

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2^{ème} et 4^{ème} Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX —

Leçon d'ouverture du Prof. Loir : Le laboratoire de Pasteur... ..	324
Les fractures spontanées, par le Dr Ben. Bourgeois... ..	328
De l'emploi des solutions d'argent colloïdal, par le Dr Thiboulet... ..	331
Rétrécissement mitral et tuberculose, par le Dr Lamy... ..	333
Association Médicale du Canada : Discours d'ouverture du Prof. Adami... ..	335

Le Mouvement médical, par le Dr Eugène St-Jacques... ..	337
Lettre de Vienne... ..	338

REPONSES AUX CORRESPONDANTS :

L'antrax, par le Dr Frs de Martigny... ..	340
A propos du dernier rapport du Collège des Médecins et Chirurgiens, A. Laurendeau... ..	341
La Société Médicale de Montréal... ..	341

Aux Annonceurs

PROVINCE DE QUÉBEC,
Cité et District de
Montréal.

Nous, soussignée, éditeurs du "Journal de Médecine et de Chirurgie," déclarons solennellement que depuis février 1907 nous n'avons jamais fait un tirage inférieur à seize cents exemplaires (1600), et nous faisons la présente déclaration solennelle, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de l'acte de la preuve en Canada de 1893.

L'IMPRIMERIE FRANÇAISE,
MAURICE DESROCHES.

Signé et déclaré devant nous,
à Montréal, ce 8 novembre 1907.

J. A. EMILE BOILEAU,
Notaire, et Commissaire Cour Supérieure pour le District de Montréal.

227 et 316 rue Rachel.
Tel. Bell Est 1823 et 3675

To the Advertisers

PROVINCE OF QUEBEC,
City and District of
Montreal.

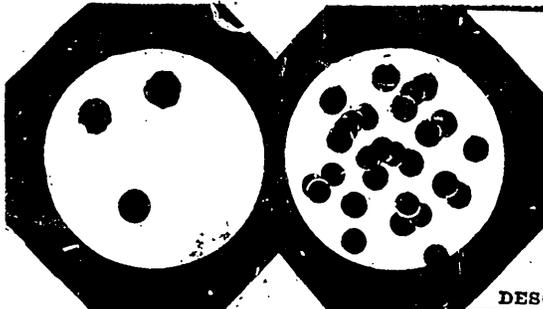
We, the undersigned, editors of "Le Journal de Médecine et de Chirurgie de Montréal," do solemnly declare that since February, 1907, we have never printed less than sixteen hundred (1600), numbers, and we make that solemn declaration knowing it conscientiously true and that it has the same force and effect, as if made under oath, in virtue of the Canada Evidence Act of 1893.

L'IMPRIMERIE FRANÇAISE,
MAURICE DESROCHES.

Signed and declared before us
this 8th november 1907.

J. A. EMILE BOILEAU,
Notary and Super. Court
Commissioner

227 and 316 Rachel Street.
Tel. Bell East 1823 and 3675



HEMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4⁵).

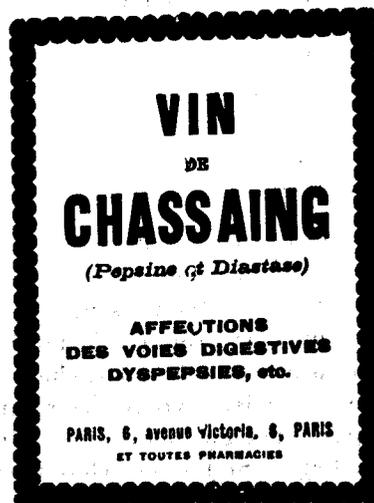
DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{os}



ALIMENT DES ENFANTS

PARIS, Avenue Victoria, 6
et Pharmaciens

Seul agent pour le Canada : A. QUITTARD, B. P. 883, Montreal



“ BISQUIT ”

Veritable Cognac provenant de la distillation du jus de raisin

Mis sur le marché par Messieurs **BISQUIT DUBOUCHÉ & CIE.**, depuis près de cent ans et recommandé par les membres les plus éminents de la profession médicale dans le monde entier, pour sa pureté et son efficacité.

N.-B.—Il est bon de rappeler à Messieurs les Médecins que tout ce qui est vendu pour du Cognac n'est pas du **VRAI** Cognac et qu'afin d'éviter toute substitution ils doivent ordonner la marque “**BISQUIT**” chaque fois qu'un produit provenant de la distillation du **JUS DE RAISIN PUR** est indiqué.

Université Laval de Montréal

FACULTÉ DE MÉDECINE

Chaire de Biologie

LEÇON D'OUVERTURE

Par le Professeur ADRIEN LOIR

Mes chers collègues,

Le jour où j'ai l'honneur d'inaugurer cette chaire que vous avez bien voulu créer pour moi, laissez-moi vous remercier et vous assurer de tout mon dévouement pour votre œuvre, je ferai mon possible pour être à la hauteur de ma tâche.

Je crois répondre à votre désir, aujourd'hui, en mettant mon enseignement sous l'égide du grand nom de Pasteur. Si j'ai été choisi par vous, comme professeur titulaire de cette Faculté de médecine, c'est que j'ai vécu aux côtés du Maître pendant de nombreuses années et vous ne serez donc pas étonnés si je consacre cette première leçon à vous faire part des souvenirs que j'ai gardés de ce laboratoire où j'ai appris la biologie.

Chers élèves,

C'est en 1882 que je suis entré au laboratoire historique de la rue d'Ulm. Pasteur depuis 1850, développait la série de ses immortelles découvertes. Il étudiait alors principalement la rage et le rouget des porcs qui sévissait dans les porcheries d'un grand nombre de départements français. Je vois encore la feuille de papier sur laquelle il avait mis les quelques manipulations qu'il voulait me faire faire lui-même pour me rendre apte à l'aider dans ses travaux.

Depuis 1868, époque à laquelle il avait été atteint de monoplégie de tout le côté gauche, il se servait avec difficulté de sa main, aussi les manipulations lui étaient-elles pour ainsi dire interdites. Pendant plusieurs heures chaque jour il me suivait pas à pas dans le laboratoire, s'asseyant en arrière et à peu de distance de moi à la table où je faisais lesensemencements des divers microbes et à chaque mouvement maladroit ou inutile du jeune dé-

butant j'entendais une plainte comme si je lui avais fait mal. Il souffrait de ne pas pouvoir lui-même exécuter en ma présence les opérations pour lesquelles j'étais encore novice au lieu d'être obligé de s'en tenir aux explications. Tous les matins je faisais ces manipulations sans, en général, me rendre compte de la raison qui poussait Pasteur vers ces expériences, car, le maître aimait à entendre ses recherches d'un silence olympien jusqu'au jour où son œuvre lui paraissait assez mûre pour en faire part aux autres.

Pasteur s'enfermait dans son laboratoire et de temps en temps sortait, comme une fusée, (c'est le mot qu'employaient alors ses adversaires), une de ses découvertes avec son application pratique. Il explorait la science qu'il était en train de créer à la façon des explorateurs. Il était de plusieurs années en avant sur son temps et avait des contradicteurs acharnés.

Il aimait les jeunes gens et lorsqu'il s'adressait à eux il est un mot qui revenait toujours dans ses paroles : "Il faut travailler, il n'y a que cela qui amuse". Il vous le dirait aujourd'hui s'il était ici. Il était enthousiaste et comprenait tous les enthousiasmes, n'a-t-il pas écrit cette phrase dans son discours de réception à l'Académie Française : "Heureux celui qui porte en soi un Dieu, un idéal de la beauté et qui lui obéit : idéal de l'art, idéal de la science, idéal de la patrie, idéal des vertus de l'Évangile ! Ce sont là les sources vives des grandes pensées et des grandes actions".

Vous qui avez l'âme curieuse et hardie des missionnaires français qui ont fondé la nation canadienne, il me sera, j'en suis certain, facile d'éveiller votre jeune enthousiasme en vous racontant l'œuvre de Pasteur.

Duclaux dit en parlant de la façon dont son maître faisait ses expériences au temps où il était son préparateur :

" Il n'en disait pas un mot, même au laboratoire où ses préparateurs ne voyaient que l'extérieur et le squelette de ses expériences sans rien de la vie qui les animait. On faisait des expériences dont on ignorait le but ; d'un ton bref, sans explications, Pasteur indiquait à chacun sa tâche, l'envoyait parfois au loin pour faire des constatations ou des inoculations. Les préparateurs de Pasteur devaient être prêts à tous les déplacements."

Nous étions là cinq autour de lui : Roux, Chamberland, Thuillier, Viala et moi. Plus tard vinrent à côté de nous Perdrix et Wassersug.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Peu de semaines après mon arrivée au laboratoire nous partâmes, Pasteur, Thuillier et moi pour Bolène, dans le Vaucluse, nous emportions des flacons qui contenaient le virus atténué du rouget du porc. Pendant un mois nous parcourûmes les porcheries des environs où sévissait le rouget, faisant des autopsies, amassant des documents ; Pasteur toujours avec son grand cahier cartonné et épais dans lequel il écrivait les résultats de toutes les expériences et le résumé de tous les documents qu'il recueillait de sa petite écriture fine et nette, parfaitement lisible. Il ne se perdait pas en longues tirades littéraires, c'étaient des notes concises et claires. Plus tard, lorsqu'il échafaudait et vivait véritablement le roman d'une de ses découvertes avec cette grandeur de vue qui est la caractéristique de son génie, il refeuilletait toutes ces pages pendant des heures debout devant son bureau appuyé sur son coude, voyait si ses idées concordaient avec les faits, sentait la nouvelle et dernière expérience à faire encore et dont le résultat devait décider du bien fondé de son idée. Alors il accomplissait cette expérience dont il voyait avec son esprit enthousiaste le résultat positif. Il parlait, à ce moment-là, de la grandeur de la chose, de la beauté du résultat qu'il allait obtenir, mais il arrivait aussi que le lendemain l'expérience donnait un résultat négatif. Alors devant cette critique, devant ce contrôle que lui donnait la méthode expérimentale il abandonnait son idée de la veille non seulement pour ne plus y penser mais pour l'oublier complètement.

Un jour, par exemple, il avait pensé que le virus du choléra des poules, mortel lorsqu'on l'inocule sous la peau, pourrait se comporter comme le virus de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes qui, inoculé dans le tissu dense, c'est-à-dire à l'extrémité de la queue des bovidés, amène une maladie locale qui est une véritable vaccination tandis qu'inoculé dans n'importe quelle autre partie du corps ce virus amène la mort. Sans rien expliquer à personne il fit acheter trente coqs ; ceux-ci furent tous inoculés le lendemain à la base de l'ergot. Il espérait qu'il ne mourraient pas et attireraient l'immunité lorsqu'on les inoculerait du choléra des poules dans une autre région du corps. Les trente coqs moururent presque tous de cette première inoculation. Cette expérience, qui avait jugé la question, n'avait laissé aucune trace dans l'esprit de Pasteur du moment qu'elle n'avait pas

donné une conclusion positive et si on lui en avait parlé quelques jours après, il est fort possible qu'il l'eût complètement oubliée.

Son génie s'était créé un roman, son esprit positif le portait à trouver l'expérience qui devait répondre à ce qu'avait enfanté son imagination. Le résultat de l'expérience étant négatif, son idée était désormais pour lui lettre morte.

