

# MONTREAL-MEDICAL

---

---

VOL. V

15 AVRIL 1905

No 2

---

---

## CONSIDERATIONS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES SUR LA NEURASTHENIE (1)

PAR M. LE DOCTEUR LE CAVELIER.

MESSIEURS :

Lorsqu'on étudie la classification des névroses, l'on voit que la science moderne a considérablement diminué la longue liste des affections nerveuses *sans fondement anatomique connu*. Aujourd'hui, l'apoplexie, le diabète, la coqueluche, l'ataxie locomotrice, le tétanos, la chorée, le goitre exophtalmique, la paralysie agitante, ne font plus partie de la famille des névroses, la bactériologie, l'histologie pathologique et la pathologie humorale, ont trouvé et démontré les raisons positives des troubles fonctionnels jusque-là considérés comme indépendants. Demain la pathogénie établira la sclérose névroglique de la région corticale dans l'épilepsie; mais il n'est pas probable que l'on parvienne à détronner ces deux grandes névroses: l'hystérie et la neurasthénie.

Ce malade que vous avez examiné ne présente aucun stigmate de l'hystérie, et comme vous voyez, il possède apparemment une bonne santé; un teint animé, une démarche assurée, aucune altération organique aux différents organes, et cependant, c'est un être inutile pour la société, même, incapable d'être utile à lui-même. Il est affecté de neurasthénie générale, se croit bien malade et craint beaucoup de ne jamais guérir; âgé que de 36 ans,

---

(1) Notes recueillies à l'Hôtel-Dieu par MM. Mignault et Paiement, E. E. M.

il a couru vite dans le chemin de la vie et ses abus du tabac, de l'alcool et des femmes lui donnent une apparence plus vieillie. Son système nerveux a trop vibré au choc de tous ces surmenages, et à la suite des peines de cœur et des pertes d'argent, il a gagné la grande "névrose américaine".

Il y a à peine 25 ans que le célèbre neurologue américain Beard a décrit, pour la première fois, la neurasthénie.

Vous devez bien étudier cette affection, car c'est la maladie de l'avenir; il faut bien des maladies nouvelles pour occuper tous les nouveaux médecins, et pendant que les maladies infectieuses disparaissent, le bilan des affections nerveuses s'élève. Les états neurasthéniques des différents organes ou appareils surmenés augmentent chaque jour et la neurasthénie générale sera le pain quotidien des futurs médecins. Dans notre siècle de fiévreuse activité industrielle et commerciale, dans ces luttes acharnées des partis politiques, dans cette passion d'acquérir et cette ambition de grandir, au milieu de ces labeurs intellectuels incessants, qu'exigent les œuvres nouvelles dans toutes les sciences, à la suite de ce surmenage électrique de notre condition d'existence, la pile nerveuse de la machine humaine ne peut résister longtemps sans s'épuiser. Il ne faut pas conclure que tous les gens d'action ou tous les étudiants trop studieux sont destinés à devenir neurasthéniques, tous les systèmes nerveux ne succombent pas sous le même poids de travail, et nous avons toujours pu retracer, chez ces malades que nous avons observés, une disposition névropathique héréditaire évidente. Notre malade a hérité, d'une mère hystérique, d'un tempérament impressionnable. Après toutes ses fatigues et ses angoisses il s'occupait à lire des romans à sensation, qui lui causent maintenant de longues nuits d'insomnie, et il se lève le matin plus fatigué que la veille.

Il est incapable de travailler; le moindre exercice l'accable; inapte à aucune application de l'esprit, la moindre étude l'épuise. Il se plaint de maux de tête, de dyspepsie, de constipation, de rachialgie et de faiblesse générale. Dans cet état depuis six mois, ce malade a consulté plusieurs médecins qui, tous, lui ont donné une explication différente des symptômes manifestés. Il porte avec lui les diagnostics de dyspeptique, de gastroplose, d'entéroptose, de brightisme, d'hyperchloridrique, etc., et croit

avoir toutes ces maladies réunies, et ne pense pas qu'un seul médecin puisse connaître tous les maux dont il souffre et soit capable de le guérir.

Ainsi découragé, son énergie nerveuse est disparue, son insuffisance cérébrale est manifeste, il est un neurasthénique complet qui a perdu toute confiance en sa santé, en sa force, en son intelligence, en ses affections; il est indifférent à tout, se croit abandonné de tous; incapable de surveiller ses intérêts les plus pressants, il s'en va, préoccupé de l'empâtement de sa langue, de la faiblesse de ses reins, de la lenteur de sa digestion, de ses douleurs lombaires, de sa céphalalgie, etc. Comme tous les neurasthéniques, il ne pense qu'à sa bête, et personne, depuis la création du monde, n'a éprouvé autant de tortures que lui. Il ne se répète et résume, avec force soupirs et gémissements, dix fois les mêmes récits, et si l'on ne partage pas sa douleur et sa peine, il se croit abandonné, et si vous discutez, il se croit tyrannisé, devient plus mal et explique au médecin, pour la centième fois, un symptôme nouveau qui vient d'apparaître. Ces malades cherchent à vous aider pour faire un bon diagnostic, ils doutent toujours que vous connaissez très bien leur maladie, car ils sont des exceptions, des cas extraordinaires.

En présence de ces patients si intraitables, quelle thérapeutique faut-il faire? Comme pour l'hystérie, la psychothérapie doit occuper la première place, mais les procédés doivent être bien différents de ceux employés dans le premier cas; les neurasthéniques ont besoin de sympathies et de consolations; incompris des personnes qui les entourent, ils sont satisfaits, si, compatissant à leurs souffrances, vous écoutez avec attention et approbation toutes leurs doléances. Pour gagner la confiance de ces patients, vous devez avouer qu'ils sont bien misérables, qu'on doit sincèrement les plaindre, car ils sont en proie à des angoisses bien pénibles. Lorsque le médecin reconnaît si bien le grave état de la situation, et qu'il affirme la guérison, le malade a une forte tentation de croire en sa parole. La confiance absolue du patient en son médecin est la première condition de la guérison. Si, sous l'influence du traitement, un mauvais symptôme disparaît, il faut démontrer avec conviction toute l'importance de la plus légère amélioration et le rassurer sur le bon fonctionnement de ses organes. Chez notre malade, à la pre-

mière heureuse rencontre, ses peines du cœur disparaîtront plus vite que le souvenir de ses pertes financières. Mais le sort des plus malheureux que lui dans cet hôpital l'encouragera un peu à ne pas se croire le seul au monde dépourvu de tout. On lui avait dit de lire, de s'amuser, de se donner du mouvement, etc., et il est plus mal, le repos et l'isolement lui seront plus profitables; laissez-lui, autant que possible, formuler son programme de distraction, il ne pourra vous reprocher d'avoir trop exigé de lui. Chaque jour, il pourra faire davantage, car ses forces reviendront sous l'influence du traitement diététique et médical. Il a maigri de 20 à 25 livres; il faut donc lui donner une alimentation qui lui restitue son poids normal, sans fatiguer son estomac, dont il est très défiant. Lorsque la nutrition est ainsi troublée, il existe ordinairement de l'anémie, mais tel n'est pas le fait chez lui, et le fer, administré habituellement avec succès, n'est pas indiqué ici. Nous prescrivons un repas de viande par jour, et durant l'avant-midi et l'après-midi, un verre de jus de viande que donnera une livre de bœuf pressé. Le matin, un œuf brouillé avec du lait, répété pour le repas du soir. Le menu doit être fait chaque jour et modifié selon les effets obtenus; ces malades sont prêts à tout accepter, mais sont incapables de reconnaître et de vouloir ce qui est le mieux pour leur estomac. Quant aux médicaments, vous devez formuler avec grand soin, car la cellule nerveuse ainsi épuisée, est plus sensible à toute médication et les doses doivent être plutôt faibles et répétées souvent.

Les préparations de kola et les phosphates de soude, de chaux, les glycéro-phosphates, les licithines, les arsénicaux, donnés après les repas, activeront la nutrition et remonteront l'hypotension nerveuse aussi déprimée. Contre l'hypotension artérielle, nous donnerons 200 grammes par jour de sérum artificiel en injection sous-cutanée.

La strychnine, les douches froides, sont contre-indiquées à cette période aiguë de la neurasthénie; il importe plutôt de calmer et de reconstituer un système nerveux, chancelant, que de le stimuler. Dans son état actuel, nous obtiendrons de meilleurs résultats avec la douche écossaise quotidienne et des bains d'électricité statique, durant quinze minutes, deux ou trois fois par semaine.

## DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE

MM. PONCET ET. BÉRARD.

De plus en plus le praticien doit chercher à reconnaître l'actinomycose, comme il reconnaît la syphilis, la tuberculose et le cancer, et à la distinguer de ces divers types d'affections, au lit du malade, d'après les seuls résultats de l'enquête clinique.

Avec la tuberculose et la syphilis, la confusion peut s'éviter assez facilement, si le médecin a vu quelques cas d'actinomycose.

Pour le cancer, les éléments du diagnostic clinique sont parfois moins précis, bien qu'un tableau comparatif des signes cardinaux de ces deux maladies permette d'établir les différences suivantes :

## Actinomycose.

Les malades sont ordinairement des sujets jeunes. L'agent de la contagion, lorsqu'on le retrouve, est un végétal.

L'évolution des lésions n'est pas fatalement progressive. Elle peut être aiguë ou torpide, avec des intervalles possibles de rétrocession ou de guérison apparente.

L'œdème, l'infiltration des parties molles s'étendent loin du foyer mycosique, même quand les lésions ne semblent pas en imminence de suppuration, et même quand il n'y a pas de compression des gros troncs veineux.

L'infiltration du parasite dans les plans musculaires et conjonctifs simule une injection coagulante poussée dans ces tissus, qui prennent une consistance scléreuse, en plâtron, et deviennent rapidement inextensibles (trismus).

## Cancer

La plupart des cancéreux ont dépassé quarante ans. L'étiologie de leur affection est des plus vagues.

Les lésions ont un développement nettement progressif, que leur marche soit aiguë ou lente.

Dans le cancer, les œdèmes sont ou d'origine infectieuse, par l'inoculation secondaire d'agents microbiens ou mécaniques, par compression, par thrombose.

Le sarcome et l'épithéliome s'étendent rarement aussi loin que l'actinomycose par infiltration large de voisinage.

Les ulcérations des téguments ont des bords plutôt décollés qu'indurés. Certaines d'entre elles se cicatrisent, tandis que se font, à leurs côtés, des pertes de substances nouvelles.

