

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

*Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.*

Vol. XXXVII

1er JUILLET 1908

No 7

ACTUALITES

ASSOCIATION DE MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

QUATRIÈME CONGRÈS MÉDICAL A QUÉBEC

A la fin de juillet, les médecins de langue française se réuniront en congrès médical pour la 4^e fois à Québec : cette ville historique qui fut témoin de tant de hauts faits et qui vit naître notre association. Nous faisons un dernier appel à tous les médecins de la Province afin qu'ils se rendent en grand nombre à ce congrès. C'est dans ces circonstances que nous devons donner des preuves de notre savoir et de notre amour de la science.

Il ne faut pas croire qu'il faille toujours inventer pour assurer le succès d'un congrès ; non, il suffit d'y travailler consciencieusement et d'y apporter chacun sa part : c'est la synthèse des connaissances acquises à ce jour qu'il faut avoir en vue dans ces réunions plénières. Le champ est assez vaste pour nous contenir tous avec au moins un fait mis au point sinon absolument original.

Voici les derniers renseignements que nous publions et qui nous viennent du Bureau.

Il y aura place pour tous à des prix convenables.

Québec, le 1er juin, 1908.

Monsieur et cher Confrère,

Les membres du comité d'organisation du Congrès de Québec ont eu l'honneur de vous adresser, durant le mois d'avril dernier, une lettre circulaire pour vous faire connaître la date précise de notre réunion. Cette lettre portait en outre à votre connaissance les trois questions mises à l'étude, et renfermait avec la liste des officiers généraux et ceux de chacune des trois sections, les deux bulletins d'adhésion et de communication de travaux.

Un grand nombre de confrères ont répondu à l'appel en nous retournant leurs bulletins. Le nombre des adhésions déjà recueillies et des travaux mis en préparation, dépassent à l'heure actuelle toutes les espérances, assurant ainsi au Congrès un succès éclatant.

Le travail d'organisation se poursuit avec ardeur, et dans quelques semaines nous pourrions vous faire part du programme officiel et complet de cette réunion scientifique.

Une quatrième section, consacrée exclusivement à la chirurgie dentaire, sera constitué par les dentistes de langue française de l'Amérique du Nord. Les doyens et directeurs des écoles et sociétés dentaires de France seront cordialement invités à en faire partie. D'après la liste des travaux déjà soumis à cette section, on est assuré d'entendre traiter et discuter toutes les questions qui récemment ont excité l'intérêt du dentiste, et qui promettent aujourd'hui de révolutionner complètement ses méthodes.

Nous ajoutons à la présente circulaire un certain nombre de renseignements complémentaires qui seront utiles à tous ceux qui désirent prendre part à notre congrès.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président général,
A. SIMARD.

Le Secrétaire général,
A. PAQUET.

ORGANISATION GÉNÉRALE 20-22 JUILLET

Ce congrès sera divisé en quatre sections :

1. Section médicale et annexes ;
2. Section chirurgicale et annexes ;
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels ;
4. Section de chirurgie-dentaire.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales :

1. L'Hygiène dans l'enseignement.
Premier Rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.
Second Rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.
2. Infection des voies biliaires.
Premier Rapporteur : Dr A. LeSage, Montréal.
Second Rapporteur : Dr A. Paquet, Québec.
3. Tuberculose rénale.
Premier Rapporteur : Dr C Dagneau, Québec, Québec.
Second Rapporteur : Dr Eug. St-Jacques, Montréal.

Officiers de l'Association :

Présidents d'Honneur :

- Prof. L. Catellier, doyen de l'Université Laval, Québec.
Prof. E. P. Lachapelle, doyen de l'Université Laval, Montréal.
Prof. D. Brochu, Université Laval, Québec, ancien Président de l'Association.
Prof. M.-J. Ahern, Université Laval, Québec.
Dr L. P. Normand, Trois-Rivières, ancien président de l'Association.
Prof. H. A. Lafleur, Université McGill, Montréal.
Prof. Pozzy, Université de Paris, ancien délégué du gouvernement français.
Dr H. Triboulet, Université de Paris, ancien délégué du gouvernement français.
D E. F. Panneton, Trois-Rivières.
Dr L. C. Prévost, Ottawa.
Dr S. A. Knopf, New-York.

Président :

Prof. A. Simard.