Cet exemple fait toucher du doigt la différence qu'il y a entre le génie de Pasteur qui se sert de la médecine expérimentale pour vérifier ce que son cerveau a engendré et ce que font les savants qui, observant un fait, bâtissent sur ce fait d'observation toute une théorie. Ces derniers peuvent laisser divaguer leur imagination, ils peuvent s'éloigner de la vérité. Pasteur, lui, était toujours ramené à la vérité par la méthode expérimentale.

Mais lorsque l'expérience donnait au contraire, raison à sa théorie, alors il ne se tenait plus de joie ; il en parlait autour de lui et s'écriait de temps en temps : " Comme c'est beau ! Comprends-tu ? " Et lorsque son travail était suffisamment avancé, il expliquait, avec un merveilleux talent de professeur, tout ce qu'il pensait comme il l'aurait fait à un élève de l'école primaire.

Cette méthode de travail, cette recherche constante de la vérité, cette faculté de Pasteur de combiner les expériences d'une façon suffisamment nette pour que le résultat qu'elle donnerait fut une réponse au roman qu'il se faisait, cette préoccupation de ne livrer aux autres ses idées que lorsqu'il les sentait étayées par l'expérience explique comment dans son œuvre tout est resté, tout est vérité, jusqu'à présent rien n'y a été contredit. Il savait combiner une expérience et n'en torturait jamais le résultat pour l'amener à cadrer avec ses idées. C'était l'expérience qui le dirigeait.

Lorsqu'il exposait ses idées, il le faisait avec une clarté remarquable. Si l'on était dans un jardin, sur une route, il s'arrêtait, tout en causant, pour appuyer son explication de dessins qu'il traçait avec l'extrémité de sa canne, puis il reprenait sa marche.

Le voyage de Vaucluse aboutit à la démonstration de l'efficacité et de l'innocuité du vaccin contre le rouget des porcs ; pendant un mois nous étions restés là parlant constamment de la maladie, nous faisant raconter dans nos visites les mœurs et les particularités des maladies des porcs.

Quelques mois après notre retour de Vaucluse, Thuillier qui était chargé de faire le vaccin du rouget, partait pour l'Égypte, où il allait mourir du

choléra qu'il étudiait, et c'était moi à qui Pasteur confiait la fabrication des cultures de ce nouveau vaccin du rouget, que l'on commençait à demander en France et à l'étranger.

Pasteur suivait avec grande attention les expériences qu'il me chargeait de faire. Nous avions à cette époque-là des microscopes très peu puissants; l'objectif sept de Verick était notre plus fort grossissement, aussi Pasteur, sans s'inquiéter du reste, beaucoup de la forme du microbe très petit qu'il venait de découvrir l'avait décrit comme un microbe en huit de chiffres. Nous le voyons fort mal et, je dois dire que le grand expérimentateur n'avait pas attaché trop d'attention à cette forme, car il était plus chimiste qu'histologiste. Un jour, trois ans après, on nous apporte un microscope beaucoup plus puissant et le docteur Straus arrivant au laboratoire nous apprend à faire des colorations. On prend les cultures du rouget, que depuis près de trois ans, j'étais chargé d'entretenir, et l'on s'aperçoit que le microbe que j'y cultivais était un véritable bacille. Ce jour là je suis rentré bien tristement dans ma chambre après avoir essuyé l'amertume des reproches du maître. Comme toujours dans les cas graves, Pasteur se promenait de long en large dans le laboratoire en s'écriant: "Ah! mon Dieu! mon Dieu!" et cela pendant des heures. Toutes les expériences que nous avons faites depuis deux ans, il fallait les mettre en doute; il reculait son cahier et cherchait à y découvrir à quel moment il y avait eu une différence dans les résultats. Des télégrammes furent envoyés dans différentes régions de la France demandant s'il y avait du rouget et je parti précipitamment pour les Côtes du Nord où une épidémie nous fut signalée.

Je ne puis dire avec quelle anxiété j'attendis la mort du premier porc, j'en fis l'autopsie immédiatement à quatre heures du matin et je retrouvais le microbe qui avait bien la forme de celui que je cultivais depuis trois ans. J'envoyai des préparations à Paris et je reçus une dépêche me félicitant et me disant d'attendre la mort d'autres animaux. Je me souviens toujours ma rentrée au laboratoire. Pasteur m'ouvrit les bras et me demanda véritablement pardon des doutes qu'il avait eu sur le soin avec lequel j'avais fait les cultures dont j'étais chargé depuis trois ans. Il sentait très vivement les choses, il était essentiellement bon et savait montrer son cœur lorsqu'il le fallait.

Pendant tout ce temps on faisait les expériences qui devaient aboutir en 1884 à la découverte de la vaccination antirabique. Pasteur songeait cons-

tamment à la rage. Nous allions voir tous les individus qui mouraient de cette maladie à Paris ou aux environs. C'était pour Pasteur, à chaque fois, une émotion nouvelle et toujours il songeait à la guérison du terrible mal.

DYSSIMÉTRIE MOLECULAIRE — GÉNÉRATIONS DITES SPONTANÉES

Un jour de 1884, la théorie de la génération spontanée reparut à l'horizon. On venait de découvrir dans les grands fonds de la mer une masse de protoplasma dénommée le bathybius d'Heckel, cette substance demi-fluide, visqueuse et sans forme définie, était pour son inventeur, le premier être apparu sur la terre. Les grandes pressions produisaient donc, disait-on, la vie. D'un autre côté, dans des laboratoires de chimie, on avait fait par synthèse, des corps produits jusqu'à ce jour par la nature seule. L'homme, disait-on, a le pouvoir de créer, non pas encore des êtres vivants, mais des corps créés par les êtres vivants et qui n'avaient, jusqu'à ce jour, jamais été produits artificiellement.

Le bathybius d'Heckel, personne n'en parle plus depuis longtemps, son apparition était due à une erreur d'observation, c'était une conception purement chimérique, personne ne pense plus aujourd'hui à prétendre que les corps créés par la synthèse sont semblables à ceux créés par la vie sinon au point de vue chimique, mais à cette époque l'émotion était grande et Pasteur fut ramené pour quelques jours à se replonger dans ses études sur les générations dites spontanées. Avec une clarté extraordinaire il revécut toutes ses anciennes recherches, il ne parlait plus que de cela. Il expliquait ses découvertes sur la dyssimétrie moléculaire qui le conduisirent à l'étude des microbes.

Mitscherlich avait fait paraître une note dans laquelle il disait que le paratartrate et le tartrate double de soude et d'ammoniaque ont la même composition chimique, la même forme cristalline, les mêmes angles, le même poids spécifique, etc. Et cependant ces deux corps agissent différemment sur la lumière polarisée, le paratartrate ne deviait pas, tandis que le tartrate deviait à droite le plan de polarisation. D'après ses études Pasteur ne pouvait pas concevoir que deux corps agissant d'une façon différente au polarimètre fussent identiques au point de vue physique et chimique, il reprit donc l'étude des deux sels avec cette idée préconçue que, ayant une action différente sur la lu-

mière polarisée, ils devaient être différents au point de vue de la cristallisation.

Il trouve que le tartrate dévie à droite et a des faces hémihédriques, mais le paratartrate qui ne dévie pas, en a aussi, seulement en étudiant de plus près ce sel, Pasteur se rendit compte qu'il est formé de deux sortes de cristaux différents.

On croyait que le paratartrate était cristallisé dans le système du prisme droit, que si quelquefois on ne trouvait pas de face hémihédrique dans certains cristaux, c'était un défaut de cristallisation.

En y regardant de plus près, Pasteur voit que l'angle supérieur du cristal n'est pas droit, donc on peut tourner le cristal de façon à mettre l'angle obtus devant l'observateur, dans ce cas on voit que certains cristaux ont la face hémihédrique à droite, d'autres à gauche. Ces deux sortes de cristaux sont bien différents : ils sont l'un par rapport à l'autre comme un objet est à son image dans une glace comme la main droite est à la main gauche, identique, mais non superposable, observation qui avait échappé à Mitscherlich. Ils agissent différemment sur la lumière polarisée : l'un dévie à droite, l'autre à gauche, et le paratartrate qui est neutre au polarimètre, est formé par la combinaison, à poids égaux, de ces deux sels. Après cette découverte il poursuivit l'étude de ces corps. On savait depuis longtemps que le tartrate de chaux mis en présence de matières organiques, fermente et donne divers produits ; Pasteur examina alors l'action de ce mode de fermentation sur un tartrate droit. Le phénomène eut lieu. Il se déposa une levure, et ce mode de fermentation fut appliqué au paratartrate : la même levure se déposa. Tout annonçait que les choses se passeraient comme dans le cas du tartrate droit, mais, si l'on suit la marche de l'opération à l'aide du polarimètre on reconnaît vite des différences profondes. Le liquide primitivement inactif possède un pouvoir rotatoire gauche sensible qui augmente peu à peu et atteint un maximum. Alors la fermentation est suspendue il n'y a plus de tartrate droit dans la liqueur. La levure qui fait fermenter le sel droit respecte le sel gauche, malgré l'identité des propriétés physiques et chimiques de ces deux sels.

Il avait trouvé là un fait bien curieux, une fermentation se produisait et cette fermentation n'avait l'air de s'opérer que sur une partie d'un composé chimique. La cause de la fermentation était alors bien obscure, il se mit à l'étudier et c'est

ainsi qu'il fut amené à démontrer le rôle des ferments dans le monde.

Au moment de cette conférence faite à la société d'encouragement en 1884, je fus chargé d'aller acheter un pied en plâtre chez un praticien aux environs de l'École des Beaux-Arts, et ce pied — un pied droit — servit à Pasteur à montrer qu'il est identique à l'autre pied gauche, formé des mêmes parties exactement semblables mais que ces deux pieds ne sont pas superposables, que l'un d'eux est l'image de l'autre dans une glace. En faisant passer un plan par le milieu du pied on n'a pas, de chaque côté, des parties identiques ; il n'y a pas de plan de symétrie passant par son milieu, c'est un objet dissymétrique. Un cube au contraire est un objet symétrique en faisant passer un plan au milieu, on voit de chaque côté des parties superposables, symétriques. Il mettait ainsi, par des exemples simples, ses découvertes à la portée de tous.

Poursuivant ces démonstrations sur la dissymétrie moléculaire, Pasteur expliquait qu'une des lignes de démarcation entre ce que peuvent produire les hommes par la chimie et ce que le Créateur fait par la vie est, en particulier, que jamais l'homme dans son laboratoire ne fabrique de produits dissymétriques tandis que dans la nature les corps sont dissymétriques.

Dans cette conférence il affirmait encore après de nombreuses années d'études sur le monde des infiniments petits sa croyance inébranlable dans l'inanité de la théorie dite des générations spontanées. Cette théorie jusqu'à lui avait des défenseurs acharnés et sérieux qui croyaient avoir démontré que les infiniments petits naissent spontanément. En montrant que les microbes viennent toujours d'êtres semblables à eux, Pasteur a en 1860, démontré que l'hétérogénie était une théorie sans fondement. Il n'a pas démontré que la génération spontanée est impossible, car dans les sciences expérimentales on ne démontre pas une négation, mais il a fait voir que les expériences dans lesquelles on avait cru pouvoir établir son existence étaient mal faites.

De temps en temps des auteurs isolés apportent sur cette question des expériences que bientôt on démontre mal faites. Celles de Pasteur, comme tout le reste de son œuvre restent comme un roc inattaquable.

