

MONTREAL-MEDICAL

VOL. I

SEPTEMBRE 15

No 7

LE PIED HUMAIN

Quelques considérations anatomiques et chirurgicales

(Suite de la page 187)

Comme *clef de voûte* l'astragale occupe une position moyenne entre le pilier antérieur et le pilier postérieur de l'arche du pied, et s'articule avec l'un et l'autre.

L'articulation calcanééo-astragalienne se fait par deux facettes, séparées par une profonde rainure que l'on appelle le *sinus du tarse*, et qui sert à loger le ligament interosseux. Caché dans cette espèce de tunnel ce ligament constitue le moyen le plus fort d'union entre les deux os, car les ligaments externes ne sont que des faisceaux minces et aplatis, qui ne pourraient jamais résister aux chocs que reçoit cette articulation. D'un autre côté, comme les ligaments tibio-tarsiens qui partent des malléoles de chaque côté demandent à être aussi rapprochés que possible de la surface osseuse, le sinus du tarse est un moyen d'économiser beaucoup d'espace, sans diminution de résistance.

Étudions maintenant le jeu de l'articulation : Il y a d'abord un mouvement dans le sens latéral, d'adduction et d'abduction, puis une rotation sur l'axe longitudinal du tarse. Ce dernier mouvement est très utile lorsque le pied ferme avec le tibia un angle droit et que les côtés de l'astragale sont en serrés par la mortaise des malléoles, car il est possible ainsi d'adapter la plante du pied à une surface inclinée soit d'un côté ou de l'autre. Si le mouvement latéral de l'astragale est possible lorsque le pied est étendu, il cesse comme nous venons de le dire lorsque le pied est fléchi, de sorte que, sans l'articulation calcanééo-astragalienne, nous serions toujours obligés de nous adapter aux surfaces obliques en inclinant la

jambe, ce que nous faisons souvent lorsque le pied nous sert de point d'appui pour tirer ou pour pousser avec les bras, mais dans la marche nous adaptons le pied généralement aux inégalités du sol en nous servant du mouvement rotateur de cette dernière articulation. Nous pouvons donc dire que ces deux articulations se complètent mutuellement.

Si les entorses de l'articulation tibio-tarsienne sont assez fréquentes, la force du ligament interosseux les rend très rares, ainsi que les déplacements dans l'articulation calcanéopostagaliennne.

Le calcanéum par son extrémité antérieure s'articule avec le cuboïde qui repose sur le sol, n'en étant séparé que par les muscles, le fascia plantaire et une certaine quantité de tissu adipeux.

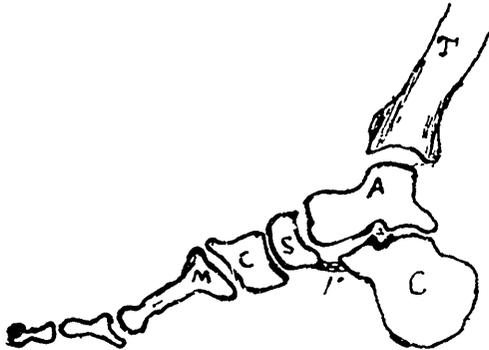


Schéma du pied côté interne.—1. Ligament en Y ou en V. 2. Sinus du tarse.

D'un autre côté l'extrémité antérieure de l'astragale s'articule avec le scaphoïde, au moyen d'une tête arrondie qui est reçue dans une cavité glénoïde sur la face postérieure de ce dernier os. Cette disposition des surfaces articulaires qui forment une sorte d'enarthrose, ajoute de beaucoup à la force de l'articulation ; car vu le grand poids porté par cette portion du tarse, deux surfaces planes ne pourraient rester en juxtaposition sans l'aide de ligaments très épais. La cavité glénoïde du scaphoïde est en outre approfondie par un fibrocartilage d'où part un ligament qui passe sous la tête de l'astragale pour aller s'insérer sur la petite apophyse du calca-

néum.* Le rôle de ce dernier ligament est très important et offre plusieurs points d'intérêt. Epais et arrondi en arrière, il s'étale en avant en éventail de manière à former un appui large et solide pour la tête de l'astragale. Sans contenir de fibres élastiques dans le sens histologique, il peut cependant céder un peu à la pression exercée sur l'astragale par le tibia, et c'est pour cette raison que quelques auteurs anglais l'appellent "the spring ligament". Ce qui plie ne casse pas, et si nous avions une arcade osseuse au lieu d'avoir un ligament un peu élastique, nous aurions souvent des fractures de cette portion du tarse. L'affaiblissement ou la rupture de ce ligament est toujours suivi d'un affaissement de l'astragale avec la production de la difformité appelée le *pied plat* .

Je suis porté à croire que le tendon du jambier postérieur qui passe directement au-dessous de ce ligament doit, dans une certaine mesure, aider à maintenir en place la tête de l'astragale au moment où elle est soumise à la plus forte pression ; c'est-à-dire, lorsque le talon est soulevé par les jumeaux et le soléaire. Naturellement il faut que le jambier soit à l'état de contraction afin de donner la tension voulue au tendon. Du côté dorsal du pied se trouve un ligament large et mince qui passe entre l'astragale et le scaphoïde, et qui empêche tout déplacement dans ce sens.

Nous voyons donc que cette articulation par le contour imprimé aux surfaces osseuses, et par la disposition savante des ligaments, est admirablement constituée pour l'exercice de ses fonctions. Nous le constatons encore davantage lorsque nous portons nos regards sur l'articulation calcanéocuboïde avec ses facettes presque plates maintenues facilement en juxtaposition par des ligaments en forme de ruban.

DR MIGNAUT.

Professeur d'anatomie descriptive.

(A suivre)

Dans les cas de piqûres d'insectes, appliquez de l'"éther sulfurique".

* Les auteurs français l'appellent le ligament en Y ou en V.

LE PASSE ET LE PRESENT DE LA METHODE ANTI-SEPTIQUE

PAR M. LE DOCTEUR LUCAS CHAMPIONNIÈRE

A l'Hôtel-Dieu de Paris

Messieurs. Je parlerai ici en faveur de tous les principes modernes, même quand ils détruiront les enseignements auxquels j'ai été le plus attaché.

Mais si l'âge n'a pu me délivrer de mon esprit révolutionnaire il m'a appris le respect des traditions, même de celles que l'on démolit.

Les traditions ont droit à tous nos respects parce qu'elles ont constitué la science. Nous n'avons pas même le droit de mépriser la routine.

C'est par la routine et par la tradition que la science résiste à l'œuvre destructive des ignorants. Je crois qu'il ne faut jamais l'oublier et que nous aurons toujours profit, même en démolissant l'œuvre du passé, à le faire prudemment, respectueusement en quelque sorte, de façon à ne pas oublier ce que l'expérience des siècles avait appris à nos anciens.

Je tiendrai à vous montrer la faute commise en ce sens par nos maîtres eux-mêmes. Je chercherai à vous apprendre à ne pas commettre cette erreur que nos maîtres ont commise. Il est facile, en effet, de constater que s'ils se sont trompés, s'ils ont maintenu la science dans un état d'infériorité frappante, c'était parce qu'ils avaient détruit l'œuvre du passé avec une légèreté coupable.

J'ai lu quelque part que lorsque les abeilles construisent leurs cellules de cire, quelques-unes d'entre elles, soit par infirmité de leurs membres, soit par variété de leur cerveau que nous ne connaissons guère, construisent des cellules irrégulières. Leurs compagnes aussitôt les mettent à mort, et grâce à leur suppression la tradition de la cellule se conserve aussi parfaite que possible.

Je ne vous garantis pas le fait, mais il est très suggestif. Il n'est pas aussi différent que l'on pourrait le croire de ce qui se passe pour l'homme. Dans toute société, cette défense est nécessaire contre toute innovation, et l'homme la pratique pour son compte. Il a beaucoup de manières de détruire son

semblable lorsqu'il apporte quelque nouveauté dans sa tradition et dans sa vie.

Si jamais vous participez à quelque révolution, même scientifique, vous l'éprouverez pour votre compte. Je vous conseille même bien sincèrement, si dans vos ambitions vous attendez la gloire et la fortune, de prendre la science toute faite et de ne jamais enseigner ou pratiquer que ce que les autres auront enseigné ou pratiqué avant vous. D'abord, votre labeur sera beaucoup plus simple. Puis vous aurez beaucoup moins de chance d'être attaqué, diminué et supprimé.

On a peut-être tort de se débarrasser ainsi de ses contradicteurs, mais l'excuse de la malveillance des hommes pour les novateurs est très valable. Si l'on n'était pas en défiance constante contre le nouveau, aucune science ne subsisterait. Ce n'est pas le succès des inventeurs qui surgirait pour le remplacer. Ce serait le succès des ignorants pour lesquels l'invention est toujours facile, puisqu'ils ne savent pas. Ils se donneront la peine d'apprendre d'autant moins qu'ils seront plus assurés de votre confiance, de votre faiblesse, de votre ignorance ou de votre mépris des traditions.