Vice-Présidents :

Prof. H. Hervieux, Montréal.

Dr J. O. Sirois, St-Ferdinand d'Halifax.

Dr E. E. J. Lanoie, Fall-River, Mass., E. U.

Secrétaires généraux :

Dr A. Pâquet, Québec.

Dr B. G. Bourgeois, Montréal.

Assistants-secrétaires généraux :

Dr O. Leclerc, Québec.

Dr A. Edge, Québec.

Dr E. Nadeau, Québec.

Trésorier :

Prof. N. A. Dussault, Québec.

Section médicale :

Arthur Rousseau, Québec, Président.

Séverin Lachapelle, Montréal, 1er Vice-Président.

J. P. Pelletier, Sherbrooke, 2ème Vice-Président.

N. Baudet, Fall-River, 3ème Vice-Président.

O. Leclerc, Québec, Secrétaire.

J. C. Bourgoïn, Montréal, ass.-secrétaire.

Section chirurgicale :

Dr A. Marien, Montréal, Président.

J. Z. Bergeron, Chicago, 1er Vice-Président.

P. Larochelle, Manchester, 2ème Vice-Président.

Z. Rhéaume, Montréal, Secrétaire.

P. Castonguay, Québec, Ass.-Secrétaire

Section d'hygiène et d'intérêts professionnels :

A. Laurendeau, St-Gabriel de Brandon, Président.

R. Fortier, Québec, 1er Vice-Président.

G. Bourgeois, Trois-Rivières, 2ème Vice-Président.

J. C. S. Gauthier, St-Ephrem d'Upton, 3ème Vice-Prés.

S. Roch, St-Gabriel, de Brandon, Secrétaire.

J. Décarie, Montréal, Ass.-Secrétaire.

Section de chirurgie dentaire :

Edmond Casgrain, Président Honoraire.

Aimé Lanthier, Président.

Joseph Nolin, 1er Vice-Président.

Arthur Langlois, 2ème Vice-Président.

Philippe Hamel, Secrétaire.

L. N. Lemieux, Secrétaire-Correspondant.

Arthur Beauchamp, Ass.-Secrétaire.

Montréal.

Dr Camirand, Président de la Société Médicale de Sherbrooke ; Dr St-Pierre, Trois-Rivières ; Dr R. Paquin, Québec ; Dr V. Faucher, Québec ; Dr Ed. Turcot, Québec ; Dr Albert Marois, Québec ; Dr F. de Martigny, Montréal ; Hon. Dr Fiset, Rimouski ; Dr J. F. Rioux, Sherbrooke ; Dr A. N. Petit, Nashua, E.-U. ; Dr Vaillancourt, St-Anselme ; Dr Eug. Mathieu, Québec ; Dr J. Eug. Ladrière, Lévis ; Dr O. Mercier, Montréal ; Dr N. Lambert, Trois-Rivières ; Dr A. Jobin, Québec ; Dr L. N. Fiset, Québec ; Dr Alph. Mercier, Montréal ; Dr A. Beaudry, St-Hyacinthe ; Dr L. Ducharme, Lewiston, E.-U. ; Dr J. E. Desrochers, Montréal ; Dr C. E. Côté, Québec ; Dr E. P. Chagnon, Montréal ; Dr Chevrier, Ottawa ; Dr A. Loir, Montréal ; Dr F. J. Langlais, Trois-Pistoles ; Dr S. Pinault, Campbeltown ; Dr Alf. Morissette, Ste-Hénédié ; Dr A. Béland, St-Joseph, Beauce ; Dr M. Genest, St-Bernard ; Dr A. Nadeau, Beauce ; Dr A. Lasalle, Montréal ; Dr Bédard, Chicago ; Dr Archambeault, Cohoes, E.-U. ; Dr Armand Bédard, Lynn, E.-U. ; Dr S. Boucher, Brockton ; Dr A. Lavoie, Sillery ; Dr J. E. Dubé, Montréal ; Dr L. Harwood, Montréal ; Dr S. H. Turcot, St-Hyacinthe ; Dr D. Pagé, Québec ; Dr S. Villeneuve, Montréal ; Dr R. Boulet, Montréal ; Dr E. Laberge, Montréal ; Dr A. de Martigny, Montréal ; Dr E. E. Laurent, Montréal ; Dr J. E. D'Amours, Papiineauville ; Dr A. Bédard, Chicago, E.-U. ; Dr E. Normandin, New-Bedford ; Dr Jos. Guérard, Québec.