(A suivre)

Les Fractures Spontanées

Par le Docteur BEN. BOURGEOIS

En septembre dernier, on amenait un matin dans le service de M. le docteur St-Jacques, une vieille femme de 66 ans, qui, la veille, avait fait une chute de sa hauteur, sur le plancher.

Relevée par des voisins, elle n'accuse pas de douleurs ; seulement elle ne peut marcher à cause de l'impotence complète de son membre inférieur gauche. Ce dernier, "flasque et en éversion complète, repose à plat sur le plan du lit. La cuisse, raccourcie de quatre centimètres, présente un renflement de forme conique dont la base occupe la racine du membre ; ce "renflement" et ce "raccourcissement" disparaissent aisément par une traction légère exercée sur le genou. La "crépitation" est facile à percevoir, elle est considérable. Il existe un peu d'ecchymose à la fesse. Mais ce qui frappe le plus, c'est la mobilité excessive et l'indolence complète qui permettent des mouvements étendus et un examen facile.

En présence de ces symptômes le diagnostic de fracture du col fémoral s'impose, mais ce qui excite l'attention, c'est la légèreté du choc qui l'a produite. La malade n'a pas buté contre un obstacle, elle n'a pas été touchée par quoi que ce soit. Elle marchait sur une surface plane et unie, — le plancher de la galerie, — quand soudain elle s'est affaissée, sa jambe gauche se dérochant sous elle comme l'échafaud sous les pieds de l'ouvrier.

Nous sommes évidemment en présence d'une fracture spontanée et nous croyons que la lésion peut être aussi bien la cause que le résultat de la chute.

Poursuivant l'examen, nous trouvons que la pupille ne réagit pas, — que la réflexe rotulien est aboli, — et que l'articulation tibio-tarsienne droite a été, il y a trois ans, le siège d'une arthropathie. La malade présente actuellement la déformation classique du pied tabétique : élargissement de la mortaise tibio-tarsienne, épaissement du bord interne du pied, affaissement de la voûte plantaire, déviation du métatarses en dehors. Les mouvements sont conservés et déterminent des craquements indolores.

La malade nous dit, de son côté, qu'elle souffre de douleurs fulgurantes depuis des années, et son

médecin, M. le Dr Damien Masson, en nous adressant cette femme, nous apprend qu'il a porté le diagnostic d'ataxie locomotrice, il y a deux ans (signe d'Argyll, signe de Romberg, incoordination, etc.).

L'histoire héréditaire n'offre rien de particulier. Aucun stigmate de syphilis soit congénitale, soit acquise.

Mariée à 19 ans, elle a eu quatre enfants à terme, précédés d'une fausse-couche à quatre mois.

Les urines sont de quantité normale, et ne contiennent pas de sucre.

Nous portons donc le diagnostic de fracture spontanée survenue chez une ataxique, et nous nous montrons très réservés quant au pronostic.

Effectivement après six semaines de traitement dont quatre d'extension, la mobilité est toujours la même et il n'y a pas encore le moindre travail de consolidation.

—o—

Au sens littéral du mot, la fracture spontanée n'existerait pas, elle serait du moins une rareté pathologique. Ce terme de spontanée implique, en effet, que la solution de continuité dans l'os survient sans cause, sans que ce dernier soit soumis à aucune action de traction, de torsion ou de flexion. Or l'idée de continuité dans un corps comporte l'idée d'une résistance, et cette dernière, quelque minime qu'elle puisse être, ne cédera qu'à une action positive, faible peut-être, mais toujours assez forte pour l'anéantir. Dès lors il existe une cause à l'effet et la fracture n'est plus spontanée.

En clinique toutefois, on a donné une acception plus large au mot et Ricard et Demoulin ont défini la fracture spontanée : "Toute fracture survenant dans un os sous l'influence d'une cause qui aurait été impuissante à briser un os sain". Nous perdons ici la relation de la cause à l'effet et nous voyons survenir, sous l'influence d'une action légère, des dégâts considérables.

Au point de vue étiologique et d'après sa définition clinique, la fracture spontanée est le résultat de deux facteurs : "une action minime" s'exerçant sur une "résistance amoindrie". Ceci nous amène de suite à voir dans l'os même une cause prédisposante et à rechercher au dehors une cause déterminante ou occasionnelle.

Toutes les circonstances de la vie d'un individu sont susceptibles de produire, à l'occasion, des fractures spontanées, mais les traumatismes légers et les contractions musculaires en sont les causes immédiates les plus ordinaires. Nombreux en effet

sont les exemples, mis au crédit de ces facteurs dans les classiques : "cet individu qui se fracture l'humérus en s'appuyant le coude sur une table ; cet autre qui se casse la clavicule en se mouchant ; cet orateur qui, au cours d'un geste oratoire, voit son bras retomber inerte", sont, entre des centaines de faits, autant d'exemples de fractures spontanées qui reconnaissent l'action d'une pression légère ou d'une contraction musculaire physiologique.

Le mot physiologique est employé pour faire comprendre que l'action musculaire, laissée à elle-même, peut rompre non seulement des os malades mais quelquefois aussi des os sains. Nous avons fréquemment des fractures de la rotule ou de l'humérus, survenant à l'occasion de contractions musculaires violentes et subites, qui surprennent l'os en position fautive et le cassent, malgré sa résistance intégrale. Ces cas rentrent dans le chapitre des fractures ordinaires et ne nous occupent pas.

Beaucoup plus étendue et plus complexe est l'étude des états prédisposant aux fractures spontanées. La charpente osseuse est bâtie forte, toutes les exigences et les lois de la mécanique y sont respectées, les os répondent aux conditions de courbure et d'élasticité qui doivent accroître leur résistance aux chocs et aux efforts qu'ils auront à supporter dans les conditions ordinaires de la vie. Or, pour que ces os trompent la confiance que l'on avait mise en eux, pour qu'ils se brisent, pour bien dire d'eux-mêmes, sous l'action de causes infiniment plus légères que les pressions auxquelles ils devaient résister, il faut qu'il se soit produit, dans leur anatomie, des altérations profondes de volume, de forme et de composition.

Ces altérations se trouvent souvent réalisées au cours d'un certain nombre de processus pathologiques dont nous étudierons les plus ordinaires.

Disons tout d'abord que d'après leur mode d'action, ces derniers se divisent en deux catégories :

1. Les "affections locales" qui créent dans l'os un lieu de moindre résistance, le plus souvent unique, et déterminent la fracture sur place.

2. Les "affections générales", chroniques et cachectisantes qui produisent dans toute la charpente osseuse des modifications dans sa composition et diminuent sa résistance active ; la fracture survient ici aux os les plus exposés.

A la première catégorie appartiennent les affections inflammatoires, telles que les "ostéo-myélites" et les "osteïtes tuberculeuses", les "tumeurs kystiques", les "gommes syphilitiques", les "néoplasmes malins". Le mécanisme est sensiblement

le même pour ces affections de nature histologique et d'évolution clinique différente : c'est la destruction de la substance osseuse, par des inflammations répétées avec éliminations de séquestres considérables, par le travail ulcératif du virus syphilitique, par l'infiltration et l'invasion progressive spéciales aux tumeurs malignes.

En tête des affections de la seconde catégorie apparaissent les maladies diathésiques : la syphilis, acquise plus souvent qu'héréditaire, la tuberculose, le cancer, le diabète. Nous venons d'écrire que ces affections peuvent développer une lésion purement locale : gomme, tubercule, sarcôme. Elles exercent en plus une action spéciale sur la charpente osseuse en général. Elles produisent comme une déminéralisation de l'organisme et une décalcification des os qui les rend plus friables. L'examen d'urines de tuberculeux ou de syphilitiques révèle une élimination calcaire exagérée et constante après le moindre effort. Comme d'un autre côté, ces individus tuberculeux, syphilitiques ou cancéreux présentent un état général plus ou moins délabré, et que le système digestif est aussi touché, ils se nourrissent pauvrement ; ne peuvent refaire facilement la provision des sels éliminés et doivent les puiser dans la réserve de l'économie dont le tissu osseux constitue la plus riche et la plus généreuse.

Les expériences de laboratoire, entreprises par Charpy, ont démontré que les os de syphilitiques en santé, ont déjà une résistance générale moindre, qui est la moitié de celle que présentent les os d'individus non tarés. J. L. Petit a signalé des fractures multiples survenues chez une femme ayant un cancer du sein mais ne présentant de localisations secondaires en aucun endroit du corps.

Au cours de certaines affections nerveuses, telles que l'atrophie musculaire progressive, la paralysie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, les os deviennent d'une fragilité excessive. Dans le tabès notamment Pierre Marie attribue cette fragilité à leur évolution poreuse.

La table externe devient percée d'ouvertures nombreuses qui ressemblent aux piqûres de vers que l'on aperçoit sur les pièces de bois mort ; elle s'amincit en même temps. De plus les cavités médullaires s'agrandissent et les cellules du tissu spongieux s'élargissent, se réunissent quelquefois pour former des lacunes qui affaiblissent l'os considérablement.

Le rapport entre les substances inorganiques et les substances organiques est renversé ; normale-

ment de 66 p. c. à 33 p. c. en faveur des premières, il tombe souvent chez l'ataxique à 24 p. c. à 76 p. c. en faveur des secondes.

Que ces altérations soient "sous la dépendance d'une lésion de la moelle grise" comme le veut Charcot, ou "qu'elles soient attribuées à des lésions de névrite" comme le prétendent Pitres et Vaillard, elles existent pas moins comme causes fréquentes de la fracture spontanée. Cette dernière survient à une période avancée de l'affection, mais elle en est quelquefois le symptôme précurseur. Ce qui la caractérise c'est son indolence absolue, sa grande mobilité et le déplacement considérable des fragments.

La malade, qui a fait le sujet de l'observation rapportée plus haut, n'a jamais éprouvé la moindre douleur ni au moment de l'accident ni dans la suite. Les fragments chevauchaient de beaucoup, l'inférieur venant faire saillie à la crête iliaque sous les fessiers.

Le "rachitisme" tant par les altérations qu'il produit dans la composition des os, que par les modifications qu'il imprime à leurs formes, est une cause fréquente de fractures. Certains rachitiques se cassent à propos de rien ; ils sont quelquefois coulés de cals consolidés : une petite fille de 8 ans en comptait vingt-deux.

Tout le monde connaît la facilité avec laquelle les vieillards se fracturent les os, et notamment le col du fémur ; le moindre faux pas les rend boiteux. Il se produit à cet âge une raréfaction du tissu osseux solide, — les cavités médullaires sont allongées, — la coque périphérique est amincie, le tissu spongieux prend du champ, l'os perd son élasticité et devient sec, il ne prête plus et se brise plutôt.

Il est possible qu'il faille faire une place à l'élément vieillesse dans le cas qui nous occupe. La malade est une tabétique avérée, c'est vrai, mais elle est aussi âgée de 66 ans et il est probable que l'ataxie et la vieillesse ont agi de communauté pour produire cette fracture du fémur.

La femme enceinte, obligée d'alimenter le produit de la conception, doit fournir les phosphates et autres matériaux nécessaires au développement du fœtus ; elle est, en même temps, très souvent atteinte de troubles digestifs, vomissements, dyspepsies, etc., qui entravent sa propre alimentation et elle voit quelquefois ses os se ramollir et subir une transformation ostéo-malacique qui les rend friables. Aussi n'est-il pas rare de voir des femmes grosses se briser spontanément les os.