Or, dans les périodes de révolution de la science, ces mouvements sont d'autant plus à redouter, que lorsque tout est transformation, on voit tout à coup une réaction se faire contre les choses établies, et de nombreuses individualités sont prêtes à accueillir comme nouveau tout ce qui est mal connu, tout ce qui est incomplet. Sous prétexte de découverte ou d'amélioration, on vous apporte sans étude préalable toutes les conceptions personnelles d'imaginations ambitieuses qui trouvent, dans leur ignorance du passé, tout le secret de leurs découvertes.

Jetons maintenant un rapide coup d'œil sur l'histoire chirurgicale de notre temps, sur l'évolution historique de l'antisepsie, pour vous indiquer d'une manière générale ce qui est vrai dans l'évolution du progrès, la raison pour laquelle il s'est imposé aux traditions du passé, et les raisons scientifiques qui s'opposent à ce qu'aujourd'hui, pourvus de notions précises scientifiques, nous nous laissions égarer par les prétentions de la multitude des inventeurs de progrès trop faciles.

Je veux, en un mot, vous apprendre une prudence, une cir-

conspéction, un respect de la science qui n'est peut-être pas à la mode en ce moment, mais que notre expérience doit vous imposer.

J'ai eu de nombreuses occasions de montrer que si la *chirurgie moderne* avait complètement rompu avec la pratique et avec la théorie que nous avaient enseignées nos maîtres directs, ceux du dix-neuvième siècle, elle n'était pas sans relations avec la *chirurgie du passé*.

La motion bien nette de ces rapports et le fait que tous les maîtres de notre temps avaient répudié cette chirurgie du passé, nous donnent le secret de la décadence de la chirurgie au commencement du dix-neuvième siècle.

En étudiant le dix-huitième siècle et même les siècles précédents on pourrait retrouver de précieuses notions pratiques et théoriques qui nous apprennent que les gens de cette époque étaient plus près de nous que les chirurgiens du dix-neuvième siècle.

Même, depuis mes publications, cette recherche est devenue à la mode, et sans que l'on ait fait dans le passé des découvertes bien précieuses au point de vue pratique, on a pu mettre en relief des faits intéressants pour l'histoire de la science.

J'ai même donné une raison historique de l'éclipse de la science et de la pratique chirurgicale qui nous paraît à bon droit si bizarre aujourd'hui.

La chirurgie du dix-huitième siècle vivait sur les traditions du passé. Elle savait par cette expérience qu'il y avait des substances qui favorisaient la réparation des plaies. Il existait pour elle des substances *cicatrisantes* comme il y avait des substances *pourrissantes, fondantes et résolutive*s.

Elle avait sur l'action de ces substances des théories très imparfaites, mais elle employait surtout des substances *antiseptiques* et même antiseptiques de grande puissance.

D'après les auteurs de ce temps, la pratique avait une certaine régularité et une efficacité relative dues à une technique un peu compliquée que nos Maîtres immédiats avaient coutume de plaisanter.

Même à bien des reprises, nous pouvons retrouver dans des auteurs différents, surtout dans ceux du dix-septième siècle, la notion de la nocivité de l'action de l'air sur les plaies et

les modes de la protection. J'ai cité Magatus au dix-septième siècle.

Vient la Révolution française destructive de toutes les traditions, et la science est fortement ébranlée comme toutes les œuvres humaines.

Puis l'épopée napoléonienne est survenue. Les chirurgiens à tradition ont vite disparu. La chirurgie a été représentée par des hommes d'action, qui sont arrivés aux armées avant d'avoir fait leurs études, et qui passaient leurs examens en touchant barre à Paris dans les semaines de calme.

Que pouvaient faire ces hommes, si intelligents et si prime-sautiers qu'ils pussent être ? Suffire par leur énergie aux besoins du moment, lutter contre l'absence de tous soins et de toute action régulière.

Ils ont rendu à leur pays les grands services qu'ils pouvaient rendre. Mais quand on nous présente leur souvenir comme celui de grandes figures scientifiques on nous trompe absolument, et il suffit de parcourir les œuvres qu'ils ont laissées pour y voir combien *toute tradition, toute science proprement dite* en était absente.

Ce qui s'est passé en ce temps en France, s'est passé en tout pays d'Europe. Le calme revenu, il a fallu réédifier la science chirurgicale comme il a fallu réédifier toutes choses.

Or, qui sait l'histoire de notre siècle, se rappelle l'impétuosité du mouvement de rénovation. On sait avec quelle singulière vanité les renseignements du passé étaient rejetés. La renaissance de l'anatomie et de l'anatomie pathologique absorbèrent tous les esprits. L'observation personnelle parut devoir suffire à donner à chacun la raison de toutes choses et devenir la source de toute science.

On voulut expliquer par une anatomie et une physiologie grossières tous les phénomènes qu'on ne comprenait pas. La science chirurgicale eut la prétention d'être nouvelle comme l'anatomie, la physiologie et plus près de nous l'histologie.

Elle était nouvelle en effet. Quand je fus élève ici à l'Hôtel-Dieu, c'était un dogme que la théorie de la réparation des plaies. Celle-ci devait suivre une évolution fatale liée surtout à la nature anatomique de la région blessée.

La suppuration et le bourgeonnement des plaies étaient une nécessité.

Les séreuses étaient intangibles *de par leur nature*. On ne pouvait toucher ni aux synoviales ni au péritoine, ni aux veines ni aux lymphatiques, sous peine d'une inflammation spéciale.

Quant aux accidents des plaies, ils étaient produits par une sorte de fatalité. L'encombrement hospitalier en donnait une raison facile. La théorie de l'infection purulente par l'absorption des miasmes par le poumon ou la théorie de la phlébite ou de la lymphangite, sans préoccupation du mode d'infection des plaies expliquaient tout.

Quant aux topiques appliqués sur les plaies, ils étaient indifférents pour les anatomo-pathologistes. Personne n'osait plus parler des substances cicatrisantes, des maturatifs et des fondants.

(A suivre)

LE NOMBRE DE SYPHILITIQUES A MONTREAL

QUELLE EST LA PLUS GRANDE POURVOYEUSE DE LA SYPHILIS ?

De quelle manière faut-il lutter contre ce fléau ? Faut-il réglementer la prostitution ? Telles sont les deux questions qui terminaient notre dernier article.

La solution de ce problème n'est pas facile, et les réponses n'ont pas été aussi nombreuses que s. nous avons dit : Nous avons cinq cent mille piastres (\$500,000) à distribuer parmi les membres de la profession médicale. Qui en veut ?

Mais nous demandions quels sont les meilleurs moyens prophylactiques pour diminuer la fréquence de la syphilis et les maladies vénériennes ?

Les suggestions orales abondèrent toutes dans un même sens, elles réclamaient la réglementation de la prostitution ; mais les propositions écrites furent rares. Or, quel doit être le rôle de notre bureau de santé qui s'immobilise dans le triste état actuel ?

Nous croyons qu'il faut plutôt compter sur l'initiative individuelle, que sur les pouvoirs publics et administratifs qui semblent indifférents et étrangers à cette grave question de la propagation rapide de la syphilis.

Quels que soient les nombreux modes de contagion, certes,

il est bien établi que la plus grande pourvoyeuse de la syphilis c'est la " prostitution ".

Mais la réglementation est-elle le meilleur remède à apporter à un aussi grand mal ? Sans considérer l'éloquent plaidoyer de M. Crispi, au parlement italien, proclamant l'inviolabilité individuelle et rejetant toutes mesures vexatoires; sans soulever d'importantes questions d'ordre moral, on peut dire que le brevet officiel accordé à la prostitution a été rappelé avec raison dans les grandes villes de Londres et de Rome.

À Paris, les résultats de la licence donnent encore un chiffre de 14 pour cent de syphilitiques et à Moscou, les bons effets obtenus sont encore douteux. Cette expérience n'est pas pour nous une invitation à suivre la même voie, et à proposer l'établissement d'un même système. La maison licenciée, forte de ses droits payés, récuse toute responsabilité personnelle et s'appuie sur les pouvoirs administratifs.

Estimant qu'une connaissance approfondie de l'hygiène constitue un des moyens les plus sérieux pour combattre efficacement la propagation des maladies vénériennes, nous proposons qu'on organise un système d'éducation hygiénique de toutes ces personnes de haute galanterie très bien connues des autorités. Et si les règlements médico-légaux ne sont pas scrupuleusement respectés par toutes ces " institutions ", que l'administration judiciaire, qui tolère une installation parfaite, se présente pour mettre en force toutes les rigueurs de la loi. Afin de connaître quelle est la meilleure méthode à adopter pour inaugurer ce nouveau système qui sera certainement un pas vers le mieux, nous demandons qu'une commission médico-municipale soit formée dans le but d'étudier et de faire rapport touchant le meilleur plan de combat pour lutter contre l'ennemi envahisseur: " la syphilis ".

Dr ELLE.