Les adénites sont exceptionnelles lorsqu'il ne s'est pas fait secondairement d'infection pyogène des foyers parasitaires. C'est surtout cette septicémie secondaire qui altère l'état général, plus que la résorption des toxines mycosiques.

Quand le cancer ulcère la peau, il empiète, de plus en plus, sur les téguments encore sains. Les ulcérations ont des rebords indurés. Elles ne se cicatrisent pas spontanément.

Les adénites, par propagation du cancer aux lymphatiques de la région sont précoces, même dans les cancers fermés. L'état général est modifié rapidement et profondément (teint jaune paille).

Sans doute ces caractères différentiels n'ont rien d'absolu. Même groupés, ils peuvent induire en erreur l'observateur le plus avisé. Témoin le malade de M. Le Dentu, chez qui l'on songeait à l'actinomyose, parce qu'il était porteur d'une tumeur méfactive parostale du maxillaire inférieur, recouverte de téguments enflammés, violacés, avec des fistules multiples, qui donnaient écoulement à du pus. La région sous-maxillaire était infiltrée largement, sans que le doigt y rencontrât de ganglions indurés. Et pourtant, l'examen microscopique des produits retirés par la curette des trajets fistuleux prouva qu'il s'agissait d'un épithélioma ectodermique.

Inversement, chez une malade que nous avons examinée à plusieurs reprises, on porta, neuf ans durant, le diagnostic de: tumeur maligne de la moitié droite du maxillaire inférieur, d'ostéo-sarcome, et, en raison de la durée de la maladie, celui de cancer d'allure paradoxale...., jusqu'au jour où l'on découvrit des graines jaunées spécifiques (Nocard). La lésion n'était autre qu'un actinomyose néoplasique du maxillaire inférieur, qu'un actinomyose de forme bovidée. Il s'agissait d'une femme du monde, qui, pendant ces neuf ans, avait été vue par un grand nombre de médecins et de chirurgiens.

Dans la pratique, de telles confusions sont appelées à se renouveler, malgré l'examen histologique. En effet, outre les formes phlegmoneuses du cancer, il existe des hybridités pathologiques multiples, qui peuvent faire naître des erreurs: telle l'hybridité du cancer et de l'actinomyose. M. Rabaioly a étudié la transformation néoplasique des foyers anciens d'ac-

tinomycose, d'après trois observations que nous lui avons communiquées.

Chez de tels sujets, le champignon rayonné, détruit au cours du processus cancéreux, avait fini par disparaître des tissus malades, dans lesquels on l'avait trouvé d'abord, de même qu'il disparaît parfois des foyers d'actinomycose aiguë, à la suite d'infections secondaires.

Il ne faut pas toujours exiger la constatation du mycélium, avec ou sans les massues, pour arrêter son diagnostic, et surtout il ne faut pas rejeter l'hypothèse d'actinomycose, sous le prétexte que plusieurs examens ont été négatifs. On doit répéter les examens macroscopiques, en se rappelant que c'est dans les tissus les plus récemment envahis que l'on a le plus de chances de rencontrer le parasite, tandis qu'on le poursuivra en vain dans les fistules anciennes, et dans les foyers phlegmoneux aigus.

Nous avons gardé six mois en observation un malade atteint d'actinomycose péri-laryngée, avant de découvrir chez lui des grains jaunes. En 1892, nous avons rapporté ici un cas d'actinomycose thoracique, de M. Nélaton, où le diagnostic clinique, qui paraissait certain, ne put être confirmé qu'au bout d'un an, par la constatation du parasite, après plusieurs explorations vaines.

Parfois, c'est seulement à l'autopsie que l'on a constaté les *actinomyces*, cause de la mort, survenue après plusieurs mois, plusieurs années, de lésions inflammatoires, néoplasiques, plus ou moins bizarres, de suppurations prolongées, de fistules, etc., jusqu'alors de nature indéterminée.

Il importe donc de savoir que la recherche de l'actinomyces peut être longue et délicate, car ce n'est parfois qu'à force de patience qu'on arrivera à le dépister. Pour apporter une telle persévérance, on aura besoin d'appuyer ses présomptions sur l'ensemble des signes obtenus par l'examen somatique. Les procédés de laboratoire doivent être des moyens de confirmation, et non d'investigation première.

En apprenant à connaître les formes cliniques de l'actinomycose humaine, sans s'astreindre servilement à la recherche du grain jaune, peut-être risquera-t-on parfois de soumettre

un cancéreux au traitement ioduré. Mais plus souvent on aura la satisfaction d'enrayer une actinomycose, encore facilement guérissable, et qui, abandonnée à elle-même, eût révélé sa nature par l'issue au dehors des grains jaunes, souvent trop tard, pour bénéficier de la thérapeutique. Notre but a été d'établir la fréquence relative de l'actinomycose humaine, dans tous les milieux, dans toutes les conditions sociales.

On songera à l'actinomycose comme on pense à la syphilis, à la tuberculose.

On se méfiera des suppurations tenaces, récidivantes, des phlegmons chroniques, fistuleux, ligneux, etc., éveillant l'idée d'un néoplasme, surtout lorsque les abcès rebelles occupent les lieux d'élection des lésions à grains jaunes: région cervico-faciale, ventre (parois abdominales, fosses iliaques, excavation pelvienne, etc.), poitrine, région ano-rectale, et membres.

Ces localisations préférées du parasite s'expliquent par le mode de contamination. La grande route des actinomyces est la voie alimentaire, d'où, à la première étape, les infections mycosiques péri-maxillaires, cervico-faciales, puis, les inoculations du tube digestif, avec prédilection pour le gros intestin.

En dehors de ces lésions à marche sournoise, à suppuration plutôt séreuse, exhalant souvent une odeur fétide, nauséabonde, *sui generis*, il faut encore tenir comme suspects les néoplasmes qui suppurent.

Ce sont ceux-là qui guérissaient sans opération, sans que l'on sache pourquoi.

L'action curative de la médication iodurée n'est pas décisive; elle agit de même chez les syphilitiques.

Les lésions actinomycosiques ont des caractères spéciaux; elles sont souvent plus typiques que des lésions syphilitiques, tuberculeuses, dont on fait tous les jours le diagnostic sans avoir le contrôle bactériologique. On ne devrait pas être plus exigeant pour le diagnostic de l'actinomycose que pour celui d'autres infections. Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic d'actinomycose ne sera porté que lorsqu'on aura constaté le parasite. Ce contrôle histologique, nous l'avons toujours exigé chez nos malades.



## ACROMEGALIE,—SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

PAR M. LE PROFESSEUR MARIE.

Du côté du squelette, vous pensez bien que cette maladie, qui détermine une pareille augmentation de volume des extrémités, doit s'accompagner de quelques *lésions osseuses*.

Ce sont les os des extrémités qui sont plus particulièrement atteints, et c'est la partie terminale de ces os qui présente les altérations maximum. Aussi, d'une façon générale, dans les membres, les épiphyses sont plus atteintes que les diaphyses.

Du côté de la face, il faut signaler particulièrement la dilatation des sinus et l'augmentation de volume considérable du maxillaire inférieur.

A la base du crâne, on constate un élargissement de la selle turcique, dans laquelle se trouve logé le corps pituitaire.

Cet agrandissement de la partie osseuse est lié à l'hypertrophie de l'hypophyse, qui peut atteindre 2 et 3 centimètres de diamètre.

L'hypertrophie du corps pituitaire peut produire, par compression du chiasma, la *névrite optique* et la *cécité*. Cette malade est aveugle de l'œil droit et a de l'hémianopsie de l'œil gauche.

L'*ouïe* est parfois, mais rarement, affectée.

Un caractère assez particulier chez ces malades, c'est la *raucité de la voix*, qui prend une tonalité basse et grave; cela est surtout marqué chez les hommes.

Les *viscères* sont également augmentés de volume, comme le cœur, le larynx.

L'*appareil cardio-vasculaire* est touché de diverses façons. HUCHARD, en 1893, a étudié les affections de l'appareil circulatoire chez les acromégaliques. On rencontre souvent l'hypertrophie ou la dilatation du cœur; assez souvent, on observe une sorte d'angine de poitrine, de l'arythmie. Le pouls est souvent petit. Quelquefois, il y a des varices et des hémorroïdes.

Du côté de l'*appareil digestif*, il n'y a pas grand'chose à signaler, sinon que ces malades-là ont parfois un énorme appétit.

J'ai soigné une malade de ce genre qui ne pouvait jamais

être rassasiée; elle suivait les sœurs chargées de servir les malades et se précipitaient sur les aliments des voisines, qu'elle dévorait.

Il faut savoir que, dans au moins le tiers des cas d'acromégalie, survient un *diabète* qu'on peut dire "ferox" avec 200 à 400 gram. de sucre éliminé par jour, et une véritable fringale. Quant aux sujets non diabétiques, ils ont presque toujours de la glycosurie alimentaire.

Le *système nerveux* est toujours touché et de façon très pénible. D'abord, il y a de la céphalalgie, une céphalalgie atroce, qui est surtout nocturne et fait que ces malheureux ne peuvent pas dormir, se lèvent et se promènent toute la nuit, se plongeant la tête dans une cuvette d'eau froide pour calmer leurs douleurs.

Il y a fréquemment des *douleurs articulaires* ou dans la continuité des membres, ayant quelquefois le caractère fulgurant. Dans un cas, j'ai observé des douleurs atroces, et, à l'autopsie, j'ai constaté une calcification de la dure-mère spinale.

On a signalé de rares cas d'épilepsie, des troubles intellectuels assez fréquents, l'affaiblissement de la mémoire, ou bien, dans d'autres cas, l'hébétéude, l'apathie intellectuelle, l'hypochondrie, les idées tristes, parfois la tendance au suicide.

ÉTIOLOGIE. — C'est généralement de 15 à 20 ans que débute l'acromégalie. Ses causes nous sont absolument inconnues. Quelquefois, on retrouve à l'origine un traumatisme, ou bien une maladie infectieuse; assez fréquemment on relève la syphilis dans les antécédents.

Je ne connais pas un cas d'acromégalie familiale, ni d'acromégalie héréditaire.

Les deux sexes peuvent être atteints. Cependant, à partir de 40 ans, il y aurait prédominance chez la femme.

L'acromégalie s'observe dans toutes les races, dans tous les pays.

Sa marche est, en général, lente et progressive; elle peut durer de 20 à 40 ans. Mais il y a des cas où elle évolue, au contraire, très rapidement, en 3 ou 4 ans, et où le malade meurt de cachexie.

Je vais vous montrer un second malade, représentant l'acromégalie à forme fruste.

C'est un homme de 54 ans, qui, en 1891, il y a par conséquent onze ans, ayant voulu remettre un chapeau laissé de côté pendant plusieurs mois, s'aperçut que sa tête avait augmenté de volume.