La symptomatologie des fractures spontanées est un peu celle des fractures en général. Quelques-uns des symptômes présentent cependant des caractères particuliers. C'est ainsi qu'une indolence plus ou moins complète remplace la douleur si vive des fractures ordinaires. La palpation, les mouvements ne réveillent presque pas de sensibilité et la crépitation, facilement recherchée, est aisément perçue à moins que le contact des fragments osseux ne soit empêché par l'interposition d'une masse musculaire, néoplasique ou autre.

Cette absence de réaction locale comme aussi l'absence de défense de la part des muscles, permet la réduction facile des déformations les plus marquées.

L'ecchymose est tardive et légère.

L'impotence est la règle quoique souvent des individus aient marché tout le temps avec des fractures du col fémoral.

Un caractère commun, spécial aux fractures par causes générales, c'est leur "pluralité". Elles sont ordinairement nombreuses chez de même individu et se présentent aux os les plus exposés aux traumatismes et aux pressions extérieures : cuisse, jambe, avant-bras et bras.

—o—

Puisque la fracture spontanée est à la fois le résultat et la manifestation d'une maladie générale, on comprend que le pronostic en doive être plus sérieux que celui des fractures ordinaires. Outre que la régénération locale est fortement compromise et tout au moins fort longue, bien souvent l'état général n'est pas en état de supporter le dur régime de l'immobilisation et de la station couchée. Les troubles digestifs, la congestion hypostatique des poumons, les plaies de lit se chargent très souvent d'exécuter le malade avant la guérison de la fracture.

Localement le pronostic comme le traitement d'ailleurs est intimement lié à la nature de l'affection causale et à l'état actuel du malade.

Les néoplasmes, les ostéo-myélites et les kystes hydatiques causent des lésions irréparables qui justifient l'amputation immédiate.

Les fractures par lésions syphilitiques, au contraire, comportent un pronostic assez bon ; elles guérissent en général assez vite, avec l'aide de la médication mixte intensive.

Le rachitisme produit des fractures qui sont très lentes à se consolider mais qui y parviennent le plus souvent, tandis que les vieillards sont pres-

que fatalement condamnés à la mobilité permanente.

Cinquante sur cent des fractures survenant au cours des affections nerveuses se consolident ; le col des ataxiques a même une tendance à l'exubérance qui gêne les mouvements, quand il se développe au voisinage des articulations.

Les fractures de la grossesse disparaissent avec elle et se consolident avec une facilité et une rapidité étonnantes aussitôt que la délivrance est opérée.

Le traitement des fractures est toujours le même : immobilisation prolongée et contention en bonne position. Celui des fractures spontanées comporte en plus une thérapeutique active dirigée contre l'affection causale elle-même. C'est une condition essentielle à la guérison.

La tuberculose, la syphilis, le rachitisme doivent être traités autant pour assurer la consolidation de la fracture actuelle, que pour prévenir les accidents ultérieurs.

—o—

De l'emploi raisonné des solutions d'argent colloïdal

Par le Dr H. THIBOULET,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de l'importante communication de notre collègue et ami, le Dr Thiboulet, au Congrès de Médecine de Paris, qui vient à peine de se terminer.

Cette primeur, qui traite d'ailleurs, et c'est là son mérite, d'une question de toute actualité, sera sans doute lue avec intérêt par nos lecteurs, praticiens anxieux d'être renseignés sur les progrès de la thérapeutique.

-o-

L'emploi des métaux à l'état colloïdal (argent, or, platine) n'a pas encore trouvé auprès de la grande majorité des praticiens l'accueil que mérite cette médication, l'une des plus puissantes que nous soyons appelés à mettre en œuvre. A la confiance excessive, née de succès fortuits, s'opposent, après insuccès, le dénigrement ou le dédain. Il est indispensable, grâce aux conclusions que peut poser ce

Congrès, de lever les doutes de calmer les exagérations et de désarmer les critiques injustifiées.

A.—D'où viennent les doutes et les hésitations ?

1. De l'incertitude à l'égard des produits à employer ; 2. De la réserve, de la crainte même, à l'égard de certains modes d'emploi.

1. La solution préparée extemporanément par un pharmacien, à l'hôpital, ou en ville, peut-elle être employée à coup sûr ? Ne doit-on pas lui préférer les ampoules d'électrargol qui se réclament — pour l'injection intra-veineuse, notamment — de leur stabilité et de leur isotonie ? Ce produit est-il préférable ? N'est-il pas indispensable ? — Voilà la question primordiale.

Réponse — D'après M. Netter, dont la compétence est indiscutable, le praticien peut recourir, en toute assurance, aux solutions pharmaceutiques extemporanées, aussi bien qu'aux autres préparations.

Pour ma part, deux des cas les plus démonstratifs de ma statistique se rapportent, l'un à l'emploi d'une solution faite, séance tenante, à l'hôpital ; l'autre, à l'emploi d'ampoules d'électrargol.

2. Par crainte d'accidents — supposés — ou par timidité vis-à-vis du malade ou de l'entourage, bon nombre d'entre nous abandonnent l'injection intra-veineuse — seule réellement efficace — pour l'injection intra-musculaire, ou pour la friction, d'action possible, mais infiniment moindre, et, surtout, moins certaine ; ou pour le lavement, pour la potion ou pour les pilules, — modes d'action nuls.

Il se peut aussi que les doses employées soient insuffisantes.

Dans ces diverses conditions, ce n'est pas le médicament, mais c'est le médecin qui est dans son tort.

B.—Les généralisations excessives qu'on en a faites peuvent expliquer les désillusions et le discrédit relatif au sujet de la médication colloïdale.

On a présenté déjà des listes interminables de succès, parfois vraiment extraordinaires, obtenus par chacun de nous, dans les pneumonies infectées, les suites de fièvres éruptives, de fièvre typhoïde, dans la puerpéralité, l'érysipèle, le rhumatisme, dans les septicopyohémies, les endocardites infectieuses, dans les arthrites bâtarde, les abcès, les suppurations diffuses, pleuresies purulentes, etc., etc. Ce n'est pas la statistique qui peut convaincre les hésitants, puisqu'il leur serait possible de nous

opposer une série non moins imposante d'insuccès déconcertants.

Comme je l'ai écrit ailleurs (1) "pas de traitement au hasard, sinon, fol espoir aujourd'hui, découragement demain". On aura de magnifiques succès, comme on aura des échecs relatifs ou absolus, suivant qu'on aura su, ou non, s'adresser aux cas qui peuvent répondre au traitement argyrique.

Cette vérité un peu simple en apparence, est conforme aux données physiologiques qui dominent toute notre thérapeutique des maladies aiguës: tout se ramène, pour les solutions métalliques, comme pour toute médication, à la préparation ou à la stimulation de la CRISE leucocytaire. On ne juge pas la maladie.

L'argent colloïdal intervient contre le microbe par action empêchante de son développement, et pour l'organisme, par action favorisante de la leucocytose, d'où son action plus puissante que celle des autres médications. Mais, s'il facilite la crise, il ne la crée pas.—Vouloir ainsi créer, voilà l'origine des désillusions !

NI TROP TÔT — Dans toutes les maladies infectieuses (f. éruptive, f. typhoïde, etc.), il y a deux périodes : (a) la période de spécificité initiale, phase non thérapeutique, phase des précautions hygiéniques ; (b) à cette période peut succéder la phase de l'infection secondaire, et c'est alors que l'argent colloïdal peut faire passer le malade du pire état d'infection à la guérison plus ou moins miraculeuse. — Ce raisonnement, tiré de l'observation, peut servir de guide certain pour toute la thérapeutique : contre la scarlatine, contre l'infection puerpérale septicémique, sans localisation, on n'obtiendra rien, alors que, contre la complication secondaire (angine, abcès, phlébite), etc., on pourra beaucoup, ou même, tout ; et j'ai pu rapporter personnellement à la Société médicale des Hôpitaux des faits de septicopyohémie et de pleurésie purulente post-typhiques qui sont la justification de ces données.

NI TROP TARD (intervention trop souvent à l'agonie ou dans les cas désespérés). — Inutile d'insister plus longuement : la connaissance des indications cliniques de la médication métallique colloïdale domine impérieusement le sujet ; — pas de traitement au hasard, faut-il répéter. — A l'im-

possible nul n'est tenu, pas même l'argent colloïdal. Ne refusons pas les miracles, mais, en les attendant, efforçons-nous de savoir saisir l'heure favorable de la réaction leucocytaire. — Ici, comme ailleurs, évitant la prétention puérile et vaine de la violence, contentons-nous, en bons disciples d'Hippocrate, d'aider la nature. Si nous ne jugulons pas les maladies, nous pouvons, avec l'argent colloïdal, JUGULER LES COMPLICATIONS — ce qui est la moitié de l'œuvre médicale.

TECHNIQUE

Munis d'une solution d'argent colloïdal valable, ayant bien posé les indications thérapeutiques, nous nous souviendrons :

a) Que l'emploi en pilules ou en potion n'a pour lui que son innocuité ; l'action en est nulle ;

b) Que l'emploi en frictions et en lavement, bien que possible, est peu sûr et peu efficace, d'ordinaire (la friction devra être chirurgicale, brossage de la peau jusqu'au piqueté hémorrhagique ; friction avec pommade à 15 p.c., 3 à 5 gr. pour une friction) ;

c) Que l'injection sous-cutanée ne doit pas être employée, l'argent colloïdal formant dans le tissu cellulaire une masse inabsorbable, un véritable argyrome ;

d) Que l'injection intra-musculaire (mode hydrargyrique) est déjà assez active, mais bien inférieure à l'injection intra-veineuse. — Les doses de produit doivent être employées doubles, dans les muscles ;

e) Que l'injection intra-veineuse n'a de contre-indication que dans l'impossibilité de trouver une veine injectable. — Elle ne peut entraîner aucune complication (les effets généraux, possibles, mais non constants, frisson et élévation de température de 1, 2, 3 degrés, sont transitoires, plus fréquentes, d'ailleurs, avec l'or qu'avec l'argent) ;

f) DOSES. L'injection intra-veineuse, méthode de choix, utilisera les préparations extemporanées à la dose initiale de 5 centigr. ; on mettra 10 centigr. s'il s'agit d'ampoules d'électrargol. — 2 centigr. et 5 centigr. pour les enfants. — Ses doses peuvent être répétées de deux en deux jours, ou quotidiennement. Deux injections sont généralement suffisantes. En lavage de plaie, on emploiera de 20 à 50 centigr. de solution. Il n'y a pas d'intoxication connue.

(1) "La Clinique" et Soc. Méd. des hôpitaux, 5 et 12 juillet 1907.

Antiseptique

Desinfectant

Desodorisant

LE LUSOFORME

SANS ODEUR, NON TOXIQUE, NON CAUSTIQUE.

Le seul désinfectant qui enlève toutes les odeurs sans en laisser aucune après son emploi.

LE LUSOFORME

PREND AVANTAGEUSEMENT LA PLACE
DE TOUS LES DESINFECTANTS CONNUS
AUSSI BIEN EN MÉDECINE EN CHIRURGIE
QUE DANS L'ART VÉTÉRINAIRE

EMPLOYÉ A PARIS PAR : L'Assistance Publique, les Écuries de l'Institut Pasteur, le Muséum d'Histoire Naturelle, les principales Brasseries, Laiteries, Blanchisseries.