(A suivre.)

CONTRE LES FISSURES DU SEIN. — Gutta-percha 20 grains, chloroforme pur, q. s. pour faire dissoudre. En application matin et soir. Guérison rapide.

L'EXCITATION CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS

Par J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades

Indépendamment des grands paroxysmes qui révèlent une tare nerveuse grave, une infection ou une lésion quelconque de l'encéphale (convulsions, accès épileptiformes, spasmes, contractures, etc.), on rencontre chez les enfants de tout âge une excitabilité particulière du cerveau qui mérite d'être étudiée avec soin. Déjà J. Simon avait insisté sur l'irritabilité nerveuse des jeunes sujets et sur les bons effets du changement d'air et des stations thuriales sédatives. La fréquence de ce trouble fonctionnel chez les enfants de tout âge, la difficulté de son traitement, l'incertitude de son pronostic m'engagent à y revenir en faisant appel à des documents personnels et inédits.

I

Avant d'aborder la description clinique de l'excitabilité nerveuse, je dirai quelques mots de l'étiologie, des causes prédisposantes et occasionnelles, du terrain organique, du tempérament morbide des jeunes sujets.

Les enfants nerveux ne se rencontrent pas dans toutes les familles, au hasard de l'observation clinique. Ils sont presque tous de souche nerveuse ou arthritique et comptent dans leur ascendance des tares névropathiques plus ou moins accusées : hystérie, épilepsie, vésanie, chorée, instabilité mentale, névralgies, migraine, asthme, goutte, etc. D'autres sont nés de parents alcooliques. On peut les ranger tous dans la classe des dégénérés, quoique beaucoup soient bien constitués, intelligents, bien doués sous presque tous les rapports. On les appellera des cérébraux si le mot de dégénérés semble excessif ou blessant. Bref, les enfants excités, irritables, agités dont il est question en ce moment appartiennent à la grande famille névropathique.

Ils sont au bas de l'échelle, cela est vrai, mais rien ne permet d'affirmer qu'ils ne s'élèveront pas dans la suite au-dessus du niveau modeste et rassurant qu'ils occupent habituellement.

Dans toutes les observations que j'ai prises, j'ai trouvé la tare héréditaire plus ou moins accusée : A..., 14 mois, type

d'excité, ne pouvant rester en place, devenant bleu et asphyxique quand on le contrarie, quand on met obstacle à sa mobilité perpétuelle, a pour père un homme instable, jamais en repos, toujours en mouvement, faisant le désespoir de sa femme par son agitation incessante.

B. . . 20 mois, hyperexcitable, ne dormant pas, très sujet aux accès de laryngite striduleuse, a pour mère une femme excessivement nerveuse, loquace, agitée, ayant eu de l'éclampsie avec albuminurie lors d'un premier accouchement. Le premier enfant est mort de convulsions.

C. . . 5 ans, né avant terme, élevé à la couveuse, a toujours été très nerveux (laryngite striduleuse), mère nerveuse et albuminurique au moment de la grossesse.

D. . . 7 ans, fillette assez bien développée, ayant un frère atteint d'accès épileptiformes, est d'une agitation extraordinaire ; on ne peut la maintenir en place ; père et mère nerveux.

E. . . petit garçon de 5 mois, nourri au sein, très bel enfant, crie sans raison, se met en colère quand on lui retire le sein trop tôt et présente alors du spasme de la glotte. Mère très émotive et très nerveuse.

F. . . fillette de 8 ans, très nerveuse, très intelligente, mais très agitée, a un frère aîné qui pendant plusieurs années a présenté une neurasthénie grave avec céphalée, insomnie, incapacité de tout travail cérébral, etc. Le père, très nerveux, très émotif, a eu des crises hystéroides.

Ces exemples, que je pourrais multiplier, car ils sont d'observation courante, montrent bien les attaches de l'excitabilité cérébrale des jeunes sujets avec la névropathie de leurs ascendants ou leurs collatéraux.

Je ne dirai rien du sexe des malades, car les filles comme les garçons se sont présentés à moi avec une fréquence à peu près égale. Mais, pour ce qui est de l'âge, on peut affirmer que l'excitabilité cérébrale se manifeste dès le berceau. Ces nourrissons de quelques mois qui crient sans raison, qui troublent le repos de leur nourrice et de leurs proches, sont des excités qui, plus tard, quand ils marcheront, quand ils vivront de la vie commune, deviendront littéralement insupportables. Ils ont commencé par des cris, ils continueront par des mouvements désordonnés, de l'agitation physique, de la mobilité cé-

rébrale, de la déséquilibration de tout l'organisme. Mais si l'excitabilité cérébrale peut s'accuser dès les premiers mois, elle devient surtout énervante pour l'entourage après le sevrage et dans la seconde enfance. C'est alors qu'elle acquiert tout son développement et qu'elle fait bientôt le désespoir des familles et des médecins.

Parmi les causes occasionnelles qui provoquent ou exagèrent les manifestations nerveuses, il faut signaler la claustration, l'absence de sorties, de promenades, d'exercices, l'étude prolongée (lecture, écriture, travail cérébral quelconque). A ces influences d'ordre hygiénique, il faut ajouter les excès alimentaires, l'abus des mets excitants, du vin, des boissons alcooliques ou toniques, l'abus des jeux en commun, des spectacles, des veillées tardives. Les enfants nerveux doivent être couchés tôt, levés tard ; on doit les laisser tranquilles, ne pas trop les exciter par le jeu, par la conversation, par le mouvement, par les stimulations de toute sorte que des parents, aveuglés par leur affection, n'ont pas la force de leur refuser. Il est bien dur, pour un père qui rentre au logis après une journée de fatigue, de ne pas se délasser un peu en faisant une partie avec son enfant.

II

Comment se présente en clinique l'excitabilité cérébrale des enfants ? J'en ai donné plus haut une idée sommaire. Pour plus de précision, je distinguerai la première et la seconde enfance. Dans la première enfance, chez les nourrissons qui ne marchent pas, qui ne parlent pas, l'irritabilité se manifeste surtout par des cris et par de l'insomnie. Au lieu du sommeil profond et interminable dont les bébés bien nourris et bien portants ont le privilège, nous assistons à des réveils soudains et répétés. Les nuits sont mauvaises et agitées ; l'enfant se retourne, se découvre, il se jeterait à bas de son berceau, s'il n'en était empêché par le filet parachute dont il est muni.

Les journées ne sont guère meilleures ; on ne sait comment apaiser les cris ; le bercement, les chansons, la promenade, ne suffisent pas à apaiser le bébé : on est obligé de lui donner le sein à tout moment. Si l'on refuse, l'enfant, au paroxysme de la colère, devient turgescant, bleu, cyanosé, il est menacé d'asphyxie. Parfois sa respiration s'arrête pendant quelques

secondes, il perd momentanément connaissance, il a du spasme de la glotte. Dans quelques cas même il va jusqu'à la convulsion complète.

Dans la seconde enfance, la scène change ; le petit agité n'arrête pas, il marche, il court, va, vient, prend un objet, le quitte pour en prendre un autre, renverse les meubles, grimpe sur les fauteuils, casse, brise, déchire tout ce qui tombe sous la main. Aucun jouet ne trouve grâce devant lui. Est-il assis sur les genoux d'une personne, il ne saurait y rester une minute, il se glisse à terre, il part pour une destination inconnue, obéissant à ses instincts impulsifs, faisant des chutes, se cognant à tous les obstacles qu'il rencontre, trompant la surveillance de sa garde pour aller au devant du danger qu'il ignore et dont il n'a souci. Dans la journée, son agitation perpétuelle met à bout de patience et les forces des personnes les plus expérimentées et les plus bienveillantes. Passe encore si les nuits étaient bonnes. Mais l'enfant, qui devrait tomber épuisé et soporeux à la suite du travail musculaire excessif de la journée, ne trouve pas le sommeil. Il se réveille plusieurs fois par nuit, il a souvent des frayeurs nocturnes.

Certains de ces enfants sont méchants, mordeurs, égratigneurs, insensibles à la peine d'autrui, égoïstes à froid, bourreaux des choses, des animaux, des gens qui les entourent. D'autres sont affectifs et vous prodiguent les caresses, les baisers, les témoignages d'amitié. Quelques-uns sont d'une loquacité intarissable.

Tous sont incapables de suivre une idée, de fixer leur attention. Aussi, quand on veut les instruire, leur enseigner la lecture, l'écriture, on a les plus grandes difficultés ; et, d'abord, ils ne sauraient rester en place plus de quelques minutes, ils n'écoutent qu' d'une façon très intermittente et très passagère, ils ne font aucun progrès. On est obligé de leur administrer l'instruction primaire à doses homéopathiques, et quand on peut les faire travailler une heure par jour en plusieurs fois, c'est tout le bout du monde. Il y a des exceptions à cette règle et l'on voit des enfants agités qui sont intelligents et qui profitent à souhait des leçons qu'ils reçoivent.

