

LES EXPERIENCES CLINIQUES⁽¹⁾

par le professeur **Ch. ACHARD**, de Paris.

C'est un honneur toujours très grand mais parfois périlleux pour un professeur que d'être invité à prendre la parole dans une université étrangère. Mais quand la leçon s'adresse à des auditeurs aussi peu étrangers que le sont les Canadiens pour un Français, l'honneur se double d'une joie sans mélange. Aussi ne saurais-je trop remercier Mgr. le Recteur de l'Université Laval et M. le Doyen de la Faculté de Médecine de m'avoir procuré ce plaisir, et vous, MM. les Professeurs, de bien vouloir, en vous joignant aux élèves, me prêter l'attention d'un auditoire d'élite.

Pour inaugurer l'enseignement de cette année scolaire, il m'a paru que la meilleure introduction serait de vous parler des progrès réalisés depuis quelque temps dans l'examen des malades, grâce aux incessantes acquisitions de la science. La question est ici d'autant plus actuelle que la préoccupation présente de tous les maîtres dans vos universités de langue française est précisément de développer le culte des recherches scientifiques, source véritable du progrès dans l'art de guérir.

Considérez les admirables découvertes dont la médecine a bénéficié depuis trois quarts de siècle. La physiologie, grâce à Claude Bernard, a donné l'explication de nombreux troubles pathologiques et la microbiologie, grâce à Pasteur, a dévoilé les causes de beaucoup de maladies, en même temps qu'elle apportait de nouveaux moyens de les reconnaître et de les combattre. C'est de l'expérimentation que sont principalement sortis les progrès de la clinique, et cette expérimentation, d'abord limitée aux animaux de laboratoire, s'est adaptée peu à peu à l'homme au point de pouvoir être transposée dans les salles d'hôpital. C'est précisément ce que je me propose de vous exposer en vous entretenant des expériences cliniques.

Voilà deux mots qui semblent jurer l'un avec l'autre. Le mot expérience, qu'il suffit de prononcer pour mettre en émoi les antivivisecteurs, éveille communément dans le public l'idée de pauvres bêtes auxquelles on inflige de cruelles tortures, ou pour le moins il suggère l'idée de recherches délicates, faites dans un laboratoire avec tout un attirail d'instruments compliqués. D'autre part, le mot clinique par son étymologie même, évoque le tableau de lits de malades, auprès desquels s'empresse un personnel médical dont le dévouement et la pitié sont les devoirs fondamentaux. Expérimenter sur cette humanité souffrante comme *in anima vili* n'est-il pas criminel, et la seule idée n'en est-elle pas coupable ?

(1)—Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 12 septembre, 1922.

Cette opinion trop accréditée parmi les profanes n'est pourtant pas difficile à réfuter et l'on peut sans peine montrer combien les mots sont trompeurs.

Sans doute, on a fait parfois sur l'homme des expériences dangereuses. Encore importe-t-il pour les juger équitablement d'établir des distinctions, car ces expériences ont été faites dans des circonstances très différentes.

Il y a d'abord les expériences coupables. Quand un médecin de Spire, connu sous le nom de "l'Anonyme du Palatinat", s'avisait d'inoculer la syphilis à ses concitoyens pour en étudier les effets et la contagiosité, l'hypocrisie de son anonymat impliquait l'aveu de sa faute et pouvait même passer pour une sorte d'hommage rendu à ce qui lui faisait tristement défaut : l'honnêteté professionnelle, qui doit être la règle élémentaire de tout acte médical. Il n'en allait pas autrement non plus quand un chirurgien, que les scrupules n'embarrassaient guère, cachait pareillement sous le voile de l'anonymat les recherches de greffe du cancer qu'il faisait communiquer à l'Académie de médecine où elles soulevaient la réprobation de l'assemblée. Et Stickler, qui n'avait pas craint d'inoculer à des enfants sains le mucus recueilli dans la gorge de scarlatineux, n'avait pas osé publier ses recherches, qui ne furent connues qu'après sa mort.

Tout autres sont, du point de vue de la moralité, des expériences que de nombreux chercheurs ont faites sur eux-mêmes. Combien de médecins n'ont-ils pas essayé sur leur propre personne des médications nouvelles ! Certains, souvent plus courageux, il est vrai, que scientifiquement bien inspirés, se sont inoculé la tuberculose, la syphilis. Peter s'était badigeonné la gorge, sans succès d'ailleurs, avec des fausses membranes diphtériques. D'autres, — et ceci n'est pas sans soulever un troublant problème de conscience, — ont étendu, par la force de la persuasion ou de l'affection, les risques de l'expérience à leur entourage en les faisant accepter à leur famille ou à leurs élèves. C'est ainsi que Patrick Manson fit piquer son propre fils par des moustiques provenant de régions palustres et qui renfermaient le parasite de la malaria ; c'était renouveler sous une forme scientifique le sacrifice d'Abraham, et fort heureusement les suites n'en furent pas plus fâcheuses pour la victime désignée.

Mais toutes ces expériences, quel qu'en soit le mobile, qu'elles appellent la réprobation ou qu'elles soient dignes de l'hommage dû au courage heureux ou malheureux, sont dangereuses et par là-même restent l'exception.

Au contraire, il est des expériences qu'on peut faire en très grand nombre sur les malades d'une façon pour ainsi dire courante. Non seule-

ment, on peut les faire, mais souvent on doit les faire dans l'intérêt même des patients. Ce sont elles que je désire envisager dans ces quelques lignes.

Beaucoup sont des plus simples et, sans qu'ils s'en doutent presque, tous les praticiens les font. On peut dire qu'elles ont toujours été faites, depuis qu'il y a des médecins et qui savent observer, car la méthode expérimentale ne date pas d'hier, et si Claude Bernard a su mieux que personne la définir et la développer pour le plus grand bien de la physiologie, elle fait partie intégrante du mécanisme de la pensée humaine.

L'expérience, comme l'a définie Cl. Bernard, est une observation provoquée, suivant un déterminisme fixé d'avance. Or, si l'observateur du fait expérimental est le maître des conditions dans lesquelles se produit ce fait, il a pour premier devoir, quand il opère sur un malade, de choisir ces conditions de manière à ne lui causer aucun dommage. L'obligation est d'autant plus impérieuse que la personne humaine, dans l'état de maladie qui la rend plus fragile, est doublement sacrée pour le médecin.

Une seconde condition nécessaire est que l'expérience soit utile, non pas seulement qu'elle ait une utilité scientifique, mais qu'elle ait encore une utilité pour le diagnostic ou pour le traitement.

Une autre condition très désirable est la simplicité de l'expérience, car dans la pratique, où l'on opère le plus souvent au lit du malade, on ne peut guère user d'appareils compliqués ni de techniques très délicates.

Il importe aussi que l'expérience soit de nature à donner des résultats nets, et que ces résultats aient pour le clinicien une signification précise et ne fournissent pas des solutions douteuses.

Certes, aux conditions qu'on exige d'une bonne expérience clinique, on pourrait croire que bien peu soient dignes de passer dans la pratique. Il n'en est rien pourtant, et il n'est guère d'organe ou de fonction qui ne soit exploré par le clinicien à l'aide de procédés expérimentaux.

Un premier groupe d'expériences cliniques comprend celles qui ont pour objet de provoquer des réactions nerveuses.

Le type en est la simple recherche des réflexes. Une excitation périphérique, centripète, met en jeu la réaction des centres nerveux qui se manifeste par une incitation centrifuge; c'est le type de l'expérience physiologique. Or, il s'agit d'investigations inoffensives, aisées, nettes dans leur résultat et précises dans leur signification, qui réunissent par conséquent toutes les conditions requises. Aussi les a-t-on variées presque à l'infini, et les renseignements qu'elles donnent sont des plus précieux pour la localisation clinique des troubles du système nerveux. Est-il rien de plus simple et de plus inoffensif que la recherche des réflexes tendineux, rotulien et autres, journellement pratiquée? Et aux réflexes tendineux déjà nom-

breux, s'ajoutent les réflexes cutané, abdominal, crémastérien, phénomène de Babinski, les réflexes pilo-moteurs, vaso-moteurs, le dermatographisme, la raie méningitique, la raie blanche d'hypotension, les réflexes sécrétoires, le réflexe oculo-cardiaques, etc.

Les mouvements d'automatisme médullaire, les syncinésies provoquées se rattachent à ces réflexes.

Un autre type d'expérience clinique sur le système nerveux consiste en des épreuves médicamenteuses : on recherche, par exemple, l'action d'un médicament sur certains organes nerveux ; l'action de l'atropine sur le pneumogastrique, qu'elle paralyse, en vue de déterminer si une bradycardie dépend du système nerveux ou du faisceau de His ; on recherche l'action de collyres médicamenteux à l'atropine et la cocaïne ou à la pilocarpine pour déceler les inégalités pupillaires latentes et en préciser le mécanisme.

La mesure du temps de réaction psychique est une expérience destinée à donner une idée d'une certaine forme de l'activité cérébrale. Sans instruments spéciaux, on recherche, par une série d'épreuves d'interrogation, de lecture, d'écriture, les différentes variétés de l'aphasie.

L'acuité sensorielle, notamment pour la vue et l'ouïe, se mesure par des épreuves très précises qui sont d'un grand intérêt pratique pour la sélection des employés de chemins de fer, des aviateurs.

Imposer un travail déterminé au système nerveux et en observer les effets est encore une expérience clinique souvent très facile et fort instructive ; on décèle ainsi les tremblements dits intentionnels et en première ligne le tremblement si caractéristique de la sclérose en plaques. L'ataxie, la dysmétrie, l'adiadococinésie sont aussi des troubles qu'une expérience des plus simples met en évidence.

A l'aide de l'ergographe, on mesure, par l'épuisement du muscle, la valeur de travail musculaire. L'électro-diagnostic donne des indications sur l'état du muscle et des nerfs moteurs.

La circulation se prête aussi à diverses explorations expérimentales. Le pléthysmographe, le sphygmographe sont d'un usage restreint, mais il n'en est pas de même des sphygmomanomètres qui jouissent aujourd'hui d'une faveur que peu d'instruments cliniques ont connue. Les électro-cardiogrammes, les phlébogrammes, en raison des appareils qu'ils nécessitent, ne sont pas accessibles à tout praticien. Mais la recherche du pouls capillaire, l'épreuve du bain chaud et des modifications qui en résultent dans la pression artérielle, les ecchymoses provoquées par une gêne circulatoire et qui constituent le signe du lacet, sont autant de moyens fort simples de démontrer certains troubles de la circulation.

