laissée ouverte, ce qui causa la mort.

M. F. DeMartigny répond que ceci prouve, hors de tout doute, que quand on n'intervient pas dans ces cas de déchirures intestinales, la lésion laissée à elle-même cause inévitablement la mort. Il est bien entendu qu'il faut réparer toutes les déchi-

rures pour avoir un bon résultat. Monsieur Gosset a suturé 19 perforations intestinales et son malade a guéri. Que serait-il arrivé, s'il n'en avait fermé que la moitié?

M. Valin présente deux jeunes enfants, les deux frères, atteints de trychophytie type. Ces enfants jouaient souvent avec un chien atteint de cette affection et qui l'a communiquée aux enfants. Ceci tend à prouver que la théorie de Sabouraud (infection animale) est juste.

M. Alph. Mercier présente un malade atteint d'une gomme syphilitique du nez.

NOUVELLES

La Société d'Economie Sociale de Montréal a inauguré, cette année, la série de ses travaux, par la visite de la maternité des révérendes sœurs de la Miséricorde, afin d'étudier sur place les moyens employés pour conserver à la vie, notre plus important capital social : l'enfant. Dans cette institution, deux autres problèmes réclament l'attention et l'étude des philosophes économistes, à savoir : comment peut-on diminuer le nombre des filles mères et d'enfants sans père ?

Le sanatorium antituberculeux du roi.—On sait que le roi d'Angleterre a voulu s'associer à la lutte antituberculeuse en fondant un sanatorium modèle. Les plans actuels ne furent adoptés qu'après un très sérieux concours auquel prirent part nombre de médecins et d'architectes des plus en vue. Ils étaient groupés par deux : un architecte avec un médecin.

On vient de commencer les fondations du nouvel établissement près de Midhurst. Il ne sera pas terminé avant deux ans ; la dépense totale est évaluée à 500,000 piastres.

Interdiction du magnétisme en Allemagne.—A la suite d'un procès retentissant qui eut lieu récemment en Allemagne, le gouvernement vient d'interdire les séances publiques d'occultisme et de magnétisme.

“Les séances publiques, dit le décret, données par des magnétiseurs, peuvent causer des préjudices aux personnes utilisées comme médiums dans ces expériences, et nous avons or-

donné que l'organisation de séances de ce genre ne devait pas être tolérée."

Le même décret interdit toutes les séances publiques dans lesquelles on agirait sur des sujets au moyen de la suggestion, de l'hypnotisme, du magnétisme et autres méthodes analogues.

M. le Dr PAUL VALENTIN, de Paris, vient de faire paraître une revue d'études psychologiques sous ce simple titre : *La Vie normale*.

Absolument indépendante, cette nouvelle publication se présente comme une œuvre de haute et saine vulgarisation scientifique destinée à combattre, sous toutes ses formes, le péril grandissant du nervosisme contemporain.

M. le docteur Charlier vient de faire une très importante communication devant la Société d'Hygiène de Paris, touchant le nettoyage des appartements au moyen d'appareils à vide.

Le bureau de santé de l'Etat d'Indiana, E.-V., a donné ordre aux commissaires d'écoles le renvoyer 250 professeurs d'écoles publiques parce qu'ils étaient affectés de tuberculose.

Sanction universitaire dans un cas d'exercice illégal de la médecine par un étudiant.—Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a confirmé le jugement rendu par le Conseil de l'Université de Paris qui exclut un étudiant de toutes les facultés et écoles d'enseignement supérieur publiques et libres jusqu'au 1er juin 1905, pour s'être livré à Paris, à Blois, à la Chapelle-aux-Pots, à Neufchâtel, à l'exercice illégal de la médecine.

L'étude du cancer.—Le trésorier de la caisse pour l'étude du cancer annonce qu'il a reçu de M. Waldorf Astor la somme de 500,000 francs. Il reste encore à trouver la somme de 625,000 francs.

M. le professeur Meunier, membre de l'Académie des Sciences, annonce qu'un volcan est en voie de formation sous la Place de la République et qu'un moment viendra où son éruption réduira Paris en atomes.