EMPLOYÉ A MONTRÉAL PAR : L'Hopital Victoria, Hopital Glengary, le Hunt Club, les Sulpiciens, l'Hotel Windsor, la Maison Revillon, Montreal General Hospital, Hotel-Dieu, Montréal, Hotel-Dieu Québec, etc.

M. LIBERGE, Agent pour le Canada.

Dépôt Général pour le Canada, MAISON ROUGIER FRÈRES, 63 rue Notre-Dame Est, Montréal.

LITHIASE RÉNALE, GOUTTE AIGUË ET CHRONIQUE • COLIQUES NEPHRÉTIQUES

PIPERAZINE EFFERVESCENTE MIDY

La PIPÉRAZINE est le plus puissant dissolvant connu de l'acide urique.

Elle est absolument inoffensive. C'est un dissolvant de l'acide urique 7 à 8 fois plus actif que la lithine, à doses égales; et pouvant être administré, sans inconvénient, à des doses 10 fois supérieures.

La PIPÉRAZINE, préparée par MIDY, est très recommandable et très bien tolérée: préparation inoffensive aux plus hautes doses; la Pipérazine Midy va atteindre l'acide urique suspendu dans le sang ou déposé dans l'intimité des tissus, pour l'éliminer.

SOLUBLE, sous forme d'urate de Pipérazine. (Journal des Praticiens. Directeurs M. le Dr. HUCON, etc.)
 La PIPÉRAZINE MIDY est dosée à 0.20 par mesure jointe au flacon. — DOSE: 2 à 8 mesures par jour selon les cas, dissoute dans un peu d'eau.
 Pharmacie MIDY, 113, Faub. St-Honoré, PARIS ET PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.



Sources Saint-Louis

Eau de Vichy

TREFLE ROUGE

Si vous ne pouvez
l'avoir chez votre four-
nisseur, adressez-vous à

L. CHAPUT,
FILS & CIE,
AGENTS.

2, 4, 6 et 8 rue de Brésolas - - MONTREAL.

Cette eau est effervescente naturelle, et recommandée par l'Académie de Médecine de Paris, à cause de ses hautes qualités médicales.

Demandez l'avis de votre médecin, il vous prescrira l'eau Saint-Louis.

ÉPILEPSIE DRAGÉES GÉLINEAU

Depuis Trente Années sans Réclame bruyante, les

ont su conquérir et conserver l'appui du Corps médical français et étranger. Est-il besoin d'autres recommandations?

Les DRAGÉES GÉLINEAU sont devenues le remède par excellence de toutes les Maladies nerveuses et convulsives et spécialement de l'ÉPILEPSIE.

Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact.

Une règle à ne pas oublier c'est qu'il faut toujours faire prendre les DRAGÉES GÉLINEAU au milieu du repas (Journal de Médecine de Paris).

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Retrecissement Mitral et Tuberculose

Par le Dr I. AMY,

Médecin de l'hôpital Tenon, Paris

Les rapports de la tuberculose avec les affections cardiaques ont donné lieu à bien des discussions, que le malade suivant va nous permettre de passer en revue.

Il a été vu déjà par M. Achard, qui avait constaté l'existence d'une cavité de dimensions assez considérables au niveau du sommet du poulmon gauche. A son entrée dans le service, l'état général était des plus mauvais, et on avait porté un pronostic des plus sombres. L'examen du cœur à cette époque n'avait révélé absolument aucune lésion de ce côté, quand, deux mois après l'entrée du malade à l'hôpital, l'auscultation du cœur fit constater l'éclat particulier du premier bruit, à la pointe. On émit alors l'hypothèse de sténose mitrale, l'éclat métallique du premier bruit étant, en effet, comme l'a montré Potain, un excellent signe de lésion organique de la valvule mitrale.

Mais malgré la règle générale qu'un individu atteint de sclérose mitrale fait une tuberculose scléreuse à évolution relativement bénigne, à cause de la gravité de l'état général, on ne conclut pas ici à un pronostic favorable.

Cependant, de jour en jour, l'état du malade s'améliora.

L'infiltration énorme du poulmon gauche et la cavité que l'on avait constatées à son entrée se modifièrent. Le gargouillement diminua d'intensité et une évolution très nette se fit vers la cicatrisation de la cavité et la sclérose du poulmon.

Du côté du cœur, les phénomènes stéthoscopiques s'étaient accentués, le rétrécissement mitral était devenu certain et se traduisait par la dureté et l'éclat métallique du premier bruit, que l'on percevait bien à la pointe, par un roulement diastolique ; il n'y avait pas de dédoublement du second bruit.

Ces phénomènes étaient surtout très nets quand le malade venait de faire un effort, et en particulier après l'ascension d'un escalier. Il apparaissait alors un frémissement cataire sus-apexien et pré-

systolique, signe de grande valeur en l'occurrence.

En dehors de ces troubles, on ne notait chez lui aucun autre symptôme anormal. L'appétit était bon ; l'expectoration, qui au début était considérable, avait considérablement diminué ; l'amaigrissement cessait ; en un mot, la transformation était considérable, et actuellement le malade peut être regardé comme un tuberculeux sinon tout à fait guéri ; du moins considérablement amélioré, et le pessimisme du pronostic primitif n'a plus sa raison d'être.

Le malade présente un certain degré de cyanose de la face et des extrémités, mais qui semble absolument indépendant de l'état de son cœur, et paraît être un état capillaire purement périphérique. Le cœur est, en effet, parfaitement régulier, le pouls n'est pas rapide (80P), sans intermittence, sans faux pas. La tension artérielle, qui au début était très basse (9 centimètres), atteint actuellement 14 à 14.5 centimètres.

Le cœur n'est pas augmenté de volume et la matité cardiaque, mesurée d'après le procédé de Potain, mesure 93 centimètres carrés (la normale est de 90 centimètres carrés).

Le cœur paraît refoulé vers la gauche ; il est vraisemblable que cela est dû à la médiastinite, comme cela arrive chez les individus atteints de phthisie fibreuse.

En effet, l'auscultation décèle la sclérose de tout le poulmon gauche se traduisant par une respiration soufflante à timbre tubo-cavitaire prédominant au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, et au niveau du hile ; au sommet gauche, on constate l'existence d'une grosse cavité entourée de tissu fibreux, mais ne s'accompagnant pas de râles humides.

Il s'agit donc bien d'une phthisie fibreuse. Le malade ne présente aucun phénomène d'insuffisance cardiaque, pas de congestion du foie, pas de phénomènes de congestion hypostatique des bases pulmonaires, pas d'œdème des jambes, en somme, aucun symptôme ressortissant à un cœur en état d'hyposystolie.

Cette observation est une occasion de se poser les deux questions suivantes :

Quelles relations y a-t-il entre la tuberculose et les affections cardiaques ?

Comment envisager l'influence des affections cardiaques sur l'évolution de la tuberculose ?

Les tuberculeux sont rarement cardiaques. Ce que l'on voit, c'est la dilatation du cœur chez les vieux scléreux, mais il s'agit alors de formes de

tuberculose tellement diffigurée qu'on ne les considérerait pas autrefois comme telles. On sait aujourd'hui que l'emphysème, la sclérose pulmonaire sont de nature tuberculeuse, et l'on sait la fréquence de la dilatation du cœur dans ces cas.

Mais, en ce qui concerne la tuberculose à évolution ulcéreuse, il est certain que les cardiaques sont rares. Les vieux auteurs avaient parlé d'incompatibilité et l'on connaît la loi de Rokitansky sur cette incompatibilité. Cette loi est trop absolue ; d'ailleurs, Rokitansky lui-même disait qu'il est rare qu'un cardiaque confirmé devienne tuberculeux. Cependant certaines cardiopathies prédisposent à la tuberculose, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, les anévrysmes de l'aorte, l'insuffisance aortique qui donne lieu à une tuberculose assez spéciale, avec énormes hémoptysies.

Ce qui reste vrai de la loi de Rokitansky, c'est que les individus atteints de lésions mitrales sont rarement tuberculeux.

Potain et P. Teissier ont été les premiers à étudier l'influence de la tuberculose sur le rétrécissement mitral. Pour Potain, dans les antécédents des sujets atteints de rétrécissement mitral pur, c'est-à-dire de cette forme décrite par Durozier, qui apparaît surtout au moment de la puberté, on trouve presque toujours l'hérédité tuberculeuse et, quand on examine de tels sujets, on les trouve eux-mêmes porteurs d'une lésion bacillaire d'un sommet, lésion latente, qui n'a pas évolué, et qui se traduit par une induration avec respiration un peu rude.

P. Teissier a analysé de plus près ces relations, et il a été conduit à admettre que c'était la toxine tuberculeuse qui exerçait une influence sclérosante sur la valvule mitrale, sclérose s'établissant lentement et ne se traduisant par des symptômes qu'au moment de la puberté quand le cœur augmente de volume.

Chez les tuberculeux adultes, on peut voir des lésions cardiaques s'installer, le fait n'est pas douteux ; mais cependant l'endocardite chez les tuberculeux est rare. Évidemment on connaît l'endocardite tuberculeuse chez les sujets atteints de granulie ; mais dans la tuberculose chronique, ces faits sont beaucoup plus rares. Toutefois ils existent, et ces endocardites seraient pour P. Teissier sous la dépendance d'infections secondaires.

Depuis, les idées se sont un peu modifiées. On a fait jouer aux infections secondaires dans la tuberculose un rôle trop considérable ; il semble que le bacille de Koch soit capable de créer des lésions

cardiaques ou veineuses ayant les caractères des lésions inflammatoires, sans aucun caractère spécifique de la tuberculose.

Dans tous les cas, quelle que soit la nature de l'infection qui donne naissance à la lésion mitrale, qu'elle soit banale, ou spécifique, ce qui est certain c'est qu'il n'est pas exceptionnel d'assister chez un tuberculeux adulte à l'apparition des symptômes d'une sténose mitrale pure, comparable à celle dite d'évolution que l'on voit survenir chez les jeunes sujets au moment de la puberté.

Le fait n'est pas très fréquent, mais M. Lamy, pour sa part, en possède trois ou quatre observations dans lesquelles la lésion mitrale s'est installée au cours d'une tuberculose banale. Par exemple, chez une jeune femme de vingt-quatre ans, qui présentait, ainsi que son mari, des symptômes de tuberculose au premier degré, avec un cœur d'ailleurs parfaitement normal.

Envoyée dans le Midi, elle en revint au bout de quelques mois allant tout à fait bien. Un an après, à l'occasion d'une bronchite grippale, M. Lamy ayant ausculté le cœur fut surpris de constater les signes typiques d'un rétrécissement mitral. Il émit un pronostic relativement bon en ce qui concernait la tuberculose pulmonaire, mais avec des réserves quant aux lésions cardiaques, et de fait la malade évolua depuis comme une cardiaque et mourut un an plus tard du fait de sa lésion mitrale.

Il s'agit vraisemblablement dans ces cas d'endocardite tuberculeuse aboutissant à la sténose de la mitrale, ce sont des endocardites latentes, évoluant sans fièvre, et dont on constate un jour les symptômes, pour ainsi dire par hasard.

Mais comment expliquer l'influence heureuse de la lésion mitrale sur une tuberculose ulcéreuse ?

