Dans ces cas-là, les phosphates urinaires sont réellement augmentés.

Le dépôt a la même composition que dans la première variété.

Sous un régime trop exclusivement végétal ou après absorption de boissons alcalines l'urine peut devenir alcaline et l'on voit les phosphates se précipiter. Il suffit alors de modifier le régime alimentaire pour que tout rentre dans l'ordre.

Pour ce qui regarde la phosphaturie d'origine nutritive et dyspeptique, le traitement n'est pas toujours aussi simple surtout dans les maladies réputées incurables comme l'ostéomalacie, le diabète, etc. Il faut dans ces cas tonifier les malades, leur faire absorber des phosphates pour suppléer aux pertes en même temps qu'on surveille le bon fonctionnement de l'intestin. Si les fonctions digestives se font bien, la nutrition, qui en dépend, sera bonne et il y aura équilibre plus parfait entre l'assimilation et la désassimilation.

Il existe bien encore une phosphaturie chez certains sujets nerveux, au moindre surmenage. Ces malades peuvent être assimilés aux glycosuriques. Mais le traitement diffère essentiellement. Tandis qu'on supprime aux glycosuriques les matières sucrées, il faut au contraire, donner aux phosphaturiques des toniques à base de phos-

la main et du pied déterminant une impotence du membre qui ne dure guère que vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce signe, fréquent chez les tabétiques, a été décrit par Charcot sous le nom de dérochement des jambes.

Au pied gauche existe un pied bot tabétique, déformation particulière produite par une augmentation considérable du volume du pied.

Cette localisation de l'arthropathie tabétique, pour être assez fréquente, est souvent méconnue des médecins. A ce propos, M. Raymond cite le fait suivant :

Un malade de trente-quatre ans présentait une déformation considérable de la hanche et de toute la partie supérieure de la cuisse droite. Le médecin traitant, craignant une affection maligne, préconisait une désarticulation de la hanche.

Un examen attentif décèle l'absence de réflexe rotulien et des troubles oculaires tabétiques. Peu après, la hanche gauche se prit dans les mêmes conditions. La radiographie permit de se rendre compte qu'on était en présence d'une arthropathie tabétique coxofémorale avec atrophie osseuse et délabrement du rebord cotyloïdien.

On voit donc toute l'importance d'un diagnostic précis, qui permettra toujours d'instituer un traitement curatif et d'éviter une intervention chirurgicale pour une affection depuis longtemps décrite par Charcot.

Hospice Broca-Pascal. --- M. Brocq

TRAITEMENT DE L'ANTHRAX.—SEBORRHEE PÉRIANALE. — SEBORRHEE SECHE DU CUIR CHEVELU.

La levure de bière fraîche longtemps considérée comme le traitement le meilleur de l'anthrax, est loin d'être d'une utilisation facile et ne réussit pas toujours. D'autres médications sont à employer : le sulfure de lithium donne des résultats, mais on peut employer d'autres préparations soufrées :

Soufre lavé, 20 centigr.

Bicarbonate de soude, 30 centigr.

— Cascara, 25 centigr.

Pour un cachet.

La poudre de cascara ne sera utilisée dans cette formule que lorsqu'il sera nécessaire d'employer un laxatif. On la préférera à la magnésie qui, mêlée avec le soufre, constitue souvent de véritables blocs d'une expulsion difficile.

Le traitement général sera complété par un traitement local approprié : lavages au savon pour désinfecter la peau, sur le cou surtout, et badigeonnage avec de l'alcool camphré.

Quand l'anthrax est tendu et douloureux, on calmera la douleur par des pulvérisations ou des applications de cataplasmes de fécule faits avec de l'eau bouillie. Pour que le cataplasme n'adhère pas à la peau, ou qu'en séchant il ne produise pas d'excoriations, causées d'inoculations consécutives, on mettra une couche épaisse de pommade adhérente sur la peau.

Les cataplasmes peuvent être remplacés par des enveloppements humides non recouverts d'une enveloppe imperméable.

Clinique des Hôpitaux

Hospice de la Salpêtrière. --- M. le Dr Raymond

MAL PERFORANT ET TABES.

La présence d'un mal perforant doit toujours faire penser à la possibilité du tabès; aussi ne doit-on pas négliger de rechercher les signes de cette dernière affection. Un homme se présentait à la consultation pour un durillon forcé que de multiples traitements avaient été impuissants à guérir. Ce durillon forcé n'était autre qu'un mal perforant : ulcération profonde, suppurante, infectée et entourée d'une zone anesthésique bien marquée. Fréquente chez les artério-scléreux, cette affection se rencontre 95 fois sur 100 environ chez les tabétiques; c'était le cas ici.

Le malade a eu depuis deux ans des douleurs dans les membres inférieurs, puis des douleurs en ceinture, ainsi que de l'incontinence d'urine. Jusqu'à présent, il n'a pas présenté d'incoordination motrice, cependant les réflexes sont abolis et le signe d'Argyl est manifeste; pas de diplopie.

On trouve aussi des troubles de la sensibilité, de l'anesthésie de la trachée, du testicule, une bande anesthésique au niveau des seins, autant de symptômes permettant de faire un diagnostic ferme. Ce malade est en outre un syphilitique, et c'est trois ans après l'accident initial que les premiers phénomènes se sont manifestés.

En outre des phénomènes dont nous venons de parler, le malade présente de temps à autre, une sorte de chute de