On est obligé parfois de laisser les livres de côté et de donner des *leçons de choses*.

A mesure que l'enfant grandit, il prend un peu d'empire sur lui-même, la raison parle à un esprit plus ferme, la maturité atténue les effets de l'instabilité originelle. Sans doute les enfants restent des cérébraux, des déséquilibrés, mais ils sont moins fortement et moins constamment agités, ou bien leur agitation n'est que partielle et intermittente. Elle ne se révélera qu'à l'occasion d'une émotion, d'une fatigue, d'un surmenage physique ou cérébral. Elle se traduira par un tic, par des grimaces, par de la céphalalgie. Elle pourra même se transformer, et c'est ici que se pose la question de la durée et du pronostic de l'excitabilité cérébrale.

(A suivre)

L'ÉMOTIVITÉ ET L'ÉMOTION

Ses effets chez les goitreux exophtalmiques

PAR M. LE PROFESSEUR PETER

Le goître exophtalmique, maladie de Graves ou de Basedow, est en réalité une affection graduellement de plus en plus complexe. C'est une névrose cérébro-bulbaire, où l'ÉMOTIVITÉ (phénomène psychique) joue le rôle primordial et prépondérant.

Comment un phénomène psychique se transforme-t-il immédiatement en un phénomène physique, et produit-il ultérieurement des lésions matérielles ? J'essayerai de le dire; et cela en interprétant les cas frustes, je dis les " plus frustes " : ceux où il n'y a que des " troubles fonctionnels des muscles vasculaires ".

J'ai dit que le goître exophtalmique était engendré par l' " émotivité " : pour en comprendre la pathogénie, il est donc indispensable d'étudier ce que produit matériellement l'ÉMOTION.

Je ne sais rien de plus étrange, de plus mystérieux que la transformation immédiate, instantanée, de ce phénomène psychique, immatériel, l'émotion, en un phénomène physique et matériel, fugitif ou persistant, visible et tangible: Ainsi, et tout d'abord, la rougeur et la pâleur de la face, la chaleur ou le re-

froidissement des extrémités, l'horripilation et le frisson. Mais l'émotion produit bien d'autres choses, comme nous l'allons voir.

L'émotion est un phénomène évidemment et exclusivement cérébral, et les manifestations physico-dynamiques qui la révèlent en la transformant sont bulbo-médullaires. De sorte que l'émotion se propage par voie de continuité des cellules sensitivo-intellectuelles du cerveau aux cellules motrices du bulbe et de la moelle; et l'agent instrumental de la transmission périphérique est le nerf grand sympathique (celui qui "fait souffrir avec", celui qui fait "sympathiser" tout l'être avec ses cellules cérébrales émues).

Or, nous verrons bientôt que tous les phénomènes subjectifs et tous les troubles fonctionnels, suivis ou non de lésions anatomiques, qu'engendre l'émotion, sont observés dans le goître exophtalmique.

C'est ce qui motive la parenthèse physiologique que j'ouvre ici.

Par l'intermédiaire du grand sympathique, l'émotion et surtout l'émotion triste agit à la fois sur les "plexus viscéraux" (cardiaque, pulmonaire, solaire, rénal et utérin) et sur les "vaso-moteurs".

L'émotion agit sur le plexus "cardiaque" en y faisant prédominer le grand sympathique sur le pneumogastrique: le cœur est alors "déchaîné", d'où les palpitations et la tachycardie, soit fugitives, soit persistantes:

Sur le plexus "pulmonaire" l'émotion retentit en produisant l'oppression, les soupirs et l'angoisse:

Sur le plexus "solaire", elle entraîne les vomissements, la polyholie (larmolement du foie) et la diarrhée (larmolement de l'intestin):

Sur le plexus "rénal" polyurie et pollakisurie, polyurie insipide ou sucrée, fugitive ou persistante — et, dans ce cas, diabète;

Sur le plexus "utérin", perturbations menstruelles.

D'autre part, l'émotion agissant sur le "grand sympathique vaso-moteur" produit la dilatation ou la contracture des petits vaisseaux, avec rougeur ou pâleur, hyperthermie ou hypothermie périphériques, avec sueurs ou sécheresse de la peau:

puis dans le cas, bien plus fréquent, de dilatation vasculaire persistante, perte du ressort vasculaire, débandade de la circulation périphérique, nécessitant un surcroît d'action impulsive de la part du cœur, nouvelle cause d'hypertrophie par hyper-fonctionnement (pardonnez-moi cet affreux hybridisme).

Or, ces phénomènes qu'engendre chez tous l'émotion, sont fugitifs chez la plupart d'entre nous, tandis qu'ils sont permanents chez les goitreux exophtalmiques parce que ce sont des "ultra-émotifs".

TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE (1)

(Suite de la page 147)

Messieurs,

Dans la dernière leçon, nous nous sommes surtout occupés de la médication pathogénique interne. Nous allons considérer aujourd'hui l'étude des moyens externes. La dérivation a été pratiquée sur la région rachidienne sous bien des formes. Les *sangsues*, les *caulères*, les *vésicatoires*, les *ventomes scarifiées*, utilisés autrefois, ont été détrônés depuis nombre d'années par des applications fréquemment répétées de *pointes de feu*. On applique, ordinairement tous les dix jours environ, les cauterisations le long du rachis ; et souvent l'on observe, surtout à la suite des premières applications, une atténuation des douleurs et des troubles génitaux urinaires. Brown-Séguard en a obtenu de bons résultats contre les anesthésies et l'incoordination motrice. A côté des toniques généraux dont nous avons déjà parlé : *cellulogène*, quinquina, arsenic, kola, glycéro-phosphate, nous devons signaler les toniques externes du système nerveux, dont les plus incontestés sont, sans contredit, l'*hydrothérapie* et l'*électrothérapie*.

L'hydrothérapie froide réussit assez mal chez les ataxiques. On doit lui préférer, généralement, les applications chaudes ou tièdes, sous forme de bains ou de douches, selon le tempérament. Les bains sulfureux ont réussi dans certains cas.

L'électricité doit être employée sous forme de courant continu, car les courants faradiques en applications rachidiennes peuvent produire des excitations violentes et amener les plus

(1) Notes cliniques cueillies à l'Hôtel-Dieu.

funestes conséquences. Les courants continus, au contraire, infiniment plus toniques que stimulants, sont recommandés par la majorité des cliniciens.

On les applique ordinairement sous forme de courant rachidien ascendant, le pôle positif étant placé à la partie inférieure du rachis et le pôle négatif au niveau de la nuque. Les séances quotidiennes courtes de trois à dix minutes avec des courants de 30 à 40 éléments amènent fréquemment des améliorations portant sur les douleurs, les troubles oculaires et la faiblesse des membres. Apostoli rapporte avoir obtenu les mêmes effets avec les courants sinusoïdaux et les courants à haute fréquence.

Quant au traitement mécanique, il consiste surtout dans l'élongation des gros troncs nerveux qui ont fait quelquefois disparaître complètement les douleurs fulgurantes. Mais à la suite de ces manœuvres on a vu souvent, dans certains cas, la paralysie des membres inférieurs, la méningite et l'hématomyélie; d'où le peu de crédit accordé actuellement à cette méthode. La suspension a joui pendant plusieurs années d'une vogue inouïe; son promoteur, Motchonkowsky, avait rapporté 55 pour cent de succès, d'autres nous ont présenté une statistique favorable de 75 pour cent. On proposait alors la suspension comme le traitement par excellence du tabes. Malheureusement, le bilan de cette pratique enregistra de sérieux inconvénients. En maintes circonstances, au cours des manœuvres de la pendaison, on vit survenir des vertiges, de la cyanose, des syncopes, des accès convulsifs, de l'œdème des membres inférieurs, des ruptures vasculaires, des paralysies temporaires des membres supérieurs; dans quelques cas, le malade est mort subitement pendant qu'on le suspendait. Ces résultats ont un peu refroidi le zèle de certains médecins en faveur de cette méthode. Il ne faut cependant pas abandonner complètement ce procédé qui donne assurément des résultats favorables dans les cas spécialement indiqués. On ne doit pas suspendre tous les tabétiques; ainsi ceux qui souffrent de lésions cardiaques, d'artériosclérose, de lésions pulmonaires ou rénales, d'obésité tant soit peu prononcée, ne sont point tributaires de cette méthode.