Les théories n'ont pas manqué. Parmi elles, il en est deux à retenir : celle de Peter et celle de Lépine.

Pour Peter, sous l'influence de la lésion mitrale, la circulation pulmonaire est gênée. Il en résulte de l'œdème et de la congestion des bases du poumon, qui obligent les lobes supérieurs du poumon, généralement lobes de renfort, à prendre une part plus active dans l'acte respiratoire, ce qui les rend réfractaires à la tuberculose.

C'est une conception qui n'est pas parfaitement logique, et l'on est habitué plutôt à voir les organes qui fonctionnent le plus présenter plus facilement des lésions morbides.

Lépine (de Lyon) croit que, chez les cardiaques, la gêne de la circulation pulmonaire aboutit

à une sorte d'œdème congestif, une qui est un milieu défavorable au développement du bacille de Koch.

Aucune de ces deux théories n'est vraiment satisfaisante. On pourrait d'abord leur objecter qu'elles supposent l'une et l'autre des troubles cardiaques de compensation. Or ce n'est pas ce qui se passe, notre malade en est un exemple, et ayant d'être de véritables cardiaques, avec symptômes fonctionnels, les malades ne présentent seulement que des signes stéthoscopiques qui ne retentissent en rien sur leur état général.

Potain, lui, était trop prudent pour émettre une théorie à ce sujet ; il constatait le fait sans chercher à l'expliquer.

On sait que le bacille de Koch est capable de produire des lésions de deux ordres : des lésions de caséification et des lésions de sclérose et les recherches d'Auclair sur l'éthéro-bacilline et la chloroformo-bacilline ont montré l'influence spéciale de l'un et de l'autre de ces produits.

Il semble logique, pour M. Lamy, d'admettre que chez certains individus à terrain résistant le bacille de Koch devient plus sclérosant que caséifiant, et qu'il produise ces phénomènes de sclérose non seulement sur le poumon, mais sur le cœur.

En définitive, chez un tuberculeux, qui n'est pas trop malade, le fait de l'existence d'un rétrécissement mitral comporte un pronostic plutôt favorable avec réserves, bien entendu, du côté de la lésion cardiaque.

L'Association Médicale du Canada

Congrès tenu à Montréal les 11, 12 et
13 Septembre

DISCOURS DU PRÉSIDENT DE LA SECTION
DES LABORATOIRES : le Prof. ADAMI

Cette année la réunion de l'Association Médicale du Canada est mémorable car pour la première fois on y a vu fonctionner une section de laboratoire dont les travaux sur les diverses branches de

cette partie de la médecine se font plus nombreux et doivent être remarqués !

Et pour mieux faire ressortir cette acquisition, on a prié un pathologiste, — pour la première fois, si je ne me trompe, — de faire une communication à une des assemblées plénières.

Les circonstances ont voulu que ce fut moi qui fut chargé de vous faire part des appréciations et des désirs de mes confrères de laboratoire.

Nous ne sommes, il est vrai, qu'une infime minorité, qu'un petit groupe parmi tout le corps médical, mais nous sommes convaincus, nous avons cette satisfaction suprême (caractéristique des minorités) de nous croire le levain qui fera fermenter et lever toute la boulange.

C'est peut-être de la présomption de notre part, mais je vous avoue que nous y croyons sérieusement.

Nous croyons fermement que l'avancement de la médecine moderne pour être assuré doit se baser sur les observations expérimentales et venir tout naturellement des laboratoires ; que rester tranquille et satisfait de ce que nous avons accompli, c'est reculer ; que les séances de cette association, qui veut représenter l'art médical au Canada, sont comme des œufs mangés sans sel, si les travaux de laboratoire y sont absents, comme dans le passé.

Nous admettons que nous sommes aussi à blâmer pour cet état de chose et que, sous l'empire de notre jeunesse (nous sommes tous jeunes car l'esprit de recherche est l'esprit de la jeunesse) de notre inexpérience, de notre enthousiasme, nous avons imposé à nos auditeurs des descriptions chargées et minutieuses, (croyant, je le suppose, que ce qui nous intéressait intéresserait les autres) et des statistiques affreuses, mauvais sujet pour un joli discours !

En un mot nous avons commis l'erreur de croire que nous devions nommer les choses par leur nom plutôt que de donner simplement le résultat de nos recherches.

Nous avons été des audacieux, nous l'admettons !

Quoi qu'il n'y a nul courage à dire "tu grognes" nous constatons cependant que nous n'avons pas été les seuls à faire ainsi : Nous aussi nous avons fait le diagnostic de la nature fondamentale du bois dont sont faits les sièges sur lesquels nous étions assis en écoutant le relevé, jour par jour, des mieux et des pire de la maladie, à tel point qu'il nous semblait entendre le récit de longs mois

de souffrances d'un pauvre malade à qui on ne voulait pas permettre de mourir en paix.

Si le Canada veut prendre dans le monde médical la place qu'il est à se conquérir dans le commerce et la politique, l'on doit tout faire pour encourager l'esprit de recherche parini les jeunes. Il nous semble de plus que nous devrions profiter de la généreuse hospitalité qui nous est offerte par les différentes sociétés et les divers journaux américains et européens pour publier les meilleurs travaux faits ici.

Et encore mieux, nous devrions avoir, ici au Canada, le moyen de publier le meilleur travail de toute l'année et de le montrer au monde comme travail canadien.

Nous devons donc contribuer à la réalisation de ce desideratum s'il est raisonnable de croire que l'art médical au Canada en vaille la peine.

Cette réunion de ce soir, représente l'esprit de recherche qui anime en ce moment les divers classes de médecins, et nous travailleurs du laboratoire, nous en sommes flattés.

Je suis convaincu que dans les années passées, ceux qui furent chargés d'élaborer le programme de nos séances ont fait une grave erreur de jugement en n'encourageant pas mieux la lecture, devant cette assemblée de communications plus scientifiques. Le premier but de cette association est de grouper les praticiens de tout le Canada mais le pays étant immense, et les praticiens de la campagne de beaucoup les plus nombreux, en a cru que les travaux de médecine trop avancés les empêcheraient de se joindre à nous.

Je suis persuadé que c'était une bien mauvaise raison et plutôt un faux fuyant de la part de ceux qui avaient le devoir d'élaborer le programme de nos réunions.

Il y a, je n'en doute pas, des praticiens qui n'étudient plus et qui se sont enlisés, mais cette classe, est aussi nombreuse, sinon plus, en ville qu'en campagne.

Rien ne pourra amener ces médecins à nos assemblées !

Quoique j'aie eu peu d'occasion de me documenter, je connais ici, en Canada, de nombreux médecins de campagne dont les bibliothèques feraient honneur à beaucoup de citadins, des hommes renseignés, à l'esprit vif et développé, connaissant les dernières découvertes. Pour achever le tableau, je

sais un bureau de médecin émérite, où l'on peut voir abandonnées en un coin, sans avoir été lues, toutes les revues médicales de l'année, encore sous leur bande. Il en lisait une, deux, rarement trois !

Cet homme, malgré sa haute position, n'a jamais mis les pieds ici.

Invité à la réunion de l'Association Médicale Américaine, à Atlantic City, en juin dernier, j'ai eu la bonne fortune de constater "de visu" comme le praticien général aimait à se renseigner et quelle ardeur il y mettait.

J'avais entendu dire que cette puissante association se composait, à part des politiciens et des chercheurs de place d'une multitude, qui n'y voyait qu'une journée de joyeuses vacances à prendre à l'occasion de la réunion annuelle, et que les travaux étaient de mauvais plagiats de manuels populaires quand ce n'était pas des annonces effrontées de la part de spécialistes pour s'attirer la clientèle.

Je savais qu'un rapide changement avait eu lieu (on n'avait d'ailleurs qu'à lire le journal de l'association pour s'en apercevoir) mais je n'étais nullement préparé à voir ce que j'ai vu.

Jugeant d'après le résumé des travaux qu'on nous avait présenté, les communications, dans toutes les sections, furent aussi scientifiques que celles qu'on pouvait s'attendre à rencontrer dans une réunion de spécialistes à Washington.

Je sais pertinemment qu'elles le furent à notre section de pathologie, où je me trouvais !

Il y eut, un matin, assemblée plénière de tout le congrès, pour discuter les affections de la typhoïde. Quoique ces affections soient en général peu fréquentes et qu'on ne les rencontre guère que dans le Michigan et les États du nord, et que, par ailleurs ce fut un sujet de mince importance pour la généralité des praticiens présents, je dois dire que la discussion ouverte par un jeune physiologiste, poursuivie par deux pathologistes et 99 chirurgiens, fut tout le temps d'un ton assez élevé.

La salle était toujours comble et malgré qu'on n'eût annoncé aucune brillante nouveauté, l'attention fut toujours soutenue, si ce n'est entre la lecture des communications.

J'ai souvent assisté à plus d'un congrès international de médecins, mais jamais je n'ai vu une telle assemblée de médecins, si attentifs et si anxieux d'apprendre les derniers mots de la science, si heureux de connaître le dernier cri de la clinique.

Mouvement Médical

PATHOLOGIE CÉRÉBRALE

L'épilepsie jacksonienne, — parfois assez variée dans ses manifestations, — n'est pas encore une entité pathologique très claire quant à son étiologie non plus qu'aux lésions anatomiques qu'on a réussi à déceler dans les centres nerveux.

Les deux travaux récents que voici, jettent un peu de lumière sur la question et la mettent au point.

I

R. ROME — LA VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE (THESE, LYON, 1907)

L'auteur a réuni plus de 600 observations d'épilepsie jacksonienne et a cherché à déterminer la valeur séméiologique du syndrome au point de vue du diagnostic topographique et du diagnostic causal. Malgré les formes intermédiaires à l'épilepsie localisée et à l'épilepsie généralisée, les deux variétés de convulsion restent distinctes cliniquement et doivent être étudiées séparément.

L'auteur distingue trois variétés d'épilepsie jacksonienne : traumatique, organique et fonctionnelle.

La première est assez fréquente (190 observations). Dans la plupart des cas (140), la trépanation révèle une lésion irritative dont le siège répond aux centres moteurs ; plus rarement (22 observations) la lésion est située en avant ou, en arrière des circonvolutions rolandiques. Parfois enfin (28 observations), la trépanation reste négative, soit que la lésion siège ailleurs, soit qu'il s'agisse d'une altération purement dynamique des centres. Mais le caractère des symptômes n'a rien qui permette d'asseoir un diagnostic ferme sur la présence ou l'absence de lésions macroscopiques ; et il est même très difficile d'établir les relations entre la nature des lésions constatées lors de l'intervention et les résultats qu'on peut attendre de cette dernière.

L'épilepsie jacksonienne organique relève de trois grandes causes principales : tumeurs ou abcès du cerveau (251 observations), syphilis (27 observations avec vérification des lésions), tuberculose,

(51 observations). Elle peut s'observer en outre dans des affections aiguës des méninges ou de l'écorce (thrombose des sinus, méningites aiguës, hémorragies méningées ou cérébrales) ; dans des affections chroniques des centres nerveux avec lésions incurables (vieux foyers d'hémorragie ou de ramollissement, paralysie générale, épilepsie hémiplegique infantile, acromégalie, scléroses diffuses, lésions congénitales). Cette épilepsie n'implique nullement le siège rolandique et cortical de la lésion ; l'auteur insiste sur quelques caractères cliniques qui permettraient de différencier l'épilepsie rolandique de l'épilepsie extra-rolandique (mode de début et de propagation des crises, évolution de l'affection, symptômes concomitants).

