

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES: —

- Le diagnostic de la typho-bacilliose de Landouzy. N. Fliessinger. 145
 Les ptoses viscérales et la diathèse d'asthénie. Morichau-Beauchant. 146
 Albuminurie digestive. Linossier et Lamoine. 148
 Le régime alimentaire dans les albuminuries. N. Fliessinger. 149
 L'anaphylaxie. A. Delelle. 151

NOTES EDITORIALES: —

- Fins d'années universitaires. — La Société Médicale Canadienne. — Le Bill Roldiek. 153
 Société Médicale de Montréal. 155

PEDIATRIE: —

- La méningite cerebro-spinale épidémique. 156

NOTES THERAPEUTIQUES: —

- Les alcalins dans l'hyperchlorhydrie. — La médication acide. — Traitement de l'otite moyenne aigue. 159

SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES. XV

En vogue depuis nombre d'années

Liquor Sedans

Chaque once liquide renferme: senellier 60 grains, hydrastine, équivalant à 30 gouttes d'extrait liquide d'hydrastis, cornouiller de la Jamaïque 30 grains, en combinaison avec des substances aromatiques.

Sédatif et anodin utéro-ovarien de qualité supérieure. Dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle, de la ménorrhagie, de l'irritabilité ovarienne et de la menstruation irrégulière, LIQUOR SEDANS a été prescrite avec un succès signalé dans plusieurs milliers de cas.

LIQUOR SEDANS Rx. 2 (Sans sucre) a la même formule que le LIQUOR SEDANS sauf l'exception mentionnée.

LIQUOR SEDANS AVEC CASCARA a la même composition que le LIQUOR SEDANS, sauf que chaque once liquide renferme 40 gouttes de cascara sagrada.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Que



**HÉMOGLOBINE
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^{ms}.

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

Clinique Médicale

Le diagnostic de la typho-bacilliose de Landouzy

Par Noel Fiessinger

En 1882, Landouzy décrivait une infection de tuberculose aiguë qui par son évolution rappelle au début bien des caractères de la fièvre typhoïde. Les symptômes en imposent tout d'abord pour un embarras gastrique fébrile, ou pour une infection adynamique. La température s'élève en même temps que s'accroissent les signes généraux de torpeur avec sub-fébrile. Seulement cette température, au lieu de présenter une marche régulière comme c'est la règle au cours de la fièvre typhoïde, dessine des irrégularités, qui associées à la rapidité du pouls, à la précocité de l'amaigrissement et de l'anémie doivent faire songer à la tuberculose. Ajoutons que le médecin distinguera cette affection de la fièvre typhoïde grâce à l'absence de diarrhée, de taches rosées lenticulaires et aussi de catarrhe broncho-pulmonaire. A cette époque l'infection générale domine, on ne retrouve rien ou presque rien au niveau des poumons, à peine vers la fin de la maladie les malades offrent-ils une toux sèche, brève, accompagnée de crachats muqueux. Après plusieurs semaines, durant lesquelles s'accroissent les phénomènes généraux, la température tend progressivement à céder et une défervescence survient. Les malades sont très anémiés, très faibles et amaigris. La convalescence qui débute, se manifeste dès le début comme une convalescence incomplète et traînante. Des poussées irrégulières de température accidentent la ligne thermique. L'appétit ne s'établit pas d'une façon franche, ce n'est pas l'appétit vorace de la fièvre typhoïde. Symptôme plus alarmant encore, la toux se fait plus fréquente mais sans s'accompagner d'expectoration. Auscultons-nous ces sujets, il n'est pas difficile de dépister à l'un de leurs sommets des signes évidents de tuberculose pulmonaire en évolution. Après quelques semaines ou quelques mois de cette fausse convalescence, la fièvre s'allume de nouveau mais cette fois d'une manière définitive, le malade commence alors une étape de tuberculose pulmonaire qui évolue avec d'autant plus de gravité qu'elle se développe sur un terrain favorable et peu résistant.

Ainsi décrite, l'évolution de notre maladie s'est faite en trois étapes: étape typhique, fausse convalescence, étape de tuberculose pulmonaire. C'est la première étape qui constitue la typho-bacilliose. Le Pr Landouzy a montré que dans cette première étape l'agent pathogène de l'infection était le bacille de Koch. Seulement le bacille ne donne pas naissance aux lésions granuliques, il touche l'organisme à titre d'agent septicémique sans provoquer de réaction histologique tuberculeuse. Il s'agit en somme d'une bacillo-tuberculeuse non folliculaire. Cette infection

septicémique par le bacille de Koch est susceptible d'améliorations qui peuvent rappeler presque une convalescence mais nécessairement le bacille tend à se fixer sur un organe et comme c'est sur le poumon le plus souvent, on voit se développer à la suite de la typho-bacilliose, une tuberculose viscérale qui y apporte la signature de la nature tuberculeuse.

Cette typho-bacilliose n'est pas seulement un type clinique. Elle a pu être reproduite expérimentalement. L'injection des bacilles de tuberculose aviaire au lapin provoque une infection généralisée mortelle, à bacilles de Koch, et l'on ne retrouve aucune granulation tuberculeuse. Gougerot (*Revue de médecine*, 10 juillet 1908) a reproduit chez l'animal, à l'aide de bacille humains homogénéisés, les types différents de typho-bacilliose sans tubercules que réalise la clinique. Il peut obtenir la typho-bacilliose rapidement mortelle, sans tubercules, et surtout la tuberculose curable, rémission, puis localisation tuberculeuse mortelle; il peut même réaliser une typho-bacilliose définitivement curable.

Ces faits démontrent nettement qu'il faut, tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental, distinguer les tuberculoses aiguës granuliques, ou granulie d'Empis des tuberculoses aiguës septicémiques dont la typho-bacilliose de Landouzy constitue l'exemple le plus fréquent. Nous disons le plus fréquent, car Landouzy et Loederich (*Presse médicale*, 29 juillet 1908) ont décrit une septicémie à bacilles de Koch à évolution subaiguë avec multiples déterminations pulmonaires, pleurales, cutanées, périostées, articulaires, endocardiques. Cette septicémie avait duré plusieurs mois et son évolution irrégulière n'avait en rien rappelé la marche de la typho-bacilliose.

La marche de la typho-bacilliose est d'ailleurs passible de multiples variantes. Le Pr Landouzy a insisté sur la possibilité d'une guérison complète après la première atteinte infectieuse. Gougerot en rapporte un exemple (*Presse médicale*, 22 août 1908) dont le diagnostic se trouve confirmé par l'inoculation du sang du malade au cobaye. D'autre fois, la mort survient à la fin de la septicémie pseudo-typhique. Beaucoup plus souvent, l'évolution se fait en deux temps, comme nous l'avons signalé plus haut. Mais ce qui peut arriver alors, c'est la localisation de la tuberculose viscérale ultérieure. E. Weil et Mouriquand (*Lyon médical*, 26 décembre 1909) ont montré la fréquence, au cours des tuberculoses viscérales ou séreuses, d'une poussée d'infection antérieure ayant tous les caractères de la typho-bacilliose. Ils rapportent des observations très démonstratives de méningites tuberculeuses, de péritonites tuberculeuses, de pleurésies tuberculeuses; enfin de tuberculose pulmonaire comme localisations tardives de la typho-bacilliose.

Le diagnostic de la typho-bacilliose est, à cause de l'évolution ultérieure, très important à établir dès le début de l'infection. Ce n'est pas là chose facile. La clinique nous apprend bien que les signes de dothiénentérie ne sont pas au complet, mais quelle est la fièvre typhoïde qui se maintient avec une symptomatologie entièrement au complet? C'est souvent affaire d'impression. L'amaigrissement rapide et l'amélioration précoce du pouls constituent des signes

de grande importance. Existe-t-il quelques signes au sommet, ne nous engageons pas à la légèr dans l'affirmation d'une typho-bacillose! Certaines bronchites typhiques prédominant au sommet, de même qu'il n'est pas interdit à des typhiques Oberthiens de réveiller à l'un de leurs sommets un petit foyer de bacillose larvée jusqu'alors, ainsi que nous l'avons remarqué dans une observation (N. Fiesseinger, *Journal des Praticiens*, 15 décembre 1906). Il est donc nécessaire souvent d'apporter à la clinique le renfort des constatations de laboratoire. Gougerot conseille surtout d'inoculer 5 cent. de sang du malade dans le péritoine du cobaye: — ce procédé ne présente aucun inconvénient qui doit le faire réserver aux méthodes d'observation purement spéculatives. Les résultats de l'inoculation ne sont connus qu'après un laps de temps prolongé (environ un mois), et durant cette attente la clinique a bien le temps de dessiner une évolution qui autorise un diagnostic. Weill et Mouriquand ont utilisé une méthode plus rapide, c'est le procédé de la sangsue de Weill, Lesieur et Mouriquand. La technique en est simple:—après nettoyage de la peau, on applique 3 ou 4 grosses sangsues vierges, lavées. A l'about de 30 à 40 minutes, les sangsues se dégorgent, on exprime le sang ingéré dans un tube à centrifugeur. Ce sang aspiré par les sangsues offre l'avantage d'être incoagulable. On centrifuge et on étale le culot sur des lames que l'on colore au ziehl. Une autre technique est préconisée par Weill (de Lyon): — sectionner la moitié postérieure de la sangsue quand elle commence à être gorgée de sang; le tronçon antérieur reste fixé à la paroi, continue la succion (du sang incoagulable s'écoule en grande abondance 30 à 40 cc. par sangsue), et directement dans des tubes stérilisés: c'est le procédé de la sangsue "en fontaine". A l'aide de ce procédé, Weill et Mouriquand ont pu dans deux cas d'infection tuberculeuse aiguë à localisation méningée tardive, déceler la présence du bacille de Koch dans le sang. Ces techniques n'ont rien de très compliqué et comme tout praticien peut être monté et habitué à examiner des crachats de tuberculeux, il se trouve dans la mesure de diagnostiquer la typho-bacillose et par là de prévoir la deuxième poussée viscérale qui est d'autant plus grave qu'elle reste plus longtemps ignorée à son début.

In Jnal des Praticiens



Les ptoses viscérales et la diathèse d'asthénie

Sous ce titre, M. le Dr Morichau-Beauchant (de Poitiers) a traité, dans les *Archives médico-chirurgicales de province* (15 novembre 1909, No. 11), une des questions les plus intéressantes au point de vue de la pathologie générale. Nous sommes malheureusement un peu désarmés au point de vue thérapeutique contre un état morbide qui le plus souvent paraît congénital. Mais l'étude des conditions dans lesquelles il se montre n'en présente pas moins un très grand intérêt. Nous résumerons ici, en regrettant de ne pouvoir le reproduire plus complètement, ce travail qui dénote chez son auteur une profonde érudition en même temps qu'une critique médicale très éclairée.

Il est peu de symptômes aussi banalement rencontrés en clinique qu'un rein mobile, un estomac descendu et clapotant, un foie abaissé. Pendant longtemps on a attribué à ces phénomènes morbides des causes purement locales: constriction exercée par le corset, diminution de la pression intra-abdominale à la suite des grossesses, d'amaigrissement, etc. Cette pathogénie ne saurait plus nous suffire depuis les travaux de Tuffier, de Stiller, de Wolkow et Delitzin, d'Albu. Avec ces auteurs, nous devons admettre que les ptoses viscérales ne sont que l'une des manifestations d'un état morbide constitutionnel extraordinairement fréquent, d'*asthénie*, qui frappe l'organisme tout entier et dont nous allons voir se dérouler les multiples symptômes.

L'*asthénie* type se présente avec un *habitus* assez caractéristique pour qu'on puisse souvent le reconnaître de prime abord. C'est un sujet pâle, maigre, de taille, souvent supérieure à la moyenne. Les membres sont grêles, longs, sans saillies musculaires, les apophyses osseuses se sont pas saillantes mais arrondies dans leurs angles. Le cou est effilé, le thorax étroit et long. On note la disposition anguleuse des divers éléments du squelette, sensible surtout au niveau des épaules, et il est évident à première vue que chez ces sujets l'harmonie des formes telle que l'indiquent les canons de l'art n'existe pas (la taille dépasse le chiffre obtenu par la mensuration transversale du corps les bras étendus, elle correspond à plus de huit fois la hauteur de la tête.).