Comme l'innervation, la circulation se prête aisément à des épreuves médicamenteuses : l'action de diverses substances sur la fréquence du pouls, la tension artérielle est utilisée en clinique.

L'albuminurie orthostatique est un exemple des troubles qu'on peut provoquer dans le jeu d'un organe en y déterminant une modification circulatoire.

La résistance du coeur à l'effort est mesurée par des épreuves des plus simples qui permettent d'apprécier le degré et la durée des troubles apportés par cet effort à la fréquence du pouls et à la tension artérielle.

La respiration et la digestion s'accomplissent à l'aide de réactions mécaniques et de réactions chimiques : les unes et les autres sont explorées en clinique.

Le mécanisme respiratoire peut être étudié par la sthétographie et la pneumographie, fort peu employées parce que la simple vue suffit à donner des renseignements fort appréciables sur le rythme et l'amplitude des mouvements respiratoires du thorax. La spirométrie, qui permet de déterminer la capacité respiratoire et la ventilation pulmonaire, est déjà d'un usage moins exceptionnel.

Le mécanisme digestif est apprécié par la rapidité plus ou moins grande de la traversée digestive. On peut par l'aspiration gastrique se rendre compte du séjour dans l'estomac, et, par l'artifice des selles colorées, évaluer le temps de passage des matières alimentaires dans le tube digestif.

Mais c'est surtout l'examen radiologique qui fournit aujourd'hui les indications les plus précises sur les troubles mécaniques de l'appareil respiratoire et du tube digestif. Il montre le jeu du diaphragme, la perméabilité du parenchyme pulmonaire à l'air, en même temps qu'il fait souvent apercevoir les lésions qui engendrent ces troubles. Combiné à l'introduction de substances radio-opaques, par la bouche ou le rectum, il montre l'état de perméabilité, de contractilité des divers segments du canal alimentaire. Inversement, l'éclaircissement des ombres radiologiques par l'insufflation gazeuse est un autre procédé expérimental qui peut être utilisé avec fruit pour la recherche des lésions.

Le chimisme respiratoire, naguère très difficile à étudier chez l'homme, est devenu accessible au clinicien à l'aide des masques de guerre qui permettent la récolte des gaz expirés. L'intensité des échanges respiratoires peut être diminuée en cas de troubles importants de l'appareil respiratoire ; en leur absence, elle traduit assez bien l'intensité des combustions intimes. Le degré de concentration de l'acide carbonique dans l'air alvéolaire fournit un moyen d'évaluer l'alcalinité du sang artériel et de mesurer l'acidose.

Le chimisme digestif est exploré de façon diverses. On peut extraire le suc gastrique et même le suc duodénal par le cathétérisme et faire avec eux des digestions artificielles, mesurer leur réaction, la puissance de leurs ferments. On peut faire ingérer des aliments déterminés et rechercher dans le contenu gastrique évacué par la sonde ou dans les matières fécales l'état d'avancement de leur digestion. Une partie des épreuves de cette sorte s'adresse à l'exploration de la sécrétion pancréatique. L'examen microscopique des selles pour la recherche des fibres musculaires et des noyaux de cellules thymiques ingérées, l'élimination par l'urine de substances ingérées après inclusion dans le gluten, font apprécier le pouvoir tryptique du pancréas.

Le foie se prête à de multiples expériences. L'une des plus connues et des plus anciennes, qui a servi de type à beaucoup d'autres, est l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Elle avait pour objet de montrer la valeur de la fonction glycogénique du foie, c'est-à-dire du pouvoir que possède cet organe de fixer le glucose à l'état de glycogène. En réalité, comme je l'ai fait voir avec J. Castaigne, elle explore aussi beaucoup d'autres fonctions, car le résultat final de cette épreuve d'ingestion de sucre, à savoir : l'élimination du sucre non utilisé, autrement dit la glycosurie, dépend tout d'abord de l'absorption intestinale, puis de la glycogénie hépatique, puis de l'aptitude glycolytique des tissus, enfin de la perméabilité des reins. Or, dans ce cycle à multiples étapes, c'est l'étape des tissus qui a le plus d'influence sur le terme final. Il en est de même, d'ailleurs, pour les épreuves semblables, faites avec d'autres sucres assimilables, lévulose et galactose, préconisées par quelques auteurs allemands.

Cet exemple montre les difficultés que peut rencontrer le clinicien expérimentateur pour explorer la valeur fonctionnelle d'organes trop indirectement accessibles, et combien il doit apporter de prudence pour interpréter les résultats de ses investigations.

Parmi d'autres épreuves destinées à évaluer l'insuffisance hépatique, l'ammoniurie provoquée, la mesure de l'azote résiduel, l'amino-acidurie provoquée par l'ingestion de peptones, sont passibles, au moins en partie, des mêmes objections. Les plus récentes, la glycuronurie provoquée, les réactions sanguines du choc après l'ingestion de corps générateurs de dérivés incomplètement dégradés des protéiques, ne paraissent pas non plus tout à fait exemptes de réserves en tant que réactifs sûrs et exclusifs de l'état du foie.

Le rein est peut-être l'organe dont l'exploration fonctionnelle est aujourd'hui la mieux connue. On peut préciser chez certains malades, sans aucun artifice, son pouvoir concentrateur de l'urée, en dosant simplement

le taux qu'elle atteint dans l'urine, lorsque l'oligurie est extrême et que le rein élimine alors l'urée à sa concentration maxima. Si l'oligurie n'existe pas spontanément, on peut la produire en même temps qu'on augmente la formation de l'urée dans l'organisme, en soumettant le malade à un régime pauvre en eau et riche en protéines. Mais on peut surtout, sans imposer aucun régime, apprécier le pouvoir concentrateur en comparant la concentration de l'urée dans l'urine éliminée pendant un temps donné à sa concentration dans le sang, ce qui fournit les éléments du calcul de la constante uréo-sécrétoire.

Une autre épreuve d'exploration fonctionnelle est celle de l'élimination provoquée; elle consiste à introduire dans l'organisme une substance étrangère qui passe telle quelle dans l'urine et à rechercher le cycle de son élimination urinaire, c'est-à-dire le moment de son apparition et de sa disparition et la quantité qui s'en élimine. Pareille épreuve peut se faire aussi avec des substances normales de l'urine, telles que l'urée, mais alors sous la condition que le sujet est soumis à un régime fixe.

On oppose parfois les unes aux autres ces deux sortes d'épreuves: le plus souvent, elles donnent des résultats parallèles; mais leur signification n'est pas tout à fait la même. Les premières indiquent la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal; les secondes indiquent la valeur de la dépuraction urinaire, c'est-à-dire l'aptitude de l'organisme à se débarrasser par l'urine des substances de déchet. Or, cette dépuraction ne dépend pas seulement du parenchyme rénal...mais aussi de l'état de la circulation rénale. En d'autres termes, à cet acte fonctionnel participent plusieurs organes, le rein d'une part, le coeur et les vaisseaux de l'autre; c'est un complexe fonctionnel. Et l'on conçoit que les chirurgiens qui recherchent surtout l'état du parenchyme rénal, donnent généralement la préférence aux épreuves qui se limitent à son exploration.

D'un point de vue général, on peut dire que l'étude de la dépuraction urinaire correspond à l'un des aspects du problème complexe des échanges organiques et que celle du pouvoir concentrateur du rein correspond au problème particulier de la membrane perméable. Les échanges, en effet, dépendent de trois conditions, dont l'une est l'état de la membrane perméable, et les deux autres sont inhérentes aux liquides entre lesquels se fait le passage qui constitue l'échange; ces deux conditions humorales sont la concentration de la substance considérée et le renouvellement des liquides que sépare la membrane. Dans le cas particulier du rein, l'urine ne séjournant presque pas dans les tubes contournés, sauf le cas de rétention par obstacle, le passage dépend presque exclusivement de l'état de sang et de l'état de la paroi tubulaire.

Il est rare qu'on puisse, par des expériences cliniques, aborder comme pour le rein le problème de la membrane. On l'a fait, mais avec moins de précision, pour les séreuses, en recherchant le passage dans les deux sens de substances étrangères et l'on a pu de la sorte se faire une idée des modifications apportées par les lésions à la perméabilité de ces membranes.

Par contre, le problème des liquides a fait l'objet de maintes études. Les expériences cliniques faites à ce sujet ont permis de reconnaître les rétentions de substances diverses que produit dans l'organisme la maladie et la façon dont elles prennent fin par les débâcles critiques. Elles ont mis en lumière les phénomènes régulateurs qui interviennent, même dans l'état morbide, pour rétablir l'équilibre humoral. Elles ont, en accroissant nos connaissances sur les rétentions hydro-chlorurées et azotées, éclairé la pathogénie du syndrome hydropigène et de l'urémie. Elles ont fourni à la thérapeutique de ces états morbides des éléments de grande valeur pratique.

La nutrition, qui résulte des échanges dont sont l'objet les matières circulant dans l'organisme, est l'un des domaines préférés de la clinique expérimentale.

Parmi les expériences les plus récemment introduites dans l'exploration de la nutrition, est la mesure de ce qu'on appelle le métabolisme basal ou dépense de fond, c'est-à-dire la qualité de chaleur produite par un sujet qui réduit son activité nutritive au minimum indispensable pour assurer le jeu des organes essentiels, et qui, par conséquent, est à jeun et au repos. Très en vogue en Amérique, cette recherche qui, pour être précise, comporte une technique délicate, ne paraît pas apporter à la clinique des données bien supérieures à la recherche plus simple des échanges respiratoires, plus directement applicable, sans introduction de formules approximatives dans le calcul des résultats.

L'étude des bilans nutritifs a donné lieu à d'innombrables travaux, quoique, à vrai dire, elle soit malaisément applicable avec rigueur à la maladie. Mais il est moins difficile d'établir des bilans partiels et de rechercher le sort de certaines substances élémentaires introduites en surcroît dans l'organisme malade.