Les deux grandes indications de l'alongement de la moëlle existent surtout : 1. la où les manifestations morbides sont dues à la compression des éléments nerveux par les tissus conjonctifs

proliférés ; 2. quand le trouble fonctionnel des filets nerveux est dû à un état anémique ou à une nutrition languissante. Vous favoriserez ainsi une modification circulatoire qui amènera l'hypéremie de la substance grise, produisant une nutrition avantageuse. L'écartement des éléments nerveux diminuera d'un certain degré l'irritation des cellules médulaires. Afin d'amener progressivement le corps de la position horizontale à la position verticale, vous pouvez vous servir avantageusement du plan incliné de l'appareil de Sayre. Les séances faites tous les deux jours, durant huit minutes, peuvent exercer une action favorable sur un certain nombre de manifestations pénibles. La suspension mérite donc d'être conservée, mais elle est loin de constituer un mode souverain du traitement du tabes. Vous pouvez aussi obtenir l'élongation de la moëlle, en faisant coucher le malade et en le plaçant en flexion forcée, les genoux venant toucher le front. L'atténuation des symptômes survient généralement après quinze ou vingt séances de huit à douze minutes : il est inutile de prolonger le traitement plus de trois ou quatre mois consécutifs. Sous la médication hydrothermale, vous verrez aussi disparaître très souvent les crises gastriques et les douleurs fulgurantes. L'observation des préceptes hygiéniques (abstention de fatigue, de veille, de surmenage, d'excès de toute espèce), concurremment avec ces traitements externes, modifieront très avantageusement l'ensemble des processus tabétiques.

CAS CURIEUX D'AUTOMATISME AMBULATOIRE

CHEZ UN HYSTÉRIQUE

Nous croyons devoir reproduire cette observation curieuse, qui ne peut manquer d'intéresser nos lecteurs et que M. le professeur Proust a communiquée récemment à l'Académie des sciences morales, qui lui a prêté une vive attention, témoignant de l'intérêt que les philosophes prennent de plus en plus à certains faits de pathologie nerveuse.

Emile X., trente-trois ans, fils d'un père original et buveur ; mère nerveuse, un frère cadet rentrant dans la catégorie des arriérés. Lui, au contraire, est d'une intelligence assez vive. Il a fait de bonnes études classiques et remporté

même des succès dans les concours académiques. Après avoir étudié la médecine pendant quelques mois, il est passé à l'étude du droit, s'est fait recevoir licencié, et, depuis quelques années, il est inscrit au tableau de l'ordre des avocats de Paris.

X. . a présenté les signes les plus manifestes de la grande hystérie (attaques, troubles de sensibilité, de motilité, etc.) Il est presque instantanément hypnotisable. C'est là une circonstance qu'a bien mise en relief M. Luys, qui a eu le malade dans son service. Il suffit qu'il fixe un point dans l'espace, qu'il entende un bruit un peu fort, qu'il éprouve une impression vive et subite pour que, aussitôt; il tombe dans le sommeil hypnotique. Il était, un jour au café, place de la Bourse. Il se regarde à la glace. Immédiatement il s'endort. Etouffées et effrayées, les personnes avec lesquelles il se trouvait le conduisirent à l'hôpital de la Charité où on le réveilla.

Une autre fois, au Palais, pendant qu'il plaide, le président le fixe. Il s'arrête court, s'endort et ne peut reprendre sa plaidoirie que lorsqu'un de ses confrères, qui connaît son infirmité, l'a réveillé.

Mais ce n'est pas tout.

A certains moments, Emile X. . perd complètement la mémoire. Alors, tous ses souvenirs, les plus récents comme les plus anciens, sont abolis. Il a complètement oublié son existence passée. Il s'est oublié lui-même. Cependant, comme il n'a pas perdu la conscience, et que, pendant toute la durée de cette sorte d'état de condition seconde. — qui peut se prolonger pendant plusieurs jours, — il aura, comme dit Leibnitz, "l'aperception de ses perceptions," une nouvelle vie, une nouvelle mémoire, un nouveau moi commencent pour lui. Alors il marche, monte en chemin de fer, fait des visites, achète, joue, etc.

Quand, subitement, par une façon de réveil, il revient à sa condition première, il ignore ce qu'il a fait pendant les jours qui viennent de s'écouler, c'est-à-dire pendant tout le temps de sa condition seconde.

Ainsi, le mois dernier, il a eu une altercation avec son beau-père (le second mari de sa mère). Il est vivement impressionné par cette altercation dont il a gardé le souvenir très présent. Mais il ignore ce qu'il a fait depuis cette date jusqu'au milieu du mois suivant. A cette dernière époque,

c'est-à-dire trois semaines après sa dispute avec son parent, on le retrouve à Villars-Saint-Marcelin (Haute-Marne). Comment a-t-il vécu ? où est-il allé ? Il l'ignore. Ce qu'il en sait, il l'a appris depuis par des rapports venus de divers côtés. On lui a dit qu'il s'était rendu chez le curé de Villars-Saint-Marcelin, "qui l'avait trouvé bizarre," qu'il était allé faire visite à l'un de ses oncles, évêque *in partibus* dans la Haute-Marne, et que là, il aurait brisé différents objets, déchiré des livres et même des manuscrits de son oncle. Il a su, depuis, qu'il avait contracté cinq cents francs de dettes pendant ses pérégrinations, qu'il avait été traduit devant le tribunal de Vassy pour acte de filouterie et condamné par défaut.

Autre épisode :

Le 11 mai, il déjeune dans un restaurant du quartier latin. Deux jours après, il se retrouve sur une place de Troyes.

Qu'a-t-il fait pendant ces deux jours ?

Il n'en sait pas le premier mot.

Tout ce qu'il se rappelle, c'est qu'en revenant à lui, il s'aperçut qu'il avait perdu son pardessus et son porte-monnaie contenant deux cent vingt-six francs.

C'est donc un cas bien net d'automatisme ambulatoire chez un hystérique. Ce fait peut être rapproché de celui qu'a communiqué récemment à la Société médico-psychologique, M. J. Voisin, de celui de M. Mesnet, — survenu à la suite d'un traumatisme du crâne, — enfin de celui relevé par M. Charcot chez un épileptique. Tout le monde connaît, du reste, l'histoire célèbre de Félicité, rapportée, il y a déjà longtemps, par M. Azam (de Bordeaux).

Dans l'observation d'Emile X., comme dans les observations similaires, on relève, notamment, les deux points suivants :

1° Une rupture dans la continuité des phénomènes de conscience, et ce, bien que l'individu, pendant cette rupture, aille, vienne, agisse conformément aux habitudes de la vie courante.

2° S'il y a discontinuité entre les phénomènes de conscience de la période de condition seconde et ceux de la vie normale, il y a au contraire, continuité entre les phénomènes de conscience des périodes de condition seconde.

Ainsi, Emile X., dans son état normal, ignore ce qu'il a fait pendant les périodes d'automatisme ambulatoire, mais

il suffit, en le plongeant dans le sommeil hypnotique, de le replacer en condition seconde pour qu'aussitôt il se rappelle les moindres détails de ses pérégrinations. Eveill^é, il ne sait ce qu'il a fait durant le mois qui a suivi la querelle avec son beau-père ; endormi, il révèle tous les incidents de son voyage. S'il a dépensé 500 francs, c'est qu'il a joué. Il dit les sommes perdues, et à quel jeu. Il donne le nom de son partenaire. Il raconte tout ce qu'il a fait et dit chez le curé son ami, et chez l'évêque son oncle.

Même chose pour sa fugue à Troyes. Pendant le sommeil provoqué, il dit : " le 17 mai, au sortir du restaurant, j'ai pris une voiture, je me suis fait conduire à la gare de l'Est. Je me suis embarqué par le train de 1 h. 25 et suis arrivé à Troyes à 5 h. 27 : je suis descendu à l'hôtel du Commerce, chambre numéro 5. J'ai déposé mon pardessus, qui renfermait mon porte-monnaie, sur le dossier d'un fauteuil. Je suis ensuite allé au café place Notre-Dame, puis je suis rentré dîner à six heures et demie. Je suis allé faire visite à un négociant de ma connaissance, M. C... , et j'ai passé chez lui la soirée jusqu'à neuf heures. Puis je suis revenu me coucher. Je me suis levé le lendemain à huit heures, j'ai déjeuné chez M. C... Je l'ai quitté après déjeuné, j'ai pris la rue de Paris et me suis senti malade. Je me suis alors adressé à un sergent de ville qui m'a conduit chez le commissaire de police et de là, à l'hôpital de Troyes, où on m'a reveillé".

A titre de renseignement complémentaire, j'ajouterai le détail suivant.

Après avoir appris du malade endormi l'endroit où il avait laissé son pardessus, nous l'avons engagé, après son réveil, à écrire à l'hôtel du Commerce. Le surlendemain, à son grand étonnement, il recevait son pardessus et son porte-monnaie avec les 226 francs qu'ils renfermait. Ces objets, je l'ai dit, étaient égarés depuis plus de six mois, et notre malade manquait d'argent.

Emile X... avait été condamné, par le tribunal de Vassy, pour filouterie commise pendant sa période d'automatisme ambulatoire. Le jugement a été annulé quand on a su dans quelles conditions le délit avait été commis.

Plus récemment, Emile X... a, de nouveau, été inculpé d'escroquerie. Il aurait emprunté une somme, d'ailleurs mi-

nime, à un employé du palais de justice, en se targant d'une qualité fausse.

Sur un rapport de MM. Motet et Ballet, une ordonnance de non-lieu a été rendue en sa faveur.