Ses mains sont également hypertrophiées, avec la saillie caractéristique des bourrelets. Il a une légère cyphose. Le nez est très agrandi, la face a une forme allongée, le rebord orbitaire est assez prononcé. La langue est énorme. Ces signes permettent d'affirmer le diagnostic d'acromégalie.

Y a-t-il des affections ressemblant à l'acromégalie?

Je veux vous montrer un malade qui présente une affection que certains auteurs ont voulu confondre avec l'acromégalie.

Il s'agit de ce qu'on appelle l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*.

Cette affection s'observe, en général, chez des gens ayant une affection de l'appareil respiratoire, soit une bronchite chronique, soit une pleurésie purulente.

Elle est caractérisée par une déformation progressive des articulations, survenue brusquement avec des douleurs.

Si on examine les mains de ces malades, on voit qu'elles sont, en effet, augmentées de volume; mais les doigts ne sont pas régulièrement hypertrophiés, comme dans l'acromégalie; ils sont plus gros à leur extrémité, présentent cet aspect en baguettes de tambour qu'on a coutume de voir chez certains phthisiques; et, si on regarde la face dorsale, on constate que les ongles présentent la déformation si curieuse que j'appelle "en verre de montre".

Les pieds présentent des modifications analogues. Les poignets, les chevilles, sont hypertrophiés. La jambe, augmentée de volume, a perdu sa forme primitive et présente un aspect cylindrique uniforme.

On a signalé des déformations analogues dans les suppurations rénales.

En somme, il s'agit là de faits distincts de l'acromégalie.

Une autre affection, qui peut simuler plus ou moins l'acromégalie, est la *léontiasis ossea*, décrite par WIROW, dans laquelle on observe une sorte d'éléphantiasis de la face, qui rappelle, dans une certaine mesure, par sa largeur et son développement, l'aspect de la face du lion.

C'est une affection assez rare, dont on possède deux spécimens typiques au musée Dupuytren, et qui a été étudiée récemment par LE DENTU.

Elle semble débiter dans la jeunesse, de 12 à 15 ou 25 ans.

On ne sait pas grand'chose sur sa pathogénie. Cependant, à la lecture des observations, on est frappé de ce fait que, dans la plupart des cas, il y avait eu des suppurations plus ou moins prolongées de l'appareil lacrymal.

### METHODE DU TRAITEMENT MERCURIEL A TERMES TARDIFS ET LA PARALYSIE GENERALE DE LA SYPHILIS

PAR M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

De l'observation et de la statistique il résulte qu'au total, une fois la syphilis acquise, l'unique garantie du malade contre les risques éventuels de la paralysie générale, réside dans un traitement antisiphilitique, méthodiquement préservateur et longtemps poursuivi. Ce traitement préservateur doit être un traitement mercuriel, d'une façon sinon exclusive, au moins très prédominante, l'iode n'ayant que peu de vertu préventive.

Le professeur Fournier a démontré dans une communication très intéressante à l'Académie de médecine qu'il n'est pas nécessaire d'instituer le traitement intensif, la méthode des cures mercurielles à termes tardifs est préférable.

Le traitement amercurel de quatre ans est susceptible de rendre beaucoup plus de services si l'on prend soin de le fragmenter, de le diviser en plusieurs périodes échelonnées à échéances plus ou moins distantes, par exemple, pour fixer les idées, comme il suit :

Au début, traitement fort, placé au seuil de la maladie et continué méthodiquement pendant les deux premières années, sous forme d'une série de cures mercurielles vigoureuses (vigoureuses, car il convient, comme l'a dit M. Taylor, de "*casser d'emblée les reins*" à la maladie), cures alternant avec des stades intercalaires de repos thérapeutique.

Puis, cela fait, suspendre toute médication pour deux ans et placer à la cinquième année approximativement un second traitement, celui-ci de la durée d'un an.

Puis, derechef, suspendre la médication pour quelques années et refaire un troisième traitement d'un au vers la septième ou huitième année.

Le mercure se comportant comme un vaccin, son action est préventive et, comme le vaccin, est forcément temporaire. Il faut revacciner pour acquérir une immunité prolongée; de même il faut remercurialiser pour mettre le malade à l'abri d'assauts ultérieurs de la syphilis.

La preuve, c'est qu'une femme syphilitique peut, selon qu'elle est traitée—ou non traitée—avoir alternativement un enfant sain ou un enfant syphilitique.

Pour l'auteur, les syphilis les plus mauvaises ne sont pas celles qui sont fécondes en accidents graves, qui sont à grand fracas; ce sont plutôt les syphilis bénignes et douces qui débutent par un cortège de manifestations anodines, qui semblent guéries, puis tout à coup, inopinément, dix, vingt, trente ans ou plus tard même, se révèlent par un coup de foudre tertiaire, lequel coûte au malade un organe ou la vie. Ces syphilis semblent donc avoir conservé, à l'état latent, leur virulence originelle.

D'après une statistique citée par l'auteur, la paralysie générale commencerait avec la sixième année, elle battrait son plein de la sixième à la douzième année en atteignant un fort maximum vers la dixième.

M. Fournier propose donc un traitement intensif et préventif à ces différents stades.

En résumé, l'unique sauvegarde contre la paralysie générale réside dans un traitement mercuriel bien conduit et prolongé, mais il faudrait encore que ce traitement soit à échéances tardives.

## LA "FOURTH DISEASE" OU MALADIE DE DUKES-FILATOW

A côté de la rougeole, de la rubéole et de la scarlatine, les trois exanthèmes fébriles classiques, existe-t-il une quatrième fièvre éruptive aussi nettement caractérisée et aussi autonome que chacune des trois précédentes? M. Clément-Dukes, médecin en chef de l'hôpital de Rugley l'a pensé, et, sous le titre de *fourth disease* (la quatrième maladie), il a décrit, il y a

quatre ans, une fièvre éruptive qui, tout en tenant à la fois de la rubéole et de la scarlatine, se distinguerait toutefois des deux par un ensemble de caractères qui lui assureraient une autonomie clinique incontestable.

Mais il ne s'agit pas de tracer, même de main de maître, un tableau clinique et de le déclarer entité nosologique indépendante. Il faut encore le faire accepter par des cliniciens compétents. Or les médecins anglais qui se sont occupés de cette question sont loin d'être d'accord, et tandis que les uns, comme Broadbent, Weaver, Millard, Walter, Kidd, acceptent l'autonomie de la "quatrième maladie" de Dukes, d'autres avec Loyn-ton Washbourne, Shaw la considèrent plutôt comme une variété ou une forme anormale de la rubéole ou de la scarlatine.

Cependant, jusqu'à ce jour, les discussions soulevées par le travail de M. Dukes n'ont pas franchi le cercle des sociétés ou revues anglaises et à part un court résumé de M. Cornby dans le *Traité des maladies de l'Enfance* et une revue très complète que M. Bokay vient de publier dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, il n'existe dans la littérature des autres pays, aucun travail sur la *fourth disease* de Dukes. La question mérite pourtant d'être connue; car, comme le fait justement remarquer M. Bokay, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé parfois fort embarrassé en face d'un exanthème fébrile à caractères anormaux et peu précis.

Comme dans toutes les fièvres éruptives, il existe dans la *fourth disease* une période d'incubation qui varie entre neuf et vingt et un jours, ce qui la rapprocherait de la rubéole et la différencierait par contre de la scarlatine dont l'incubation se fait bien plus rapidement. En revanche, la période prodromique fait généralement défaut, et dans les cas dans lesquels elle existe, sa durée ne dépasse pas quelques heures pendant lesquelles on observe un simple mal de gorge dans les cas légers, un malaise général, de la céphalalgie, des douleurs dans le dos, presque toujours des frissons dans les cas graves.

On peut donc dire que dans l'énorme majorité des cas, le premier symptôme de la maladie est constitué par l'éruption qui en quelques heures envahit tout le corps y compris la face dont elle ménage pourtant le pourtour de la bouche et les ailes du nez. L'exanthème, lui-même est formé par un petit poin-

tillé rose pâle très serré, à peine surélevé. La gorge est rouge et tuméfiée, mais la langue, qui paraît légèrement chargée, n'offre pas l'aspect framboisé, caractéristique de la scarlatine. Les conjonctives sont injectées et les ganglions du cou et de la nuque, parfois ceux des aines et des aisselles, sont tuméfiés, mais cette adénopathie est bien moins accentuée que dans la rubéole. L'état général est à peine altéré et la température reste normale ou oscille autour de 38° C. sans jamais dépasser 39° même dans les cas où l'exanthème est très étendu.

Celui-ci ne persiste pas longtemps. Bientôt il pâlit et sa disparition est suivie d'une desquamation qui dure huit à quinze jours. Généralement, l'enfant peut se lever au bout de quatre ou cinq jours et l'isolement peut être levé sans inconvénient au bout de quinze jours ou de trois semaines. La convalescence n'offre rien de particulier, et ce n'est que très rarement qu'on observe une très légère albuminurie d'une durée éphémère.

On sait que la récurrence d'une fièvre éruptive est tout à fait exceptionnelle. Une preuve de l'autonomie de la *fourth disease* serait donc fournie par des cas dans lesquels la maladie de Duker se déclarerait soit quelque temps avant soit quelque temps après la scarlatine ou la rubéole avec lesquelles elle a un certain nombre de caractères communs. Or, ces faits existent, puisque dans une épidémie mixte de *fourth disease* et de scarlatine, qui avait frappé les enfants d'une école, Duker a trouvé un certain nombre d'enfants qui avaient déjà eu la *fourth disease* avant de contracter la scarlatine, et d'autres qui après une atteinte de *fourth disease* ont eu soit la scarlatine, soit la rubéole. Dans une autre épidémie de *fourth disease*, la proportion d'anciens rubécieux, a même été de 46 pour 100.

L'apparition de la *fourth disease* chez d'anciens scarlatineux ou rubécieux, et l'apparition de la scarlatine ou de la rubéole chez les individus ayant déjà eu la *fourth disease*, ont encore été observées par M. Weaver, médecin du "Borough Infections Disease Hospital". Depuis longtemps il avait remarqué que de ses anciens scarlatineux, quelques-uns revenaient avec une fièvre éruptive qui, tout en ressemblant à la scarlatine, en différait par certains caractères.