L'utilisation du glycose a fourni le thème de très nombreux travaux et la question a fait un sérieux progrès depuis qu'on ne se borne plus à prêter attention à la glycosurie, conséquence éventuelle d'un trouble de la régulation du glycose, mais qu'on recherche l'utilisation du sucre soit par l'hyperglycémie provoquée, soit par l'exhalation carbonique consécutive à son introduction dans l'organisme. L'accroissement excessif de la glycémie après l'absorption d'une certaine quantité de sucre, s'il indique bien un

trouble de la régulation du sucre, ne fait pas toutefois la distinction entre le défaut de la mise en réserve à l'état de glycogène et le défaut de sa combustion. Cette combustion, par contre, est mise en évidence par la recherche de l'acide carbonique qui en résulte et dont le taux monte dans l'air expiré aussitôt après l'introduction d'une quantité même peu considérable de sucre, quand la glycolyse est normale. A l'aide de ces expériences cliniques, on peut s'assurer de l'existence de ce trouble particulier de la nutrition, l'insuffisance glycolytique, non pas seulement dans le diabète, mais dans une série d'états pathologiques où manque la glycosurie.

Une autre catégorie d'expériences cliniques comprend celles qui provoquent une réaction de l'organisme après introduction de substances inassimilables. Il en est parmi ces substances qui produisent des réactions de choc, en amenant un déséquilibre des plasmes, en particulier des colloïdes plasmatiques. Il en est d'autres qui agissent à la façon d'un antigène, avec un caractère de spécificité dans la réaction; les tuberculino-réactions attestent l'existence de foyers infectieux; inversement la diphtérino-réaction indique l'aptitude à contracter l'infection.

On a cherché dans les produits des glandes endocrines, des substances propres à révéler par leur introduction expérimentale dans un organisme malade la valeur fonctionnelle des organes correspondants. Cette sorte d'opodiagnostic, si ce n'est peut-être en ce qui concerne le corps thyroïde, reste bien sujet à caution, parce que l'imperfection de nos connaissances sur la physiologie de ces glandes et sur la nature de leurs principes actifs nous conduit à des interprétations trop peu sûres.

Toute l'expérimentation clinique ne se fait pas en prenant le malade pour sujet de réaction: de nombreuses expériences se font en dehors de lui, mais avec des produits recueillis dans son organisme, soit *in vivo* sur un autre homme ou le plus souvent sur un animal, soit *in vitro*. Beaucoup de recherches expérimentales se font ainsi avec les humeurs ou les tissus malades qu'on soumet à des analyses chimiques, à des examens microscopiques, à des inoculations, à des réactions d'antigènes.

Certaines pratiques de traitement sont aussi des expériences. En vertu du vieil adage qui veut que la nature des maladies soit démontrée par leur guérison, un traitement d'épreuve est mis en oeuvre pour reconnaître la syphilis, le paludisme, la dysentérie amibienne ou bacillaire. De même la sérothérapie, avant le diagnostic bactériologique ou à son défaut, vérifie la nature d'une angine diphtérique ou d'une méningite cérébro-spinale.

L'expérimentation, d'ailleurs, intervient de plus d'une façon dans la thérapeutique, car souvent elle la guide. C'est par des essais de régime, qui sont autant d'expériences, qu'on détermine le meilleur traitement diététique

qui convient à tel diabétique, tel obèse, tel goutteux. C'est encore par des essais médicamenteux que souvent le praticien arrive à trouver la meilleure formule de traitement applicable à chaque malade.

Comme on en peut juger par le tableau que je viens d'esquisser, l'examen et le traitement d'un malade ne sont guère qu'une suite d'expériences, et plus avance la médecine, plus le médecin s'accoutume, comme on le dit depuis Claude-Bernard, à penser et agir physiologiquement. Point n'est toujours besoin pour cela d'instruments délicats ni d'apprentissage laborieux, car l'expérimentation consiste plus encore dans la méthode que dans la technique. C'est justement la gloire de Claude-Bernard d'avoir non seulement enrichi la physiologie et par suite la pathologie d'une magnifique moisson de faits nouveaux, mais aussi d'avoir enseigné aux médecins une méthode de travail et de jugement : discipline de pensée, plus féconde et plus durable encore que les faits établis par ses découvertes géniales.

Ainsi la pathologie expérimentale a-t-elle engendré comme application immédiate la clinique expérimentale, dont le champ va sans cesse grandissant. A voir, par le rapide coup d'oeil que nous venons de jeter sur son domaine, combien sont variés les procédés dont elle dispose déjà, l'on peut être assuré de son développement futur et des bienfaits qu'elle procurera.

Si l'on veut bien mettre en balance les petits inconvénients que certaines expériences cliniques font subir aux malades avec les avantages qu'on en peut tirer pour le diagnostic et le traitement, on ne peut vraiment souscrire à l'abstention de certains esprits ou timorés ou misonéistes qui, au nom du respect qu'ils proclament devoir à la personne humaine, se refusent à faire même la moindre prise de sang, la moindre ponction lombaire, la moindre biopsie, au risque de traiter l'objet de leur respect comme ces potentats sacrés que la crainte de toucher à leur personne auguste laissait mourir sans secours. On ne saurait opposer l'intérêt des malades à celui de la science. Le praticien n'a que faire d'une telle distinction ; il doit sans cesse accroître ses connaissances et les moyens d'action qu'elles lui procurent, car il doit à ses malades toute sa science pour être en règle avec sa conscience.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LITHIASÉ BILIAIRE.⁽¹⁾

par le **Dr Albert PAQUET**,
professeur de médecine opératoire.

La chirurgie des voies biliaires, de date encore récente, puisqu'elle commençait à peine il y a vingt ans, s'est considérablement développé et mise à point dans ces dernières années. La cholécystectomie, qui était l'opération de choix de presque tous les chirurgiens dans la lithiasé vésiculaire, a été reléguée au second rang, et on l'a remplacée par la cholécystectomie avec ou sans le drainage des voies biliaires essentielles. On a hésité longtemps, devant les indications opératoires, à enlever un organe qui devait jouer un rôle pour le moins utile sinon nécessaire à la vie; on craignait de voir apparaître des troubles fonctionnels du foie et une perturbation dans les phénomènes de la digestion; on se contentait alors de vider la vésicule et on la drainait en la fixant à la paroi.

Devant les nombreux accidents que présentait cette technique et la récurrence fréquente de la lithiasé, après avoir étudié et éclairci davantage la pathogénie de cette maladie, les chirurgiens ont reconnu la nécessité d'enlever le réservoir où stagnait une bile altérée dans sa composition, toujours susceptible de déposer au contact d'une muqueuse enflammée les sels qui la constituaient.

L'ablation de la vésicule biliaire n'entraîne aucun trouble important et son absence n'influe nullement sur les phénomènes de la digestion. Une suppléance s'établit aussitôt dans les voies intra et extra hépatiques et le flot de la bile devient comme auparavant intermittent, se déversant dans le duodénum au moment où le passage du bol alimentaire en fait l'appel. On a observé une dilatation du canal cholédoque qui se constitue rapidement après l'opération; et cette dilatation s'établit aussi sur les voies supérieures jusque dans le foie. C'est là que la bile séjourne et s'accumule; le courant qui la dirige vers l'intestin balaye en quelque sorte les parois de ces canaux, et cette condition nouvelle empêche la formation des concrétions et des calculs. On a observé bien rarement une récurrence de la lithiasé à la suite de cette opération et il n'est pas sûr, même dans les cas où des calculs ont été retrouvés, qu'ils n'y existaient pas antérieurement.

La cholécystectomie est une opération facile et de courte durée chez les sujets dont la paroi abdominale est mince, quand le foie est mobile ou

(1)—Communication faite à la Soc. Méd. de Québec, Octobre, 1922.

abaissé, et lorsque les adhérences, encore récentes, se laissent briser aisément; au contraire cette intervention peut être des plus laborieuses si la paroi abdominale est épaisse, chargée d'un panicule graisseux abondant et surtout si le foie est petit et fixe en haut de l'hypochondre. Le chirurgien travaille alors au fond d'un puits profond et étroit, encombré d'organes importants, très facilement exposés aux blessures, qui nuisent aux manœuvres et rendent le travail très difficile.

L'incision, quand il s'agit de cas simples, sera verticale ou oblique; pourvu qu'elle conduise sur la face inférieure du foie, elle donnera suffisamment d'espace et vous manœuvrerez à l'aise. Mais lorsqu'il s'agit d'une paroi épaisse avec un foie petit, rétracté et fixe sous le rebord costal il faut une incision qui donne un jour très large et c'est l'incision de Kehr en baionnette qui correspond le mieux à cette indication. Nous la modifions quelque peu suivant les sujets, soit en longueur, soit en courbure, mais c'est toujours elle qui nous a permis d'atteindre le plus facilement le fond de la fosse hépatique pour reconnaître les uns des autres les canaux et les disséquer avec avantage.

Ne jamais oublier de faire saillir la région hépatique par un coussin bien appliqué sous la région dorsale. Savoir attendre aussi que la résolution musculaire que doit produire une bonne anesthésie soit complète; autrement les anses intestinales, refoulées par le diaphragme et les muscles de la paroi antérieure vont causer un embarras extrême et parfois insurmontable.

On a discuté longtemps, et les opinions sont encore partagées, sur les avantages qu'il y a de séparer la vésicule du foie par la voie antéro-postérieure ou par la voie rétrograde. Nous n'hésitons pas à préconiser la voie rétrograde chaque fois qu'elle est possible. Elle nous permet de procéder en toute sûreté, sans crainte de léser le canal hépatique, le plus exposé à recevoir les blessures du chirurgien.

Aussitôt que les adhérences qui unissaient la vésicule au colon ou à l'estomac sont défaites et qu'un premier examen par la palpation de toute la région a permis de localiser les calculs, la dissection du canal cystique sera entreprise avec une longue pince à dissection en rabattant le péritoine qui le recouvre et en ramenant en haut et en avant le cul de sac inférieur de la vésicule qui masque très souvent les canaux. C'est à ce moment qu'il faut bien reconnaître l'un de l'autre le cystique et l'hépatique pour éviter la blessure de ce dernier. Récemment encore l'on discutait à Paris les diverses méthodes à employer pour réparer la blessure du canal hépatique, et plusieurs chirurgiens avouaient en pleine séance les erreurs et les accidents dont ils avaient été cause, en donnant les moyens de les réparer.