DE L'OBESITE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Dans la pathogénie de l'obésité, on peut distinguer trois ordres d'éléments :

- 1° Une prédisposition constitutionnelle particulière ;
- 2° L'augmentation des recettes nutritives ;
- 3° La diminution des dépenses correspondantes.

Il n'y a pas d'obésité sans prédispositions constitutionnelles particulières. Certains individus sont absolument réfractaires à l'engraissement ; on a beau les placer dans les conditions les meilleures pour engraisser, augmenter leurs recettes au maximum, réduire leurs dépenses au minimum, ils restent maigres. D'autres, au contraire, ont à l'obésité une tendance marquée, et on a toutes les peines du monde à obtenir et à maintenir chez eux l'amaigrissement. Quelles sont donc ces prédispositions à l'obésité ? Dans la moitié des cas, l'obésité est directement héréditaire. Sur 124 obèses, on a rencontré 43 hommes et 81 femmes. L'influence prédisposante du sexe est évidente, mais il faut tenir compte aussi de la façon particulière dont vivent les femmes.

L'obésité a aussi des relations certaines avec la goutte, le diabète, et d'une façon générale, avec toutes les maladies du groupe arthritique. Dans les antécédents personnels ou héréditaires des obèses, on rencontre souvent : la goutte, le rhumatisme, l'asthme, le diabète, la dyspepsie, la gravelle, la lithiase, biliaire ou urique, le rhumatisme chronique. Chez ces malades, on trouve aussi des névroses de divers ordres, et des anomalies mentales. L'obésité, en d'autres termes, prend place dans la grande famille névropathique. Dans l'obésité on trouve un état de nervosisme constitutionnel, héréditaire le plus souvent.

Dans un bon nombre de cas, on a vu une surcharge graisseuse

se locale, et, pour ainsi dire, une obésité partielle succéder à des troubles névropathiques eux-même localisés. On a vu l'adipose sous-cutanée succéder à certaines névralgies avec l'atrophie musculaire rhumatisme, à l'hémiplégie de cause cérébrale, à la rection du sciatique. Enfin il existe sûrement des relations entre l'œdème névropathique et le lipome ou le pseudo-lipome.

On peut donc conclure que l'obésité est d'origine névropathique et que la thérapeutique doit s'adresser surtout au système nerveux le grand régulateur de la nutrition générale.

En se basant sur l'urée trouvée dans les urines on peut diviser les obèses en deux catégories : suivant qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas d'hyperazoturie, suivant que le rapport de l'urée aux résidus fixes de l'urine est ou n'est pas supérieur à la moyenne physiologique.

Il y aurait donc ainsi des obèses à activité cellulaire exagérée et des obèses à activité cellulaire diminuée, des obèses par excès et des obèses par défaut. L'hyperazoturie peut s'expliquer : 1° par une alimentation trop richement azotée ; 2° par une désassimilation cellulaire excessive.

L'hypoazoturie peut reconnaître pour cause : 1° une alimentation insuffisamment azotée ; 2° une digestion officieuse ; 3° une vitalité similaire insuffisante. Pour classer ces maladies en obèses par excès et en obèses par défaut, il faut faire un examen méthodique de la quantité d'oxygène absorbée de la quantité d'acide carbonique exhalée, enfin, de la quantité d'azote ingérée et d'azote éliminée.

L'ANTISEPSIE STOMACALE

CHEZ LES TUBERCULEUX

Il existe dès la première période de l'infection bacillaire des troubles gastriques sur lesquels le professeur Grancher a insisté avec une rare clairvoyance et qu'il a dénommés *dyspepsie pré-tuberculeuse*.

Cette dyspepsie reconnaît pour cause un trouble dans la composition du chimisme stomacal. Le suc gastrique n'a plus la teneur des éléments actifs indispensables à son action : l'analyse prouve que l'acide chlorhydrique a diminué, que l'orga-

nisme est en état d'*hypochlorhydrie*. Tout récemment encore M. le Dr Boureau, dans une étude comparative du terrain arthritique et du terrain tuberculeux, concluait que l'état bacillaire constituait le terrain hypoacide. Par suite de cette altération chimique, il se produit *in situ* des fermentations microbiennes, un état septique de la muqueuse stomacale.

Pour remédier à cette insuffisance d'acidité, on a employé différents moyens : tantôt les alcalins, afin d'exciter les glandes stomacales et provoquer l'hypersécrétion ; tantôt des médicaments de suppléance, comme l'acide chlorhydrique et l'acide lactique. L'acide chlorhydrique pur très étendu d'eau a donné, à la dose de quelques gouttes, de bons résultats. Mais on s'est toujours mieux trouvé de l'employer, chez les tuberculeux, à l'état de combinaison avec le phosphate de chaux, le chlorhydro-phosphate de chaux remplissant ici un double but.

En effet, à côté de l'hypoacidité de l'estomac, il survient, dès la première heure de l'infection bacillaire, d'autres phénomènes morbides non moins importants. On sait aujourd'hui que toutes les cachexies, et plus que toute autre la cachexie tuberculeuse, s'accompagnent d'une déminéralisation des tissus et des humeurs qui explique la diminution de leur résistance à l'infection bacillaire. Dans la phtisie, la déminéralisation se manifeste fréquemment par la phosphaturie.

De petites doses de chlorhydro-phosphate de chaux et de créosote, peuvent et doivent être administrées à toutes les périodes de la phtisie. Elles répondent, en effet, aux diverses indications que nous venons de signaler, savoir :

1° Elle combat, à la période initiale de la tuberculose, l'hypoacidité et rétablit l'état chimique normal et aseptique de l'estomac :

2° Par l'assimilation d'une grande quantité de phosphate de chaux, elle compense la déminéralisation de l'organisme :

3° Par la créosote, elle exerce une action antiseptique directe sur les bacilles de Koch qui pullulent dans l'estomac de la plupart des phtisiques.

Les vérités sont toujours mieux reçues, lorsqu'elles sont rendues publiques par les grands maîtres ou ceux qui sont sensés l'être.

EMPLOI DES INJECTIONS DE CACODYLATE D'HYDRARGYRE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Nous avons traité un assez grand nombre de cas de syphilis à l'aide d'une solution contenant, par centimètre cube, 0 gr. 004 milligr. de bi-iodure d'hydrargyre, 0 gr. 03 egr. de cacodylate de soude et 0 gr. 004 mgr. d'iodure de sodium. Cette préparation, qu'il faut avoir soin de stériliser à l'autoclave, est, d'après notre expérience, parfaitement miscible au sérum sanguin, qu'elle ne trouble pas.

Les injections intramusculaires, répétées quotidiennement, sont très bien supportées par les malades. Elle ne provoquent aucune douleur et ne laissent pour ainsi dire jamais de trace. S'il survient — ce qui est exceptionnel — une petite nodosité, on peut à coup sûr l'attribuer à ce que l'injection a été trop superficielle.

Ce mode de traitement a été employé par nous chez 48 syphilitiques et nous n'avons eu à relever que les incidents suivants : une fois de la pigmentation au point où étaient pratiquées les injections ; une fois de la diarrhée ; deux fois de la stomatite ; une fois une hémoptysie, chez un tuberculeux porteur de cavernes.

Chez 47 de ces malades, les résultats thérapeutiques ont été excellents ; dans un cas seulement, il existait des syphildes qui furent rebelles à ce médicament.

Nous avons été frappés de la puissante action du cacodylate d'hydrargyre chez les sujets en état de dénutrition, particulièrement dans les formes neurasthéniques et déprimantes de la syphilis. De plus, nous avons pu noter que les dermatoses survenant chez d'anciens syphilitiques sont très heureusement influencées par lui. C'est ainsi que nous avons vu guérir rapidement un cas de sycosis lupoïde et un eczéma séborrhéique péripilaire.

VARIOLE. — Il suffit d'empêcher la lumière solaire de pénétrer dans la chambre des varioleux pour que la période de suppuration ne se produise pas.

La tuberculose vient liquider tout le passif des maladies dystrophiques, (scrofule, diabète, alcoolisme, saturnisme, etc.)

LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE PAR L'ACIDE PICRIQUE

D'APRÈS M. DE BRUN

La puissance de dessiccation de l'acide picrique dans les brûlures et dans les affections superficielles de la peau ; la rapidité avec laquelle se font, sous son influence, les régénérations épithéliales, ont donné à M. le professeur H. de Brun (de Beyrouth) l'idée d'employer ce médicament dans la blennorragie et dans quelques affections inflammatoires des muqueuses abordables aux topiques (conjonctive, muqueuse pituitaire).