RENSEIGNEMENTS.

Logements.

La question du logement a été, telle que prévue, la plus ardue à résoudre. En raison de l'affluence certaine des visiteurs du

rant la célébration des fêtes du troisième centenaire le comité a eu à faire face à des difficultés qui de prime abord paraissent insurmontables. La situation est aujourd'hui éclaircie et le comité est dès maintenant en mesure de donner satisfaction à tous ceux qui désirent retenir à l'avance une chambre et pour le nombre de jours qu'ils jugeront à propos de l'occuper. 400 chambres à des prix variant de \$2 à \$5 avec ou sans pension complète ou incomplète sont à la disposition du comité.

Aucun hôtel ne donne la location de ses chambres à l'avance. Cependant, l'on donnera la préférence à toute demande apollée par le comité.

Un restaurant sera à la disposition des congressistes. Le club St. Louis donnera pour le temps de la durée des fêtes le privilège de membre à tout médecin régulièrement inscrit au congrès.

Le comité est dès maintenant prêt à faire droit à toute demande.

Prière est faite à tout médecin de faire savoir, aussitôt que possible, son intention, en spécifiant le nombre de lits simples ou doubles qu'il veut retenir et le tarif de location désiré.

Comité de Logements

Président, Dr W. Verge,
 Secrétaire, Dr Emile Nadeau.
 Membres, Dr A. Potvin.
 " Dr V. Martin.
 " Dr J. Devarennés.
 " Dr J. Gosselin.
 " Dr Ed. LeBel.
 " Dr E. Dion.
 " Dr A. Lachance.
 " Dr Ed. Verge.

Ce comité siégera en permanence durant la tenue du congrès à l'Université Laval, où les congressistes pourront se procurer tous les renseignements.

N. B. — La ville des tentes dont l'établissement est, paraît-il, décidé, avec toute l'accommodation nécessaire, eau courante, drainage, électricité, service, police, et restaurants, sera aussi à la disposition des congressistes. Les prix seront relativement modiques.

Chemins de fer

Jusqu'à présent, les compagnies suivantes de transport, savoir : l'intercolonial, le Pacifique Canadien, le Grand Tronc, le Québec Central, la Compagnie de Navigation Richelieu & Ontario émettront des billets à prix réduits *de moitié* pour toutes personnes venant à Québec du 18 juillet au 3 août. Aucun protocole ne sera requis, il suffira de venir à Québec durant la célébration du III^{ème} centenaire pour bénéficier de la réduction. Des réductions semblables seront offertes paraît-il, par l'Association des chemins de fer de la section Est de la Nouvelle-Angleterre.

Exposition

Le comité d'exposition des produits pharmaceutiques, d'instrumentation chirurgicale, et d'installation hospitalières est assurée, dès aujourd'hui, d'un grand succès, si l'on en juge par le nombre et la qualité des exposants.

Comité d'Exposition Dr Chs. Verge, président ;

Dr D. Pagé,

Dr A. Potvin,

Dr E. Nadeau secrétaire.

Fêtes et réceptions

Le comité des fêtes n'a pas encore terminé son travail. Jusqu'à présent il a été décidé qu'il y aura le 20 au soir à l'Université Laval, l'ouverture solennelle du congrès à laquelle assisteront un grand nombre d'officiels, suivie d'une réception dans les salons de l'Université Laval. Son honneur le lieutenant gouverneur, Sir Louis Jetté, M. le président Art. Simard donneront un dîner officiel. Une fête de nuit aura lieu, avec tout l'éclat désirable, en dehors de la ville, mercredi soir, le 22.

Divers

En sus de l'insigne, le comité de l'Association des Médecins de Langue Française espère pouvoir donner à chaque congressiste une plaquette souvenir qui doit être frappée à Paris.

On nous prie de vous faire savoir que les Présidents et délégués des sociétés médicales de la province de Québec sont convoqués à une réunion spéciale qui aura lieu durant la tenue du Congrès. Objet : Création d'une association de protection mutuelle.

MEMOIRES

REGIME LACTO-VEGETAL (1)

Par M. C. N. VALIN.