Mais examinons de plus près le thorax et l'abdomen. Le thorax est étroit et long. L'ouverture supérieure en est notablement rétrécie; il en est de même de l'ouverture inférieure. L'angle épigastrique est aigu; les espaces intercostaux sont larges. Un signe très important, qui même, d'après Stiller, est pathognomonique de l'état asthénique, est constitué par la mobilité de la dixième côte. Celle-ci résulte d'une malformation du dixième cartilage costal qui, au lieu de fixer solidement la côte, la laisse plus ou moins libre. Pour Stiller, la valeur de ce signe est tellement grande que d'après le degré de mobilité de la côte, on peut conclure au degré de l'affection. Il existe, alors que les autres modifications du squelette font défaut et permet de

diagnostiquer immédiatement l'asthénie chez le sujet qui en est porteur. Dans les cas très prononcés, la neuvième côte peut devenir également mobile; les trois dernières présentent alors des mouvements étendus. Le signe peut être uni ou bilatéral. Les affirmations de *Stiller* ont été reconnues vraies par les autres auteurs; toutefois certains, et en particulier *Albu*, pensent que le rapport entre les ptoses et la mobilité de la dixième côte n'est pas aussi étroit qu'il le prétend *Stiller*. Le signe peut faire défaut chez des sujets qui présentent des ptoses; l'inverse est beaucoup plus rarement vrai; il est relativement plus fréquent chez la femme; retenons donc son importance.

La forme du ventre n'est pas moins caractéristique. La partie supérieure est aplatie ou même déprimée; la partie inférieure au-dessous de l'ombilic est au contraire bombée, surtout lorsque le sujet est debout; cette saillie est due à la descente des circonvolutions intestinales. Une autre déformation a été bien étudiée par *Volkow* et *Delitzin*. Lorsque le malade est couché, on constate qu'il ne repose que par le sacrum et la région dorsale, la région lombaire ne touche pas le plan du lit. Du fait de cette ensellure, l'espace compris entre la partie antérieure de la colonne lombaire et la face postérieure de la paroi abdominale est rétréci; l'aorte se trouve notablement rapprochée de cette paroi, ce qui explique les battements si facilement perçus chez ces malades, parfois même visibles à l'œil nu. D'après *Hausmann*, l'ombilic serait aussi abaissé. Normalement, celui-ci est situé à 6-8 centimètres au-dessus d'une ligne passant par les épinettes iliaques antérieures et supérieures; dans le cas de ptoses, cette distance s'abaisse à 4.3 et même 2 centimètres.

En 1899, *Becher* et *Lennhoff* ont attiré l'attention sur un index de mensuration qui permettrait de prévoir l'existence des ptoses. Celles-ci existeraient toujours lorsque le rapport de la longueur du tronc (distance du cou au pubis) à la plus petite circonférence abdominale (tour de taille) dépasse 75 centimètres. Par des mensurations sur des centaines de malades, *Albu* a pu se rendre compte que les ptoses se produisaient déjà très fréquemment avec un index de 70 et même de 65. L'index chez certaines personnes peut dépasser 80.

Enfin *Freund* et *Mendelsohn* ont remarqué qu'avec les troubles déjà décrits coïncidait souvent un défaut de développement du bassin qui gardait le type infantile.

Ces considérations ne sont pas sans importance; elles montrent, en effet, que les ptoses, du moins dans l'immense majorité des cas, ne se produisent pas seulement, à la faveur de modifications purement locales de l'abdomen, mais qu'elles surviennent chez des sujets présentant une constitution spéciale qui s'affirme par l'habitus et des modifications du squelette.

Chez ces mêmes sujets, par la palpation de l'abdomen, on constate la mollesse de la paroi, la minceur de la peau et la mobilité des viscères, reins, foie, rate, et aussi estomac, dont l'abaissement est beaucoup plus difficile à reconnaître avec la mobilité du pyllore, mobilité du caecum, abaissement du colon, rétro-flexion et prolapsus utérin.

Tous ces phénomènes sont rarement au complet, mais il faut attribuer une grande importance à la mobilité de la dixième côte qui peut mettre sur la voie de la diathèse asthénique.

À côté de ces stigmates anatomiques, les asthéniques se décèlent par des modifications importantes dans le fonctionnement de leurs divers appareils, caractérisés toutes par un amoindrissement, une hypoactivité.

Les troubles dyspeptiques sont constants et ce qu'on observe, c'est la dyspepsie nerveuse.

L'atonie s'étend aussi à l'intestin.

En même temps que les troubles digestifs, et avec une égale fréquence, apparaissent des troubles nerveux d'ordre neurasthénique. Ce qui domine ici, c'est la dépression; les malades sont des tristes, des découragés, le moindre chagrin les abat, le moindre effort les fatigue.

Si on étudie comment se constitue et comment évolue cet état morbide, on arrive à le considérer comme un état constitutionnel existant presque toujours dès la naissance.

C'est, d'après *Stiller*, une maladie congénitale qui peut d'ailleurs être acquise lorsque les circonstances s'y prêtent.

Pendant les premières années de la vie, l'asthénie se traduit presque uniquement par ses stigmates anatomiques, mais il n'en est plus de même au moment de l'adolescence, lorsque l'organisme va avoir à faire les frais du développement rapide. Alors on voit apparaître diverses manifestations de l'organisme; la tarsalgie, liée à un effondrement de la voûte plantaire; les scolioses qui révèlent que le système musculaire strié ne vaut pas mieux que le système musculaire lisse; l'albuminurie orthostatique, qui survient dans l'immense majorité des cas chez les asthéniques; la chlorose, et aussi, d'après *Seiller*, l'ulcère rond, la paroi de l'estomac se laissant plus facilement digérer par suite de l'hyperacidité sécrétoire, et aussi du défaut de résistance des tissus.

Mais la complication qui menace le plus les asthéniques est la tuberculose pulmonaire (*Stiller*). L'asthénie est, en effet, le terrain sur lequel germe le bacille de Koch. L'habitus asthénique que nous avons décrit, en particulier les modifications du thorax, se confond avec l'habitus du phthisique. Ce dernier présente souvent au complet tous les symptômes asthéniques, l'entéropose, la neurasthénie, la dyspepsie, et aussi le stigmate de la dixième côte mobile. D'après *Stiller*, la dyspepsie que l'on constate chez les phthisiques dans 70 à 90 p.c. des cas n'est autre chose que la dyspepsie nerveuse des asthéniques.

Toutefois, une faible partie seulement des asthéniques verse dans la tuberculose; dans la majorité des cas, ces malades arrivent à un âge avancé. Mais leur existence est souvent traversée d'épisodes pathologiques parfois graves. Sous l'influence d'une cause souvent minime, émotion pénible, surmenage, on voit des sujets qui avaient vécu jusqu'à-là avec les apparences de la santé présenter des troubles de nutrition extrêmement prononcés, tomber dans un état des plus graves de dyspepsie avec neurasthénie, et perdre parfois en peu de semaines plusieurs kilos de poids. Si on les examine avec soin, on constate que ces sujets étaient des asthéniques qui, favorisés par les circonstances,

ont pu pendant longtemps se maintenir en équilibre. Mais à la fin, et sous l'influence d'une cause souvent banale, celui-ci a été rompu et ils sont devenus victimes de leur prédisposition. Il n'est pas rare que sur le tard de la vie se montre plus évidente pour les asthéniques; souvent même ils jouissent d'une vieillesse enviable, échappant aux affections dégénératives du cœur et des vaisseaux, au diabète, à l'obésité, à la goutte, au rhumatisme chronique, à la néphrite interstitielle, maladies qui sont plutôt d'apanage de la diathèse inverse, la pléthore.

La *pathogénie* des troubles que nous venons de décrire relève évidemment d'un *état d'insuffisance* portant sur les divers tissus, mais avant tout sur le *tissu fibreux et musculaire*, atteignant aussi bien les fibres striées que les fibres lisses.

Les scoliozes, les caractères si particuliers du thorax des asthéniques que l'on a proposé de dénommer *thorax paralytique*, le peu de développement du système musculaire en général, ne laissent aucun doute à cet égard, et il est probable que dans les modifications du squelette cette insuffisance musculaire joue un rôle prépondérant.

Du côté des fibres musculaires lisses, mêmes constatations. M. Tuffier, dans une trentaine d'explorations, a trouvé que l'intestin grêle et souvent le gros intestin étaient minces, presque transparents.

L'insuffisance du tissu fibreux s'accuse dans les scoliozes, le pied plat dans l'hyperextension des articulations, l'incurvation antérieure des genoux sans lésions osseuses que l'on observe chez les enfants, et surtout dans les ptoses.

Il faut donc admettre que tous les phénomènes sont sous la dépendance d'un trouble primitif du système nerveux. Quant aux causes profondes qui déterminent l'apparition de la diathèse d'asthénie, ce sont toutes celles qui affaiblissent l'organisme du sujet ou des générateurs; intoxications, infections, surmenage, privation d'air et de lumière. L'asthénie apparaît donc comme une maladie de *déchéance*.

Le *traitement* d'un état qui tient à des causes si profondes ne va pas, on le comprend facilement, sans de multiples difficultés et cependant la thérapeutique peut rendre en pareil cas les plus grands services.

La *prophylaxie* en constitue certainement la partie la plus importante, mais aussi la plus difficile à appliquer pour le médecin: elle se lie à toutes les mesures que l'on prend ou que plutôt il'on devait prendre en vue de l'amélioration de la race.

Mais le plus souvent, c'est seulement lorsque les premiers signes de l'asthénie sont constatés que le traitement aura à s'exercer; même alors, s'il s'agit d'enfants la thérapeutique peut faire merveille et éviter ou tout au moins atténuer dans une large mesure des accidents de la diathèse confirmée ainsi que des complications graves, en particulier, la tuberculose, qui surviennent au moment de l'adolescence. De *bonnes habitudes d'hygiène*, une *nourriture surveillée*, la *vie au grand air*, les *sports*, et davantage encore la *gymnastique musculaire raisonnée*, l'*hydrothérapie froide*, feront

parfois d'un enfant qui évoluait notablement vers l'asthénie un adolescent suffisamment résistant.

Plus tard, lorsque la diathèse est constituée avec tous ses traits, la tâche du médecin devient singulièrement plus ardue, mais ici encore son rôle n'est pas inefficace. Sans négliger la *contention du ventre* par les moyens mécaniques, il ne verra pas la l'indication capitale. Le chirurgien sera sobre d'interventions. *Le repos prolongé au lit*, la *suralimentation*, constitueront la base du traitement; le *massage*, les *frictions*, la *gymnastique musculaire*, l'*hydrothérapie*, l'*électrothérapie*, apporteront des moyens complémentaires d'une grande importance. Enfin, le médecin devra traiter d'une façon toute particulière les *troubles neurasthéniques* présentés d'une façon constante par ces malades, par la *persuasion*, l'*encouragement*, le *réveil de l'énergie morale*. Il faudra souvent y joindre l'*isolement*. Grâce à ces différents moyens, si l'on ne guérit pas les malades au sens strict du mot, du moins on leur rend la vie plus tolérable et on leur permet de tenir leur place dans leur famille et dans la société.

(in Jnal de Médecine et Chirurgie, Paris.)

Albuminurie Digestive

Par MM. Linossier et G.-H. Lemoine

Pour expliquer l'albuminurie d'origine digestive, plusieurs théories ont été invoquées: l'une, physiologique, invoque l'absorption intestinale d'albumines alimentaires, insuffisamment élaborées par les sucs digestifs, et leur élimination physiologique par le rein, comme substances étrangères à l'organisme. Une seconde, mécanique, fait intervenir les troubles réflexes de la circulation rénale au cours de la digestion. Une troisième, *toxique*, met en cause les toxines gastro-intestinales, toxines qui peuvent elles-mêmes avoir trois origines: l'alimentation, l'hydrolyse normale ou pathologique des aliments, les fermentations microbiennes.

Pour nous, les toxines qui lésent le rein existent dans les aliments mêmes; le suc gastrique a pour fonction de les détruire; s'il est insuffisant à sa tâche, l'intoxication se produit.