Ayant pris connaissance du mémoire de M. Duker, il com-

prit que cette prétendue récurrence était en réalité une attaque de *fourth disease*. Et depuis que son attention s'est trouvée attirée sur ce point, il a pu réunir une quinzaine d'observations dans lesquelles la *fourth disease* a précédé ou suivi la scarlatine. Ces faits, comme nous l'avons dit, plaident en faveur de l'autonomie de la *fourth disease*, et dans sa revue très complète, M. Bokay déclare avoir certainement observé des cas de *fourth disease* dont il se montre assez disposé à accepter l'existence. Le seul reproche qu'il fait à M. Dukes, c'est de n'avoir pris connaissance des travaux ayant trait au même sujet. C'est ainsi que dans ses leçons sur les maladies infectieuses, M. Filatow (de Moscou) a décrit une épidémie familiale de scarlatine avec récurrences apparentes, à caractères très singuliers, tenant à la fois de la rubéole et de la scarlatine et qu'il proposait, pour cette raison, de désigner sous le nom de *rubéole scarlatineuse*. " Sous le nom de rubéole scarlatineuse, écrivait-il, je comprends une affection autonome aiguë, contagieuse et infectieuse, caractérisée par une éruption scarlatiniforme, mais différant de la scarlatine par sa marche toujours bénigne et surtout par la particularité de son contagion et de son mode de contagion."

Il est facile de voir qu'indépendamment l'un de l'autre, Dukes et Filatow ont décrit la même affection, et c'est la raison pour laquelle M. Bokay se propose de la désigner dorénavant sous le nom de Maladie de Dukes-Filatow.

## LES LÉSIONS CARDIAQUES ET LES AFFECTIONS RENALES

PAR M. LE PROFESSEUR BRONOWSKI.

Depuis Bright, on sait que les maladies des reins se compliquent de maladies du cœur, et qu'à l'inverse, les maladies du cœur provoquent des maladies des reins.

On a beaucoup écrit à ce sujet, on a vivement discuté la question des liens réciproques entre les deux groupes d'affections. Nous ne passerons pas en revue toutes les opinions émises là-dessus; nous nous contenterons de dire que malgré toutes les investigations et toutes les discussions, plus d'un point de notre problème reste à élucider.

J'ai fait quelques recherches statistiques et expérimentales concernant la question sus-mentionnée et je me permets de les présenter au public français.



Mes matériaux statistiques consistent en registres d'autopsie de l'Institut d'anatomie pathologique de Varsovie pour la période de 1882 à 1894. J'ai pu les examiner à loisir grâce à l'amabilité de M. le professeur Przewoski (C. Pechovski) que je tiens à en remercier cordialement.

Je me suis occupé exclusivement des cas où l'autopsie avait révélé une lésion cardiaque ou un anévrisme de l'aorte comme maladie principale et où le malade était mort dans l'asystolie. J'ai évité soigneusement les cas où des affections pulmonaires, hépatiques ou autres compliquaient les affections cardiaques, cela pour cette raison que lesdites affections auraient pu influencer les reins.

J'ai pu trouver, dans les registres en question, 165 cas rentrant dans ma catégorie.

Sur 165 cas, il y avait comme lésion rénale:

Néphrite chronique. . . . .	119 fois.
— aiguë. . . . .	3 —
Induration cyanotique. . . . .	24 —
Congestion parenchymateuse. . . . .	13 —
Hypérémie. . . . .	1 —
Pas de modifications pathologiques. . . . .	5 —

Total: . . . 165 fois.

Ce tableau montre la plus grande fréquence des complications rénales dans les lésions cardiaques (122 fois sur 165, ce qui fait 74 pour 100), il y avait des néphrites nettes. Dans les autres cas, les reins présentaient des troubles circulatoires. Seulement, 6 fois sur 165, les reins étaient sains!

Beaucoup de facteurs pouvant provoquer à l'âge adulte des états inflammatoires dans les reins, (syphilis, alcoolisme, etc.), j'ai détaché de mes 165 cas, les cas où le malade était âgé de moins de vingt-six ans. Il y en avait en tout 25. Or, dans ces cas, j'ai trouvé au point de vue rénal:

Néphrites chroniques. . . . .	14
— aiguës. . . . .	0
Congestion parenchymateuse. . . . .	4
Rein cyanosé. . . . .	5
Rien. . . . .	2

Partant même dans ce groupe-ci, la néphrite chronique se rencontrait 56 fois sur 100, (14 sur 25).

Voici maintenant quelles étaient les lésions cardiaques accompagnant les 14 néphrites :

Rétrécissement mitral. . . . .	4 fois.
Insuffisance mitrale. . . . .	1 —
— et rétrécissement mitral. . . . .	1 —
Insuffisance mitrale et aortique. . . . .	2 —
— aortique. . . . .	3 —
— et rétrécissement aortique. . . . .	3 —
	<hr/>
Total. . . . .	14 fois.

Par conséquent, les lésions mitrales s'accompagnaient dans ce groupe 6 fois de néphrite chronique. Les lésions aortiques de même. Les lésions doubles 2 fois.

Sur toutes les néphrites constatées (122), il y avait, au point de vue cardiaque :

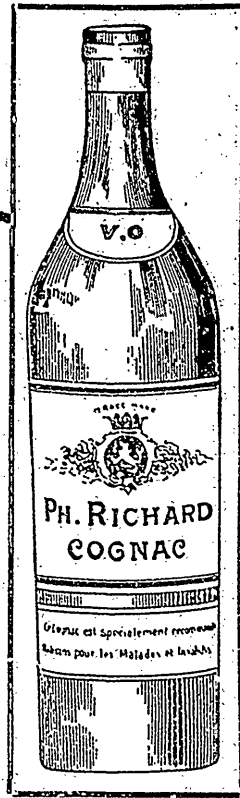
Rétrécissement mitral. . . . .	26 fois.
Insuffisance mitrale. . . . .	13 —
— et rétrécissement mitral. . . . .	15 —
Insuffisance aortique. . . . .	26 —
Anévrisme de l'aorte. . . . .	9 —
Rétrécissement et insuffisance aortique. . . . .	15 —
Insuffisance mitrale, insuffisance et rétrécissement aortique. . . . .	17 —
Insuffisance mitrale et aortique. . . . .	1 —
	<hr/>
Total. . . . .	122 fois.

Donc :

Lésions mitrales. . . . .	54 fois.
— aortiques. . . . .	50 —
(y compris les anévrismes).	
Lésions aortiques et mitrales. . . . .	18 —
	<hr/>
Total. . . . .	122 fois.



V. O.  
V. O. S.  
V. S. O. P.



F. C.  
Fine  
Champagne

# BRANDIES

## Ph. RICHARD

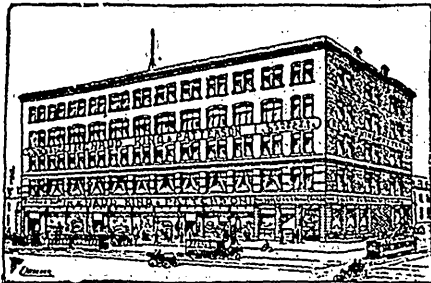
### COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

## LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTerez  
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.



Meubles, Literie, Tapis,  
Draperies, Etc.

*Installation moderne et de premier ordre*

**Renaud, King & Patterson**  
COIN STE-CATHERINE ET GUY

*Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée.*

# VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

Visitez l'établissement de la

## Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

LACASSE ROUSSEAU,

Tel. Up 971

*Directeur-Gérant.*

N.B. — Vous y trouverez tous les appareils dont vous aurez besoin.

## LA DIGESTIVE

A base de Coptis Trifolia Co., capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

“ Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberté ”

136 RUE SAINT-DENIS,

MONTREAL., Qué.

**SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ**

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.

Des deux tableaux précédents, il appert que les néphrites se rencontrent plus souvent dans les lésions mitrales (surtout dans le rétrécissement). Cette conclusion (identique à celle de Da Costa) est facile à comprendre, les lésions mitrales étant plus difficiles à compenser. La compensation, s'il y en a une, n'est pas aussi stable que lorsqu'il s'agit de lésions aortiques; par conséquent, la stase dans les organes parenchymateux respectivement dans les reins est plus considérable et plus stable.

Pour en finir avec la statistique, j'essayerai encore d'expliquer pourquoi mes chiffres diffèrent tant de ceux des autres auteurs. Bright, par exemple, trouve seulement 29 pour 100 de lésions cardiaques compliquées de néphrites, Chambers 34, Da Costa une fois 40, une autre fois seulement 6, Traube 2. Mes recherches personnelles donnent, au contraire, 74 pour 100. Cela vient de ce que la plupart desdits auteurs procédaient d'une façon diamétralement opposée à la mienne. Ils choisissaient d'abord tous les cas de néphrites et après ils y cherchaient les lésions cardiaques.

Or, comme, en dehors de ces dernières, beaucoup d'autres causes provoquent des néphrites, le pourcentage des lésions cardiaques dans le nombre total des néphrites fut évidemment petit.

La question se présente sous un jour différent, lorsqu'on prend pour base les lésions cardiaques et qu'on cherche le pourcentage des néphrites dans ce groupe.

En outre, certains auteurs, comme Traube, considéraient seulement la dégénérescence granuleuse du rein comme affection rénale se rattachant à une lésion cardiaque. Les autres affections étaient pour eux consécutives à la stase sanguine et tout à fait indépendantes du mal de Bright.

Le même Traube ainsi d'ailleurs que d'autres auteurs englobaient dans leur statistique avec les lésions cardiaques aussi d'autres maladies du cœur, comme myocardites, épanchement péri-cardiaque, même épanchement pleurétique et ne s'occupaient pas beaucoup de savoir si, dans ces cas, il y avait une dilatation symptomatique des ventricules ou non. Il en résulte que leur statistique comprend même des cas de lésions cardiaques tout à fait compensées.

Je passe à la partie expérimentale de mon travail.

J'ai voulu étudier sur les animaux la possibilité de provoquer des lésions rénales rien qu'à la suite des troubles circulatoires. Dans ce but, je produisais chez les chiens des lésions cardiaques artificielles, après quoi je laissais les animaux en vie pendant un temps assez long. Il faut dire que cette opération, surtout en ce qui concerne la valvule mitrale, est très difficile. J'introduisais dans le ventricule gauche pendant la systole une aiguille en acier terminée par un hameçon fin, aux bords externes tranchants et recourbé en dedans de façon à ce qu'il ne touchât pas aux parois du cœur pendant son extraction. Une fois l'hameçon introduit, il fallait en toute hâte accrocher un ou deux piliers valvulaires et les déchirer.

L'opération se fait à l'aveuglette; c'est pourquoi elle ne réussit que rarement. Sur 30 chiens à qui je l'ai faite, à peine 4 survécurent. D'autres moururent pendant l'opération ou le lendemain. La mort résultait tantôt de la perforation de la paroi du ventricule aux environs du cône artériel avec épanchement sanguin dans la cavité du péricarde, tantôt d'une destruction des valvules cardiaques si étendue qu'une compensation prompte des lésions devenait impossible. L'animal mourait au milieu des symptômes d'asystolie.