Il est bien peu de chirurgiens qui n'aient pas à se reprocher cet accident qu'une attention plus profonde et une technique mieux comprise auraient évité. Lorsque le canal est mis à nu et cela jusqu'à sa jonction avec le cholédoque, nous le ligaturons au ras de ce dernier en passant le fil au moyen d'une aiguille mousse. Le bout supérieur est pincé et la vésicule est alors détachée et ramenée facilement en la décollant graduellement avec les doigts et par des tractions de bas en haut. Il est généralement nécessaire de pincer l'artère cystique avant d'aller trop loin, mais il faut bien voir à ne comprendre dans les mors de la pince que l'artère elle-même. L'instrument, appliqué trop profondément, risquerait d'intéresser l'hépatique, souvent accolé à l'artère, et cheminant parallèlement au cystique sur une certaine étendue. Il est à propos de ménager le feuillet péritonéal qui recouvre la vésicule, car vous pourrez recouvrir ensuite la large surface cruentée que le décollement a fait apparaître sur le foie. Ce feuillet servira en outre à fixer une lanterne de gaze qui agira comme tampon pour contrôler le suintement de sang venant de cette surface.

Doyen, en France, avait préconisé il y a longtemps le décollement sous séreux de la vésicule ; de temps en temps d'autres chirurgiens découvrent et préconisent cette méthode. Il est facile dans la plupart des cas de conserver le feuillet péritonéal sur les bords de la plaie ; il vient ensuite de lui-même s'étaler sur elle et la recouvrir en grande partie.

Dans quelques cas, rares heureusement, le décollement n'est pas possible par cette voie, et il faut alors procéder d'avant en arrière. C'est lorsque la vésicule est profondément située, sclérosée et fixe au fond de la fosse ; on n'a pas d'accès sur sa partie inférieure et il serait dangereux de sectionner un canal que l'on ne voit pas et que la main seule peut explorer. L'hémorrhagie est toujours plus abondante car les branches de la cystique, se ramifiant dans la paroi vésiculaire, sont nécessairement lésées avant que la ligature de ce tronc artériel soit faite.

L'amorce au décollement est assez difficile car la vésicule adhère plus intimement dans sa partie antérieure et elle occupe à cet endroit une surface plus large. Il faudra éviter les tractions trop énergiques qui pourraient rompre les canaux dans une portion quelconque et souvent essentielle ; mais avec une attention soutenue et de la patience on finit par décoller jusqu'à la jonction du cystique au cholédoque où la ligature sera appliquée.

Lorsque des adhérences solides unissent la vésicule à l'intestin ou à l'estomac et qu'une séparation ne peut se faire sans ciseler aux ciseaux la paroi vésiculaire, il peut être préférable de laisser en place une portion de vésicule plutôt que de risquer la blessure du viscère intéressé. Les lésions inflammatoires dans ces cas ont tellement modifié la paroi du canal cystique que sa lumière est déjà obstruée et la bile n'y circule plus. On peut

sans inconvénient sérieux laisser là un moignon tout rétracté, fibreux, après l'avoir débarrassé de son contenu.

La ponction préalable de la vésicule doit être faite chaque fois qu'on la trouve distendue. En réduisant son volume on aborde la fosse sous hépatique avec plus de facilité et on évite un danger grave, celui d'inonder le champ opératoire avec un liquide septique par une rupture brusque que des manœuvres nécessairement forcées peuvent produire.

La lithiase exclusivement vésiculaire est de beaucoup la plus fréquente heureusement, mais elle peut intéresser aussi l'hépatique ou le cholédoque ou tous les canaux à la fois. L'exploration par le catétérisme devra être faite chaque fois qu'un doute existe sur cet état. On se sert alors d'une sonde très flexible à extrémité mousse pour ne pas blesser la muqueuse. La section du cystique servira de porte d'entrée à la sonde qui devra parcourir les canaux dans toute leur étendue. Il sera facile par des pressions digitales de ramener certains calculs et de les extraire par cette même voie. Mais souvent ce sont des amas de sable, plus ou moins durs ou compacts et il faut se servir d'une petite cuiller mousse pour aller chercher ces concrétions retenues parfois dans un diverticule de la paroi. L'ouverture directe des canaux est rendue nécessaire pour cette extraction.

Le décollement du duodénum nous permet d'atteindre le cholédoque dans sa portion pancréatique et duodénale.

Chaque fois qu'un état d'infection existe et se manifeste par des symptômes nettement définis le drainage direct du canal hépatique, tel que l'a préconisé Kehr il y a déjà longtemps doit être appliqué. La méthode est restée en usage depuis ce temps et on l'établit en introduisant dans le canal une sonde de Nélaton qui est maintenue par un point de catgut.

Le drainage de la fosse hépatique pour terminer doit être fait dans tous les cas avec un tube de moyenne grosseur et deux ou trois mèches de gaze mises en contact avec le moignon du canal sectionné et la surface cruentée du foie. Pour éviter les adhérences sous-hépatiques qui peuvent devenir gênantes, Gosset conseille, dans les cas simples, de mettre le drain sous la tente formée par la suture des lèvres péritonéales du lit de la vésicule. C'est le drainage sous séreux.

C'est là l'opération de choix, universellement employée de nos jours contre la lithiase vésiculaire. La suppression de la vésicule met le patient à l'abri des récidives et on doit la conseiller et l'entreprendre comme un traitement radical.

La cholécystostomie cependant trouve encore quelques indications chez les sujets extrêmement débilités ou en état depuis longtemps d'ictère eccentué. Elle peut se faire à l'anesthésie locale sans aucun danger ; on doit

la considérer comme le premier temps de la cure radicale. Après quelques semaines, au plus deux ou trois mois, lorsque l'ictère a disparu et que le malade a repris ses forces l'intervention se complète par l'ablation de la vésicule sous l'anesthésie générale qui sera cette fois supportée sans risque sérieux.

Le pronostic de cette opération, la cholécystectomie, ainsi comprise, et conduite suivant la technique que je viens de décrire, est extrêmement favorable. Il n'est peut-être pas encore aussi bénin que dans l'appendicectomie mais il s'en rapproche sûrement si l'on fait le choix des malades. C'est une opération de courte durée et qui est parfois des plus simples. Les cas qui nous ont paru les plus dangereux et qui assombrissent de beaucoup le pronostic sont ceux où la lithiasé existe dans les canaux. La nécessité d'ouvrir ces canaux et les manipulations laborieuses et longues que l'intervention comporte exposent fortement à l'infection du champ opératoire et la péritonite apparaît malheureusement trop souvent dans les suites. Chez les ictériques également le pronostic est sombre et pour cette raison il vaut mieux procéder en deux temps, et n'entreprendre la cholécystectomie que lorsque les lésions sont bien refroidies et l'ictère disparu.

L'opération devra être faite dès le début, c'est une faute d'attendre que les accidents vésiculaires se soient compliqués d'accidents du côté de la voie biliaire principale. On en a même étendu les indications jusqu'à conseiller la suppression précoce de la vésicule non pas seulement lorsqu'elle contient des calculs, mais encore lorsque des lésions même légères peuvent être reconnues qui montrent qu'elle est le siège d'un processus inflammatoire chronique. Les adhérences lorsqu'elles existent, avec le colon, le duodénum et l'estomac, l'aspect de la paroi, sa coloration et son épaisseur, l'état de la bile que l'on a étudiée tout spécialement dans ces derniers temps, serviront d'indices pour établir la présence de ce processus et justifier l'intervention.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement **LANTOL**
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Dr Jobin,
Rédacteur en Chef du "Bulletin Médical",
Québec.

Mon cher Docteur,

Je vous demanderais d'être assez bon de publier, dans le prochain numéro du "Bulletin Médical de Québec", la mise au point ci-incluse.

Votre bien dévoué,

Dr Jos. Wilfrid Bonnier,
Chef de la Statistique Démographique.

MISE AU POINT

J'ai lu avec intérêt le dernier numéro du Bulletin Médical de Québec. Dans votre intéressant article intitulé "Le Congrès Médical", je relève les mots suivants: "Chose étrange, l'on y parle du recensement de la ville de Montréal et de la province. Je me demande, en bonne vérité, quelles relations il peut y avoir entre le chiffre de la population de Montréal, ou d'ailleurs, et la santé publique".

Je vous ferai remarquer, mon cher Docteur, que nos statistiques vitales sont basées sur la population des différentes municipalités de la province; et si l'on veut qu'elles soient exactes, il faut de toute nécessité que nos populations soient les plus complètes possible. Ceci, ce me semble, est clair comme le jour.

Tout comme moi, vous devez être convaincu que le dernier recensement fédéral ne rend nullement justice à notre vieille province. La cité de Québec n'a-t-elle pas fait entendre des réclamations à ce sujet? Oui, plusieurs fois, si j'ai bonne mémoire. Il en est de même de la plupart de nos principales villes et cités et la démographie, qui ne nous trompe jamais, nous prouve à l'évidence qu'elles ont parfaitement raison, car leurs taux de natalité et de mortalité, calculés d'après les nouvelles populations du dernier recensement fédéral, sont trop élevés et nullement comparables à ceux des années précédentes, ce que je crois avoir suffisamment prouvé dans le travail que j'ai lu au VIIe Congrès des Médecins de Langue Fran-

çaise de l'Amérique du Nord, travail intitulé: "En marge du dernier recensement fédéral".

Sachez-le bien aussi longtemps que l'on ne pourra me démontrer le contraire, je prétendrai que notre dernier recensement n'a pas donné à notre province la population qu'elle a le droit d'avoir. Au lieu de 2,361,199, je suis convaincu que celle-ci était de 150,000 à 200,000 de plus. Ai-je eu tort de récriminer comme je l'ai si souvent fait dans les journaux? *Non, cent fois non.*

J'ose espérer, mon cher Docteur, que ces explications seront suffisantes pour vous satisfaire.

Veuillez me croire,

Mon cher Docteur,

Votre dévoué,

Dr Jos. Wilfrid Bonnier.