On sait, depuis les expériences de Claude Bernard sur le blanc d'oeuf, que certaines substances albuminoïdes provoquent à coup sûr de l'albuminurie, quand on les injecte sous la peau ou dans le sang, et en provoquent quelquefois quand on les ingère en quantité excessive; mais, pour Claude Bernard, ce pour la plupart des nombreux expérimentateurs qui l'ont suivi, le premier phénomène est l'élimination physiologique par le rein sain d'une albumine étrangère. S'il se produit des lésions rénales, elles sont consécutives à cette élimination.

Nous admettons, au contraire, que le rein est imper-

PANOPEPTON

Source de données Scientifiques et Cliniques

PANOPEPTON est avant tout une nourriture pour les malades. Il s'emploie dans les "état de santé" très différents de ceux où les nourritures ordinaires trouvent leur indication, et par conséquent doit être jugé d'après les données cliniques et chimiques qu'il fournit.

Panopepton est d'une composition constante, d'une qualité uniforme, et possède un rapport exact entre sa protéine et ses hydrates de carbone, ce qui donne une valeur scientifique importante aux observations cliniques de ses effets.

C'est un fait que le **Panopepton** est toléré alors que toute autre forme de nourriture est rejetée, qu'il ranime aux moments critiques, qu'il a une valeur spéciale comme conservateur d'énergie et stimulant vivifiant.

En somme, à considérer ce qu'il est et ce qu'il accomplit pour le patient, les résultats cliniques du **Panopepton** offre des données aussi scientifiques et significatives que celles que l'on obtient par la combustion d'aliments dans le "Creuset" du laboratoire, ou par la calorimétrie, en évaluant la quantité de nourriture utilisée dans l'économie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES
PIVULES SIROP
ANEMIE BLANCARD LEUCORRHEE
EXIGER: Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
PARIS, Rue Bonaparte, 40.
IODE SCROFULE FER
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique:
TUBERCULOSE, BRONCHITES LYMPHATISME, SCROFULE ANEMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
FORMES: Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.
Echantillons: Voir Laboratoires E. NALINE, N° 1 Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Naline

Seuls agents pour le Canada, **ROUGIER FRERES**, agence Décarv-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie
Coliques hépatiques
Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ

Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIER

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

STIMULANT TONIQUE GENERAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR
Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE
DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÈRES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

NOUVEAU SPECIFIQUE DES AFFECTIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

ACTION SUR LE CŒUR

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DÉCARY 1688 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

AFFECTIONS DE LA GORGE

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites
Angines, Diphtérie
Toux nerveuses
Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille
renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

HAEMATOGEN "ROLAND"

N'a pas d'égal comme nutritif et reconstituant pour enfants et adultes

Parmi les nombreux médicaments pour l'Anémie, la Débilité Nerveuse, la Lassitude, etc.

31,56 p.c. Heamoglobin-Albumen

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

HAEMATOGEN Marque "ROLAND" contient : 40,56 p.c. d'extrait, 5,05 p.c. Nitrogen, 31,56 p.c. Albumen, 9,00 p.c. Extrait moins Albumen.

(Signé) Dr ALEX. analyste certifié.

Rien autre que L'HAEMOGLOBIN pure et non-diluée qui contient les propriétés actives médicinales du fer, du phosphore, et du soufre, en combinaison naturelle organique, renforcé et stimulé.

DIRECTIONS :

ENFANTS : 1 à 2 cuillères à thé, selon l'âge, trois fois par jour.
ADULTES : Une cuillère à table trois fois par jour. A prendre après les principaux repas dans de l'eau froide, du cocoa ou du vin.

métabole aux albumines étrangères, et ne cesse de l'être qu'après avoir été lésé par une néphrotoxine. Pour nous, la lésion est le fait primitif, l'albuminurie est consécutive. Parmi les arguments que nous invoquons et dont la plupart sont tirés de nos récentes recherches sur le régime dans les maladies des reins, voici les plus frappants :

Le sérum chauffé à 55°, le lait bouilli, injectés sous la peau du cobaye, ne provoquent pas d'albuminurie : ces substances ne sont pourtant pas moins étrangères à l'organisme qu'avant le chauffage, mais leurs néphrotoxines sont détruites.

L'albuminurie par injection sous-cutanée d'aliments albuminoïdes d'origine normale, se produit d'autant mieux que le rein est déjà altéré. C'est au point que Castaigne a fait de la production facile de cette albuminurie un signe de débilité rénale. On conçoit mal une fonction physiologique qui s'exerce d'autant mieux que le rein est en mauvais état.

L'albumine éliminée n'est jamais l'albumine étrangère seule, mais est accompagnée d'albumine normale du sérum.

Nous avons constaté des altérations histologiques du rein chez des animaux chez qui l'albuminurie ne s'était pas produite. Ces altérations semblent donc bien précéder l'albuminurie.

Enfin, nous avons montré que, par le fait de l'accoutumance, des cobayes peuvent être amenés à supporter sans albuminurie des doses élevées de suc de viande. On conçoit mal encore une fonction physiologique disparaissant par l'exercice.

Donc, l'albuminurie dyspeptique est due à des lésions légères et transitoires du rein sous l'influence des néphrotoxines alimentaires insuffisamment détruites par la digestion. Il est des cas où interviennent à la fois une lésion rénale, l'orthostatisme et la digestion. Aucun des trois facteurs n'est assez accentué pour provoquer à lui seul l'albuminurie ; parfois même, deux causes associées sont insuffisantes sans l'intervention de la troisième. Dans ces cas, un examen incomplet fera considérer l'albuminurie soit comme digestive (parce qu'elle disparaît à jeun) ; orthostatique (parce qu'elle ne se produit que dans la position debout) ; soit comme rénale (parce que l'étude attentive des fonctions du rein dénote son insuffisance).

En réalité, il s'agit d'une albuminurie de causes associées et nous croyons que parmi les albuminuries intermittentes ce sont les plus nombreuses.

MEDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES ALBUMINURIES.

Ce n'est pas tout de décrire le régime alimentaire dans les diverses sortes de néphrites. Les malades ne se présentent pas au praticien avec une pancarte spécifiant la variété morbide dont ils sont atteints. Lorsqu'il s'agit d'une né-

phrite aiguë, soit encore, — on y voit clair. Dans les formes chroniques, il n'est point toujours aisé de distinguer une maladie lésionnelle d'une albuminurie fonctionnelle.

C'est pourquoi, fidèle à notre méthode, nous placerons le médecin en face du symptôme — dans l'espèce, c'est l'albuminurie — en insistant sur les conditions adjuvantes qui permettent d'en saisir la valeur.

L'albuminurie est aiguë ou chronique. Dans le premier cas elle s'accompagne ou non de bouffissure des téguments. Dans le second cas, elle fait ou non cortège d'abord à la bouffissure et ensuite à l'hypertension artérielle. Ces grandes lignes dessinent le cadre où nous ferons rentrer toutes les constatations cliniques.

1. — Albuminuries aiguës.

Avec bouffissure des téguments. — Deux fautes sont fréquemment commises dans le traitement de la néphrite aiguë : 1° on autorise le lait le premier jour ; 2° on en ordonne de trop fortes quantités. Les premiers jours d'une néphrite aiguë, ce n'est pas du lait, mais de l'eau qui sera prescrite ; un verre à Bordeaux d'eau toutes les heures ; 10 à 12 verres à Bordeaux dans les 24 heures ; ce régime est continué deux à trois jours. Si le malade va mieux au bout de 24 heures, l'eau lactée (1-3 de lait, puis 1-2 de lait) sera permise. Vers le quatrième jour on recourra au lait pur, qui sera ensuite augmenté peu à peu. De 1 litre, on montera à 1 1-2, 2 litres, ce dernier chiffre n'ayant guère besoin d'être dépassé avant quinze jours ou trois semaines. En effet, il suffit de sucrer le lait : 5 morceaux de sucre par litre — 40 grammes pour obtenir une ration d'entretien suffisante. La réduction du liquide convient à tous les brightiques oédémateux ; quelques-uns supportent 1.500 centimètres cubes de liquide, d'autres ne peuvent excéder 1 litre.

Même traitement chez les enfants : 500 grammes à 600 grammes d'eau les premiers jours, puis eau mêlée de lait, puis lait pur. Mais au début pas de lait pur ni de grandes quantités de liquides.

Le régime déchloruré ne nous semble point favorable. De ce qu'il soit supporté, cela ne veut point dire que ses risques demeurent négligeables. La prudence commande, si l'on désire obtenir la résolution rapide d'un organe enflammé, de ne pas le soumettre à une trop forte épreuve. Les déchets organiques provenant d'une alimentation plus substantielle, s'ils n'apparaissent pas directement nocifs sur le parenchyme rénal, peuvent entraver son retour rapide à l'état normal. Une statistique qui n'a pas encore été établie nous éclairera plus tard sur l'avenir des reins atteints de néphrite aiguë. Ceux qui ont été soumis au régime hydrique ou hydro-lacté ont-ils plus de chance de résister que ceux qui ont passé par le régime déchloruré immédiat ?

Au bout de quinze jours à trois semaines, ce dernier peut être institué. Mais il est prudent de ne pas revenir à la viande et aux bouillons gras pendant 5 ou 6 semaines.

On prescrira par exemple.

Au 1^{er} déjeuner : Tapioca au lait, ou cacao, ou café au lait (350 gr.) 20 grammes de pain sans sel.

A midi : Pommes de terre en purée ou cuites à l'eau, avec beurre frais (deux pommes de terre moyens), pud-

ding au riz, marmelade de pommes, 40 gr de pain sans sel, un verre d'eau (250 gr.).

A 4 heures: 350 gr de lait.

A 7 heures: Tapoca ou bouillie au lait sucrée, oeuf à la coque, poire cuite, 10 gr. de pain, un verre d'eau (250 gr.).

Cela fait 700 grammes de lait et 500 grammes d'eau comme boisson. La quantité de liquide est suffisante. Les aliments solides empêcheront l'affaiblissement. Il est sage de s'abstenir, outre la viande et les bouillons, de charcuterie, de sauces, de ragouts, de condiments, de vin. Aux repas, quand ils sont abondants, mieux vaut prescrire de l'eau comme boisson. Le lait, à ce moment, enveloppe les aliments d'un magma caséux qui en entrave la digestion. Une augmentation de l'albumine fait suite à ces troubles dyspeptiques. Surtout quand les sujets mangent de la viande, de lait, comme boisson, se transforme en aliment des plus indigestes. Inutile de poursuivre le régime déchloruré trop longtemps — dix à quinze jours en moyenne. — Sa prolongation au delà de ce terme, n'est justifiée que par la durée insolite des oedèmes.

Quand il commencera l'alimentation solide, le malade quittera le lit qu'il aura jusqu'alors scrupuleusement gardé. Il évitera les refroidissements, ne marchera point pieds nus par la chambre, garantira des reins sous une bande de flanelle ou une peau de chat.

Certaines albuminuries aiguës se distinguent par la forte quantité d'albumine. Ne pas s'en inquiéter. Ces quantités abondantes, quand elles se prolongent et que les oedèmes sont dissipés, ne sont même pas un obstacle au retour à un régime alimentaire normal. Il y a vingt-cinq ans, nous avons publié l'observation d'une malade atteinte de néphrite gravidique. Elle urinait 15 à 20 grammes d'albumine par jour. Le régime lacté ne faisait qu'affaiblir et ne diminuait en rien l'albumine. Impatiente, la malade, du jour au lendemain, se remit à une alimentation normale. En huit jours, son albuminurie avait disparu.

Dans l'albuminurie syphilitique secondaire, les quantités d'albumine sont encore plus considérables. Elles atteignent jusqu'à 50, 60, 100 grammes. Le même régime sera observé. Ce n'est qu'au bout d'une huitaine, si aucune amélioration n'est survenue, qu'on sera autorisé à pratiquer un essai de traitement spécifique avec un sel soluble de mercure.

Dernière recommandation. Si les quantités abondantes de liquide ne conviennent pas dans les albuminuries aiguës, il est une forme toutefois où il faut boire beaucoup. C'est la *néphrite mercurielle aiguë*. En pareil cas, le glomérule est épargné et les lésions se travaillent avant tout par l'emboulement obstruant des tubules urinaires. Une chasse liquide est indispensable pour balayer tout cela (Chauffard).

C'est pourquoi deux litres à deux litres et demi d'eau sont ordonnés les premiers jours.