Les 4 chiens qui ont survécu ont eu:

No. 1. Insuffisance aortique. A l'auscultation: souffle diastolique.

No. 2. Rétrécissement et insuffisance mitrale. A l'auscultation: tout de suite après l'opération, souffle systolique à la pointe; quelques semaines après le souffle présystolique s'y est surajouté.

No. 3. Insuffisance mitrale pure. Auscultation: souffle systolique à la pointe

No. 4. Rétrécissement mitral probable: tout de suite après l'opération, j'ai perçu à la pointe un léger souffle systolique qui, au bout de quelque temps, devint présystolique.

J'ajouterai ici qu'avant chaque expérience j'examinais l'urine et le cœur du chien et que je n'ai soumis à l'opération que les animaux qui ne présentaient rien d'anormal au cœur ni aux reins. Après l'opération, tous les quatre chiens recevaient la même quantité d'aliments, (lait, farine d'avoine); tous les quelques jours j'examinais leur cœur et leur urine. Pendant la première semaine, tous avaient un peu d'albumine: en dehors

de cela, l'urine contenait quelques cylindres fibrineux peu nombreux et courts, et très peu de cellules rénales.

Au bout de huit jours, l'urine des Nos 1, 3, 4, est redevenue normale, celle du No 2 conserve un peu d'albumine.

Cinq mois après l'opération :

Nos 1 et 3 : gais, appétit excellent, urine normale.

Nos 2 et 4.—No 2. Triste, abattu, a perdu 2 kilogr., urine 1,500e d'albumine, nombreux cylindres granuleux et quelquefois épithéliaux dans l'urine. No 4: triste, dans l'urine: albumine 1,100e, quelques cylindres épithéliaux et vitreux, leucocytes et globules rouges, cellules rénales.

Six mois après l'opération, les animaux ont été sacrifiés. Autopsie.

No 1. Les parois du ventricule gauche considérablement épaissies, valvule aortique droite déchirée; reins un peu foncés, mais normaux au point de vue macro- et microscopique.

No 2 Ventricule droit, oreillette gauche dilatés, aux parois épaissies; piliers de la valve mitrale antérieure déchirés; orifice artériel gauche rétréci par du tissu conjonctif; ventricule gauche petit, aux parois flasques. Les deux reins assez durs, grands, leur surface assez lisse, parsemée d'ilots jaunes. Substance corticale épaissie, pyramides rouges. Au microscope, cellules épithéliales fort boursoufflées; tendance à la dégénérescence grasseuse. Lumière des canalicules urinaires par places très rétrécie, quelques-uns ont disparu même complètement et sont remplacés par du tissu conjonctif. D'autres contiennent des cylindres granuleux et des globules de sang; corpuscules de Malpighi un peu augmentés de volume, leur enveloppe est rigide. Bref, il s'agit du gros rein blanc classique.

No 3. Ventricule gauche aux parois un peu épaissies, oreillette gauche dilatée, piliers de la valvule mitrale postérieure déchirés. Reins un peu durs, mais normaux au point de vue macro-microscopique.

No 4 Ventricule droit un peu dilaté, aux parois épaissies, oreillette gauche dilatée, parois du ventricule gauche flasques, orifice artériel gauche rétréci par une cicatrice assez large. Il laisse à peine passer une sonde cannelée. Les reins comme au No 2, seulement la prolifération du tissu conjonctif ne se laisse pas décélérer, quoique la lumière des canalicules urinaires soit par place bouchée par l'épithélium ayant subi la dégénéres-

cence graisseuse. Vaisseaux sanguins dilatés et remplis de sang.

Ici cette question se pose: les modifications des reins chez les Nos. 2 et 4, sont-elle la conséquence des troubles circulatoires? Nous pensons que oui ou que les autres influences étaient exclues.

Passons cependant à la question plus générale: les troubles circulatoires consécutifs aux lésions cardiaques peuvent-ils être la cause réelle des processus inflammatoires dans les reins?

Le cas de Luschka où le mal de Bright s'est développé à la suite d'une stase veineuse provoquée par le néoplasme du diaphragme avoisinant la veine cave inférieure est le premier fait qui confirme cette présomption.

Depuis, nombre d'auteurs, (Senator, Horn, Schmaus), ont établi que la stase rénale peut être en effet la cause réelle du mal de Bright.

On sait aussi que, bien souvent, à l'autopsie, on trouve la dégénérescence granuleuse d'un seul rein à la suite de l'artériosclérose syphilitique de l'artère rénale correspondante. Il s'agit donc là de la conséquence nette d'un trouble circulatoire.

\* \* \*

Malgré tous ces faits, nous n'osons pas trancher la question dudit lien causal immédiat. Mais ce qui est, à notre avis, très compréhensible, c'est que les lésions cardiaques en modifiant la composition du sang et en produisant la stase dans les reins diminuent considérablement la vitalité de ces derniers. Ceci favorise l'éclosion à leur intérieur des maladies graves. Les toxines, les autotoxines et tous les germes nocifs ne peuvent plus traverser les reins impunément et il n'est pas étonnant que dans ces conditions une néphrite ascendante ou bacillaire se déclare. Voilà pourquoi ma statistique a pu donner 74 pour 100 de néphrites dans les lésions cardiaques et pourquoi mes deux chiens avec des lésions cardiaques artificielles ont présenté une néphrite nette.

Au contraire, les reins malades, ne pouvant bien chasser de l'économie les toxines favoriseront l'éclosion des myo- et endocardites infectieuses ou toxiques.

Force nous est donc de conclure que les lésions cardiaques contribuent très souvent à provoquer des affections inflammatoires des reins et qu'elles sont plus d'une fois le premier an-



lieu de la chaîne causale desdites maladies. Les maladies rénales provoquent aussi des lésions cardiaques mais moins aisément.

Si l'on admet des conclusions, on sera obligé de modifier la thérapeutique des maladies cardiaques et rénales. Dans le traitement des lésions cardiaques on évitera les médicaments qui pourraient exciter les reins, et on recourra au régime qu'on prescrit d'habitude dans les maladies des reins. Le traitement mécanique d'Ortel, la gymnastique seront appliqués rarement. Au premier rang on mettra les médicaments qui facilitent et régularisent la circulation, (l'iode, le fer), les eaux minérales, le régime, le traitement climatérique.

Au contraire, dans les affections inflammatoires des reins on craindra les lésions cardiaques et l'épuisement consécutif du cœur; par conséquent, on sera très sobre dans l'application du traitement balnéologique, (bains de vapeur, bains chauds), on recourra peu ou pas du tout à la gymnastique, à l'exercice, à la pilocarpine. On mettra au premier plan le traitement climatérique, (endroit peu élevé, sec, non froid), la diète, les eaux minérales, les médicaments régulateurs de la circulation. Surtout et avant tout, le médecin tâchera d'atténuer les troubles circulatoires qui, comme nous venons de le voir, jouent un rôle essentiel dans l'étiologie des néphrites.

---

## INSUFFISANCE RESPIRATOIRE ET REEDUCATION DE LA RESPIRATION

L'orientation du mouvement scientifique médical vers la bactériologie et l'anatomie pathologique a conduit autrefois les auteurs à considérer comme sain un organe qui n'est le siège d'aucune infection, qui n'est atteint d'aucune lésion. Plus près de nous, une nouvelle orientation vers la physiologie normale et pathologique a fait rechercher la mensuration du fonctionnement de certains organes. Ainsi sont nées la recherche des petits signes du brightisme, l'épreuve du bleu, la cryoscopie, la glycosurie alimentaire, etc.... Il devait en être du poumon comme du foie et du rein. Nous avons été amenés à penser, à vérifier, à établir que le fonctionnement

anormal et la diminution de la course thoracique respiratoire avaient une importance capitale; l'appareil respiratoire, pour être physiologique, doit remplir les conditions suivantes:

Il ne doit être le siège d'aucune infection ou lésion.

Il doit avoir un fonctionnement normal.

Quelles sont donc les conditions de ce fonctionnement?

La respiration normale physiologique doit être exclusivement nasale, bilatérale, suffisante, complète, c'est-à-dire qu'elle doit amener la dilatation de la cage thoracique dans les trois sens: antéro-postérieur, latéral, vertical.

1° La respiration doit être exclusivement nasale, c'est-à-dire que l'inspiration et l'expiration doivent se faire par le nez. — Gardez-vous bien de répéter ce contre-sens physiologique universellement répandu: "*Respirez bien, ouvrez la bouche*"; mais dites: "*Respirez bien, fermez la bouche*". — Les fosses nasales sont l'antichambre du poumon; là, l'air s'humidifie, s'échauffe, abandonne germes, et poussières, peut-être plus dangereuses que les germes. De plus, des faits cliniques et expérimentaux nous ont démontré que la respiration nasale entretenait par le réflexe naso-inspiratoire le jeu régulier de la respiration.

L'inspiration doit également être bilatérale et se faire par les deux narines. — Enfin, il faut expirer par le nez, car il serait bien compliqué d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche.

2° L'inspiration doit être suffisante — c'est-à-dire que l'air doit pénétrer suffisamment et également dans les deux poumons. — cette pénétration se contrôle d'abord par l'auscultation, qui révèle les territoires obscurs où le murmure vésiculaire ne pénètre pas, ou tout au moins pénètre mal. — La mensuration du thorax est d'un grand secours; elle doit être faite à l'inspiration et à l'expiration, et noter le chiffre de l'incursion respiratoire. — Elle doit être bilatérale, et pour cela, il faut employer notre *centimètre symétrique*, simple ruban métrique formé de deux parties graduées de 1 à 75, et réunies par les chiffres 1, qui en occupent ainsi le milieu.

Quel étonnement de voir que certains adultes ont une course respiratoire de 1, 3, et même de 1 centimètre, au lieu de 10 ou 12, chiffre physiologique!

Nous utilisons aussi la méthode des graphiques et la stéthographie bilatérale.

3° La respiration doit être complète. — Nous repoussons comme anormaux les types sous-claviculaire, costal moyen et diaphragmatique des physiologistes. *L'insuffisance diaphragmatique chronique*, ignorée avant nos recherches, explique, en particulier, certaines cachexies post-gravidiques.

Chaque fois que la respiration ne sera pas nasale, bilatérale, suffisante et complète, le sujet sera justiciable du traitement par la Rééducation respiratoire. Or, ces sujets sont légion, et il suffit pour s'en convaincre, même sans mesurer les poitrines, de pratiquer *l'épreuve inspiratoire*.