L'épilepsie jacksonienne fonctionnelle n'est pas très rare. Tantôt, elle reconnaît des causes bien définies : intoxications (urémie, alcoolisme, saturnisme, cancer, etc...) ou excitations réflexes d'origine périphérique ou viscérale. Bien que l'absence de lésions ait été prouvée dans quelques cas par l'autopsie, il convient de n'admettre ces faits qu'avec réserves.

Parfois les convulsions s'observent en dehors de toute étiologie nette, et leur pathogénie reste obscure. Elles peuvent être de nature hystérique (29 observations) ou traduire des lésions des centres qui guérissent sans laisser de traces (pseudotumeurs cérébrales d'Oppenheim et Nonne). Mais l'auteur insiste surtout sur les observations où des accès jacksoniens fréquents, liés ou non à d'autres symptômes cérébraux, font porter le diagnostic de tumeurs ou d'abcès du cerveau, alors que la trépanation reste négative, et que l'autopsie laisse encore dans le doute sur la nature de l'épilepsie. Ces faits ont été décrits par Müller et Nonne sous le nom d'hémiépilepsie idiopathique ou d'épilepsie jacksonienne essentielle.

De l'examen des observations connues jusqu'à ce jour (17) il ressort que l'on ne peut prouver l'absence de lésion, et le terme d'essentielles reste discutable. Néanmoins, les convulsions localisées sont loin d'être la preuve d'une lésion cérébrale grossière.

Donc, en face d'une épilepsie jacksonienne, il ne faut pas seulement chercher le siège de la lésion, mais il faut aussi se demander s'il existe une lésion organique. La solution de ce problème est souvent difficile ; ce n'est cependant qu'après l'avoir résolue qu'on peut discuter la nature et le siège de la lésion cherchée.

II

SUR LA SIGNIFICATION DE L'ÉPILEPSIE
JACKSONNIENNE DANS LE DIAGNOSTIC
TOPOGRAPHIQUE DES LÉSIONS CÉRE-
BRALES, par K. BONHOEFFER.
(Berliner Klinische Wochenschrift)

Dans un important mémoire comprenant cinq observations, Bonhoeffer fait le procès de la valeur diagnostique de l'épilepsie jacksonnienne. Ce symptôme doit toujours être rapporté à une lésion organique ; mais au point de vue du diagnostic topographique, son importance a considérablement diminué depuis ces dernières années.

Dans le traumatisme, l'épilepsie jacksonnienne peut être symptomatique d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, ou de lésions hémorragiques sous-corticales, dans le voisinage des circonvolutions motrices. Elle peut présenter dans ce cas un certain intérêt, car le siège du traumatisme externe ne correspond pas toujours à la lésion interne, d'autre part, lorsque l'épilepsie jacksonnienne siège du côté traumatisé, elle indique une lésion par contre-coup.

Lorsqu'une épilepsie essentielle débute par quelques contractions localisées à un groupe musculaire, puis se généralise, il ne faut tirer aucune conclusion du siège primitif des convulsions. Celui-ci n'a de valeur que si l'attaque reste unilatérale, et si elle se répète avec les mêmes caractères.

Certaines épilepsies jacksonniennes doivent, au moins provisoirement, être considérées comme essentielles ; peut-être sont-elles dues à des processus encéphaliques de l'enfance ? D'ailleurs, il n'y a aucune impossibilité à ce que le processus, encore inconnu, qui est la cause de l'épilepsie généralisée essentielle, soit seulement unilatéral.

Cette épilepsie jacksonnienne se rapproche de l'épilepsie généralisée par certains caractères : elle débute dans le jeune âge, survient d'une façon périodique, ne laisse pas de paralysie transitoire et s'accompagne d'une perte de connaissance absolue.

Les épilepsies jacksonniennes, alcooliques ou dues à d'autres intoxications, traduisant souvent une pachyméningite hémorragique, tiennent le milieu entre les épilepsies jacksonniennes dites essentielles et celles symptomatiques d'une lésion en foyer.

Lorsqu'une épilepsie corticale traduit une lésion cérébrale située du même côté de l'épilepsie, il faut avant tout penser à une lésion du cervelet. Dans les affections cérébelleuses, en effet, la crise

se manifeste du côté de la lésion. La pathogénie de la crise existe dans une transmission de l'irritation par les voies cérébello-corticales ; il ne s'agit pas d'une perturbation dans la circulation cérébrale.

L'hydrocéphalie peut s'accompagner de crises jacksonniennes. Les ponctions restent en général sans résultat. D'ailleurs, l'hydrocéphalie n'est point la cause même des attaques, mais un symptôme concomitant, preuve que l'épilepsie jacksonnienne est le résultat d'un processus inflammatoire ancien.

Tous ces faits montrent que l'épilepsie jacksonnienne n'a point la valeur qu'on lui accordait autrefois, qu'elle ne peut suffire à diagnostiquer d'une façon précise le siège d'une lésion.

E. ST-JACQUES

Lettre de Vienne

(De notre correspondant spécial)

Vienne, Octobre 1907

Passablement pris par mes travaux d'assistant-clinique, j'ai hésité à me rendre à votre très gracieuse invitation. Mais comme il s'agit de contribuer ma part à faire connaître davantage à nos confrères d'Amérique les travaux de l'École de Vienne, je me crois un certain devoir d'accepter.

L'année universitaire est de nouveau commencée. Les étudiants affluent plus nombreux que jamais à notre Université. Probablement aussi sont-ils tentés par la beauté de notre ville et l'agrément de la vie viennoise ? Je veux croire que ces deux facteurs cèdent cependant le pas à la renommée de nos Professeurs et que c'est là le vrai motif de l'affluence toujours très grande d'étudiants, non-seulement autrichiens, mais aussi de partout l'étranger et pour une bonne part de l'Amérique.

Pour le dernier, exercice universitaire, nous avons inscrit plus de 8,000 étudiants de toutes armes, — dont plus de 1,600 en médecine seule. Une armée de plus de 1,900 Professeurs est chargée de leur instruction, dont plus de 300 en médecine.

L'imposant et majestueux édifice universitaire sur le Franzen Ring a l'air tout frais après sa toilette annuelle.

L'Hôpital Général, avec ses 2,200 lits et plus, est en transformation complète. Ou pour être plus précis, l'on est à le rebâtir sur des plans tout nouveaux et dans le même quartier. Ce n'était pas sans besoin et nous le sentions depuis longtemps. C'est maintenant la réalisation de nos vieilles espérances et lorsque nos collègues d'Amérique viendront nous visiter dans quelques années, ils se reconnaîtront à peine.

Notre enseignement clinique était aussi en besoin de transformation et de rajeunissement. Cinq millions de couronnes (\$2,000,000) ont été mises à la disposition du ministre de l'Instruction Publique pour améliorer cet enseignement clinique. Pour garder notre supériorité, il faut suivre le progrès et nous moderniser : ce n'est qu'à cette condition que notre très vieille Université se conservera toujours jeune et à l'avant.

Parmi les questions importantes auxquelles notre Ecole a apporté dans ces derniers temps sa quote part appréciable de contribution, j'attirerai l'attention de vos lecteurs sur ce que nous appelons "la maladie des sérums, die Serum Krankheit". L'emploi de ces nouveaux agents thérapeutiques a été accompagné en de si nombreuses occasions de complications, tantôt légères, tantôt graves, mais généralement fort ennuyées pour le malade que l'on se mit à les étudier et les classer. Voici en résumé ce que l'on peut avoir l'occasion de remarquer après l'injection de sérums variés.

TABLEAU GENERAL — Quelques jours après l'injection : état fébrile, malaise général, démanaison et éruptions, œdème et albuminurie, hypertrophie ganglionnaire, suivis à quelque temps de là de douleurs articulaires ou musculaires. Reprenons chacun de ces symptômes.

FIEVRE — Oui, presque toujours, soit dans les heures qui suivent l'injection, soit plus tard seulement lors de l'éruption : de 1 à 3 degrés centigrade.

MALAISE GENERAL — D'autant plus accentué que la réaction générale sera plus forte.

ERUPTION — Presque toujours un exanthème à la place de l'injection, — mais pouvant prendre l'apparence scarlatiniforme ou rubéolique, — et même parfois devenir un véritable urticaire, soit localisé soit généralisé.

OEDEME — Oui, plus ou moins marqué et ressemblant à l'œdème des brightiques.

Une albuminurie transitoire et sans gravité.

Quant à la Réaction Ganglionnaire, elle est une des plus constantes manifestations locales et par-

fois tous les ganglions en témoignent, montrant l'hyperactivité du système lymphatique.

Pour ce qui est des douleurs articulaires et musculaires, elles se manifestent plutôt tardives, de 8 à 15 jours après l'injection et peuvent durer une couple de semaines.

Telles sont les complications, en somme légères, qui peuvent suivre les injections de sérums variés, soit-il antistreptococcique ou staphylococci. que, antidiphthérique ou tétanique. La tuberculine d'ailleurs est peut-être encore plus que tous les sérums, sujette à produire ces effets ennuyés, voire lieu d'incriminer ni une haute dose, ni une faute de technique.

Mais ces complications sont parfois très graves et la mort lorsqu'elle se produit dans ces circonstances est aussi subite qu'inévitable. Jugez auteurs.

Thun rapporte (in Centralb. fur Kinderheil). le cas de G. I., âgé de 3 ans et demie qui reçoit une injection de sérum Behring à midi, à titre préventif vu qu'il y avait de la diphtérie dans la famille. Une heure après, agitation, pâleur de la face, extrémités froides. Pas de trouble respiratoire. A 6 heures le médecin appelé en hâte trouve l'enfant mort.

Peut-être n'avez-vous pas su la mort dans de telles circonstances du fils âgé de 2 ans du Prof. Langerhans. Il reçoit comme traitement prophylactique 1.2 c.c. de sérum. Cinq minutes après, agitation, pâleur, convulsions musculaires localisées et en 10 minutes l'enfant était mort.

Et plusieurs autres tels cas ont été rapportés de différents côtés.

La cause ? se demande-t-on naturellement. Voilà, — nous devons avouer qui n'est pas clair. Surcharge de toxines nouvelles dans l'économie ? on ne le croit pas ; effet des agglutinines ? peut-être ; mais plus probablement résultat de l'action du sérum nouveau sur le sang, effet d'hémolyse en un mot.

Est-ce à dire que nous devons reléguer les sérums ? Certes non, leurs heureux résultats sont trop nombreux et leurs indications trop variées pour que nous les abandonnions. Ce sont là des exceptions. Mais il est bon de savoir les prévoir, — de ne pas être surpris à leur apparition, — et de pouvoir y remédier le cas échéant.

Je crains d'avoir été bien long, surtout dans une première correspondance. Les lecteurs seront indulgents, je n'en doute pas.

Réponses aux Correspondants

Monsieur le Secrétaire du
Journal de Médecine et de Chirurgie.
Voulez-vous répondre aux deux questions suivantes :

Qu'est-ce que l'antrax ?

Quel est son traitement ?

Je vous remercie et je demeure votre tout dévoué.