2o *Albuminuries aiguës sans bouffissure des téguments.*—Ce sont les atteintes légères du rein ou courues des différentes maladies infectieuses. Aucun traitement spé-

cial: du lait, de l'eau, des boissons aqueuses constituent le régime. Il est préférable de ne tolérer que très peu de bouillons. Les chlorures en effet s'éliminent mal dans la plupart des maladies aiguës et comme les bouillons sont salés, il pourrait s'ensuivre une rétention légère d'autant que des matières extractives toxiques accompagnent les chlorures.

Nous avons donné des quantités de liquide à boire dans les albuminuries avec bouffissure. Il devient difficile ici de fixer les chiffres. Ils sont commandés par le degré thermique du sujet.

C'est dire que le régime de l'albuminurie est subordonné au traitement général: sérum de Roux dans l'albuminurie diphtérique (30 à 40 cc. chez un adulte), bains frais dans la fièvre typhoïde (250 à 220), le rhumatisme cérébral. Applications locales de glace dans les cholécystites. Réemment nous avons traité une malade atteinte de néphrite interstitielle avec pneuméphrite douloureuse ayant entraîné la nécessité d'une décapsulation de l'organe. La tension artérielle dépassait 200 (sphygmométrique). Survint une colique hépatique avec cholécystite. La température atteignit 40°. Les urines renfermaient de 0.80 à 1 gr. 50 d'albumine. L'application locale de glace, d'abord mal supportée parce que son poids gênait la respiration, fut ensuite bien tolérée et la réconvalescence s'opéra sans accident du côté des reins.

Donc traiter l'affection causale et ne réserver à l'albuminurie qu'une attention de second plan. La diminution dans la quantité de bouillon est la seule précaution diabétique à observer.

II. — Albuminuries chroniques.

1o *Avec bouffissure et sans hypertension artérielle.*— Certaines albuminuries se prolongent avec l'oedème des téguments, soit qu'elles affectent le début aigu (néphrite scarlatineuse, 8 p.c. de malades passent à l'état chronique, néphrite pneumonique 1 p.c. passé à l'état chronique, soit que le début en soit directement chronique. Cette dernière variété, fréquente chez les jeunes sujets, reconnaît vraisemblablement et maintes fois une origine tuberculeuse. Le pronostic de ces formes est réservé. Les malades gardent le lit, suivent d'abord le régime lacté, puis déchloruré. La seule différence d'avec la néphrite aiguë est la nécessité de se soumettre pendant de longs mois à la diététique requise. Le régime déchloruré sera poursuivi deux à trois mois au moins. De très faibles quantités de sel (3 à 5 grammes) pourront ensuite être tolérées à condition qu'une augmentation de poids liée à l'aggravation des oedèmes n'y fasse pas suite. On conseillera un repos de quatre à six mois au lit. L'opothérapie rénale par bouillons de reins de porc (Pr Renault) ou de sérum de la veine rénale, (Pr Teissier) a paru parfois donner un peu d'amélioration. La *teinture de cantharides*, recommandée par Lancereux à la dose de 4 à 5 gouttes semble susceptible de rendre quelques services surtout dans ces formes. Chez une jeune fille de 20 ans, elle a ramené la diurèse et fait disparaître passagèrement l'oedème. Puis les accidents ont repris, se compliquant de lésions rétiniques.

En raison de la haute gravité de ces formes, le praticien

songera toujours à la possibilité d'une syphilis. Des exemples d'œdème généralisé avec ascite et grosse albuminurie ont guéri par le traitement spécifique (sels solubles). Le régime déchloruré est institué en même temps.

Chez les enfants, le pronostic est moins sérieux et toutes les formes de néphrite chronique se terminent parfois par la guérison; néanmoins la santé de l'enfant s'en ressent et sa croissance est souvent retardée. Ajoutons que dans la majorité des exemples la guérison n'est que passagère et l'avenir des sujets demeure très compromis.

La *dégénérescence amyloïde*, fréquemment associée à des lésions parenchymateuses, aboutit rarement à des accidents urémiques. On y songera chez les sujets atteints de cachexie tuberculeuse, de suppurations chroniques. Le régime sera substantiel et il ne conviendra pas de se montrer trop sévère. Les viandes et les bouillons sont en général parfaitement tolérés.

Dans nombre d'*albuminuries tuberculeuses* sans œdème des téguments, la règle du reste est la même: ordonner de la viande (viandes grillées, rôties, viande crue, pulpée). Rien de plus dangereux que de soumettre de pareils sujets à une diète très rigoureuse. Ils s'affaiblissent et la tuberculose prend le dessus. En cas d'œdème des téguments, ce qui est plutôt rare, régime lacté passager, suivi du régime déchloruré et repos au lit quinze jours à trois semaines.

Cette constatation nous mène au régime des albuminuries chroniques sans bouffissure des téguments et sans hypertension artérielle.

2° *Albuminuries chroniques sans bouffissure de la face et sans hypertension artérielle.* — On songera à une *albuminurie tuberculeuse* chez un sujet porteur d'autres lésions bacillaires (abcès froids, tuberculose pulmonaire). On permettra l'alimentation habituelle, comme nous venons de le dire: viande, œufs et tous les légumes. De l'eau ou du vin ou de bière mêlée d'eau, comme boisson aux repas. Lait au premier déjeuner et à 4 heures. Ne pas saler en excès; mais le sel, aux doses habituelles, est parfaitement toléré.

Maintes fois, des adultes viennent consulter pour des albuminaires abondantes (3 à 6 grammes) lesquelles persistent à l'état de manifestation locale, sans retentissement aucun sur l'état général. La maladie peut suivre une maladie infectieuse quelconque (scarlatine, grippe) et pendant de longues années persister sans aggravation. Un médecin condamné par Bright, en 1841, pour une maladie de cet ordre, mourut en 1892, ayant conservé pendant cinquante ans son albuminurie, sans en être autrement incommodé. Ce sont les faits décrits par Castaigne sous le nom de *néphrite albumineuse simple*, par d'autres sous le nom de néphrites parcellaires, albuminuries cicatricielles, résiduales.

La maladie peut s'aggraver et, sous l'influence de nouvelles conditions infectieuses ou toxiques, évoluer vers la néphrite avec œdème ou avec hypertension. Pareille éventualité n'est nullement constante. En attendant, il convient de nourrir les malades et bien. Ni régime lacté, ni régime déchloruré.

L'alimentation de tous les jours: viande à midi, même

bouillons gras. Vin mêlé d'eau. Par mesure de précaution, nous ne conseillons pas, d'ordinaire, la viande aux repas du soir. Des malades qui ont enfreint cette défense, de temps à autre, ne s'en sont pas trouvés plus mal. Des frictions sèches, la vie active sont recommandées. Nous soignons ainsi trois confrères atteints d'albuminurie (2 à 4 grammes) depuis cinq à dix ans. Ils continuent leurs occupations et, sauf précautions contre le froid et les maladies infectieuses, ne s'inquiètent nullement.

Il semble toutefois que ces formes d'albuminurie, inoffensives en temps normal, risquent d'aggraver singulièrement les infections surajoutées. Un vieux général, âgé de 75 ans, urinait 12 à 15 grammes d'albumine et ne se portait pas trop mal. Une pneumonie l'emporta en moins de trois jours.

Fiessinger, in Jnal des Praticiens.

L'Anaphylaxie

Les connaissances sur l'anaphylaxie se sont vulgarisées au point qu'il n'est guère de médecin qui n'ait sur ce terme des notions assez complètes; cependant nous profiterons de la publication d'un très remarquable travail sur ce sujet dû à M. Armand-Delille pour résumer ici, sans insister sur la partie théorique, les points principaux de cette question si curieuse.

Le terme d'*Anaphylaxie*, du grec αν-φύλαξις, contre-protéger, créé en 1902, par Charles Richet, se rapporte à l'état de vulnérabilité spéciale que peut acquérir l'organisme pour une deuxième inoculation de certaines substances organiques qui, lors d'une première injection, sont pour lui indifférentes ou peu toxiques.

De cette particularité résulte la loi suivante, ainsi formulée par M. Armand-Delille: *Il existe un certain nombre de substances d'origine organique, qui, introduites une première fois dans l'organisme à des doses non nocives, ont la propriété d'y produire, après une période d'incubation déterminée, un état d'anaphylaxie, c'est-à-dire une sensibilité extrême vis-à-vis de doses minimes de la même substance ne produisant aucun trouble dans un organisme neuf. Ce état d'anaphylaxie paraît être lié au développement, dans l'organisme, de corps ou de propriétés spéciales, qui existent entre autres dans le sérum sanguin, puisque, par l'introduction de ce sérum chez un autre individu de même espèce, on met immédiatement cet individu en état d'anaphylaxie.*

C'est en étudiant les propriétés de l'actinotoxine, poison isolé des tentacules d'actinies que MM. Richet et Portier constatèrent que si, après avoir injecté à un chien une dose déterminée de ce poison, dose non mortelle, on lui faisait, trois semaines après, alors qu'il était revenu à une santé parfaite, une deuxième injection, moindre que la précédente, la mort de l'animal survenait très rapidement. L'organisme, loin d'avoir été mithridatisé par la substance toxique, avait au contraire été rendu plus sensible, et Richet en

concluait que le poison étudié par lui possédait une propriété spéciale, qu'il nommait anaphylactique. L'hypersensibilité acquise par l'organisme pour ce poison pouvait donc à juste titre prendre le nom d'anaphylaxie, c'est tout au moins l'acception que l'usage a fait prévaloir pour ce terme, aujourd'hui universellement employé.

Cette découverte fut bientôt complétée par celle d'Arthus qui montra qu'on pouvait observer des phénomènes analogues avec le sérum de cheval.

C'est ainsi qu'une première injection de sérum de cheval, à la dose de 5 et même de 10 centimètres cubes, n'est nullement toxique pour le lapin. Mais si on pratique des injections successives de 5 centimètres cubes, on voit qu'il se fait au point injecté une réaction locale qui devient de plus en plus intense à mesure qu'on renouvelle les injections, et peut aller jusqu'à la nécrose gangréneuse.

Chez l'animal qui a reçu 6 à 8 inoculations, l'injection intraveineuse de 2 centimètres cubes peut provoquer la mort en quelques minutes, avec des phénomènes d'intoxication des centres nerveux tout à fait caractéristiques; au cas où la mort ne survient pas immédiatement, les phénomènes nerveux s'amendent, mais l'animal devient cachectique et meurt après quelques semaines.

Ce sont ces faits qui ont servi de point de départ à de nombreuses recherches expérimentales et cliniques. Richet a montré que l'on pouvait obtenir des résultats analogues à ceux donnés par l'actino-congestive avec une série de poisons extraits des corps d'animaux marins. Toujours on voit que l'animal qui a reçu plusieurs injections d'une de ces substances, et qui, fait important, paraît très bien remis au bout d'un certain temps, un mois par exemple, ne peut plus supporter alors une dose vingt fois moindre que la dose primitive.

Autre fait non moins important: si on injecte le sérum d'un animal anaphylactisé à un animal neuf, celui-ci présente immédiatement de l'anaphylaxie, dans les mêmes conditions que s'il avait reçu trois semaines auparavant une injection anaphylactisante.

Il est bien remarquable que l'anaphylaxie par les poisons ne se produise qu'après une période d'incubation assez longue. Il en est de même pour l'anaphylaxie au sérum, et Arthus a montré que cette hypersensibilité à l'injection sous-cutanée et intraveineuse ne s'établit qu'après une période déterminée qui est de trois à quatre semaines.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de faits expérimentaux, mais ces données s'appliquent à la pathologie humaine. L'anaphylaxie sérique en particulier s'observe souvent chez l'homme, à propos du traitement de la diphtérie et voici dans quelles conditions:

Chez la plupart des individus, la première injection de sérum de cheval est admirablement tolérée, sans aucun phénomène réactionnel immédiat ou tardif d'aucune sorte; chez quelques-uns cependant (les statistiques françaises donneraient 14 p. 100 d'après Weil-Hallé et Lemaire), on observe de l'urticaire plus ou moins intense, qui peut être remplacée par l'érythème marginé aberrant décrit par Marfan, ou par des érythèmes partiels, ces accidents pouvant ou

non s'accompagner de fièvre. Ces accidents apparaissent en général vers le 11^e jour, mais ils peuvent se montrer du 5^e au 15^e. Ils sont habituellement discrets et fugaces, il semble qu'ils indiquent un certain degré d'anaphylaxie congénitale pour le sérum de cheval.