Demandez à un adolescent de faire vingt respirations nasales *consecutives* — montrez-lui tout d'abord, par vous-même, comment il faut faire; et pour lui faciliter cette véritable tâche, rythmez-en vous-même, avec la main, la rapidité. — Vous verrez le plus souvent le faciès s'altérer vers la 6e ou 7e respiration, la cyanose s'annoncer, et, par une réaction inconsciente de défense, le sujet ouvrira la bouche, et remplacera le type nasal de la respiration physiologique, par le type mixte naso-buccal que nous avons fait connaître.

En tête des sujets qui ne respirent pas par le nez, il faut mettre les adénoïdiens, auxquels nous rattachons tous des individus ayant un obstacle mécanique à la respiration nasale, épine de la cloison, hypertrophie des cornets, etc. . .

Dès le début de notre pratique, nous avons été frappé de l'inégalité des résultats de l'ablation des amygdales hypertrophiées et des végétations adénoïdes; et nous n'avons pas tardé à rapporter ces résultats disparates à l'établissement d'une respiration nasale physiologique dans les cas favorables, à la persistance d'une respiration insuffisante et anormale en cas d'échec. Quelquefois, malgré cette faible amélioration immédiate, la croissance se fait; mais alors, la poitrine reste étroite et contraste avec les jambes musclées et les bras vigoureux: il y a *dissociation thoraco-corporelle*; le danger pulmonaire persiste.

Nous avons donc été amenés à poser, en principe, que le traitement des obstructions naso-pharyngiennes devait être double: anatomique, d'abord, pour lever l'obstacle; physiologi-

qué, ensuite, pour rééduquer l'appareil respiratoire: *la cure de gymnastique respiratoire est le complément naturel et logique de l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées*; elle seule permet de promettre en toute sécurité un résultat positif.

Il est aisé de comprendre que le traitement physiologique, fait sans traitement anatomique, serait au moins inutile.

Il faut ajouter, aux adénoïdiens, la catégorie de sujets que nous désignons, avec NATER, sous le nom de *faux adénoïdiens*. Ils ont le faciès typique des adénoïdiens, mais n'ont aucun obstacle anatomique à la respiration nasale. Les faux adénoïdiens sont de trois catégories.

a) Les uns ont été adénoïdiens dans l'enfance, et ont gardé l'habitude vicieuse de respirer par la bouche.

b) Les autres, à la suite d'inflammation ou de catarrhes répétés des fosses nasales, ont adopté inconsciemment le type buccal de respiration.

c) Enfin, le reste des faux adénoïdiens l'est devenu sans raison, peut-être par transmission héréditaire (LERMOYER) d'un type physiologique anormal.

Parmi les sujets qui respirent insuffisamment, ceux atteints de *pseudo-hypertrophie du cœur de croissance* viennent en premier. Cette pseudo-hypertrophie correspond en réalité (POTAIN et VAQUEZ) au développement insuffisant du thorax; elle est une forme clinique de la *dissociation thoraco-corporelle*.

Sans parler des anémies, dont MAUREL (de Toulouse) notait, dès 1890, l'amélioration par la gymnastique respiratoire, dans son traité de l'hyphématose, arrivons aux convalescents.

Un grand nombre de convalescences difficiles et lentes sont dues à l'insuffisance respiratoire. — Il suffit, pour s'en convaincre, de mesurer ou de voir respirer les typhiques guéris, les pneumoniques après la défervescence, les pleurétiques après la ponction. — De plus, nous avons vu qu'au cours même des pyrexies, la gymnastique respiratoire pouvait être d'une grande utilité.

Nous avons déjà indiqué plus haut le rôle que nous attribuons à l'insuffisance diaphragmatique dans les lentes convalescences des accouchées.

Toute affection inflammatoire du péritoine diaphragmatique (périhépatite, périsplénite); toute distension de l'abdomen (tympanisme, ascite) ajoute à la maladie primitive une complication nouvelle et grave: l'insuffisance respiratoire.

\* \* \*

Le plus beau domaine de la Rééducation respiratoire, est la *prévention de la tuberculose pulmonaire*. Elle en est le *traitement spécifique*; non qu'elle s'oppose aux autres médications; mais elle leur donne une puissance inconnue avant son application. Elle fait disparaître l'obscurité des sommets, développe les poitrines étroites, leur rend le jeu physiologique perdu avant l'invasion du bacille de Koch, et détermine une augmentation en poids souvent rapide. Dans la tuberculose pulmonaire confirmée, la Rééducation doit être employée dans certains cas que nos recherches préciseront.

Nous n'avons pu indiquer que les grandes indications de la gymnastique respiratoire. Elle est le tonique physiologique par excellence, et ne tardera pas, en dehors des cas où elle est héroïque, à prendre une place importante dans le traitement palliatif des déchéances organiques. Sa technique et ses résultats seront exposés dans un prochain article

DR. ROSENTHAL.

### HYDROCELE — TRAITEMENTS COMPARÉS

Ces funestes conséquences me permettront d'exclure d'emblée cette méthode, au moins dans les hydrocèles doubles, où elle pourrait déterminer la perte irrémédiable des testicules. Mais là ne sont pas les seuls inconvénients de l'injection iodée: malgré les précautions indiquées par les auteurs, le liquide modificateur peut diffuser dans la couche celluleuse du scrotum, y produire du sphacèle et retarder singulièrement la guérison. Cet accident est plus fréquent qu'on le pense et peut aller jusqu'à la destruction complète des bourses: je pourrais signaler des cas de ce genre.

Ajoutons que l'injection modificatrice par le liquide iodé-ioduré est un procédé douloureux, même avec l'anesthésie préalable à la cocaïne; qu'il exige un repos prolongé au lit, causé

par l'orchépididymite consécutive, et qu'il est souvent bien difficile de décider à la cure radicale le malade qui a été soumis à cette première intervention.

L'introduction d'une substance modificatrice substitutive est une méthode aveugle, qui échouera chaque fois que la vaginale sera atteinte de lésions anciennes, comme l'épaississement du tissu sous-séreux, la présence de fausses membranes ou de plaques calcaires; elle échouera dans les hydrocèles plurilobées et donnera un résultat incomplet quand il existera en même temps un kyste sous-épididymaire, comme j'ai eu l'occasion de le rencontrer au cours d'une cure radicale.

Il serait exagéré de dire que l'injection modificatrice ne produise pas de résultat, mais il serait imprudent de ne pas mettre en évidence les accidents opératoires immédiats ou éloignés que peut causer cette intervention anodine en apparence.

Pour ma part, je m'oppose énergiquement à ce mode d'intervention chez le malade qui en manifeste le désir et je préfère encore avoir recours, si le patient refuse la méthode sanglante, aux moyens de temporisation, telle que la ponction simple ou suivie d'injection d'alcool (MONOD), que de faire courir aux malades les dangers que je viens d'exposer.

En 1846, on émettait déjà des doutes sur la certitude de la guérison par les injections iodées; en effet, VIDAL prétendait que l'injection vineuse chaude (Médoc, Porto) était celle sur laquelle on pouvait le plus compter, tandis que l'injection iodée, préconisée par VELPEAU, n'empêchait pas la récurrence chez de nombreux malades. Naturellement, après les vins de Médoc et de Porto et la teinture d'iode, le contenu de tous les flacons de l'officine était destiné à tenter l'imagination des chirurgiens. Le chlorure de zinc (POLAILLON), le sublimé corrosif, l'alcool, l'acide phénique, le nitrate d'argent (DEFER), furent expérimentés avec plus ou moins de succès. De toutes ces méthodes, celle qui consiste à injecter dans la vaginale un mélange de glycérine et d'acide phénique, parties égales, paraît donner de bons résultats, sans même nécessiter l'anesthésie locale préalable. Je citerai ensuite la méthode de DEFER, qui date de 1858, et qui consiste à cautériser la vaginale avec du nitrate d'argent fondu, porté à l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire. Parmi les modificateurs, c'est encore un de ceux qui exposent le moins aux dangers opératoires, sans être absolument radical.

Grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, les méthodes sanglantes ont été remises en honneur, il y a environ vingt-cinq ans; elles procurent aux malades l'avantage d'éviter une longue convalescence et d'échapper d'une façon presque absolue à la récédive.

Diverses méthodes ont été proposées :

1° Le procédé de VOLKMAN, qui consiste à ouvrir largement la séreuse et à cureter la surface interne de la vaginale; suture et drainage;

2° Le procédé de JULLIARD, qui se rapproche assez bien du procédé de VOLKMAN, avec ceci de plus que: JULLIARD résèque la vaginale, en maintenant de celle-ci une partie suffisante pour habiller le testicule.

D'après la thèse de RENARD, de Paris, ces deux méthodes donneraient un insuccès sur 100 cas;

3° Le procédé de DOYEN, qui est très ingénieux, mais paraît moins recommandable. La séreuse est ouverte, énucléée avec le testicule et retournée sur celui-ci en réintégrant le tout en place.

CHALOT nous dit que, par ce procédé, LIEGUEU a eu 2 récédives sur 52 cas, qu'il attribue au déroulement de la vaginale;

4° Les méthodes de VOLKMAN et de JULLIARD sont excellentes et donnent des résultats d'une certitude presque absolue, mais ne valent pas la méthode de BERGMANN, à laquelle la plupart de nos chirurgiens belges donnent toutes les faveurs.

Le procédé de BERGMANN, en un mot, consiste en la résection totale du feuillet pariétal de la vaginale,

C'est le seul moyen qui puisse assurer la guérison définitive de l'hydrocèle, c'est la véritable cure radicale.

Qu'on me permette ici de dire quelques mots sur la façon dont je procède habituellement en appliquant la méthode de BERGMANN. Cette intervention exige de dix à quinze minutes tout au plus et se fait, le plus souvent, le malade étant soumis à la narcose chloroformique. L'anesthésie locale à la cocaïne est cependant possible dans les cas simples, lorsque le patient, par exemple, n'aura pas encore subi de ponction suivie d'injection modificatrice.