Professeur suppléant d'hygiène, Professeur de dermatologie,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Comme son nom l'indique ce régime est composé de lait et de substances végétales. Ce régime peut être très varié au point de vue culinaire étant donné la grande variété des aliments d'origine végétale. Il peut répondre à tous les besoins de l'organisme en fournissant amplement de l'albumine, de la graisse, des hydrates de carbone et des sels minéraux. Il est aussi fécond en applications thérapeutiques dans les maladies du foie, des intestins, des reins, de la peau, du système nerveux, des organes de la circulation. Mais ses indications peuvent se ramener à deux principales: 1° réduire les fermentations digestives au minimum; 2° donner un repos relatif aux organes éliminateurs et au système nerveux.

PHYSIOLOGIE DE LA DIGESTION DES HYDRATES DE CARBONE

1° La digestion des hydrates de carbone ne s'accompagne pas de fermentations putrides et toxiques comme celle de la viande. Le lecteur trouvera des tableaux comparatifs dans ma communication au Congrès des Trois-Rivières et publiée dans les numéros de novembre et décembre 1906 de *l'Union Médicale*. Le régime végétal est anti-putride parce qu'il change le milieu de culture habituel de l'intestin et comme conséquence sa flore microbienne. Il est facile de vérifier ce fait en substituant à un régime carné un régime lacto-végétal. Le régime carné donne des symptômes d'intoxication intestinal tels que: langue chargée, gaz fétides, céphalalgie, disposition à dormir, courbature matutinale, manque de disposition pour le travail intellectuel et physique, sommeil agité et entre coupé de rêves, selles de couleur brun foncé, sèches, très odorantes, urines très acides rouges, chargées d'urates et d'acide urique. Le régime lacto-végétal fera vite disparaître ces symptômes qui donneront place à une euphorie générale, au calme du système nerveux, un sommeil réparateur, à des selles non odorantes, jaunes, pâteuses, à des urines moins acides et claires.

Et voici l'explication: les aliments végétaux farineux produisent de l'acide lactique et succinique qui ont des propriétés antiseptiques. La production de ces acides antiseptiques se fait

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 1908.

lentement et progressivement à mesure que l'agression microbienne se fait de plus en plus intense. D'ailleurs l'albumine végétale est moins susceptible de fermentation putride que l'albumine animale, ou de la viande. La caséine qui est une albumine animale se putrifie moins vite en présence de la lactose qui l'accompagne parce que justement la lactose produit de l'acide lactique. Mais la lactose est souvent trop rapidement absorbée et la caséine alors se trouvant sans la protection des acides antiseptiques, les acides lactique et succinique subit des transformations putrides qui sont cause de symptômes graves chez les enfants. Au contraire, en présence des farines, la lactose est plus lentement absorbée et l'action des acides lactique et succinique est ainsi plus prolongée et plus efficace à empêcher la fermentation putride de la caséine. Nous savons que l'acide lactique est un remède efficace dans la diarrhée verte des enfants. Nous savons également que Metchnikoff a conseillé de boire beaucoup de petit lait pour retarder l'artério-sclérose et empêcher la sénilité précoce provoquée par l'arthritisme, qui n'est pas autre chose qu'une intoxication chronique alimentaire par abus des viandes.

2° Il est évident qu'avec la réduction des toxines alimentaires un repos est accordé aux organes destinés à les détruire et à les éliminer, tels que le foie, les reins, la peau. Avec l'absence de substances toxiques et irritantes pour la cellule nerveuse, il est évident aussi que le système nerveux sera moins excité et la circulation artérielle moins tendue. Et il est facile de concevoir déjà les indications nombreuses qui se présentent en clinique pour ce régime alimentaire qui engendre moins de produits irritants et toxiques et impose moins de travail aux organes éliminateurs.

INDICATIONS PARTICULIÈRES :

Arthritisme. C'est un régime particulièrement indiqué dans l'arthritisme hérité ou acquis. En effet, s'il est hérité, la nutrition de l'arthritique est déjà retardante et encombre l'économie de poisons cellulaires et alimentaires ; il convient donc de choisir un régime qui donne le moins d'acide urique et de poisons de fermentations intestinales. Mêmes raisons s'il est acquis, car l'arthritisme n'est que l'aboutissant d'une longue et pour ainsi dire permanente auto-intoxication de source intestinale par abus d'aliments azotés d'origine animale et par accumulation d'acide urique

L'uricémie est à la base de presque tous les accidents de l'arthritisme : goutte, rhumatisme, névralgie, céphalalgie, migraine, asthme, angine, gravelle, eczéma, psoriasis, nervosisme, neurasthénie.