Au contraire, toute réinjection de sérum, à condition qu'elle soit pratiquée après la période qui correspond à l'incubation de l'anaphylaxie — c'est-à-dire 3 à 4 semaines, — produit toujours, ou du moins presque toujours (86 p. 100 des cas d'après Weil-Hallé et Lemaire) une réaction qui peut également être relativement bénigne, mais peut dans certains cas devenir réellement grave.

Ces phénomènes décrits d'abord par Pirquet sous le nom de maladie du sérum (*Serum Krankheit*), ont été fort bien étudiés par M. Marfan, qui a pu en observer un certain nombre de cas pendant qu'il était à la tête du service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades. MM. Weil-Hallé et Lemaire en ont donné une excellente description, que M. Armand-Delille résume ainsi.

On peut observer deux types de réaction: ou une réaction locale au niveau de la région de l'injection, ou une réaction générale à type urtié. — Ces manifestations anaphylactiques s'observent chez 86 p. 100 des réinjectés. La réaction locale, caractérisée par l'apparition, un quart d'heure après l'injection, d'une rougeur avec boule d'œdème au point où a été introduit le sérum, peut quelquefois devenir très considérable au bout de quelques heures et prendre un aspect pseudo-phlegmoneux. C'est à cette manifestation que M. Marfan a donné le nom de phénomène d'Arthus — par assimilation aux manifestations observées par cet auteur chez le lapin réinoculé sous la peau.

Cette infiltration œdémateuse avec rougeur peut quelquefois s'accompagner d'urticaire locale, de taches pétychiales et d'engorgement des ganglions correspondant à la région; elle persiste en général plusieurs jours; ce n'est que vers le 4^e ou 5^e qu'elle se dissipe pour permettre aux tissus de revenir à l'état normal.

À côté de cette manifestation locale typique, il peut y avoir des manifestations atténuées, sous forme d'un simple œdème très peu étendu, ou de quelques plaques urtiées, prurigineuses, siégeant autour du point d'inoculation.

La réaction générale est caractérisée par une urticaire plus ou moins intense, semblable à celle que peut donner le sérum chez des sujets neufs, mais son apparition est beaucoup plus précoce. — L'éruption ne débute pas par la région injectée, mais en un point quelconque du corps et en général elle se généralise rapidement. L'urticaire est excessivement prurigineuse et peut s'accompagner de toux, de vomissements, et de fièvre — et persistant pendant vingt-quatre heures — mais dépassant rarement cette durée. Jamais il n'y a eu d'accidents mortels, mais on vient d'en citer cependant pour l'emploi du sérum antiméningococcique.

Quelle est la durée de l'état anaphylactique chez le sujet injecté de sérum de cheval? — Ce point est encore difficile à préciser; il peut en tout cas se prolonger pendant plusieurs semaines. Weil-Hallé et Lemaire l'ont vu, chez des enfants, persister pendant plus de trois ans, ces sujets réagissaient à une réinjection par un phénomène d'Arthus.

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITEE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



BOVRIL

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre préparation possède toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitee,

27 rue St-Pierre,
MONTREAL.

Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabete, des affections gastriques et renales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEVRALGIES, en un mot dans tous les desordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans precipite, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

ANTISEPSIE PULMONAIRE PARFAITE
AFFECTIONS CHRONIQUES
 des **Voies Respiratoires**

Traitement par les
CAPSULES DARTOIS

Chaque capsule, préparée avec une gélatine spéciale, contient : 0.05 ve. tablete créosote de hêtre filtrée en G. iacol, dissoute dans 0.20 Hulle de foie de morue garantie d'origino.

CAPSULES DARTOIS
 & R de Hêtre (Creosote 15%)
 DEPOSIT GENERAL
FREYSSINGE
 Pharmacie
 207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL

2 à 5 capsules au milieu de chacun des principaux repas contre :

TOUX
CATARRHES
BRONCHITES

« La Créosote rend le terrain réfractaire à l'infection tuberculeuse ».

Dépositaires exclusifs pour le Canada : **ROUGIER FRÈRES, Montréal.**

LE CALCICARAL
 PAR
 DES TUBERCULES
 PULMONAIRES
 CALCIFICATION

DEPOT GENERAL
 POUR LE CANADA
F. LE BAILLY
 207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL.

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGENE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires
 Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzolate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Larvngites, Pharyngites,
 Asthme, Amphyseme, etc - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGENE PUR NAISSANT

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES**, les **CACHEXIES d'origine paludéenne** ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS. On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE
 ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de **GRENOBLE** (France) ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
 Dépôt Général pour le **CANADA** : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à **Montréal.**

à type de pseudo phlegmon. M. Armand-Delille a récemment observé, avec Lemaire, chez un adulte, des accidents orbiés intenses, avec œdème, fièvre, vomissements et diarrhée, à l'occasion d'une réinjection pratiquée neuf ans après une injection de sérum anti-diphthérique qui n'avait provoquée aucune manifestation.

Par contre, on peut observer chez l'homme l'absence persistante d'anaphylaxie — comme l'a observé M. Marfan chez un enfant resté longtemps dans son service de la diphtérie et auquel on fit, dans l'espace de deux ans et demi, vingt-quatre injections de sérum sans qu'il présentât aucune sorte de manifestation anaphylactique.

Les caractères des manifestations orbiées de l'anaphylaxie sérique semblent permettre de rapprocher, sinon d'identifier avec l'état anaphylactique un certain nombre d'affections qui s'accompagnent d'urticaire ou de formation de papules orbiées locales avec prurit.

Il semble légitime, en effet, de faire rentrer dans la catégorie des manifestations anaphylactiques locales la papule ou l'œdème douloureux qui se produisent à l'occasion des piqûres d'insectes et même des piqûres d'ortie.

D'autre part, certaines intoxications alimentaires, et en particulier les intoxications par certains poissons, par les crustacés et les mollusques, ou même l'urticaire produite par les fraises, qui se manifestent parfois sous forme d'idiosyncrasie chez certains sujets, semblent pouvoir être assez légitimement assimilées à des phénomènes d'anaphy-

laxie, bien qu'on ait pas pu expérimentalement réaliser l'anaphylaxie sérique par voie digestive. C'est cependant en admettant la possibilité de la réalisation de ce processus que M. Hutinel a été amené à envisager l'intolérance que certains nourrissons présentent, soit pour le lait maternel, soit pour le lait de vache, comme une véritable manifestation d'anaphylaxie au lait.

Enfin on est certainement autorisé à faire rentrer dans la catégorie des réactions anaphylactiques, bien que le mécanisme intime en soit un peu différent, les phénomènes que produit l'inoculation de tuberculine chez les sujets tuberculeux ou l'inoculation de malleïne chez les animaux atteints de morve.

Mais nous ne pouvons insister sur ces faits d'un si haut intérêt, non plus que sur les théories qui ont été émises pour les expliquer. Nous ne pouvons que renvoyer au travail dans lequel M. Armand-Delille traite avec tant de clarté cette question de l'anaphylaxie qui prendra certainement une importance considérable en pathologie générale. Ajoutons cependant qu'au point de vue thérapeutique on a préconisé certains moyens permettant d'empêcher les accidents anaphylactiques. On n'est pas encore bien fixé à cet égard. Mais fort heureusement, ainsi que le fait remarquer M. Armand-Delille, les phénomènes observés en pathologie humaine ne paraissent jamais revêtir l'intensité des phénomènes d'anaphylaxie nerveuse expérimentale, observés chez les animaux, et les accidents graves sont absolument exceptionnels.

NOTES EDITORIALES

Fins d'années universitaires

L'an dernier nous remarquions combien terne avait été la fin de notre année universitaire. Non pas que ce fut une exception, non, hélas, mais simplement comme à l'habitude.

Voilà que la fin de l'année universitaire s'annonce également pour ce mois de juin aussi terne et aussi peu digne qu'à l'habitude.

D'où vient donc que nos Facultés comprennent si peu qu'il est des obligations de dignité. Il n'y a que la jeune, la plus jeune Faculté des Arts qui se soucie, en fin de son terme de labeur, de dire au public et plus spécialement à ceux qui s'intéressent à l'œuvre universitaire et au progrès de la Faculté des Arts en particulier, que l'on a bien travaillé et qu'en conséquence, tel nombre de ses élèves ont gagné le Diplôme de la Faculté.

Quant aux autres Facultés et Ecoles, c'est lettre morte. A part les échaffourrées des étudiants avec la police, et tutti quanti, le public se douterait-il que l'Université Laval élève, façonne et finalement produit des licenciés en Droit,

en Médecine, en Sciences Appliquées, en Chirurgie Dentaire, etc...

Vous croiriez peut-être que le Bureau des Administrateurs ou des Gouverneurs, y pourrait quelque chose! Je puis dire, sans indiscretion, qu'il a invité les Facultés à faire quelque chose dans cette direction et à témoigner par une séance solennelle de clôture qu'elles existent et même agissent. Mais elles ont toutes trouvé des prétextes à ne rien faire.

Et pourtant il serait si facile, par exemple pour la Faculté de Médecine, d'avoir sa séance solennelle de clôture, — où l'un des professeurs discorerait sur un sujet d'intérêt général, où l'un des jeunes gradués — un valedictorian — dirait les adieux au nom de ses camarades, où le Président ou le Secrétaire apprendrait au public les progrès accomplis dans la dernière année et où enfin les nouveaux Esculapes prêteraient solennellement le serment hippocratique, toge aux épaules et chapeau à la main. Certes, il ne manquerait pas de sujets qu'un professeur pourrait ainsi traiter, tels par exemple, les progrès accomplis durant les dix dernières années et les améliorations encore né-

cessaires, une revue de l'enseignement médical aux écoles étrangères, un aperçu des méthodes nouvelles dans l'enseignement de la médecine, les responsabilités et les devoirs du jeune médecin; l'orateur pourrait esquisser l'organisation d'une université telle que comprise dans la vieille Europe, il pourrait montrer les défauts de notre organisation actuelle, de cette institution hybride, — pour ne pas employer une expression médicale plus appropriée qui veut dire ni homme ni femme, ni chaire ni os, — que l'on appelle l'Université Laval. Que de choses intéressantes pourraient être présentées et avec profit, nous n'en doutons pas. Quand donc viendra le jour où un esprit, à la fois riche de science et pondéré d'expérience, fera voir en public les défauts et les points faibles de notre présente organisation, qui compromettent et l'existence même et le progrès de notre université nationale et indiquera les moyens de marcher plus brillamment vers le grand but?

Voyons quel e belle fin d'année universitaire à McGill, voyons le joyeux et agréable retour des anciens élèves à leur Alma Mater à l'occasion de l'inauguration des nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine. On sent la vie là-bas!

Et chez nous, l'on sommeille encore, toujours!

L'Université pourtant ne devrait-elle pas être un foyer de vie et de rayonnement, le creuset de l'esprit national dirigeant?

La Société Médicale Canadienne

Du 1er au 4 juin se tiendront les assises de la Canadian Medical Association. Nous ne saurions trop engager nos collègues à prendre part à ce congrès et assister aux réunions. A ce faire il y a tout avantage. D'abord l'intérêt des communications, puis l'échange avec les collègues de langue anglaise des autres provinces, et puis aussi l'attrait du voyage. Toronto est une belle ville. C'est à bon droit qu'elle est fière de son Université. Ai-je besoin d'insister sur l'intérêt de la visite de cette université sœur et de ses hôpitaux.

Le programme du congrès est bien rempli et offre un intérêt varié. Le Président Wright fera l'allocution habituelle. Le Prof. Herringham, de Londres, Angleterre, y donnera une dissertation sur un sujet médical, le Prof. Murphy de Chicago, discutera en chirurgie et le Prof. H. Coe, de New-York, entretiendra les congressistes de l'art obstétrical.

La Commission du lait doit faire un rapport pour les autorités municipales et gouvernementales.

Il y sera tenu deux Symposia sur des questions de grand intérêt: l'un sur le Goitre Exophtalmique par MM. McPhedran, de Toronto, Sheppard, de Montréal, etc., et l'autre sur les Psycho-névroses par MM. Putnam, de Boston, Hoch, de New-York, Hottie, de Halifax et Jones, de Toronto.