N.D.L.R.—Pour bien comprendre la raison de ma remarque, il faut se rappeler dans quelles circonstances le Dr Bonnier a lu son travail. C'était au cours de la Convention des Services Sanitaires qui a eu lieu, à Montréal, au mois de septembre dernier. On ne s'y est occupé que d'hygiène. Voilà pourquoi, à propos de la communication du Dr Bonnier, je me suis demandé quel rapport il pouvait y avoir entre le recensement et la santé publique. Que les chiffres officiels, à Ottawa, soient de court de 150 à 200 mille noms, pour ce qui regarde la province de Québec, comment celle-ci va-t-elle s'en porter plus mal? Telle est tout simplement la question.

Aussi, quand mon ami, le Dr Bonnier, intitule son article "une mise au point", en réponse à ma question, je crois qu'il s'est trompé de titre.

C'est une distraction sans doute.

Quant au travail lui-même du Dr Bonnier, les quotidiens en ont si amplement parlé qu'il serait fastidieux de le publier dans notre périodique.

A. J.

REVUE DES JOURNAUX

LES GALACTOCELES (E. Grynfelt et C. Tzélépoglou)

Extraits

La galactocèle n'est pas une entité morbide, mais on la trouve à titre de production secondaire dans divers états pathologiques de la glande mammaire. Anatomiquement, on distingue 4 types de galactocèle :

1°—la *galactocèle ectasique*, constituée par des canaux galactophores dilatés. C'est une forme très rare ;

2°—la *galactocèle intersticielle* ; ce sont des lactorragies intersticielles enkystées dans le tissu conjonctif prériglandulaire. Elle est parfois d'un volume considérable (10 litres dans le cas de Scarpa) ;

3°—l'*adéno-galactocèle* ; c'est un adénome kystique à contenu laiteux dans lequel les cavités sont creusées au sein du cul-de-sac glandulaire en vue de prolifération ou d'hyperplasie. Cette forme de galactocèle est la plus fréquente. Les poches kystiques renferment alors soit une masse butyreuse, soit une substance blanchâtre ayant l'aspect d'un mastic frais ;

4°—la *pyo-galactocèle*.—Dans le cas de Lecène, la tumeur était formée d'une poche kystique remplie de liquide plutôt séro-purulent que lactescent. La paroi était formée d'une membrane de tissu sclérosé, revêtue d'une couche de granulations. C'est une paroi d'abcès avec structure banale. La pyo-galactocèle est un abcès chronique dans la cavité duquel les canaux galactophores viennent déverser leur contenu.

L'examen chronique nous permet de distinguer, au point de vue du contenu de ces tumeurs :

1°—les galactocèles contenant du *lait pur* ; 2°—les galactocèles *séro-floemeuses*, où la partie caséuse est résorbée ; 3°—les galactocèles *crèmeuses ou butyreuses*, où le liquide est résorbé en partie ; 4°—les galactocèles solides, où la disparition des parties liquides est totale (calculs laitieux).

Au point de vue pathogénique, la rétention du lait dans les conduits galactophores est la conséquence de leur oblitération par étranglement cicatriciel, sclérose de la paroi, ou compression du conduit. Certains galactocèles résultent d'un épanchement par infiltration du lait dans le tissu conjonctif par suite d'une rupture d'un ou de plusieurs canaux galactophores. Cette rupture peut être le résultat d'un traumatisme ou d'un processus ul-

cératif du conduit. L'inflammation est presque toujours la cause première des galactocèles par rétention; c'est elle qui engendre la rétraction péricanaliculaire origine de la sténose du conduit, ou la sclérose de sa paroi.

Au point de vue *clinique*, c'est le plus souvent au cours de l'allaitement que la tumeur attire l'attention de la malade. Ce début le plus souvent insidieux est brusque quand il résulte d'un traumatisme chez une nourrice. La tumeur du volume d'une noisette, d'une noix, d'un oeuf de poule, d'une orange, parfois du volume d'une tête de fœtus à terme ou même d'adulte, est le plus souvent unilatérale, à contenu dur ou fluctuant. L'écoulement de lait par le mamelon est pathognomonique. La peau est en général intacte, sauf quand la galactocèle coexiste avec un processus inflammatoire en activité. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire. L'accroissement de la tumeur est lente; la grossesse, l'allaitement, le sevrage lui donnent un coup de fouet. La galactocèle peut guérir spontanément quand elle est peu volumineuse. La guérison spontanée est exceptionnelle dans les grosses galactocèles; il peut se produire une ulcération de la paroi avec fistule consécutive ou l'infection de la collection. La plupart des abcès chroniques du sein, seraient d'anciennes galactocèles infectées.

Le pronostic varie avec le type anatomique, bénin quand il s'agit de lactorragie ou d'un abcès chronique à contenu laiteux, plus grave quand il s'agit d'adéno-galactocèle à cause de la transformation possible en tumeur maligne.

Le traitement consistera dans l'excision de la poche dans les cas de galactocèles ectasiques ou intersticielles. Dans les cas d'adéno-galactocèle volumineuse, l'amputation du sein est nécessaire—(Revue Fr. de Gynécologie et d'Obstétrique).

MORT SUBITE AU COURS D'INTERVENTION PLEURALE

Dans la "Gazette des Hôpitaux", No. 54, on lit les lignes suivantes à ce sujet:

"Depuis 1875, date d'une discussion mémorable que provoqua une communication de Maurice Raymond, il a été publié de nombreux cas d'accidents nerveux à la suite d'intervention sur la plèvre.

La cause habituelle est: soit le lavage de cavité pleurale au cours d'une pleurésie purulente, soit l'opération de l'empyème, soit la ponction exploratrice.

Les accidents peuvent revêtir trois formes: la forme syncopale, la forme convulsive et la forme paralytique.

Dans la forme syncopale, les accidents font suite à l'intervention ou surviennent au cours de celle-ci. Ils apparaissent soudains, sans prodromes ; le malade pâlit, les pupilles se dilatent, le coeur s'arrête, la mort est immédiate.

Dans forme convulsive, connue aussi sous le nom d'épilepsie ou d'éclampsie pleurale, les accidents sont précoces ; parfois précédés d'un aura sous la forme de douleurs irradiées dans l'épaule ou le bras du côté de la plèvre intéressée, ils reproduisent assez exactement les phases de la crise comitiale : le cri, la perte de connaissance, la chute, avec pâleur, mydriase, insensibilité absolue, les convulsions toniques puis cloniques débutant du même côté que la plèvre lésée et se généralisant d'ordinaire, enfin la phase comateuse dont l'issue est fatale dans 70 p. 100 des cas, après un accès unique ou répété.

Les accidents, qui affectent la forme hémiplegique, relèvent ordinairement d'une embolie. De Jong et Jacquelin, au cours d'un grand épanchement sero-fibrineux gauche, ont constaté l'apparition d'une hémiplegie de type organique et persistante, quatre jours après une simple ponction exploratrice. Ils admettent qu'à la faveur de la compression soit des veines pulmonaires, soit de l'oreillette gauche, une embolie s'est détachée et est venue obstruer une artère cérébrale.

Mais cette interprétation de l'embolie ne peut-être envisagée que pour quelques cas exceptionnels. La théorie qui invoque un réflex pleural paraît la plus vraisemblable pour l'explication de ces accidents.

Cette théorie du réflexe pleural a trouvé un fondement sérieux dans les expériences de Cordier qui ont montré l'existence d'un réflexe né dans le riche réseau nerveux de la plèvre pariétale, et gagnant le bulbe par le pneumogastrique, à l'exclusion de toute autre voie (sympathique, phrénique, nerfs intercostaux).

Si l'on se rappelle que, chez l'homme, une simple ponction pleurale, une thoracentèse suffisent pour déclancher les accidents, on se rend compte que l'expérimentation ne fait qu'établir l'existence d'un réflexe à point de départ pleural, elle ne précise nullement les conditions qui en clinique déterminent les accidents.

Le réflexe pleural n'est certes pas tout ; s'il était seul en jeu, on ne s'expliquerait pas pourquoi une intervention aussi souvent répétée que la ponction exploratrice ou la thoracentèse n'entraîne des accidents que dans des cas, en définitive, exceptionnels. Ce réflexe pour se produire, exige des conditions qui, jusqu'ici, ont échappé au médecin.

Il y a lieu de tenir compte de tous les facteurs qui peuvent favoriser le réflexe pleural. Apert attache une grande importance à l'émotivité, surtout

chez l'enfant. A notre avis, la recherche du réflexe oculo-cardiaque pourra donner des indications très utiles : s'il est exagéré, l'on doit redouter une prédisposition vagotonique et, malgré les résultats expérimentaux de Cordier, il sera prudent d'associer l'injection d'atropine à celle de la morphine, avant la ponction.

Dans l'ignorance où nous sommes des conditions d'apparition des accidents, certains faits, comme l'observation d'Apert et de Vallery-Radot, permettent d'entrevoir une interprétation plus précise. Chez un enfant de 4 ans, bien portant en apparence et atteint d'un épanchement pleural bilatéral et de petit volume, une simple ponction exploratrice (faite, il est vrai, en maintenant de force l'enfant effrayé) suffit à provoquer une syncope mortelle. L'autopsie montra l'existence d'une myocardite, jusque-là latente, reliquat d'une angine diphtérique.

Cette myocardite expliquerait le fléchissement subit du cœur et la syncope mortelle, "sous l'influence d'un réflexe mis en jeu par un traumatisme pleural aussi minime."

Le réflexe pleural, quelle que soit sa nature véritable, est susceptible de provoquer des troubles intenses, dramatiques même ; il est incapable à lui seul d'entraîner la mort. Celle-ci est le fait d'une lésion organique grave, lésion qui peut préexister et ne se révéler qu'à cette occasion, lésion qui, dans d'autres cas, apparaît à la suite de la mise en jeu du réflexe.

ERYTHRODERMIES DES NOURRISSONS

Les érythèmes des nouveaux-nés et des nourrissons sont d'une très grande fréquence. Ils siègent habituellement aux fesses et dans les régions ano-génitales. De là, ils peuvent se répandre plus ou moins loin sur les cuisses, les jambes, l'abdomen et quelque fois se généraliser à tout le corps.

On traitera la diarrhée, cause fréquente de ces érythèmes.

On interdira l'usage de bains et des pommades.

Dans les cas simples, sans fissures ni exulcérations, je recommande des compresses imbibées d'une solution faible de soude (de soda à laver par exemple.) On les laisse en place pendant quelques minutes, et on laisse sécher.