A. H. M.

Premièrement, il faut différencier l'antrax des diabétiques de l'antrax vraie, car le traitement varie presque du tout au tout suivant le cas. Dans le diabète l'antrax est une complication excessivement grave d'un état général déjà mauvais; tandis que l'antrax est une infection sérieuse, qui négligée peut conduire le malade au tombeau, mais qui bien traitée doit guérir sans laisser de traces.

Nous étudierons premièrement l'antrax entité morbide.

On désigne sous le nom d'antrax une infection provoquée par l'introduction et le développement dans les glandes tégumentaires et particulièrement dans l'appareil pilo-sébacé de microorganismes spéciaux, le streptocoque et le staphylocoque, et caractérisée par sa tendance à la gangrène des tissus envahis et par l'élimination finale d'un ou de plusieurs masses mortifiées appelées Bourbillons (J. L. Faure).

L'antrax n'est pas un furoncle étendu, c'est une agglomération de furoncles (Baingartner).

C'est une multiplicité de furoncles (Follin et Gosselin).

C'est une infection localisée à la peau et au tissu adipeux sous jacent.

Le diagnostic est en général facile. Le malade présente au début de la courbature de la céphalagie de la température et des troubles d'estomac. Puis, survient une douleur vive à une région fixe. La rougeur apparaît bientôt suivie d'une tuméfaction et tous les symptômes d'une infection locale de la peau et du tissu adipeux survient.

Le diagnostic différentiel n'offre pas de difficultés.

Le phlegmon est sous-cutané et non cutané.

La confusion avec le furoncles est une erreur de pronostic plutôt que de diagnostic.

La pustule maligne commence par une vésicule sous laquelle est une eschare vraie et non un bourbillon puis apparaît l'aréole vésiculaire. La lésion d'autre part reste indolente tandis que les troubles généraux, sont rapidement intenses. (A. Broca).

Le pronostic n'est grave que dans les cas où une perte de substance relativement étendue a affaibli considérablement un malade dont l'état général était mauvais déjà.

Avant d'instituer le traitement dans un antrax

survenant, chez un sujet âgé il faut toujours faire un examen sérieux des urines.

Le traitement se divise en traitement général et traitement local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL — Purger le malade avec une eau minérale: Eau de Carabana, Eau d'Apenta ou autre. Veiller à ce que les intestins restent libres. Supprimer l'alcool, les épices, les viandes fumées, faisandées. Ne pas supprimer les viandes rouges ou blanches. Prescrire le lait, les œufs et l'eau de Vichy en quantité. Le malade va livrer une bataille à l'infection, il a besoin de toutes ses forces. Plus il sera affaibli plus l'infection aura de prise sur lui, plus il sera fort et plus vite sa phagocytose triomphera de cette infection. Il faut donc exalter la phagocytose et le meilleur moyen à notre disposition, est le **SÉRUM**. Le traitement se résume presque entièrement dans les injections de sérum.

Le premier jour faire une injection de sérum antistreptococcique polyvalent de 0.10 centimètres cubes.

Le second jour une injection de 0.10 centimètres cubes de sérum antistaphylococcique.

Le troisième jour seconde injection de 0.10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Le quatrième jour seconde injection de 0.10 centimètres cubes de sérum antistaphylococcique.

Repos de trois jours et recommencer une nouvelle série d'injections de sérum si le besoin se fait encore sentir.

Faire prendre entre les repas avec un verre d'eau chaude sucrée, ou de thé faible et chaud, trois fois par jour, trois cachets d'un gramme de levure de bière. Souvent la levure de bière ne donne pas les bons résultats que l'on est en droit d'attendre de cette préparation; c'est parce que généralement l'on n'insiste pas assez sur l'importance qu'il y a pour les malades à prendre leur levure entre les repas et avec un breuvage sucré chaud.

Contre les douleurs prescrire les cachets suivants :

Bicarbonate de soude...	0.50 centigrammes
Cit. de caféine... ..	0.10 centigrammes
Sul. de morphine... ..	0.01 centigramme

pour un cachet No. 12. Un cachet trois fois par jour.

Comme tonique général :
Cacodylate de soude... 0.25 centigrammes
Eau... .. 50 grammes
dix gouttes dans un peu d'eau trois fois par jour.

TRAITEMENT LOCAL — Le traitement local peut se subdiviser également en deux : Traitement aboratif et traitement curatif.

Tout au début l'on peut essayer le traitement abortif qui, dans certains cas, donne des résultats surprenants. Le meilleur que je connaisse, et qui m'a permis d'enrayer la marche d'un antrax qui paraissait vouloir prendre une large étendue est le suivant :

Frottez la peau de la région atteinte avec un

tampon de ouate hydrophile imbibé de iodoforme pur, mais avec beaucoup de douceur à cause de la sensibilité de la partie; ne cessez que quand l'épiderme est décapé. Rasez les cheveux si l'antrax siège à la nuque. Placez ensuite sur la région plusieurs compresses de gaze simple imbibées d'éther. Recouvrez les d'un morceau de taffetas gommé pour ralentir l'évaporation et fixez le tout par une bande. Recommandez au malade ou à un membre de sa famille de soulever l'angle supérieur du pansement toutes les heures, la nuit comme le jour, et de verser par ce point du pansement une quantité d'éther suffisante pour imbiber les compresses. Continuez ce traitement pendant deux ou trois jours. Si le traitement doit agir l'on remarque que l'inflammation rétrograde et la guérison arrivera d'une manière certaine en moins d'une semaine. Même si l'on emploie le traitement abortif, il ne faut pas négliger le traitement général tel qu'indiqué plus haut.

Traitement curatif — Si l'on voit que malgré le traitement abortif l'inflammation au lieu de diminuer augmente au contraire, il faut alors recouvrir la partie malade et dépasser cette partie au moins deux pouces, d'un pansement au iodoforme (solution à 1,400.) chaud, épais et très humide. Renouveler le pansement trois fois par jour.

Quand la suppuration est évidente ouvrir avec un bistouri, incision linéaire, faire une grande ouverture de manière à donner une large issue au pus. Puis laver la cavité avec une solution chaude de iodoforme à 1,00. Ne pas chercher à faire sortir le pus en pressant sur la tuméfaction. Quand la partie sphacelée semble vouloir se détacher l'enlever en sectionnant au besoin avec des ciseaux les parties adhérentes.

En employant le traitement général sus indiqué et le traitement curatif je n'ai jamais vu d'antrax demander plus de quatre semaines pour guérir complètement et en écrivant quatre semaines j'ai en vue des antrax larges car les autres guérissent en moins de trois semaines.

ANTRAX DIABÉTIQUE

Si l'on trouve du sucre dans les urines d'un sujet souffrant d'antrax le traitement change.

Il faut instituer le traitement antidiabétique.

Il faut avoir bien soin d'avertir la famille de la gravité extrême du cas, en expliquant que dans le diabète toute complication précipite la crise finale.

Ne pas donner de sérum, ne pas ouvrir l'antrax avec un bistouri, se servir du thermocautère et seulement quand on a la main forcée par le pus, car chez ces malades les opérations sont le point de départ d'accidents rapidement mortels. Appliquer le même traitement local antiseptique que je viens de décrire, s'attendre à tout et ne s'étonner de rien.

Docteur FRANÇOIS de MARTIGNY.

A propos du dernier rapport de l'assemblée du Collège de Médecins et Chirugiens

Mon cher confrère,

Je vois dans le Journal de Médecine et de Chirurgie, No 18 (28 septembre 1907) à la page 288:

Dr Laurendeau re. amendements à la loi médicale. Il demande que le Bureau suspendant les règlements, lui donne la permission de transformer son avis de motion en motion. Adopté.

Si la rédaction n'y voit pas d'objection, je vous envoie copie des propositions que j'avais alors présentées afin que vous puissiez les faire paraître dans un prochain numéro.

Veuillez me croire, Votre tout dévoué,

ALBERT LAURENDEAU.

Dr LAURENDEAU — Re. Amendements à la loi médicale.

Considérant :

Qu'il est nécessaire d'amender l'acte médical :

Aut sujet du curriculum des études médicales ;

De l'exercice illégal de la médecine ;

Pour établir un Conseil de discipline ;

Pour organiser un Bureau Provincial d'Examineurs.

Considérant : Que la Législature a refusé durant la dernière session, d'accorder la plupart des justes réformes que la profession médicale a sollicitées ;

Considérant : Qu'il est probable que des élections provinciales, auront lieu avant longtemps ;

Proposé par Albert Laurendeau, secondé par Adam Plante :

Qu'une commission spéciale composée des membres du Comité de législation, de MM. François de Martigny, J. E. D'Amours et Adam Plante, dresse la liste des amendements à l'Acte médical que le Bureau des Gouverneurs désire voir adopter par la Législature, — avec raisons à l'appui, — et envoie ce rapport à chacun des médecins de la province, afin que ceux-ci puissent, durant les prochaines élections, choisir des députés qui rendront justice à la profession médicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Seance du 5 Novembre 1907

Sous la présidence de M. Marien.

Membres présents : MM. Bourgouin, Bourgeois, Boucher, Dion, Décarv, Dufresne, Fournier, L. A. Gagnier, Grenier, Hervieux, Lesage, Lebel, Laramée, Loir, Marien, Malouf, Masson, Mercier, Marcil, de Martigny (F.), Racicot, Valin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lue et adopté.

L'ordre du jour comprend :

1. Traitement de la constipation chronique par M. Bourgouin.

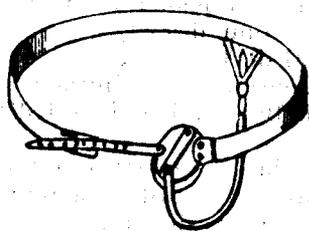
M. Bourgouin passe en revue très détaillée, les diverses causes qui provoquent la constipation, et appuie sur le traitement.

2. De l'importance de la diététique dans le traitement des maladies par M. Valin.

Maison de Confiance

BRAS ET JAMBES ARTIFICIELS

dessinés pour toutes les amputations et les difformités : Jambes construites avec une articulation du genou. Pied en caoutchouc, avec toutes les dernières améliorations, permettant à la personne de marcher sans boîter et de s'asseoir aussi facilement qu'une personne n'ayant pas de jambes artificielles.



Ceintures abdominales pour femmes enceintes.
Ceintures abdominales pour femmes souffrant d'éventration—faites sur mesure, tissu, soie, toile ou coton.—Bandages herniaires

Maison **MARTIN & CIE.**

36, Rue Craig Est

J. H. CHAPMAN,

Instruments de Chirurgie

—ET—

Fournitures pour Hopitaux

Nous avons toujours en stock un assortiment complet de tous les instruments de chirurgie, appareils, sondes, bandages herniaires et autres.

Ainsi que toutes les fournitures de pansements et ligatures d'un usage courant.

Nous sommes organisés de façon à pouvoir suppléer toute commande qui nous est donnée, dans le minimum de temps et aux prix les plus bas possibles.

20 Avenue du College McGill

TELEPHONE UP 1396

Vis-a-vis l'Hotel Welland

“Le seul dépositaire du sérum antituberculeux et sérums antistreptococciques Marmoreck, pour le Canada, est M. Arthur Décary, Montreal, 63 rue Notre-Dame Est.”

DE JOUR OU DE NUIT

Téléphonez Up Town 2667

WILLIAM WRAY

PRIX : AMBULANCE \$2.00
LANDEAUX AMBULANCE \$5.00

2436 rue STE-CATHERINE

MONTREAL