Notons encore une communication importante sur "l'Éducation Médicale" par le Prof. Connell de l'Université de Queens.

En plus de ces réunions générales il y aura des sections

spéciales de la Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Gynécologie, Pathologie, Pédiatrie, et des spécialités de la tête.

Voilà pour la partie scientifique. Le côté purement agrément n'a pas été oublié. Il y aura réceptions, etc., et le jeudi, 2 juin, une excursion à Niagara, avec dîner au Clifton House et retour à Toronto le même soir.

Quand on connaît l'hospitalité des Torontoniens, tout fait prévoir une réunion aussi agréable qu'intéressante: Voilà pourquoi nous engageons encore nos amis à s'unir et s'y rendre en grand nombre.

Le billet aller par voie ferrée et retour par bateau, via Kingston, les Mille Îles et les rapides du St-Laurent, est de \$17.50. Pour renseignements supplémentaires s'adresser aux Drs B. Bourgeois et E. St-Jacques.

Le bill Roddick

La législation Roddick sera de nouveau mise à l'étude à la réunion de la Canadian Medical Association, ce prochain juin à Toronto.

Avant de nous prononcer, attendons de voir le projet définitif qu'amèneront les représentants des différentes provinces à leur réunion à Toronto.

Nous sommes certes en faveur de tout projet de loi qui tendra à unifier les lois médicales par tout le pays et à favoriser l'échange interprovinciale des médecins. Mais bien entendu il ne faut pas que ce soit en abandonnant de nos prérogatives.

Nous ne voyons pas pourquoi le Comité Fédéral décalerait des conditions requises pour l'admission à l'étude ou à la pratique de la médecine et aurait le droit d'imposer ses vues aux différentes provinces.

Que son rôle soit surtout d'intermédiaire pour favoriser l'échange ou la reconnaissance interprovinciale, de conseil ou aviseur auprès des provinces dont le programme d'admission à l'étude ou à la pratique n'est pas à la hauteur requise par la majorité des autres provinces, à la bonne heure. Qu'il ait pouvoir coercitif, non.

Que nos représentants arrivent, à un mode d'entente où nos intérêts et nos droits soient préservés, et qu'ils nous soumettent alors le plan définitif du Bill Roddick modifié, avant d'engager définitivement la Province.

Qu'en tout cas la clause soit bien clairement mise que la Province en tout temps pourra se retirer du pacte, sans quel a majorité du Conseil Médical Fédéral, pas plus que la volonté du Gouvernement Fédéral ne puisse s'y opposer et la retenir malgré elle.

Nous avons déjà l'échange avec le General Medical Council de la Grande-Bretagne, qui donne par le fait même l'échange avec les autres provinces canadiennes et les autres colonies, déjà reconnues par ce Conseil Général. C'est ainsi que nous échangeons avec les Provinces Maritimes. Que les Provinces canadiennes trop hautaines ou "so poorly British" pour vouloir échanger avec le Conseil Général de la Grande-Bretagne, demeurent chez elles, nous n'en avons cure. Mais de celles qui sont franchement canadiennes et tiennent compte de l'intérêt général en même temps que du leur, rapprochons-nous et avec elles unissons-nous.

Société Médicale de Montréal

Séance du 3 mai

PRESIDENCE DU DR EUGENE ST-JACQUES

Assistance de plus en plus nombreuse. On revoit de vieilles figures que d'intérêt de nouvelles questions à l'étude semble attirer.

Le "Dr. L. E. Fortier" ouvre la séance par la lecture d'un intéressant mémoire sur "*Le diagnostic de la méningite-cérébro-spinale*." Nous n'entrons pas dans les détails de cette étude si clairement exposée: elle sera publiée en entier dans ces colonnes. Mentionnons l'intérêt particulier de cette communication, où le Prof. Fortier, dans le langage si clair et si chatié qui caractérise sa plume classique, dans la revue des symptômes différentiels qui permettent de poser le diagnostic des différentes variétés de méningites.

Nous aurions voulu voir les spécialistes en pédiatrie prendre une part plus active à la discussion.

Le Dr Eug. St-Jacques présenta des radiographies de trois cas de *luxation congénitale de la hanche*, qu'il avait traités. Les radiographies prises avant et après le traitement témoignent de l'abaissement de la tête fémorale et de son maintien en position normale. Ce travail sera publié dans ces colonnes.

"*La ponction lombaire, dans le diagnostic et le traitement des fractures du crâne*", fut la prochaine question traitée par les Drs St-Pierre et Falardeau. La raison de cette communication fut un cas récent de fracture de la base du crâne, — traité dans le service du Prof. St-Jacques, à l'Hôtel-Dieu, et où les ponctions lombaires successives amenèrent après une rapide et graduelle amélioration la guérison définitive du malade. Les intéressantes constatations cliniques suggérées par l'observation de ce malade constituent l'un des chapitres les plus intéressants des compte-rendus de notre Société. Le Journal les publiera en entier sous peu.

Les Drs Foucher, Bourgoïn, de Martigny et St-Jacques prirent part à la discussion. Le Prof. Foucher rappela l'importance de l'examen du fond de l'œil dans ces fractures de la base, dans le but d'éclairer le diagnostic et l'évolution de la maladie.

Le Dr St-Jacques insista sur la valeur de la ponction lombaire pour éclairer le diagnostic dans ces cas. Il rappelle l'observation clinique d'un autre malade de son service, Frs. R. (Fiche — observation No 836) où la ponction lombaire non seulement précisa le diagnostic d'hémorragie intra crânienne d'origine traumatique, mais aussi retira le blessé de son état comateux et lui permit de reprendre connaissance et pouvoir conserver. La trépanation, qu'il fallut

faire ultérieurement, révéla une hémorragie dans le territoire de la méningée.

Il n'y a rien là d'absolument nouveau dans ce traitement des hémorragies intracrâniennes d'origine traumatique. Le Prof. Raymond, au cours d'une clinique sur l'Hématome traumatique de la dure-mère (v. Pr. Méd. 1903) disait: "dans de pareils cas il faut pratiquer la ponction lombaire et vous comprenez l'intérêt capital qui s'attache à l'étude de la coloration du liquide céphalo-rachidien."

Sicard (le chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien) et Widal (le diagnostic de l'hémorragie méningée par l'étude du liquide céphalo-rachidien) avaient d'ailleurs antérieurement insisté sur les mêmes constatations.

Le Dr St-Jacques ajoute que même en dehors des lésions crâniennes traumatiques, la ponction lombaire a des indications et pour le diagnostic et pour le traitement. Il est d'opinion qu'on devrait la faire dans les cas d'apoplexie. Car dans ces cas, par le fait de diminuer la pression sanguine intra cérébrale et d'évacuer une partie du sang épanché, dont quelques éléments ou constituants chimiques semblent avoir un effet directement délétère sur les cellules nerveuses, on améliore l'état du malade.

Sainton, dans un tout récent travail sur les indications multiples de la ponction lombaire dit: "dans les épanchements sanguins sous arachnoïdiens (en laissant de côté les épanchements d'origine traumatique) la ponction lombaire a des avantages multiples considérables. Comme le dit Froin (des hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hémolyse en général. Thèse de Paris), par la ponction lombaire on agit directement "sur la périphérie des centres nerveux pour décompresser et on provoque un appel du liquide saturé en hématies vers la région la moins dangeureuse, la plus spacieuse et dont l'irritation est en tout cas moins nocive que celle des espaces sous-arachnoïdiens corticaux ou les cavités ventriculaires. La désintégration des caillots se trouve sans doute activée et facilitée." Suivant l'expression de Letulle et Lemerre, elle aide "l'effort accompli par l'organisme pour débarrasser les espaces sous-arachnoïdiens des globules rouges accumulés. Ne s'adressant pas seulement au processus lui-même elle calme les symptômes les plus pénibles, tels que la céphalée, les douleurs et les contractures. (Sainton. La ponction lombaire. Journ. Méd. français, avril 1910).

En réponse à une question posée: si la ponction lombaire est toujours inoffensive? le Dr St-Jacques dit qu'il n'est pas un seul cas où il l'ait employée qui ait manifesté des lésions ou accidents graves, ni immédiats ni tardifs. Voilà plus de cinq ans qu'il l'emploie régulièrement dans son service de l'Hôtel-Dieu et avec pleine satisfaction: tantôt dans un simple but d'examen du liquide céphalo-rachidien, tantôt pour amener l'analgésie chirurgicale à l'aide de la stovaine injectée dans le canal rachidien. Cette méthode d'analgésie chirurgicale étendue des ongles à la taille ou plus haut a des indications aussi précises que l'anesthésie par le chloroforme et l'éther. L'expérience a appris que la céphalée et les vomissements, consécutifs parfois à l'injection intra spinale de liquide non-isotonique,

était facilement prévenables et n'ont pas été remarqués après modification des détails de la technique.

Le Dr Foucher remarque avec justesse qu'il a été rapporté des observations cliniques laissant voir que dans le cas de tumeur cérébrale, la ponction lombaire avait été suivie de mort subite. L'autopsie de ces malades morts subitement ne révéla aucune hémorragie ni aucune lésion à l'endroit de la ponction. Bien que l'on constate cette filiation entre la présence de la tumeur, la ponction et la mort subite, — il est impossible d'établir la relation de cause à effet entre la ponction et la mort, — d'autant plus que la mort subite spontanée chez des porteurs de tumeur cérébrale n'est pas rare.

Le Dr Benoit fait remarquer que dans le cas d'apoplexie la saignée a pour but d'abaisser la tension sanguine périphérique et prévenir si possible ainsi l'augmentation de l'hémorragie endo-cranienne. Aussi bien qu'il ne l'ait pas employée dans de tels cas, ne voit-il pas bien quel pourrait être ici l'effet de la ponction lombaire.

En résumé, il semble d'après les observations que la ponction lombaire est indiquée dans les cas d'hémorrhagie cérébrale dans le double but de diagnostic et traitement.

PRESENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Le Dr Latreille présente :

Un kyste ovarien dermoïde trouvé à l'autopsie d'une tuberculeuse. Il fait voir les cheveux et les dents qu'il y a trouvées et montre sous la lentille microscopique des formations glandulaires cutanées. Il appuie sur l'origine pathogénésique de ces formations atypiques.

Le Dr St-Jacques ajoute que les kystes dermoïdes ovariens, ne sont pas très fréquents. Sur 44 cas de kystes ovariens qu'il a opérés — et il ne s'agit pas d'ovaires sclerocystiques — il n'a rencontré que deux cas de kyste dermoïde, — et tous les deux étaient suppurés: ce qui fait donc un peu plus de 4 pour cent. Ces chiffres correspondent avec ceux donnés par Oltansen, qui n'en a relevé que 80 sur une statistique globale universelle de 2275, soit 3.5 pour cent.

Le Dr Latreille présente également des préparations histologiques et un cœur d'un haut intérêt. Il s'agissait d'une vieille femme morte subitement d'un ictus. L'autopsie révéla un foyer de amollissement cérébral marqué. La sylvienne présentait les caractéristiques de l'artérite oblitérante spécifique: processus inflammatoire intéressant les trois tuniques vasculaires. La même malade présentait encore un rétrécissement mitral congénital, avec dilatation de l'oreillette correspondante, mais sans hypertrophie ventriculaire. Néphrite atrophique manifeste, portant surtout sur la substance corticale.

Le Dr St-Pierre présente une pièce provenant du service chirurgical du Dr St-Jacques: une jambe en gangrène sèche. Il s'agissait — et c'est là le point intéressant — d'une enfant de 3 ans, qui deux semaines et demie après une diphtérie présenta de la cyanose de la jambe, puis ra-

pidement, en quelques heures, une coloration noire et du refroidissement. L'enfant amenée à notre consultation est abattue et fiévreuse. La jambe gauche est noire et en gangrène massive sèche, des ongles à 2 pouces au-dessous du genou. L'amputation dut être faite les jours suivants et l'examen fit constater l'obstruction de l'extrémité inférieure de la poplite par un thrombus.