Après cela on fait un pansement sec qui consiste dans l'emploi abondant et répété de *talc stérilisé*.

On ferait bien de se servir spécialement de *langes stérilisés* (i.-e. bouillis et repassés au fer chaud). Ils sont préférables aux langes lessivés dans le traitement des érythèmes infantiles.

A. J.

CONTRE L'ECZEMA AIGU DE L'OREILLE

(Georges Laurens de Paris)

1°—Calmer les démangeaisons et l'irritation des téguments par l'emploi de poudres antifermentescibles :

Poudre de talc.....25 grammes

Poudre d'oxyde de zinc..... 5 grammes

qui isolent les parties malades et les mettent à l'abri du contact de l'air. On soupoudre la région malade plusieurs fois par jour avec un tampon d'ouate hydrophile.

2°—Provoquer la chute des croûtes, en décapant les téguments. Deux ou 3 fois par jour badigeonner tout le pavillon et ses anfractuosités au moyen d'un porte-coton imprégné de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.....2 grammes

Vaseline pure20 grammes

Ce corps gras a pour but de ramollir les croûtes et de les faire tomber spontanément.

Répéter le badigeonnage jusqu'à décapage complet, plusieurs jours au besoin. Pas de pansement sur l'oreille.

3°—Après la chute des croûtes, reprendre la poudre de talc-oxyde de zinc.

4°—Dans l'eczéma aigu du conduit auditif, désobstruez ce dernier du pus et des croûtes. Faites un lavage antiseptique, séchez avec des porte-cotons secs et introduisez dans le canal une petite mèche imprégnée de pommade à l'oxyde de zinc que vous renouvelez tous les 24 heures.

(*Journal de Médecine de Paris*, 15 avril, 1922)

ERYSIPELE :

(Goubeau et Kieffer—Soc. de méd. de Paris—22 Déc., 1921)

Badigeonnage, matin et soir, de la plaque et surtout du bourrelet périphérique avec le mélange suivant :

Iode métalloïdique3 grammes

Tétrachlorure de carbone pur.....100 cent. cubes

Peut être appliqué plusieurs fois de suite sans inconvénients : si le produit est bien pur, il n'est ni irritant, ni inflammable ; mais il faut éviter de respirer ses vapeurs qui sont anesthésiques.

DES DOULEURS DANS LE VENTRE

J'ai souvent entendu dire par les chirurgiens que le ventre était une boîte de surprises, au point de vue du diagnostic. Aussi depuis longtemps on a dénommé la cavité abdominale une "*boîte de Pandore*."

En effet en présence des signes d'une affection abdominale, on est souvent bien embarrassé pour préciser s'il s'agit d'une affection organique de l'estomac, des voies biliaires, de l'appendice ou d'une coelialgie.

Les signes fonctionnels sont souvent les mêmes et rien n'est plus trompeur que la constatation d'un point douloureux. Pour arriver à différencier ces divers points douloureux de l'abdomen, le Dr Avierinos a essayé l'action des médicaments et des agents physiques, qui lui ont paru avoir une véritable valeur spécifique vis-à-vis des points douloureux.

Ces médicaments ont été employés par voie rectale. Après avoir soigneusement noté les points douloureux et donné un lavement évacuateur, on prescrit un lavement médicamenteux à la belladone, à l'opium ou à l'antipyrine, suivant le cas. Une demi-heure après, on note les changements survenus. La disparition des points douloureux ou leur persistance.

- L'*antipyrine* agit électivement sur les coelialgies ;
- la *belladone*, sur les points douloureux gastro-duodénaux ;
- l'*opium*, sur tous les points douloureux, mais spécialement sur la vésicule ;
- la *chaleur* calme les douleurs vésiculaires ;
- le *froid* calme la douleur appendiculaire.

Cette méthode, facile à mettre en pratique, peut donner d'excellents résultats pour différencier certaines affections chroniques de l'abdomen.

PETITES CONSULTATIONS

DU MIEL CONTRE LES RHUMES

Dans les catarrhes légers des voies aériennes supérieures : rhume, enrouement, maux de gorge, bronchite légère, la préparation suivante est excellente :

R. Miel : 4 kilogrammes,
Eau : 1 litre.

Que l'on mélange et fait chauffer au bain-marie pour les écumer.
Puis on ajoute : Essence d'eucalyptus, 2 à 3 grammes.

Dose : Une cuillerée à bouche, avec de l'eau 3 à 4 fois par jour.

TRAITEMENT DES FURONCLES DE L'OREILLE

Comme on le sait, le furoncle siège dans le conduit auditif ou au méat. La douleur est généralement atroce. Un rien réveille ces douleurs paroxysmiques qui s'irradient dans toute la tête. Le fait de parler, de mastiquer, de toucher l'oreille provoque de la douleur.

Et on ne trouve pour expliquer ce syndrome douleur qu'un petit point rouge, acuminé dans le conduit ou le méat auditif.

1°—*Ce qu'il faut éviter* : les lavages, les injections, les instillations de liquide variés. Donc pas de cocaïne, pas de baume, pas de landanum ; c'est inutile, quelquefois nuisible. Il faut éviter aussi d'inciser trop précocement ; c'est douloureux inutilement.

2°—*Ce qu'il faut faire* : 1°—Combattre la douleur par l'aspirine, l'antifébrine, la morphine. Des compresses humides chaudes, renouvelées à toutes les heures calmeront aussi la douleur. Un bon moyen consiste encore à instiller de l'alcool à 90%. Si le méat n'est pas obturé, à toutes les heures, on emplit le conduit d'alcool. La tête inclinée, on le garde pendant 5 minutes, puis on assèche.

On peut encore toucher le furoncle avec un pinceau imbibé de :

Iode : 2 grammes ; Acétone : 5 grammes.

Ce traitement abortif réussit quelquefois.

2°—*Evacuer le pus* : Pas de cocaïne ; ça n'agit pas : quelques bouffées

du chlorure d'éthyle, car la douleur est forte, puis on ouvre avec la pointe d'un bistouri après avoir badigeonné le conduit de tr.-d'Iode.

3°—*Prévenir les récidives*: Matin et soir, on injecte dans le conduit une cuillerée à café d'alcool à 90°—et cela pendant 15 jours.

Se défier des cure-oreilles, des allumettes, des épingles à cheveux pour calmer les démangeaisons. L'eczéma est souvent la cause de ce prurit; il faut le traiter.

CONTRE LA VULVO-VAGINITE DES FILLETES

Injection vaginale, à faible pression, avec une sonde spéciale et une solution de sublimé au quatre millièmes, ou au permanganate de potasse au deux millièmes.

Pendant la nuit, introduire dans le vagin, un crayon dont voici la composition: Salol, 0 gr. 20 cgr.; Beurre de cocoa, 2 gr.

On peut également prescrire, lorsque l'examen des sécrétions a révélé la présence de gonocoques, le protargol qui est spécifique. On emploie une solution selon la formule:

Protargol: 5 grammes.

Eau distillée: 8 grammes.

Glycérine: q. s. ad 50 grammes.

On fait des tamponnements, des badigeonnages et des injections. En outre, l'enfant garde, appliquée sur la vulve, une compresse imbibée de protargol à 1 pour 100, pendant quelques minutes, 3 ou 4 fois par jour. La compresse est maintenue en place par l'adduction des cuisses. La guérison a lieu en 15 ou 20 jours, un mois dans les cas invétérés.

UN TRAITEMENT ABORTIF DU RHUME SIMPLE AIGU

D'après M. le Docteur Frank Eloy (d'Eastbourne), il suffirait pour faire avorter un refroidissement aigu, de pratiquer dès le début de cette affection une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'atropine et de 1 centigramme de morphine. Quelques minutes après la pituitaire deviendrait complètement sèche et l'irritation de la gorge, les douleurs frontales et en général tous les symptômes morbides disparaîtraient définitivement dans la plupart des cas.

Je n'ai pas d'expérience avec ce traitement, mais je le crois efficace. Car dans le cas d'un coryza aigu, qui commence, on réussit à le faire

avorter en administrant au malade, per os, une potion composée de camphre, d'extr. fl. de belladone et de sulfate de quinine. La plupart des maisons commerciales ont des préparations baptisées du nom de "*rhinitis*", composées comme ci-dessus, et qui agissent très bien. J'en ai fait plusieurs fois l'expérience sur mes malades et sur moi-même.—A. J.

TRAITEMENT DU CORYZA CHEZ LES NOURISONS.

Depuis 10 ans Chatin procède ainsi : instiller 2 ou 3 fois par jour, au moyen d'un compte-gouttes, dans les yeux de l'enfant, un colyre à l'argyrol à 10 pour 100.

Les voies lacrymales laisseraient filtrer goutte à goutte le colyre dans les fosses nasales, et au bout de 2 à 3 jours, tout coryza aigu est asséché. (Lyon Médical, oct. 1921)

BRONCHITE CAPILLAIRE DES ENFANTS.

Le Dr Robert Ammann vante l'efficacité du carbonate d'ammonique dans la bronchite capillaire des enfants et dans l'érysipèle. Il rappelle l'opinion de Anna qui pense que ce sel agit en augmentant l'alcalinité du sang. Ammann a traité aussi avec succès, de cette façon, l'érythème noueux. Il donne une cuillerée à café, toutes les 2 heures, de carbonate d'ammoniaque, 5 gr.; Eau, 100 gr., dans un quart de verre d'eau.

CHOREE: (*salicylate de soude*)

Le salicylate de soude est un excellent remède de la chorée, tout en étant d'une innocuité parfaite chez l'enfant. Associé au bicarbonate, il constitue un médicament *solubilisant* et essentiellement *éliminateur*. Il opère sur le foie et sur les reins. Enfin, les mouvements choréiques développant l'*acidose*, cette médication alcaline le combat, car les complications graves de la chorée sur les méninges et le cerveau sont fonctions d'*acidose*.

C'est généralement à la dose de 4 grammes qu'il faut prescrire le salicylate de soude.

Comme moyens adjuvants, conseiller le repos au lit, le régime du lait, l'habitat à volets demi-clos, le silence et l'aération continue.—(Dr Dresch, d'Aix, Ariège).

DE LA QUININE DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE.