Le régime lacto-végétarien convient à tous ces états maladiés venant de la même source parce qu'il engrasse moins l'organisme de poisons irritants et toxiques.

Cependant, il faut dans ces cas éviter un excès de légumineuses parce qu'elles contiennent plus d'albumine encore que la viande. Mais il faut dire aussi que l'albumine végétale donne moins d'urée et d'acide urique que l'albumine animale, dans le rapport de 24 à 30. D'ailleurs le régime végétal expose moins que le régime carné à l'albuminisme, car avec lui ce n'est pas exclusivement de l'albumine qui est consommée comme c'est le cas pour la viande. Et il y a plus l'albumine de la viande offre un danger spécial que n'offre pas le régime végétal, c'est la production de substances toxiques, telles que : la créatine, la créatinine, la guanine, la guanidine et bien d'autres corps qu'ont une action existante et toxique sur le système nerveux. Puis si la viande n'est pas fraîche, elle offre le danger de l'intoxication par des leucomaïnes et des ptomaïnes.

Hypertension artérielle. — Tous ces poisons qui résultent de la décomposition de la viande sont stimulants et provoquent de l'hypertension artérielle. Or, celle-ci est cause provocatrice de l'artério-sclérose, de l'insuffisance rénale dans le brightisme, elle impose plus de travail au cœur, elle favorise l'hémorragie cérébrale, l'épilepsie, l'argine de poitrine, la migraine, l'asthme. Le régime lacto-végétal fera baisser cette tension et écartera les dangers de l'hypertension parce qu'il n'est pas excitant pour le système nerveux.

Artério-sclérose. — Les poisons qui dérivent de l'alimentation carnée excessive irritent l'endartère. L'artère réagit par un spasme. Celui-ci se répétant trop souvent et même devenant permanent devant une cause elle-même permanente, entraîne une élévation de la tension artérielle. Celle-ci, à la longue, est cause d'une irritation de l'endartère. L'endartère provoque l'artério-sclérose. Tous les poisons, bactériens, chimiques ou nutritifs, peuvent produire cette irritation et provoquer l'artério-sclérose, ainsi : les infections, comme la syphilis, les agents chimiques comme le

plomb, les poisons nutritifs comme ceux de l'arthritisme. Une intempérance alimentaire, surtout carnée, la produit aussi bien que l'intempérance alcoolique. Il faut donc pour éviter l'hypertension continue et sa conséquence l'artério-sclérose, éviter l'alimentation surabondante et excitante lorsque l'organisme n'a pas des besoins spéciaux à satisfaire comme ceux, par exemple, d'un travail excessif et ceux de la croissance.

Comme règle générale, il faut une alimentation adéquate aux besoins, afin qu'il ne se forme pas de déchets dans l'économie.

Eréthisme nerveux, nervosisme, neurasthénie, épilepsie, migraine, chorée. Tous ces poisons sont les uns irritants les autres toxiques pour la cellule nerveuse, et de même qu'ils provoquent l'hypertension vasculaire ils provoquent également l'hypertension nerveuse avec fatigue d'abord et usure ensuite de la pile électrique qu'est la cellule nerveuse. Un régime, comme le lacto-végétal, qui n'est aucunement excitant pour le système nerveux est parfaitement indiqué dans tous les états où il y a éréthisme nerveux, ainsi : dans l'épilepsie, la neurasthénie, la migraine, les prurits, l'urticaire, l'eczéma nerveux etc.

L'épilepsie. — Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un régime doux, non excitant chez les épileptiques. La plupart conseillent le régime lacto-végétarien. Voisin admet un peu de viande, mais très peu. D'abord, on sait que l'épilepsie est une maladie essentiellement d'explosivité nerveuse et par conséquent demande un régime plutôt calmant. Puis, la théorie la plus en faveur aujourd'hui veut que l'épilepsie relève d'une auto-intoxication dont l'origine est particulièrement digestive. Or, le régime lacto-végétal remplit parfaitement ces deux indications.

La nervosisme et la neurasthénie, dûs la plupart du temps à l'épuisement de la cellule nerveuse par abus d'excitants, se trouvent très bien de ce régime calmant.