L'auscultation attentive du cœur ne révélait aucun bruit valvulaire anormal (20 et 30 jrs après l'attaque de diphtérie) qui put faire croire à une endocardite végétante diphtérique: le cœur fonctionnait au parfait. Il fallait donc rattacher ce thrombus à une embolie partie d'un foyer broncho-pulmonaire infectieux, ayant évolué au cours de la diphtérie. Le Dr Latreille a bien voulu se charger de faire un rapport histologique sur la poplite et son thrombus obturateur.

Les Drs Foucher, Boulet, Bourgeois, Laurent et Roy sont inscrits au programme de la prochaine séance pour des communications sur les spécialités de la tête.

Pédiatrie Clinique

Méningite cérébro-spinale épidémique

Bien qu'il n'y en ait pas eu encore un très grand nombre de cas, on peut dire, sans faire de métaphore, que, depuis plusieurs années, la méningite cérébro-spinale est dans l'air, car cette maladie, qui était à peu près complètement inconnue des générations actuelles, suit une marche ascendante depuis 1903, au moins dans certaines localités, et a pris un caractère quasi-épidémique et ubiquitaire en 1909. Aussi a-t-elle pris un très grand intérêt pour tous les médecins qui sont exposés à en rencontrer des cas sporadiques dans leur pratique, intérêt d'autant plus grand que la sérothérapie antiméningococcique, surtout quand elle est employée de bonne heure, donne des résultats très remarquables. M. le Dr Comby vient de publier sur ce sujet, dans les *Archives de médecine des enfants* (no. 3), un article dont les éléments sont empruntés presque uniquement à l'observation de malades traités dans son service et qui donne une idée très nette de ce que l'on doit savoir de la maladie, tant au point de vue de son épidémiologie et de sa symptomatologie, qu'au point de vue de sa thérapeutique.

M. Comby a pu réunir dans son service, pendant les cinq premiers mois de 1909, quinze observations de méningite cérébro-spinale, tandis que les six années précédentes il n'en avait réuni que 16 cas en tout, c'est-à-dire environ 12 fois moins, proportionnellement au temps écoulé. Mais le nombre allait toujours croissant d'année en année pour arriver au chiffre actuel. A noter tout de suite que, dans la période antésérothérapique, la mortalité fut considérable,

75 p. 100, alors qu'avec le traitement sérothérapique, elle est tombée à 20 p. 100.

Si l'on s'en tient à l'observation des 31 cas entrés dans le service, on remarque au point de vue étiologique qu'il y a eu beaucoup plus de cas en hiver, pendant les quatre premiers mois de l'année (19), que pendant les huit mois suivants (12). Le froid et d'humidité semblent favoriser la propagation de la méningite. C'est ainsi que si on ne considère que l'épidémie de 1909, on voit les cas se multiplier en février et mars pour s'arrêter en mai et juin.

La contagiosité semble très faible dans les conditions actuelles de notre hospitalisation. Quoiqu'il n'ait pris aucune mesure d'isolement pour les malades hospitalisés, M. Comby n'a pas eu à déplorer de cas intérieur, ni parmi les enfants, ni parmi les élèves ou le personnel auxiliaire. En ville, de même il n'a jusqu'à présent relevé aucun cas de contagion directe.

Mais cette contagiosité n'est pas niable, et elle s'explique par les mucosités du nez et de la gorge, dans lesquelles on a trouvé souvent le méningocoque virulent et c'est là sont dangereux pour l'entourage.

Cette recherche du méningocoque, faite dans le service par M. et Mme Debré, a été positive dans la plupart des cas. Même chez les malades guéris, on a pu pendant assez longtemps (un mois ou deux mois) déceler la présence de ce microbe dans le mucus naso-pharyngien. Cette persistance du méningocoque est fâcheuse pour la prophylaxie et il faut se défier des porteurs de germes, qui sans avoir été malades eux-mêmes, ou après leur guérison apparente, sont dangereux pour l'entourage.

L'âge des malades a varié beaucoup: 13 entre 4 mois et 2 ans, et 18 au-dessus de cet âge.

La symptomatologie de la méningite cérébro-spinale est très variable. En général, la maladie débute brusquement sans phase prodromique appréciable. L'enfant est pris de vomissements dans les deux tiers des cas; la céphalée est moins fréquente, difficile d'ailleurs à relever chez de très jeunes enfants, mais elle s'accuse dans la seconde enfance. Toutefois ces symptômes, vomissements et céphalalgie, ne sont pas caractéristiques par eux-mêmes; ils peuvent marquer l'invasion de beaucoup d'autres maladies infectieuses.

Ce qui est vraiment important et utile pour le diagnostic, c'est la raideur de la nuque. L'enfant a le cou raide et parfois la tête projetée en arrière, dans l'attitude de l'opisthotonos. La raideur s'étend à toute la colonne vertébrale. Elle se manifeste aussi dans les membres inférieurs, de telle sorte que l'enfant, étant assis, ses jambes demi-fléchies sur le lit; on ne peut les étendre et, quand on veut le faire, on provoque de la douleur. Ce symptôme est désigné depuis quelques années sous le nom de *signe de Kernig*; il est loin d'être constant, M. Comby, ne l'a relevé que 12 fois sur 31 cas. D'autre part, il se rencontre dans d'autres maladies qui n'ont rien à voir avec la méningite. Il l'a vu très net dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, etc. Il le considère comme sans valeur réelle.

La tache cérébrale ou raie méningitique est habituelle

dans la méningite cérébro-spinale. Elle a rarement manqué dans tous ces cas.

L'herpès labial est un phénomène des premiers jours, et son apparition peut fixer le diagnostic. Mais il ne se rencontre au plus que dans le tiers des cas. On n'a vu envahir l'intérieur de la bouche, des joues, le palais.

Les convulsions ne sont pas rares. À signaler le strabisme interne ou externe, unilatéral ou bilatéral, mentionné dans plusieurs observations. Parfois le malade semble ne pas voir, ne pas entendre; la cécité, la surdité peuvent persister après la guérison. La surdité permanente est signalée dans un des cas. Quant à la cécité, elle n'a pas persisté, et les lésions du fond de l'oeil se sont montrées d'ordre congestif, c'est-à-dire curables.

Il est remarquable de voir la plupart des malades conserver toute leur connaissance et toute leur présence d'esprit au milieu de symptômes très inquiétants. Cette persistance de l'intellect fait contraste avec la somnolence et l'abattement de la méningite tuberculeuse. Cependant M. Comby a noté le délire cinq fois. La constipation est fréquente, mais beaucoup moins que dans la méningite tuberculeuse. Chez deux malades, il a observé des arthrites assez graves et douloureuses. Dans un de ces cas, l'arthrite s'est compliquée de *phlegmatia alba dolens*; dans 2 cas, d'une otite double. L'association de la rougeole a été relevée chez 2 malades; 2 fois également on a observé la coqueluche au cours de la méningite cérébro-spinale. Tous ces malades ont guéri. Dans 2 cas, la méningite s'est déclarée après la pneumonie, et dans 1 cas après la vaccine.

La fièvre, dans la méningite cérébro-spinale, est très variable. Il est des cas avec hyperthermie passagère, prolongée ou intermittente. Dans d'autres cas, la fièvre est modérée, ne dépassant pas 38° et 38°5. Enfin, il y a des cas absolument apyrétiques, quoique terminés par la mort. Donc la fièvre n'est un guide ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, ni même pour le traitement.

Il est des formes rapides, foudroyantes même, évoluant en deux ou trois jours; des formes d'une durée moyenne de huit à quinze jours; des formes prolongées (un mois, deux mois, trois mois); des formes à rechute. Dans un cas prolongé plus de six semaines, on a noté la formation d'escarres sacrées et trochantériennes qui ont contribué à la terminaison funeste.

Il serait bien souvent difficile d'affirmer l'existence ou tout au moins la nature de la méningite sans la ponction lombaire.

Celle-ci a donné presque toujours des résultats probants. Dans quelques cas, la ponction est restée blanche; dans la plupart des autres, elle a donné un liquide trouble, laiteux, jaunâtre, paraissant contenir du pus même à l'oeil nu. Le liquide céphalo-rachidien, ainsi altéré, tantôt coulait goutte à goutte en petite quantité, tantôt coulait en jet, abondamment, avec hypertension manifeste. On a pu en recueillir souvent 25, 30, 35, 40 centimètres cubes. Quelquefois, le liquide est clair, mais laisse un dépôt floconneux. Parfois il est ambré, un peu jaune, sans cesser d'être limpide.

L'examen microscopique, après centrifugation, montre

la présence de nombreux éléments polymoléculaires, avec des diplocoques de Weichselbaum intra ou extra-cellulaires. Cette constatation a été faite dans toutes les observations.

Quand l'enfant va mieux, surtout après la sérothérapie, le liquide cérébro-spinal devient plus clair et aux polymoléculaires succèdent les lymphocytes. On peut ainsi, par les modifications du liquide céphalo-rachidien, saisir les phases de régression et annoncer la guérison prochaine.

On voit le rôle joué par la ponction lombaire, au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

Avant l'emploi du sérum anti-meningococcique, on effectue, on traitait les malades de la façon suivante : bains chauds à 37 ou 38° pendant dix minutes toutes les trois, quatre ou six heures, suivant les cas. Quand le bain chaud ne pouvait être donné (trop grande fatigue de l'enfant, raideur généralisée), on employait le drap mouillé tiède ou froid, renouvelé plusieurs fois par jour.

Outre les bains, M. Comby a fait systématiquement à tous les malades des ponctions lombaires, faisant couler le liquide purulent le plus possible. Ces ponctions évacuatrices étaient renouvelées tous les deux ou trois jours. Quelquefois, elles ne donnaient que du sang ou restaient blanches, d'où leur inefficacité. Mais, quand elles étaient suivies d'un écoulement abondant, elles soulageaient le malade.

Plusieurs fois, après la ponction lombaire, on a injecté dans le canal rachidien 5 ou 10 centimètres cubes d'électargol, tantôt avec succès, tantôt sans effet favorable. Dans d'autres cas, ces injections d'électargol ont été faites dans le tissu sous-cutané ou dans les veines du pli du coude, du pied, etc.

Il a semblé que, chez quelques enfants, ce médicament avait une réelle efficacité. Ajoutez à cela les calmants, la glace sur la tête, l'opium, etc.; c'est tout ce qu'on pouvait faire avant le sérum.

«... Dans la seconde série de mes observations (épidémie de 1909) dit M. Comby, j'ai employé le sérum anti-meningococcique chez 14 malades. Chez les nourrissons et même chez quelques enfants plus âgés, j'ai injecté 10 centimètres cubes à la fois; chez d'autres, la dose moyenne a été de 20 centimètres cubes; enfin, dans plusieurs cas, j'ai injecté 30 centimètres cubes de sérum à chaque fois. Ces injections ont été répétées une, deux, trois ou un plus grand nombre de fois, jusqu'à douze chez une seule malade (plus de 260 grammes de sérum). En général les injections ont été bien supportées; mais plusieurs enfants ont accusé de vives douleurs à la tête et aux jambes pendant l'injection. Nous n'avons pas tenu compte de la quantité de liquide retiré pour la quantité de sérum à injecter. Même dans les cas de ponctions blanches, nous avons injecté du sérum. Les accidents sériques ont été très rares. Deux malades seulement ont eu des érythèmes passagers. C'est peu sur près de 60 injections et plus de 1,000 centimètres cubes de sérum de diverses provenances chez 14 malades. Avec le sérum de Dopfer ou de Flexner, sur 10 malades traités, j'ai compté 2 morts et 8 guérisons. Avec le sérum de Kolle 4 morts sur 4. Le résultat total a été de 6 morts sur 14,

soit près de 43 p. 100, ce qui n'est pas merveilleux. Mais cette statistique a été chargée outre mesure par des circonstances particulières, par des cas ultimes, pris trop tard; si nous défalquons ces cas, la mortalité s'abaisse à près de 20 p. 100.»

A titre prophylactique, chez les porteurs de germes, convalescents, guéris, ou même sains qui ont été en contact avec les malades, il faudra faire le nettoyage des cavités naso-pharyngées suivant le procédé de M. Vincent. Inhalations quatre à cinq fois par jour, pendant trois minutes, d'une certaine quantité du liquide suivant versé dans un bcl qui trempe dans une cuvette d'eau très chaude: —

Iode	20 grammes
Gaiacol	2 grammes
Acide thymique	0 gramme 25
Alcool à 60°	200 grammes

Badigeonnage de la gorge matin et soir avec un tampon d'ouate imbibée de: —

Iode métalloïde	0 gramme 50
Iodure de potassium	1 gramme
Glycérine	15 grammes

Se rincer la bouche, se gargariser avec de l'eau oxygénée à 1 p. 100.