Dans "La Médecine"—(mars 1922), le Dr C. Pezzi résume les données expérimentales et l'action thérapeutique de cet alcaloïde sur le cœur, et insiste sur son action sédative, paralysante sur le centre bullaire du pneumo-gastrique, sur le nerf lui-même et sur les accélérateurs, ce qui en fait un médicament antagoniste de l'adrénaline, et par conséquent un sédatif spécifique du système nerveux végétatif. La quinine est donc indiquée dans l'angine de poitrine; et, en effet, elle a été recommandée depuis longtemps par beaucoup d'auteurs sans que d'ailleurs on n'ait jamais avancé une explication rationnelle sur son mode d'action. Vaquez, dans une formule heureuse, l'associe avec la caféine et quelques analgésiques, tels que l'antipyrine ou la phénacétine. Dans cette formule, la quinine occupe sans doute une place importante. On donne au malade de 60 centigr. à 1 gramme de quinine par jour en 2 ou 3 reprises, et cela pendant une semaine. Après une semaine de repos, où l'on peut donner d'autres médicaments, on recommence de nouveau le traitement. La quinine donne parfois des résultats remarquables, non seulement sur la douleur, mais aussi sur les phénomènes réflexes et sur les troubles du rythme (tachycardie et tachyarythmie) qui accompagnent souvent certains états angineux.

DE L'ACONIT DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE.

Chez un homme atteint d'un accès violent d'angine de poitrine, et que ni la trinitrine, ni les inhalations de nitrite d'amyle n'avaient pu soulager, M. le Dr Marcus (de Philadelphie) a obtenu une sédation rapide de la douleur précordiale en faisant prendre au malade, plusieurs fois par jour, 2 gouttes de teinture d'aconit.

DE L'INSUFFLATION DE SEL À TABLE DANS LE NEZ POUR LE SOULAGEMENT DES DOULEURS.

Dans le "Texas Medical Journal", le Dr Capp recommande l'usage du sel à table pulvérisé, en insufflation dans les cavités nasales, à la dose de 2 à 4 grains, contre toute douleur de la face ou de la tête, résultant soit de l'irritation du trijumeau par des dents cariées, troubles oculaires, soit de toute autre cause, telle que les affections de l'oreille, de l'utérus, ou l'hys-

térie. Suivant l'auteur, ce traitement fut appliqué par Leslie, et le résultat en fut publié dans "Edimbourg Medical Journal", janvier 1890. Le Dr Leslie l'a employé avec succès dans les cas rebelles de névralgie, de mal de tête, de douleurs de la face, des oreilles, des dents, et de l'asthme bronchique. L'application n'est guère plus désagréable qu'une prise de tabac, n'est suivie d'aucun mauvais effet, et réussit habituellement.

UN REMEDE CONTRE LE CORYZA AIGU.

D'après le Dr Wunsche (de Dresde), les inhalations de chloroforme mentholé à 5 ou 10% pourraient faire avorter le coryza aigu. On se frotte les mains avec quelques gouttes de ce liquide, puis on les tient au devant du nez et de la bouche, en faisant 4 ou 6 inspirations profondes. Les accès d'éternuement disparaissent dès la première inhalation; la sécrétion nasale augmente d'abord pour diminuer ensuite et disparaître après une ou 2 autres inhalations pratiquées dans le courant de la journée. Les douleurs pharyngiennes et laryngiennes, qui accompagnent souvent le coryza aigu, s'amendent également sous l'influence de l'aspiration de chloroforme mentholé.

IRRITATION LARYNGÉE

R. Alcool (40 pour cent.....)	75 grammes
Menthol	0 gr. 60 cgr.
Cocaïne hydrochlorate	0 gr. 15 cgr.
Acide benzoïque	1 gramme

En gargarisme: Ajouter 10 à 20 gouttes dans la moitié d'un grand verre d'eau chaude boratée.

TACHYCARDIE PAROXISTIQUE.

Le sujet fait de profondes inspirations puis immobilise la respiration pendant quelque temps. Il a aussi le soin d'exercer une pression avec ses coudes sur la paroi thoracique.

PALPITATIONS

Dans les palpitations qui sont la suite toute naturelle de la faiblesse du coeur, ou encore dans le délire du coeur, chez les artério-scléreux, la prescription suivante agit bien..

R. Hydrate de chloral, bromure de sodium, à 4 grammes; Codéine, 0 gr. 10 cgr.; Eau, Sirop d'écorce d'orange amères, à 45 grammes.

Dose: Une cuillerée à table, à toutes les 2 heures jusqu'au calme. A défaut, une piqure de morphine réussit généralement.

LE CITRON DANS LES OEDEMES

Je me rappelle avoir lu, je ne sais plus dans quelle revue, que le citron, surtout l'écorce, possède des propriétés diurétiques d'une réelle efficacité. Consulté, il y a quelques années, par un malade de la campagne qui souffrait d'anasarque d'origine cardiaque, je lui conseillai l'usage du citron. Il devait manger au moins deux citrons par jour, sans oublier surtout l'écorce; ce qu'il fit. Il revint me voir quinze jours après, complètement remis de ses oedèmes. Je dois ajouter que durant tout ce temps, le malade fut au régime lacté.

Dans le cas où l'odème des jambes s'accompagne de démangeaisons, des onctions faites avec *l'huile de foie de morue* agissent bien contre ces démangeaisons. Je l'ai souvent employée avec succès.—A. J.

UN TRAITEMENT DE LA BRONCHITE FETIDE PAR L'ASPIRATION DE VAPEURS CREOSOTEES.

M. le docteur A. Chaplin, médecin assistant du City of London Hospital pour les maladies de la poitrine, obtient dans les cas de bronchite putride d'excellents résultats, se manifestant notamment par la disparition de la fétidité de l'haleine et des crachats, grâce à des inhalations de vapeurs de créosote retirée du goudron de houille. Le malade est placé pendant un laps de temps qui varie d'une demi-heure à une heure et demie dans une petite chambre hermétiquement close, remplie de vapeurs de créosote qu'on obtient en chauffant une certaine quantité de cette substance dans un récipient placé au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool. Les vapeurs créosotées étant très irritantes pour la conjonctive oculaire et la muqueuse nasale, le malade prendra la précaution de se bander les yeux (ou de les recouvrir de verres de montre fixés au moyen de bandelettes de diachylon). Pour éviter que les vêtements ne s'imprègnent de l'odeur de la créosote, il s'enveloppera dans une couverture ou bien endossera un costume spécial.

N. B.—*Collections purulentes communiquant avec les bronches*.—A toutes les 2 heures, faire pencher la tête du patient en dehors de son lit; ce qui provoque les quintes de toux et l'élimination des crachats purulents en abondance.

INSOMNIE: par le somnifère (Kindler—Th. de Montpellier, 1921-22)

Ce médicament, excessivement maniable, agit sur toutes les insomnies, en général, et plus particulièrement sur les insomnies anxieuses et psychonévrotiques. Son action se fait sentir sur le système nerveux central sans intoxiquer le foie, les poumons, le coeur ou les reins. Il est bien toléré par les cardiaques.

Son action est particulièrement marquée chez les excités, les agités, les convulsifs.

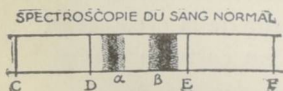
S'emploie à la dose de 20, 30 et même 50 gouttes, le soir avant de se coucher, et même en injections intramusculaires ou intraveineuses chez les grands excités.

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

ANÉMIES
CONVALESCENCES
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

SPECTROL

2 à 4 cuillerées à potage
par jour.



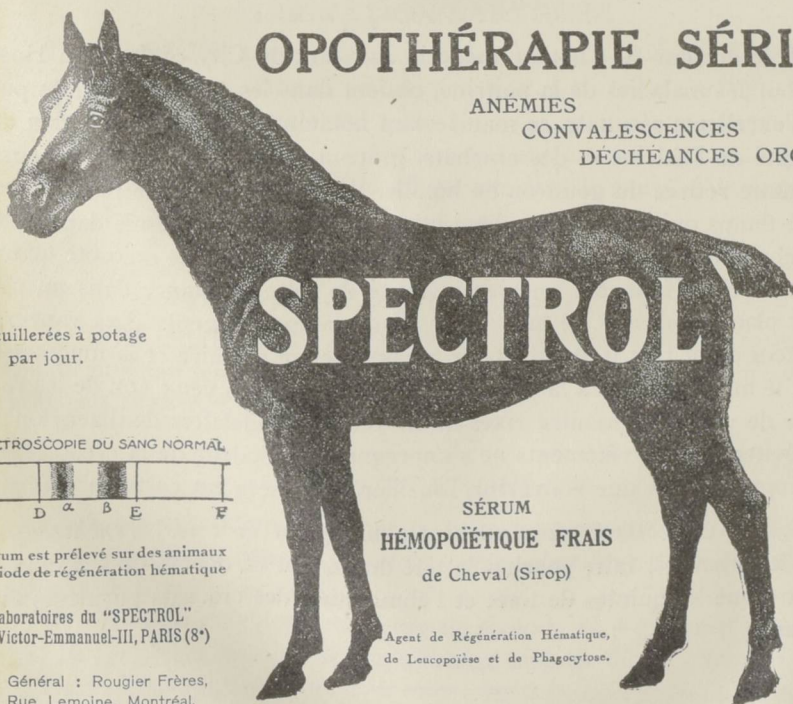
Le Sérum est prélevé sur des animaux
en période de régénération hématique

Laboratoires du "SPECTROL"
71, Av. Victor-Emmanuel-III, PARIS (8^e)

Dépôt Général : Rougier Frères,
210, Rue Lemoine, Montréal.

SÉRUM
HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS
de Cheval (Sirop)

Agent de Régénération Hématique,
de Leucopoïèse et de Phagocytose.



LES BROMURES ALCALINS.

1° Le plus utilisé est le sel de potassium. Pour l'usage prolongé, par crainte de son action sur le coeur, on a proposé de lui substituer le bromure de sodium; le bromure d'ammonium a été préconisé pour contrebalancer l'action dépressive des composés bromés sur le coeur. Ce qui a amené à utiliser l'association des trois sels, dont la posologie est identique.

Le bromure de potassium est généralement prescrit en solution renfermant 1 gr. de K. Br. par cuillerée à soupe :

Bromure de potassium.....	20 gr.
Eau distillée q. s. p.....	300 c. c.