Voici la manière dont M. de Brun décrit son procédé dans la blennorragie :

« J'emploie en général, dit-il, une solution dont le titre varie de 1-200 à 1-100. La solution de 1-200 est souvent indolore ; celle de 1-100 peut causer des douleurs assez vives, jamais intolérables. Je fais faire avec de petites seringues en verre, aussi bien stérilisées que possible, d'une contenance de 5 à 6 centimètres cubes, de simples injections à méat fermé, je laisse pendant trois minutes le liquide en contact avec le canal. Les injections sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont peu douloureuses et une fois seulement quand le malade les supporte difficilement, ce qui est fort rare. Le plus souvent, en quatre à cinq jours, la guérison radicale est obtenue dans les blennorragies aiguës. J'ai obtenu des guérisons aussi rapides et définitives dans des blennorragies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs. Je n'ai pas besoin de dire que ces résultats ne sont obtenus qu'à la condition qu'il s'agisse d'une uréthrite dans laquelle l'injection puisse atteindre le siège du mal. Dans l'uréthrite postérieure il serait sans doute nécessaire de faire des instillations. Je n'ai pas eu jusqu'à présent l'occasion d'en faire avec les solutions que je préconise, et ne peux par conséquent donner à ce sujet aucun renseignement.

« Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était, l'écoulement, dès les premières injections, devient presque clair ; il perd sa purulence et son opacité. Il faut ajouter qu'il devient quelquefois plus abondant, pour diminuer et disparaître parfois dès que les injections ont été suspendues.

“ L'effet du traitement sur les gonocoques est remarquable ; ceux-ci, comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif.”

M. de Brun rapporte plusieurs observations qui sont absolument concluantes en faveur de cette méthode. Il cite également quelques rares cas où elle a été inefficace.

Etant donné qu'il n'y a rien d'absolu en thérapeutique, surtout en matière d'uréthrite blennorragique, la méthode peut être considérée comme recommandable dans toutes les uréthrites blennorragiques antérieures aiguës ou chroniques.

EPITHELIOMA DE LA LANGUE GREFFE SUR D'ANCIENNES PLAQUES DE LEUCOPLASIE ; AMPUTATION DE L'ORGANE ; PAS DE RECIDIVE TROIS ANS APRES L'OPERATION

PAR M. LE DOCTEUR BLANC

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'année dernière, notre distingué collègue le docteur Rousset vous présentait un malade atteint de leucoplasie linguale qui très rapidement dégénéra en épithélioma ; le cancer prit une marche en quelque sorte foudroyante, puisque en une année il aboutissait à la destruction complète de l'organe et à la plus extrême cachexie ; le malade mourut subitement d'hémorragie.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, est également un exemple typique de la transformation bien connue de plaques leucoplasiques en épithélioma, mais heureusement il s'agit d'un type clinique plus favorable puisque l'amputation de la langue pratiquée depuis plus de trois ans, n'a pas été suivie de récidive.

P... , âgé de 71 ans, est un homme robuste et bien conservé.

Ancien soldat, il a été toute sa vie un grand buveur et un fumeur obstiné ; chaque jour, il fumait pour dix sous de tabac, et le dimanche il doublait ou triplait la dose.

Pas de syphilis ; dentition des plus défectueuses ; depuis

plus de douze ans, il s'est aperçu de la présence de plaques blanchâtres sur la langue et la face interne des joues. Ces plaques prirent bien vite des proportions telles qu'il était obligé d'en couper avec des ciseaux la partie exubérante qui gênait la mastication. Un beau jour, il s'avisa d'arracher une de ces *peaux* insérée à la pointe de la langue, mais elle tenait si bien qu'une traction un peu vive amena avec elle un morceau de la langue !

A partir de ce jour, l'ulcération ainsi constituée s'agrandit avec rapidité ; des noyaux indurés se formèrent tout autour, en même temps qu'apparaissaient des douleurs bientôt épouvantables.

Quand je vis le malade, il était déjà dans un triste état (douleurs continues ; mastication impossible ; ulcération donnant un ichor sanieux et fétide ; engorgement des ganglions sous-maxillaires des deux côtés ; cachexie rapide...)

Le malade, homme très courageux, eut bien vite compris que seule une intervention radicale pouvait le tirer d'affaire : l'opération fut pratiquée.

Amputation de la langue au niveau du V lingual : extirpation des ganglions sous-maxillaires. Réunion par première intention au bout de quinze jours.

Le rétablissement fut des plus rapides, et vous pouvez constater aujourd'hui la persistance d'une guérison qui semble bien définitive ; notre opéré n'a plus jamais souffert ; il mastique et déglutit facilement ; il parle très distinctement ; bref, une seule chose le chagrine un peu, c'est la défense absolue de fumer que je lui ai imposée, défense à laquelle il se soumet stoïquement.

LE CANCER EST-IL CONTAGIEUX ?

L'hypothèse de la "contagiosité du cancer" fait chaque jour des progrès dans le monde médical. Tous les commentateurs s'accordent à exprimer le désir que les praticiens publient le résultat de leurs observations sur ce sujet toujours plein d'actualité.

La conclusion négative des inoculations tentées par S. Duplay et Cazin sur des lapins, des cobayes, des chiens n'infirme en rien la valeur des observations cliniques. Fischel n'a pas été

plus heureux en essayant d'implanter des fragments de tumeurs malignes dans le péritoine, ou sous la peau de rats. L'auteur est, du reste, très réservé dans ses conclusions; il pense simplement "que la culture du germe supposé ne réussit pas lorsqu'il est transporté sur une autre espèce, surtout parce que les conditions "biochimiques" ne sont pas les mêmes. Il peut se produire aussi une modification de l'énergie vitale du germe spécifique, alors que ce dernier a végété sur un autre animal."

Tout cela ne prouve rien contre la possibilité de la contagion inter-humaine.

Par contre, M. Soudakevitch a trouvé dans 95 cas de cancer des parasites intra-cellulaires de la classe des sporozoaires, et M. Metchnikoff pense qu'il s'agit de coccidies analogues à celles du lapin; il est probable qu'elles fournissent des spores se développant en dehors de l'économie humaine et que le cancer sera rangé un jour au nombre des maladies miasmatiques. Ces recherches sont encore confirmées par le professeur Foa.

Restant sur le terrain clinique, nous devons signaler une communication de M. Roux et le travail du Dr Fiessinger, d'Oyonnax.

Voici les observations de M. Roux: Un malade de 65 ans meurt d'un cancer de l'estomac. Sa femme, d'une santé excellente, l'avait soigné pendant toute sa maladie. Quelque temps après la mort de son mari, elle ressentit les premiers symptômes d'un cancer stomacal qui l'enleva en quelques mois. — Un homme de 75 ans portait depuis 45 ans un enchondrome de la parotide qui était resté silencieux pendant tout ce temps. La femme de ce malade fut atteinte d'un cancer rectal; elle succomba au bout de six mois. Trois mois après son décès, le mari éprouva des douleurs vives dans son enchondrome dont le volume augmenta rapidement. Puis la peau s'ulcéra; un cancer de la parotide se développa rapidement et le malade mourut d'hémorrhagie et de cachexie.

Tout en émettant quelques doutes sur la valeur de ces observations au point de vue de la contagiosité, les quelques documents que nous possédons jusqu'à ce jour sur la question de l'inoculabilité du cancer semblent plaider en faveur de cette inoculabilité.

Le docteur Ch. Fiessinger intitule franchement son mémoire; "Note sur une épidémie cancéreuse".

A Oyonnax, il y a une moyenne annuelle de 3 à 4 cancers pour 4,500 habitants ou 500 maisons, soit un cancer pour 125 maisons. Or, un groupe de trois habitations à l'extrémité de la ville a fourni un contingent de 5 cancéreux en 4 ans, et de ces malheureux, étrangers les uns aux autres, tous morts aujourd'hui, pas un ne se réclamait d'une hérédité morbide similaire. Notre distingué confrère ne veut pas croire à une simple coïncidence: pour lui, l'idée de contagion s'impose.

L'histoire des malades est, en effet, très instructive.

A la fin de 1886, arrive à Oyonnax une femme atteinte de carcinome du sein droit. Elle loge dans la maison L... perchée hors ville sur un mamelon de terrain au pied duquel quelques habitations s'allignent le long d'un ruisseau. Cette maison L... est creusée d'une citerne dans la cave et cette citerne est fréquemment souillée par les eaux pluviales. La malade, jetant devant la porte ses chiffons souillés de détritux cancéreux, pouvait contaminer le puits qui s'ouvrait à 2 mètres en contre-bas. Peut-être aussi, comme on tend à l'admettre pour la fièvre typhoïde, ces détritux cancéreux, desséchés et poussiéreux, étaient-ils absorbés par la bouche et déglutis ensuite, l'infection s'étant fait par l'air. Peut-être encore l'infection des voies respiratoires par l'air est-elle directe.

A la suite de cette première malade (morte en juin 1887), deux locataires de la même maison deviennent cancéreux, l'un en février 1888, l'autre au printemps de 1890. Le premier prend un cancer de la verge, en un point brûlé autrefois: l'autre, sujet à la diarrhée depuis longtemps, succombe à un cancer du rectum.