Par ces moyens, on pourrait faire disparaître les méningocoques en quatre jours du rhino-pharynx des porteurs de germes.

Un cas d'albuminurie d'origine génitale

Il s'agit d'un jeune enseigne de vaisseau de 20 ans, qui, un an et demi après une blennorrhagie ne s'étant jamais bien guérie, compliquée de prostatite et de spermato-cystite avec spermatorrhée, présente une albuminurie de 3 grammes, parfaitement bien supportée et ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'insuffisance rénale. Cette albuminurie qu'on aurait pu croire d'origine rénale, était en réalité d'origine génitale, ce qui a été prouvé par la constatation plus grande d'albumine après défécation, après massage de la prostate et par la présence d'une quantité considérable de spermatozoïdes dans l'urine.

Ces albuminuries d'origine génitale sont ordinairement peu importantes (de 10 centigrammes à 1 gramme en moyenne), elles sont souvent confondues avec les albuminuries orthostatiques, physiologiques ou cycliques intermittentes, nerveuses fonctionnelles ou neurasthéniques, digestives, pré-tuberculeuses, phosphaturiques, etc. La seule façon de les reconnaître est de faire le cathétérisme de l'urètre et l'examen microscopique des urines.

Leur pronostic est excellent et ne saurait être une cause de refus d'assurance sur la vie. Leur traitement consiste, à l'exclusion du régime lacté et déchloruré qu'on doit réserver aux albuminuries d'origine rénale, dans un régime fortifiant et tonique (bains de mer), une bonne hygiène génitale et le traitement des lésions locales.

NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. L. EBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

LES ALCAALINS DANS L'HYPERCHLORHYDRIE.

Dans les cas d'hyperchlorhydrie, les alcalins doivent être administrés dès qu'apparaissent les phénomènes précurseurs de la douleur : renvois, aigreurs, pyrosis, crampes d'estomac (A. Robin). Mieux vaut peut-être encore ne pas attendre le début des accidents. Le bicarbonate de soude exerce une action chimique neutralisante des acides stomacaux, mais en plus, il produit une action excito-motrice, par le gaz carbonique qu'il dégage. Ce dernier effet a pour résultat de distendre dans une certaine mesure l'estomac et d'ouvrir le pylore, d'où évacuation plus rapide du contenu stomacal (Soupault, *TH. de Binet, Paris, 1905*).

Il est donc indiqué de prescrire le bicarbonate à petites doses, régulièrement espacées, dans tout le cours de la journée, sans s'occuper de l'heure des repas. Dans l'hyperchlorhydrie, l'estomac se vide mal; des doses fréquentes de bicarbonate ont pour effet d'assurer l'évacuation de l'estomac: le médicament sera pris de deux en deux heures, de 8 heures du matin à 8 heures du soir. L'hygiène alimentaire sera rigoureusement observée; régime lacté au cours des grandes douleurs, et ensuite, au bout de quelques jours, purées et œufs. La prescription fréquente du bicarbonate semble autoriser une reprise des aliments plus rapide.

M. Soupault prescrit: Bicarbonate de soude, 0 gr. 50 Craie préparée, 0 gr. 50 Sous-nitrate de bismuth, 0 gr. 50 Magnésie calcinée, 0 gr. 50.

A prendre par fortes pincées, ou cuillerées à café, toutes les deux ou trois heures.

M. Limossier ordonne: Bicarbonate de soude, 20 gr. Magnésie calcinée, 5 grammes Sous nitrate de Bismuth 2 grammes, une pincée sur la pointe d'un couteau.

La formule suivante est de M. Huchard (*Consult. Méd. 3e édit.*): Bicarbonate de soude, 60 grammes Phosphate neutre de soude, 30 grammes Craie préparée, 10 gr. deux heures après les repas, une cuillerée dans un peu d'eau.

Kialhane (de Vienne) formule: Bicarbonate de soude, 40 grammes Magnésie calcinée, 40 grammes à prendre de même.

Dans l'hyperchlorhydrie, l'élément spasmodique du pylore joue un rôle. Pour obvier à cette complication, on ajoute aux poudres précédentes de la belladone ou de la codéine: Lactose, 7 gr. 50. Magnésie calcinée, 2 gr. 50. Sous-nitrate de bismuth, 2 gr. 50. Craie préparée, 3 gr. Codéine, 0 gr. 05 à 0 gr. 10. Bicarbonate de soude, 6 gr. P. 10 paquets. (A. ROBIN.)

M. A. Robin prescrit un paquet au moment des douleurs.

Nous avons vu que la conduite de M. Soupault n'est pas d'attendre la douleur et de faire prendre la dose par intervalles réguliers dans le courant du jour: Bicarbonate de soude, 0 gr. 25. Craie préparée ou Magnésie calcinée, 0 gr. 25. Poudre de belladone, 0 gr. 02. pour 1 paquet.

M. Binot (*loc. cit.*), recommande un de ces paquets de deux en deux heures ou de trois en trois heures de 8 heures du matin à 8 heures du soir. On commence par les prises répétées toutes les deux heures, puis on élargit peu à peu les intervalles. Si la constipation est forte, on prescrira plutôt la magnésie associée à ces cathots. Existe-t-il de la diarrhée? On recourra plutôt à la craie préparée.

La prescription fréquente et systématique des paquets de poudres absorbantes semble supérieure à la méthode qui conseille d'attendre les premiers signes avortisseurs de la crise douloureuse. (*Jnal. des Prat.*)

+

LA MEDICATION ACIDE

La médication acide réussit dans les cas de langue blanche, avec bouche pâteuse, ou encore de troubles diarrhéiques. Elle est en général contre-indiquée dans les phénomènes douloureux qu'elle exagère volontiers; quand on l'emploie, mieux vaut ne pas administrer de lait dans le repas qui suit l'ingestion du remède.

L'acide chlorhydrique est le plus usité en thérapeutique gastrique; Coulaud emploie les acides sulfurique et nitrique.

On administre l'acide chlorhydrique soit avant, soit après les repas, pour exciter la fonction sécrétoire de l'estomac ou suppléer à l'insuffisance de l'acidité gastrique.

Soupault (*Traité des Malad. de l'Estomac, 1905*), recommande diverses formules.

L'acide chlorhydrique officinal est une solution contenant 34 p. 100 d'acide pur; il est prescrit à la dose de V à XX gouttes par jour, dans un verre d'eau, pure ou sucrée, ou mélangée d'un peu de jus de citron, ou additionnée d'un demi-blanc d'œuf battu, pour diminuer l'acreté de la sécrétion.

On peut encore user des mélanges:

Acide chlorhydrique, 2 grammes

Sirop simple, 200 grammes

Alcoolature de citron, 2 grammes.

M. Une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau, une demi-heure après les repas.

Acide chlorhydrique officinal, 2 grammes

Eau distillée, 150 grammes.

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau sucrée, une demi-heure après les repas.

Chaque cuillerée à soupe contient environ IV gouttes d'acide chlorhydrique :

Acide chlorhydrique pur, 6 à 8 grammes

Sirop de limons, 200 grammes.

Eau distillée, 800 grammes.

Un verre à madère dans le cours du repas, contre l'hy-pochlorhydrie avec diarrhée.

Rappelons les formules complexes de Coutaret, où entrent les acides sulfuriques et nitrique :

Acide sulfurique pur, 2 gr. 40

Acide nitrique pur, 0 gr. 80.

Alcool à 80 degrés, 18 grammes.

Laissez en contact pendant quarante-huit heures, puis ajoutez :

Sirop de limons, 100 grammes

Eau de fontaine, 150 grammes.

Une cuillerée à soupe après les repas dans un demi-verre d'eau.

Acide nitrique pur, 3 grammes

Acide chlorhydrique pur, 4 grammes.

Alcool à 80 degrés, 12 grammes

Eau distillée, 16 grammes.

M. et ne buchez que deux heures après avoir fait le mélange, X à XX gouttes dans un peu d'eau, après les repas.

Acide sulfurique pur, 1 gr. 40

Acide nitrique pur, 0 gr. 40.

Alcool de vin à 80 degrés, 12 grammes.

Laissez en contact deux jours, puis ajoutez :

Elixir pavorique, 8 grammes.

Elixir de Garus, 80 grammes.

Eau de menthe, 80 grammes

Sirop d'éther, 80 grammes.

Cette potion réussit très bien contre le météorisme. On en donne, au moment du ballonnement, une cuillerée à soupe dans un peu d'eau.



TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE AIGUE

Dans l'otite moyenne, l'infection primitive se fait par les trompes d'Eustache, mais ce n'est pas là l'infection dangereuse. Le danger ne semble survenir, en effet, que plus tard, quand l'oreille moyenne communique avec le conduit auditif par une perforation du tympan, quand les éléments d'infection secondaire se multiplient et pullulent dans le pus auriculaire, et viennent ainsi renforcer la virulence des premiers éléments pathogènes.

M. Henri Châtelier (*Archives de médecine des Enfants*) base sur ces données un nouveau traitement de l'otite moyenne aigue.

1o. *Soins avant la perforation.* — Dès qu'une otite est soupçonnée par les phénomènes fonctionnels, il faut procéder à la toilette du conduit auditif et des régions voisines. Couché le malade sur le côté sain, asperger d'alcool à 90

degrés du commerce toute la région, en prenant garde qu'il en coule dans l'oreille, puis procéder au nettoyage attentif et méticuleux du pavillon, de l'apophyse mastoïde et des régions voisines, avec des tampons de coton hydrophile imbibés d'alcool.

Puis remplir d'alcool le conduit et le fermer avec une bouteille d'ouate; c'est là un temps très douloureux du traitement. Après avoir mis une couche d'ouate pour soutenir le pavillon, on recouvre celui-ci d'une plaque de coton de 10 centimètres carrés au moins et on fixe le tout au moyen d'un bandage. Le pansement, avec nouveau nettoyage et nouveau bain d'alcool, sera changé toutes les six heures environ.

Il est nécessaire de nettoyer autant que possible l'intérieur du conduit à l'aide d'un stylet et armé d'ouate.

Les précautions aseptiques doivent être irréprochables. Nettoyage

2o. *Paracentèse.* — Si la paracentèse s'impose, les précautions aseptiques doivent être irréprochables. Nettoyage des mains de l'opérateur à la brosse, au savon et à l'alcool, nettoyage minutieux du conduit auditif et des régions environnantes. La paracentèse se fait suivant la technique ordinaire, puis le liquide issu de la caisse sera épongé soigneusement avec du coton hydrophile et le conduit sera complètement vidé.

3o. *Pansement après la paracentèse.* — Une mèche de gaze est appliquée exactement sur la perforation et tient lieu de drain. La longueur doit être suffisante pour déborder à l'extérieur l'orifice du conduit auditif et faire un tout absorbant avec le reste du pansement. Une compresse de gaze chiffonnée est appliquée sur le pavillon. Si l'otite s'est ouverte avant votre arrivée, imbibez légèrement d'alcool la mèche et la compresse de gaze et laissez les parties malades dans ce bain d'alcool pendant plusieurs heures avant d'appliquer le pansement sec. Un peu de coton hydrophile est placé en arrière du pavillon pour le soutenir. Une large laque d'ouate également hydrophile recouvre la région. Tout le pansement est fixé soit au moyen d'un bandage approprié, soit avec une bande.

4o. *Pansements ultérieurs.* — Le pansement doit être renouvelé; on observera toujours les règles de l'asepsie la plus rigoureuse et aussi souvent qu'il sera nécessaire, une ou deux fois par jour. Quand on aura enlevé les pièces du pansement, il faudra procéder au nettoyage du conduit auditif, enlever méticuleusement l'exsudat, tout particulièrement au voisinage de la perforation.

Avec un tel traitement, les otites moyennes aiguës, même les plus violentes, ne tardent pas à se calmer, la suppuration se tarit et la perforation tympanique se cicatrise. Le traitement ne présente qu'un inconvénient, c'est d'être douloureux: seulement il offre l'avantage de mettre à l'abri des suppurations longues et des grandes complications inflammatoires des otites.