Dermatoses. — Les dermatoses dues à une auto-intoxication de source intestinale, telles que l'acné, l'eczéma, le psoriasis, l'urticaire, le pemphigus et celles accompagnées de prurit généralisé, trouvent dans ce régime anti-toxique et calmant un facteur de très grande importance dans le traitement.

Brightisme. — Lorsque les reins sont malades la première indication à remplir c'est de les soulager dans leur tâche d'élimination et pour cela il faut s'abstenir de médicaments irritants et

adopter un régime encombrant le moins l'économie de déchets toxiques. Le régime lacto-végétarien remplit cette indication. Nous pouvons satisfaire tous les besoins de l'organisme, en état de repos ou de travail, avec ce régime, qui peut comprendre toutes les combinaisons d'albumine, de graisse et d'hydrates de carbone. Le Dr Vaughan dit, dans le *Northwest Medicine* de sept. 1903, avoir vu des travailleurs se livrant à un travail dur se porter très bien avec la ration suivante :

Farine de maïs	200 grammes
Zyveiback	100 —
Crème	500 —
Beurre	50 —
Sucre	20 —

Cette ration donne 3,245 calories.

Appendicite. Cette maladie est due à l'exaltation de la virulence de certains microbes de l'intestin ou de l'appendice. Dans les discussions qui ont eu lieu à ce sujet à l'Académie de Médecine, il a été reconnu que l'appendicite sévissait chez les peuples carnivores et était rare sinon inconnue chez les peuples végétariens. Cela s'explique facilement lorsque l'on sait que la viande provoque et entretient des fermentation putrides, tandis qu'au contraire si l'on veut faire cesser ces fermentations il faut s'abstenir de viande et adopter un régime végétarien. Voilà pourquoi ce dernier est indiqué chez les personnes qui, ayant de l'appendicite et ne se font pas opérer, doivent réduire au minimum les fermentations intestinales qui provoqueraient des récidives de plus en plus dangereuses. Voilà les principales maladies où le régime lacto-végétal est indiqué ; mais le praticien trouvera encore l'occasion de le prescrire chaque fois qu'il rencontrera l'indication de réduire au minimum les fermentations putrides de l'intestin et de donner du repos aux organes éliminateurs et au système nerveux.

Mais il peut arriver que certaines personnes n'aiment pas ou ne peuvent digérer le lait. Il faut alors essayer la méthode du Dr Bulkley, ou de s'en tenir au régime simplement végétal ou ovo-végétal.

MÉTHODE DU DR BULKLEY

Le Dr Duncan Bulkley, médecin du "New-York Skin and Cancer Hospital" a une méthode pour l'administration du lait

appuyée sur la théorie suivante : après la digestion d'un repas, dit-il, et après que le bol alimentaire a franchi le pylore, l'estomac se décongestionne et est arrosé d'une sécrétion alcaline, ce qu'il appelle "*The alkaline tide*." Cela a lieu plus ou moins tôt selon la quantité et la qualité des aliments ingérés, soit une heure et demie après un petit repas, et cinq heures après un lourd repas.

Or, si le lait est pris à cette période de "alkaline tide" le lait est rapidement *absorbé* et non digéré, la caséine échappant ainsi à la coagulation et à la fermentation. Mais pour qu'il en soit ainsi il faut remplir les trois conditions suivantes : 1° attendre cette période alcaline ; 2° ne prendre absolument que du lait, parce que la présence d'un autre aliment provoquerait la sécrétion acide ; 3° prendre le lait chaud, à la température du sang pour faciliter son absorption rapide. La règle de l'auteur est de donner le lait environ une heure ou une demi-heure avant le repas ordinaire, et pris de cette manière, le lait accroît plutôt l'appétit pour le repas suivant. Cet auteur prétend qu'après vingt-quatre ans d'expérience, aucun fait médical n'est plus certain et que sa méthode, suivie à la lettre, donne souvent des résultats merveilleux.

A suivre.