Un jeune homme de 28 ans et un enfant de 13 ans, deux voisins qui buvaient l'eau du ruisseau, sont atteints, le premier d'un cancer de l'estomac en mars 1888, le second d'un ostéo-sarcome de la jambe en juin 1890. Chez tous deux, on relève encore une cause de localisation: coup de pied de cheval au creux épigastrique et contusion antérieure du tibia. Les conditions d'âge, d'hérédité, de tempérament leur faisaient défaut: si l'on admet la contagion, tout s'explique facilement.

Tel est le résumé de l'intéressante note de M. Fiessinger, absolument affirmative sur la contagiosité du cancer.

Le docteur Paul Lucas-Championnière a eu la gracieuseté de nous faire part du fait suivant:

(XXVIII). — M. X. . . , industriel, habitant la localité riche en cancéreux, est mort en 1881 d'un cancer à la langue; je l'ai soigné d'une façon intermittente parce qu'il habitait la campagne toute l'année. Sa femme a été atteinte d'un cancer du sein, type de squirrhe en cuirasse, environ deux ans après sa mort; elle a succombé au bout de deux ans. Il n'y avait d'hérédité ni d'un côté ni de l'autre, et pas de consanguinité. J'ajouterai que les deux malades étaient de santé particulièrement vigoureuse, et sans aucune tare organique.

Autre exemple de cancer "hétérotopique", observé par le docteur Dupré :

(XXIX). — Mari: G. . . , 64 ans. Père mort, enflé, à 57 ans; mère morte à 48 ans (?). G. . . qui ne fume pas, porte depuis 4 mois, à la lèvre inférieure, un bouton épithélial qui est situé un peu à droite de la ligne médiane. Après trois grattages, la tumeur augmentant, le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu où il est opéré le 4 décembre 1891 par le docteur Guelliot. Exéat le 12 décembre.

Femme G. . . , 62 ans. Père mort d'une "tumeur de l'estomac" à 62 ans; pas de renseignements sur la mère. Une sœur est morte à 36 ans d'une affection de l'estomac: "L'estomac était resserré; il n'y passait pas un cheveu". Un frère est mort également d'une maladie d'estomac à 52 ans. Elle-même souffre de l'estomac depuis 3 ou 4 ans. Amaigrissement; vomissements; développement des veines abdominales; empâtement au niveau du pylore: le diagnostic de cancer de l'estomac s'impose.

Le même confrère nous envoie cette observation:

(XXX). — "Cancer utérin". Mme L. . . , 46 ans. Grand'mère morte à 50 ans d'un cancer du rectum. Début des douleurs utérines, troubles utérins et écoulement séro-ichoreux à partir de mars 1888. Première hémorrhagie en novembre 1888; deuxième hémorrhagie en mars 1889; en août, perforation de la paroi recto-vaginale; en septembre, vaste cloaque recto-vésico-vaginal et mort le 30 octobre 1889.

"Cancer de l'estomac et de l'œsophage". — M. L. . . . , mari de la précédente, 50 ans, sans antécédents de famille. Habitudes alcooliques. Premières douleurs de l'estomac ressenties en février 1889; vomissements caractéristiques, émaciation rapide. En mars, troubles de la déglutition: les liquides pénè-

trent difficilement; rétrécissement vers le tiers supérieur de l'œsophage. Tumeur marronnée appréciable à l'épigastre. Mort le 7 juin 1889. (Dr Dupré).

En résumé, d'un côté la femme, prédisposée héréditairement, fait un cancer utérin; le mari, dont l'estomac est fatigué par des excès alcooliques, gagne un cancer de cet organe. Il arrive très souvent que nos observations nous signalent cette coïncidence d'un cancer de l'utérus chez la femme et d'un cancer de l'estomac chez le mari.

(à suivre)

**Résultat des élections triennales des gouverneurs du Collège
des Médecins et Chirurgiens de la
province de Québec**

4 septembre 1901.

DISTRICT DE QUÉBEC

- No 1 — Québec centre : Dr A. Vallée, M.-D. Brochu, C.-R. Paquin.
- “ 2 — Québec ouest, Québec est, Saint-Sauveur : A. Jobin, F.-X.-J. Dorion, J. Marcoux.
- “ 3 — Lévis, Lotbinière : J. Ladrière.
- “ 4 — Montmorency, Québec, Portneuf : M. Brophy.
- “ 5 — Charlevoix, Chicoutimi, Lac Saint-Jean : L.-E. Beauchamp.
- “ 6 — Beauce, Dorchester : Tamerède Fortier.
- “ 7 — Bellechasse, Montmagny, l'Islet : L.-M. Moreau.
- “ 8 — Kamouraska, Témiscouata : F.-J. Langlois.
- “ 9 — Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Isles de la Madeleine : J.-B.-R. Fiset.

DISTRICT DE MONTRÉAL

- No 1 — Montréal, Nos 1 et 2 : A.-R. Marsolais, R.-C. Laurier.
- “ 2 — Montréal, Nos 3 et 4 : R. Boulet, J.-A. Chartier.
- “ 3 — Montréal, Nos 5 et 6 : J.-A. MacDonald, J.-A. Brown.
- “ 4 — Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier : J.-D. Beaudry.
- “ 5 — Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval : L.-A. Fortier.
- “ 6 — Ottawa, Pontiac : E.-L. Quirke.

- No 7 — Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil : Charles Marshall.
- “ 8 — Shefford, Brome, Missisquoi : J.-D. Pagé.
- “ 9 — Saint-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie : Hon. Jean Girouard.
- “ 10 — Saint-Hyacinthe, Bagot, Rouville : Ernest Choquette.
- “ 11 — Richelieu, Yamaska, Verchères : E.-H. Provost.
- “ 12 — Hochelaga-est, comprenant : Pointe-aux-Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des-Prairies, Sault-au-Recollet, Maisonneuve, Delorimier, Petite-Côte, Saint-Léonard de Port-Maurice, Saint-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, Saint-Denis et Saint-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal : G.-E. Baril.
- “ 13 — Hochelaga ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun, ville Saint-Paul, Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Sainte-Cunégonde, Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, Notre-Dame de Grâces, Montréal ouest, et le quartier Saint-Gabriel, dans la ville de Montréal : Théodore Cypihot.

DISTRICT DE TROIS-RIVIERES

- “ 1 — Drummond, Arthabaska, Mégantic : L.-J.-O. Sirois.
- “ 2 — Trois-Rivières (ville), Champlain (comté) : L.-T. Normand.
- “ 3 — Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet : L.-A. Plante.

DISTRICT DE SAINT-FRANCOIS

- “ 1 — Sherbrooke (ville et comté) : P. Pelletier, J.-O. Camirand.
- “ 2 — Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe : R.-T. McMorine, décédé le même jour.

Montréal, 4 septembre 1901.

A.-R. MARSOLAIS, M.-D.,

Registraire C. M. et C. P. Q.

No 159, rue Saint-Denis.

Comme on le voit, parmi ces 35 élus, le vote par district a doté notre chambre médicale de 18 nouveaux députés, qui doivent avoir d'excellents projets, approuvés par leurs électeurs, puisqu'ils ont réussi à triompher des anciens gouverneurs. Cependant l'inauguration de ce nouveau système de votation qui

est assurément un grand progrès, n'a pas donné tous les résultats que l'on en attendait. Dans certaines divisions électorales, l' " apathie professionnelle " règne encore en maîtresse, et il a suffi de quatre électeurs pour baptiser un confrère du titre de gouverneur. La responsabilité de celui-ci est bien limitée et il lui sera facile de rendre compte de ses travaux à ses mandataires. Si les associations médicales qui surgissent de toute part, peuvent concourir à l'éveil des sentiments dévoués aux intérêts de toute la profession médicale, nous souhaitons que de plus nombreuses encore prennent naissance, dans toutes les divisions électorales, et que leurs travaux soient fertiles en heureux résultats.

NOUVELLES

A la dernière convention de l'Association Médicale Canadienne, tenue à Winnipeg, au mois dernier, les médecins de notre nationalité brillèrent par leur absence; la prochaine réunion devant avoir lieu à Montréal, nous espérons avoir le plaisir d'entendre la voix autorisée de quelques-uns des nôtres.

Notre nouveau Bureau des gouverneurs sera appelé à se prononcer touchant la réciprocité interprovinciale. Nous nous ferons un devoir de publier, comme par le passé, toute correspondance qui pourrait répandre un peu de lumière sur ce sujet.

Monsieur Wallace Dawson, qui a été éprouvé dernièrement par un désastre financier, a ouvert une très jolie pharmacie à l'angle des rues Sherbrooke et Saint-Laurent. Nous souhaitons que ses spécialités, d'une haute valeur thérapeutique, lui rapportent de brillants succès.

Dans les cas d'irritation de la muqueuse nasale, causée par les poussières d'automne, où les premiers froids, la Nasopharingine est le spécifique par excellence qui donne les meilleurs résultats.

Monsieur le docteur Gadbois, 2082 rue Ste-Catherine, qui s'occupe spécialement du traitement de l'alcoolisme, pourrait disposer dans de bonnes conditions de quelques appartements en faveur d'un confrère qui voudrait s'installer dans le quartier.