L'incision sera verticale, faite sur la paroi antérieure du scrotum, intéressant les différentes couches de celui-ci en épargnant la vaginale, que l'on reconnaîtra à son aspect nacré. Tout

le globe constitué par l'hydrocèle sera énucléé, débarrassé, s'il y a lieu, de ses adhérences avec le scrotum. Ainsi libérée, la poche sera ponctionnée avec le bistouri vers sa partie antérieure et supérieure; on prolongera l'incision vers la partie inférieure, en se gardant bien d'intéresser le testicule, ce qui serait une faute grossière. Cela fait, exciser le plus haut possible les deux lambeaux du feuillet pariétal de la vaginale, en longeant de chaque côté l'épididyme et le cordon, que l'on ménagera prudemment. Plusieurs chirurgiens considèrent qu'il est inutile de mettre un surjet sur la tranche de la vaginale entourant le testicule et le cordon; je considère cette manière de faire comme étant imprudente, surtout dans les hydrocèles anciennes. En effet, si les lèvres de la plaie vaginale ne donnent pas de sang immédiatement, les petits vaisseaux qui ont été longuement comprimés par le liquide de l'hydrocèle, subiront, quelques instants plus tard, une vaso-dilatation qui produira un hématome consécutif et retardera singulièrement la guérison. Il n'en sera peut-être pas ainsi dans les hydrocèles récentes, mais, pour ma part, j'ai pris pour ligne de conduite de toujours appliquer un surjet au catgut fin sur la tranche de la vaginale.

Le testicule est alors rapidement réintégré dans le scrotum, en rapprochant celui-ci par quelques agrafes de Michel. A l'angle inférieur de la plaie, j'applique un gros drain en caoutchouc, qui est retiré trois ou quatre jours après l'intervention. La guérison est généralement obtenue en huit ou dix jours et le patient peut vaquer immédiatement à ses occupations.

Il faut opérer vite et manipuler le moins possible le testicule et l'épididyme, qui sont des organes qui réagissent facilement; il faut employer l'asepsie, car les antiseptiques irritent le testicule. Je préfère le drain de caoutchouc au drain de gaze iodiformée, car ce dernier provoque plus aisément de la réaction du côté de la glande testiculaire. Le pansement sera formé de gaze et d'ouate stériles, maintenu par un double spica légèrement compressif. Sauf indication spéciale, fièvre, douleur locale, ce pansement ne sera enlevé que le troisième ou le quatrième jour, pour retirer ou raccourcir le drain. Quelques chirurgiens ont la détestable habitude de renouveler trop fréquemment les pansements sans motifs: c'est tout simplement multiplier les chances d'infection.



Ordinairement, nous enlevons une première moitié des agrafes de Michel le quatrième jour, l'autre le sixième ou le septième jour. L'enlèvement de ces agrafes est quelquefois laborieux et causé de vives douleurs. Pour éviter ces inconvénients, j'ai fait construire des agrafes avec anneaux en nickel (fig. 2, tabl. 3), enchâssés dans chaque extrémité enroulée de l'agrafe de Michel. Ainsi construite, l'agrafe ne s'enfonce plus par ses extrémités dans la peau, peut y rester même huit jours; elle sera enlevée presque à l'insu du patient, à l'aide de deux crochets spéciaux.

Dr DE SMETH (de Bruxelles).

---

### LE LAIT DES VACHES TUBERCULEUSES

Parmi les aliments, le lait tient la première place. Il est indispensable aux enfants et aux malades, et on croit que son emploi est toujours une excellente chose. Or, il est établi par les observations du professeur Moussu (d'Alfort), que la consommation du lait de certaines vaches dont l'exploitation est légalement tolérée, n'est pas absolument exempte de dangers. C'est lorsqu'il s'agit de lait fourni par des vaches tuberculeuses. Dans le lait livré à la consommation courante, dans les grandes villes ou même dans les villages, il peut y en avoir une quantité très notable fournie par des vaches tuberculeuses.

M. Moussu démontre, par une série de recherches, que ce lait peut contenir des bacilles tuberculeux, qu'il peut rendre tuberculeux des cobayes et même des veaux; et que, par suite, il y aurait toujours un certain danger à utiliser un pareil lait pour des enfants. Mais, que l'on ne s'exagère pas les conséquences d'une pareille constatation, le moyen de se mettre à l'abri est facile à découvrir, et M. Moussu l'indique lui-même. Il y a une lacune dans la loi sanitaire, et du jour où cette lacune sera comblée, du jour où la loi sanitaire rejettera toutes les vaches tuberculeuses de l'industrie laitière, le danger n'existera plus.

## LES EMPOISONNEMENTS PAR LES GATEAUX A LA CREME

M. le Dr Carles fait remarquer que c'est dans le département de la Gironde que ces accidents ont été le plus fréquents, car on a signalé de ces épidémies en 1868 et en 1898, à Pessac, 1900 (Bordeaux), 1902 (Andernos), 1902 (Bordeaux), 1904 (Andernos), ces deux dernières épidémies ayant fait, l'une 150 victimes dont 2 décès, l'autre 51 victimes dont 2 décès également.

M. Lande, chargé de faire un rapport médico-légal sur la dernière, conclut que la seule explication rationnelle de ces accidents est la formation, dans la crème, de ptomaines dues au développement de microbes spéciaux qui trouvent dans cette substance un milieu favorable.

M. Carles admet cette explication, mais il voudrait qu'à l'avenir on cherchât à établir si les œufs employés n'étaient pas des œufs de cane. C'est qu'en effet les œufs de cane dans beaucoup d'endroits sont considérés comme étant nuisibles et sont rejetés de la consommation.

D'autre part, on sait que la chair de canard est souvent susceptible de déterminer des accidents toxiques graves, surtout s'il est préparé à la rouennaise, c'est-à-dire si l'animal a été étouffé et non saigné et surtout à peine cuit.

Cette toxicité peut être due à l'alimentation de l'animal qui vit souvent au milieu de matières en putréfaction et les absorbe. Mais pour ce qui est des œufs, ils peuvent s'altérer spontanément, ainsi que cela résulte des recherches de M. le Professeur Gayon, par suite de la présence de germes recueillis à la surface de l'oviducte et cela bien entendu avant la formation de la coque. Pour expliquer ce fait, M. Carles rappelle un fait d'histoire naturelle qu'il est intéressant d'avoir présent à l'esprit.

Dans l'accouplement, l'utérus de la poule s'évagine en partie et sort béant du cloaque. C'est là que le coq applique rapidement le tubercule qui remplit chez ces animaux la fonction du pénis des quadrupèdes, et dépose sa liqueur séminale. Aussitôt l'utérus rentre et reprend sa position naturelle. Dans ces mouvements, les parois de l'utérus ont nécessairement touché en quelque point la surface du cloaque: de plus elles ont léché celle du tubercule et du cloaque du mâle, sur lesquels existent

aussi de nombreux microorganismes. De la sorte, en revenant sur lui-même, l'utérus enferme dans la partie inférieure de l'oviducte, en même temps que la semence du coq, une certaine quantité de spores et de microbes divers. C'est par suite de l'absence d'une semblable cause que les œufs de poules non fécondées s'altèrent d'eux-mêmes moins que les œufs fécondés, particularité qui devrait être connue des éleveurs qui se font une spécialité de production d'œufs frais.

Eh! bien, si on transporte maintenant aux canards tout ce qui vient d'être dit pour les poules, on trouvera que l'accouplement des premiers permet de pressentir de plus graves conséquences bactériologiques. Si ces palmipèdes aiment, en effet, à barboter dans les borbiers fangeux, ils manifestent le même sentiment pour la natation et la pêche dans les mares à tous les degrés d'infection. C'est même généralement ce milieu qu'ils choisissent pour pratiquer leurs amours. Or, si les œufs de vers à soie de Pasteur et de Raulin étaient tous contaminés en même temps que fécondés lorsqu'on avait plongé l'extrémité postérieure du papillon mâle dans un liquide à vibrions, on comprend que la contamination sera plus facile encore dans les œufs des canards qui vivent dans les borbiers et se fécondent dans des mares souvent aussi suspectes. Ces eaux dormantes ne sont pas rares dans les nombreux marais de la Gironde; elles sont communes dans les parages d'Andemos où l'on élève des poissons et où on en tient d'autres en réserve. Peut-être est-ce là la cause pour laquelle on y constate des empoisonnements par les gâteaux plus communs et plus meurtriers qu'ailleurs.

---

## Bains Turcs Russes Electriques

sont particulièrement indiqués au début de la saison du printemps. Ils tonifient la peau, activent la circulation périphérique, préparent le bon fonctionnement des glandes sudoripores et éliminent une grande quantité de toxine en soulageant les reins.

Le meilleur et le plus grand  
hôtel de bain à Montreal est

**THE TURKISH BATH HOTEL, 140 rue Ste-Monique, Montreal**

## INTERETS PROFESSIONNELS

*Correspondance.*

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Un mot, s'il vous plaît, touchant les intérêts et les capitaux professionnels. Les membres de la profession médicale travaillent incessamment à acquérir toutes les nombreuses connaissances qu'exigent de plus en plus l'évolution constante de la science moderne; il semble qu'ayant plus de mérite, nous devrions recevoir une plus légitime rétribution pour nos services; mais plus les sacrifices augmentent, moins les médecins sont rémunérés pour les soins donnés aux malades. Ne sommes-nous pas quelquefois les auteurs de cette pénible situation? Il y aurait une très longue étude à faire sur les multiples causes de l'état de choses actuel. Les charlatans exercent librement; les remèdes secrets, guérissant tous les maux, sont annoncés à profusion; les sociétés de bienfaisance morale sont souvent des sociétés de malfaisance médicale, etc., etc.

Notre Collège ne pourrait-il pas chercher une solution à ce problème? Je viens de recevoir un document, qui, assurément, ne concourt pas à l'amélioration du tarif médical. Deux médecins de Montréal ont formé une société mutuelle en maladie, basée sur les clauses que je vous envoie.

Ce contrat est-il en harmonie avec toutes les clauses du code de la déontologie médicale? Si plusieurs sociétés semblables se formaient, le niveau de la profession médicale ne s'élèverait-il pas au niveau d'un marchand du *Mont de Piété*?

Pour être considéré membre actif des autres professions libérales, il faut respecter les règlements et les lois.

Les médecins ont-ils des lois et des règlements? Avons-nous un conseil de discipline?

L' "Union médicale" a écrit: "Notre parlement médical est un pur enfantillage."

Nous serions tentés de croire que nous n'avons pas de Bureau des Gouverneurs, si nous ne recevions un rapport nous annonçant qu'on dépense quelques milliers de piastres chaque année.

Espérant que vous voudrez bien publier le contrat ci-inclus,

Je demeure votre tout dévoué,

DOCTEUR SOCIABLE.

## LA SOCIÉTÉ MUTUELLE EN MALADIE

Cette société a été fondée et enregistrée à Montréal dans le but de venir en aide aux familles éprouvées par la maladie. Elle s'engage par son contrat avec ses membres aux clauses suivantes :

I. Donner les soins concernant la médecine interne et d'obstétrique à toute famille de cinq personnes ou moins, dans les limites de la cité, moyennant cinq piastres par année et cinquante centins pour chaque personne additionnelle, payables en signant le contrat.