Le goût désagréable est relativement masqué dans la préparation suivante, qui se conserve moins longtemps pendant les chaleurs :

Bromure de potassium.....	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.....	180 gr.

Il y a intérêt à ce que la solution bromurée arrive diluée au contact de la muqueuse gastrique : donc la prescrire aux repas ou étendue dans une tasse de tilleul. Il convient de fractionner en plusieurs prises la dose journalière, qui peut varier de 2 à 8 gr. pour un adulte ; chez les enfants de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 par année d'âge.

2° Dans l'épilepsie dite essentielle les bromures sont beaucoup moins indiqués depuis l'utilisation de la phényl-éthyl-malonyl-urée (Gardenal), presque constamment supérieure. Quelques rares cas d'intolérance justifient encore leur emploi, ou l'association des deux médicaments à doses moindres.

Pour chaque malade, par tâtonnement, on détermine la dose efficace et non toxique, généralement comprise entre 3 et 7 gr. Son action paraît accrue par l'usage du régime déchloruré, qui permet de réduire la dose. On peut le prescrire à dose constante, de façon continue, ou à doses variables, alternativement croissantes et décroissantes, avec une période de repos mensuel. La disparition du réflexe pharyngien, premier signe d'intoxication légère, a été préconisée comme signal de la dose limite thérapeutique.

Les accidents cutanés et digestifs seront combattus par l'usage de diurétiques, dont le lait paraît le meilleur, et de laxatifs espacés. Les antiseptiques intestinaux sont souvent utiles, sans négliger pour cela l'hygiène alimentaire.

Le traitement est à poursuivre très longtemps, durant des mois et des années. Il peut amener un état de torpeur avec ralentissement psychique, troubles de la parole ; ce symptôme, lié à l'intoxication bromurée chronique, simule parfois un début de paralysie générale, ou, surtout, la démence épileptique.

Dans un ordre de faits voisin, rappelons quelques résultats favorables obtenus dans la migraine ophtalmique, par la médication bromurée, associée ou non à l'antipyrine. Le gardenal ou la peptone sont souvent aussi efficaces.

3° En dehors de l'épilepsie. *L'action dépressive* des bromures sur le système nerveux les a fait indiquer dans des séries de cas très divers. Chez les enfants, à l'occasion d'une crise de laryngite striduleuse ; généralement, ils ne peuvent être administrés qu'après la cessation de celle-ci et leur utilité proprement thérapeutique paraît douteuse. Au cours des *convulsions*, ils présentent une action symptomatique assez rapide. Signalons enfin leur rôle possible dans le traitement de la *coqueluche*, ainsi que de l'*incontinence d'urine*.

Chez l'adulte, dans les états infectieux avec agitation, et plus spécialement dans les méningites aiguës, le bromure amène un certain calme et permet un peu de repos au malade.

De même au cours des intoxications aiguës ou contre les accidents paroxystiques des intoxications chroniques. Le delirium tremens, traité essentiellement par la balnéation tiède, bénéficie de l'usage du bromure associé au chloral: 50 centigr. de chaque, toutes les heures, en solution, jusqu'à effet calmant. On en fait un usage analogue dans le cocaïnisme.

Divers états convulsifs peuvent être justiciables du traitement symptomatique par le bromure, à faible dose, associé au chloral, en particulier la *tétanie*. Au contraire, contre l'éclampsie, le tétanos, le strychnisme, il n'est plus guère indiqué.

Son action modératrice sur le système moteur est encore utilisée au cours de la manie aiguë, dont l'agitation peut être combattue utilement par les doses journalières de 3 à 6 gr., en outre de la balnéation.

Elle peut encore être dirigée contre l'*éréthisme cardiaque*, dans certaines formes de palpitations, en dehors, bien entendu, de toute lésion valvulaire ou myocardique et de troubles d'origine digestive. Le bromure se donne alors à doses plus faibles: on peut également prescrire, dans ces cas, le camphre monobromé: 2 à 4 pilules de 5 centigr. Rappelons que l'action anti-aphrodisiaque particulière attribuée à ce dernier paraît assez illusoire et, en tous cas, pas supérieure à celle des autres bromures.

La médication bromurée donne également quelques résultats dans le tremblement d'origine émotive, dans la *maladie de Basedow*. Mais, ici, il semble intervenir de façon indirecte, par son action importante sur l'excitabilité cérébrale. C'est elle qui justifie son emploi, réservé à certains cas, comme sédatif et hypnotique. A dose faible, 50 centigr. ou 1 gr., il diminue l'excitabilité intellectuelle, l'hypéridéation automatique de l'insomnie. Aussi s'adresse-t-il aux insomnies non douloureuses, en préparant au sommeil. Son emploi passager peut aider à la *rééducation des insomniques*. De même associé au chloral, il est parfois utile pour modérer l'*éréthisme psychique* chez des obsédés, chez quelques délirants chroniques.

Pour certains cas d'*anxiété nocturne légère*, on prescrira avec succès:

Extrait de jusquiame.....	} à 20 ctgr.
Extrait de chanvre indien.....	
Hydrate de chloral.....	} à 20 gr.
Bromure de potassium.....	
Eau distillée.....	q. s. p. 100 cmc.

1 cuillerée à café le soir.

Dans les insomnies d'origine toxique, le bromure est le moins nocif des sédatifs; encore l'assoupissement qu'il procure est-il souvent suivi d'un réveil pénible, avec angoisse. C'est pourquoi il n'est guère indiqué dans les neurasthénies, si fréquemment d'origine auto ou héréro-toxique: le repos passager s'accompagne d'une dépression nouvelle.

Enfin, il apparaît à peu près inefficace contre les diverses manifestations motrices des hystériques.

4° Contre-indications. On suspendra chez les épileptiques le traitement bromuré au cours des maladies infectieuses aiguës, lors de l'apparition d'un état de mal.

On s'en sera amené à le réduire ou à l'interrompre en cas de troubles gastriques, d'accidents cutanés persistants ou d'obtusion psychique accentuée.

On ne l'entreprendra pas chez des sujets atteints d'insuffisance rénale ou de dépression cardio-vasculaire.

ALBUM MEDICAL

Le médecin préoccupé du sort d'un de ses clients, et au sujet duquel il a formulé un pronostic inquiétant, ne dort généralement que d'un oeil, selon l'expression admise; il partage l'anxiété de la famille et redoute la responsabilité encourue.

* * *

"La fortune vient en dormant"... Si cela est vrai pour le sexe horizontal, il n'en est pas ainsi pour notre corporation.

* * *

Il ne faut pas que le médecin déserte le lit du malade pour l'emphithéâtre, le laboratoire, le cabinet de microscopie, et relègue au second plan l'étude des signes fonctionnels auxquels les anciens attachaient, non sans raison, une si grande importance. En un mot il ne faudrait pas que le mot, que Trousseau prononçait un jour, s'applique aux médecins de notre temps :

"De grâce, messieurs,, un peu moins de science, et un peu plus d'art."

* * *

On rit aujourd'hui des classifications des vieux maîtres. Plus tard, on rira des classifications de notre temps.

* * *

On ne devrait jamais permettre à un profane de parler mal d'un confrère, même si c'est à notre avantage. Il y a toujours moyen de le défendre, sans rien perdre de notre crédit.

* * *

A plus forte raison, ne doit-on jamais parler en mal d'un confrère devant des profanes. L'honneur et le prestige de notre profession l'exigent.

* * *

Le public médical prétendait décerner au Dr L. Faisans—qui vient justement de mourir à l'âge de 71 ans,—la palme en lui accordant la réputation d'être *"la plus fine oreille de Paris"*; contre quoi, il s'éleva, non sans vivacité, en répondant que *"l'auscultation se doit pratiquer bien plus avec le cerveau qu'ou moyen de l'ouïe"*, pensée profonde qui calma ses thuriféraires.

* * *

L'amour propre des auteurs est toujours susceptible, surtout en médecine.

* * *

Les joyeux guérissent toujours.—Amboise Paré.

* * *

"Je l'ai pansé, Dieu l'a guéri."—A. Paré.

* * *

"Partout où a passé un rayon de *"soleil"*, disait Duclaux, on trouve des cadavres de microbes."

BIBLIOGRAPHIE

LA GOUTTE: *Sur quelques points controversés ou peu connus de son histoire*, par Ch. Finck (de Vittel). — Une brochure in-8 de 80 pages. — "L'Expansion Scientifique Française", 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1922.—Prix: 4 fr. 50.

L'auteur expose d'abord que si l'acide urique ne joue pas dans la goutte un premier rôle, il tient au moins celui d'un figurant, que sa présence en excès dans le sang est constante chez le goutteux et que les variations de l'uricémie sont superposables aux manifestations cliniques de la maladie. L'uricémie augmente au cours de l'accès de goutte et, en comparant les résultats de l'examen du sang et des urines, l'auteur arrive à conclure que l'accès, contrairement à l'opinion classique, n'est pas la manifestation bruyante de la formation du dépôt goutteux, mais celle de sa résorption.

A l'occasion d'observations faites sur la localisation du premier accès chez les syphilitiques, il a constaté que contrairement encore à l'opinion généralement admise, l'accès exige pour se produire un minimum d'activité circulatoire et que si la goutte remonte avec l'âge c'est parce que la circulation se ralentit aux extrémités.

Un chapitre est consacré aux manifestations extra-articulaires aiguës de la goutte, qui se voient de préférence sur les organes où il existe du tissu cartilagineux. Fait intéressant, le testicule et la parotide qui sont assez fréquemment le siège d'enchondromes, sont aussi la localisation préférée des accès de goutte glandulaire.

Chez les goutteux glycosuriques il y a un balancement très marqué entre la rétention urique et la glycosurie. Les grosses décharges uriques s'accompagnent d'une diminution et souvent de la disparition de la glycosurie.

Concernant le traitement de la goutte, l'auteur expose en passant les premiers résultats de l'autosérothérapie antigoutteuse. Il estime dangereuse toute méthode qui ne s'accompagne pas de désuratisation. Celle-ci peut être obtenue par des moyens divers, mais comme, intensive, elle s'accompagne de manifestations douloureuses, il voit dans le colchique le moyen de la doser et suppose que l'action inhibitrice du colchique sur les phénomènes de résorption est le secret de son action thérapeutique.

En somme, travail original, qui modifie sur beaucoup de points les opinions classiques.