II. Obliger ses médecins à faire à domicile, avec toute la diligence possible, les visites qu'ils jugeront nécessaires.

III. Les médecins ne seront pas obligés à faire de la médecine opératoire, chirurgicale et gynécologique, ni à fournir les médicaments gratuitement.

IV. En cas d'épidémie générale, les médecins de la société devront faire tout ce qui est raisonnablement possible pour soigner tous les malades.

V. Ce contrat ne sera valide qu'en autant qu'il aura été signé par les médecins de la société, au bureau d'administration, No. 616 Parc Lafontaine, et payé intégralement à ces derniers, conformément à la première clause du dit contrat.

VI. Seront considérés comme membres sociétaires : le père, la mère et leurs enfants non-mariés demeurant sous le même toit. Toute fausse représentation à ce sujet annulera par le fait le contrat.

N. B.—Toute famille changeant de résidence devra en avvertir le bureau d'administration.

Huit jours avant l'expiration de ce contrat, le représentant de la famille devra venir payer au bureau d'administration pour l'année suivante, s'il veut le continuer.

---

*La Société Médicale de Valleyfield.*—Les médecins de Valleyfield et des comtés environnants, ont organisé une association et élu officiers les membres suivants : Président, M. Ostigny ; vice-présidents, MM. Déguire et Lamarche ; secrétaire, M. Rhéaume ; directeurs : MM. Desgroselières et McCabe.

## VIENT DE PARAÎTRE

### LE NOUVEAU TRAITE DE MEDECINE ET DE THERAPEU- TIQUE

PUBLIÉ EN FASCICULES SOUS LA DIRECTION DE MM. BROUARDEL ET GILBERT.

L'accueil que le public médical français et étranger a fait au *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert, a été tel, qu'à peine le dernier volume paru, une nouvelle édition s'imposait.

Encouragés par un si grand succès, directeurs et éditeurs ont tenu à faire un nouvel effort pour répondre à la bienveillance qui leur avait été témoignée.

Le *Nouveau Traité de médecine* n'est pas seulement nouveau, par le titre, il l'est encore par la forme et le fond.

Laisant aux dictionnaires et aux traités du temps jadis la forme antique de lourds volumes incommodes à consulter, encore plus à lire, le *Nouveau Traité* paraît en fascicules séparés, entièrement distincts, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chaque fascicule se vend séparément et forme un tout complet, réunissant les maladies qui constituent des groupes naturels: voilà une innovation heureuse, qui est réalisée pour la première fois, en France du moins.

Beaucoup d'articles qui n'existaient pas, beaucoup d'auteurs nouveaux, tous les articles refondus entièrement et souvent développés, voilà ce qui permet de dire que le fond aussi est nouveau.

**Maladies microbiennes en général**, par PAUL CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. 1905, 1 vol. gr. in-8, 232 pages et 54 figures, 4 fr.

**Traitement de l'Entérite muco-membraneuse**, par le Dr A. COMBE, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne, 1905, 1 vol. in-18, 272 pages, avec 4 planches coloriées. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris). 3 fr. 50.

Ce livre est, avant tout, un livre d'actualité, le sujet et l'auteur sont également à la mode.

L'étiologie occupe d'abord une place importante; c'est justice, car pour bien guérir, il faut connaître les causes des maladies.

Le traitement se subdivise en deux parties: 1° le traitement de l'entéro-névrose; 2° le traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Le praticien y trouvera des renseignements précieux qui lui permettront d'obtenir des résultats heureux dans le traitement des entérites qu'il rencontrera dans sa clientèle.

**ESSAI DE COPROLOGIE.** Exploration fonctionnelle DE L'INTESTIN par l'examen des fèces, par le Docteur RENÉ GAULTIER, ancien interne des Hôpitaux de Paris, licencié ès-sciences, 1905, 1 vol. gr. in-8o, 226 pages et 7 figures: 6 francs (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Jusqu'alors, on se préoccupait très rarement en clinique de l'examen des fèces, et le plus souvent, sauf quelques cas particuliers, on déduisait plutôt de la maladie existante ou présumée la composition des matières stercorales, qu'on ne tirait de cette composition un élément de diagnostic, comme on en tire un de l'analyse des urines. Le Dr Gaultier a pensé qu'à côté des autres méthodes de laboratoire, la coprologie clinique pourrait prendre place, et, comme l'urologie, apporter son appoint au diagnostic des maladies.

Dans ses recherches, il a eu surtout l'idée de l'utiliser pour l'exploration fonctionnelle de l'intestin, cherchant, suivant l'expression de Pawlow, à mettre en harmonie, les données expérimentales du laboratoire avec les données cliniques. C'est ainsi que, faisant de la physiologie appliquée, il a pu formuler quelques notions précises permettant de reconnaître par l'examen des fèces les désordres fonctionnels des diverses parties de l'intestin.

C'est un livre d'un intérêt exceptionnel très documenté, qui mérite d'être lu et approfondi par tous ceux qu'intéressent les questions nouvelles de sémiologie et de diagnostic; c'est un livre appelé à rendre service à tous les praticiens, qui tend à prouver que, si l'analyse des urines rend chaque jour des services considérables aux médecins pour le diagnostic, l'analyse des fèces également ne doit pas être plus longtemps négligée, car elle peut, elle aussi, donner d'appréciables indications sémiologiques.

## INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

*Tuberculose pulmonaire améliorée à la suite d'un érysipèle.*  
—L'auteur rapporte l'observation d'un malade de souche tuberculeuse présentant lui-même des signes de tuberculose pulmonaire, et dont les crachats renfermaient de nombreux bacilles de Koch avec quelques tétragènes. Ce malade contracta un érysipèle de la face avec streptocoques constatés. Les signes pulmonaires diminuèrent d'intensité de même que le nombre des bacilles dans les crachats.

A cette amélioration de la tuberculose par le streptocoque peuvent se rapporter les cas de guérison de lupus par une infection érysipélateuse rapportés par Besnier.

Tarcyfi (*Policlinico* 1904) a observé deux cas d'ostéite tuberculeuse guéris à la suite d'un érysipèle grave. La guérison persistait six mois après.

Schüfer de Kaisheim a publié également l'histoire d'un tuberculeux extrêmement avancé qui fut guéri en quatre mois à la suite d'un érysipèle de la face. Un an après il y avait seulement submatité à un sommet et quelques rares bacilles.

DR SILVESTRI.

Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, atteinte, depuis l'âge de cinq ans, d'un lupus du visage et de la jambe droite, guéri par des applications répétées de permanganate de potasse. On peut employer soit la solution au cinquantième en applications permanentes, soit une solution concentrée appliquée durant un quart d'heure. Le traitement a duré six mois.

MM. HALLOPEAU ET NORÉRO.

*Méningite tuberculeuse. Le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.*—L'auteur cite l'observation d'une malade atteinte de méningite tuberculeuse, et chez laquelle on a pratiqué à deux reprises différentes une ponction lombaire. L'examen microscopique du liquide a montré, outre de nombreux lymphocytes, des bacilles de Koch dont la présence n'a été constatée qu'à la deuxième ponction.



Contrairement à ce qu'ont vu d'autres auteurs, M. Tremolières n'a pas constaté en même temps que la présence du bacille une augmentation des polymocléaires dans le liquide céphalo-rachidien.

---

*Cause de l'appendicite.*—En s'autorisant des résultats de ses expériences faites sur des fragments d'intestin extirpés, le Dr Rubin en arrive à conclure que la principale cause de l'appendicite résulte de la rétention des gaz intestinaux, d'où distension du colon et de l'appendice, et pénétration de particules fécales dans ce dernier. (*Journal of American Association*, 1904, No 18).

---

*Nouveau symptôme de la maladie de Basedow.*—Il a été signalé par le Dr S. Jellinek, de Vienne. Il consiste dans une pigmentation des paupières. Les taches, brunâtres, réalisent une distribution diffuse et homogène sur la face cutanée des paupières. Elles sont plus nombreuses sur les paupières supérieures. Elles n'empiètent pas sur la conjonctive.

Cette pigmentation constitue souvent un symptôme précoce de la maladie de Basedow. Jellinek l'a vue perdre de sa netteté dans le cours ultérieur de la maladie, chez beaucoup de basedowiens. Elle n'a fait complètement défaut que dans un petit nombre de cas.

---

M. le docteur James J. Sullivan écrit qu'à la suite d'expériences, il est arrivé à la conclusion que la *codéine associée à l'antikammia* est dépourvue de tout effet paralytique sur l'intestin et n'est jamais la cause de constipation.

---

Interdiction est faite aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur le reçu d'ordonnances dont le sens n'est pas absolument sûr et les caractères très marqués.

En outre, sur chaque ordonnance devront être inscrits en grosses lettres le nom et l'adresse du malade.

Le malade peut évidemment refuser que ses noms et adresse soient inscrits. L'ordonnance devra alors être marquée d'un signe particulier pour empêcher toute confusion possible par la suite.

Cet exemple, (Le ministre de l'Intérieur, Autriche), mériterait d'être imité chez nous, où nombre de médecins s'évertuent à écrire le plus mal possible.

---

*Acide formique et formiate de soude.*—Ce médicament, d'après M. Huchard, augmenterait la force musculaire dans des proportions considérables (cinq fois plus), il augmenterait la résistance à la fatigue, ainsi que les recherches avec l'ergographe l'ont démontré. Au lieu de prescrire l'acide formique avec le bicarbonate de soude, ce qui est un breuvage peu agréable, on peut employer le *formiate de soude* à la dose de 2 ou 3 grammes par jour, et la formule signalée est la suivante: Formiate de soude, 15 gr.; sirop d'oranges, 300 gr. (une cuillerée à soupe trois fois par jour dans un peu d'eau).

---

Le nouveau remède préconisé contre la tuberculose et autres maladies infectieuses est la loreline (acide iodo-oxyquinoléine-ana-sulfonique), modifiée et rendue plus soluble par l'addition d'alcali.

---

Il existe une quantité de procédés pour donner aux bouchons de liège la souplesse et l'imperméabilité désirables. En voici une qui permet de les rendre non seulement parfaitement étanches, mais encore parfaitement inattaquables aux acides, avantage largement apprécié par les chimistes et les amateurs photographes. Après avoir choisi de bons bouchons de liège, on les plonge pendant quelques heures dans une solution de 15 grammes de gélatine ou de colle ordinaire et de 21 grammes de glycérine pour un demi-litre d'eau; la solution est chauffée à 44-48° C. Après avoir retiré les bouchons, on les fait sécher à l'ombre. Ils sont alors parfaitement étanches.