LA PROPRETE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Par E. A. RENÉ DE COTRET,
Professeur-adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

" J'avoue que la nature, trop bonne mère,
est quelque peu cause de l'indifférence où
l'on glisse. " (1)

Messieurs,

Encore un mois et vous allez nous quitter pour vous lancer à votre tour dans les misères et les ennuis de la pratique, et c'est pour cela que je voudrais vous dire en quelques mots ce que je vous ai si souvent répété, dans cette salle où je me suis tant efforcé de

(1) Clinique obstétricale, par M. le Prof. R. de Bovis, in *Semaine Médicale* 1907 page 577.

vous enseigner les principes élémentaires de l'art obstétrical. C'est avec intention que je dis les *principes élémentaires* ; n'allez pas croire que vous partirez d'ici avec un gros bagage expérimental et scientifique ; non, malheureusement ! Et en plus, quand vous direz adieu à cette clinique, vous y laisserez, hélas ! trop des choses qu'on vous y a enseignées ; vous n'emporterez qu'un faible souvenir de nos labeurs. Et pourquoi cela ? parce que, il faut bien vous l'avouer, votre imprévoyance d'étudiant n'a pas pensé au lendemain ; que vous êtes venus faire la visite de nos salles, les mains dans les poches, comme quelqu'un qui est témoin d'un événement quelconque se passant sur la rue ; que vous avez assisté, du haut de ces gradins, à des accouchements laborieux et remarquables, comme on contemple le spectacle de vues animées ; que vous nous avez aidé, aussi souvent que nous avons pu vous le permettre, comme on donne un coup de main à un étranger qu'on croirait dans l'embarras. Ce n'est pas en agissant ainsi qu'on peut emporter un souvenir durable, même des choses élémentaires.

Il vous aurait fallu prendre des notes et en prendre beaucoup. Qu'il a dû être pénible ce réveil d'un de vos confrères sorti depuis quelques années à peine de l'Université ! Et voici ce qu'il disait, ce confrère, qui avait vu comme vous, qui avait écouté comme vous, qui avait contemplé comme vous ; le lendemain de son examen réussi, il s'achetait un gros traité d'accouchement et puis il disait : " Avec mon diplôme et mon traité d'accouchement je ne suis pas embarrassé ; avec cela quand je ne pourrai pas terminer un accouchement c'est que personne ne pourra faire plus." Oh ! illusion ! Prenez garde, beaucoup d'entre vous diront les mêmes paroles, et rencontreront les mêmes embarras.

Messieurs, si je vous dis ces choses, c'est malheureusement vous oublierez trop vite l'enseignement qu'on vous a donné ici, enseignement basé sur l'expérience des grands accoucheurs, enseignement que nous-mêmes, assez avancé en âge, nous croyons le véritable ; et trop souvent oubliant cet enseignement, vous vous ferez à la NATURE, TROP BONNE MÈRE qui vous jouera hélas ! de mauvais tours à l'heure où vous l'aurez le moins voulu.

Laissez-moi encore vous citer ces paroles du professeur de Bovis ; elles vous diront beaucoup et vous feront comprendre que même éloignés de nos cliniques, dans des milieux tout à fait défavorables, vous devez vous rappeler les grands principes énoncés ici.

“ Quand, pour sa première dystocie, l'étudiant devenu médecin se trouve dans une pièce étroite, mal éclairée, auprès d'un lit sale, que, pour se laver les mains, il n'a qu'une cuvette grande comme un plat et dont l'eau a été puisée dans un seau avec une casserole, il ne peut s'empêcher de ressauter au contraste de ses souvenirs et de la réalité. Cependant, notre jeune confrère tient bon et plus ou moins proprement délivre sa parturiente. Il n'en quitte pas moins ce chevet en pensant que son opérée succombera dans les quatre jours à une infection aiguë. Grande est sa surprise s'il vient à observer le contraire !

“ La première fois cette heureuse terminaison stupéfie ; dans la suite on s'y habitue et l'on finit par trouver bien exagérées les précautions des services hospitaliers. Bref le jour où l'on perd une femme d'infection puerpérale, on s'en prend au cœur, aux reins, aux poumons de sa parturiente et fort peu à soi-même. ”

Bien scuvent, comme j'en ai été témoin plus d'une fois, on regrette cette trop grande confiance en la NATURE. J'ai encore présente à la mémoire cette réponse d'un de mes élèves qui eût le malheur de perdre d'infection puerpérale une personne qui lui était très attachée à plus d'un titre. Je lui demandais s'il avait fait de l'antisepsie ou au moins de l'asepsie pendant l'accouchement de sa parturiente. “ Au commencement de ma pratique, me répondait-il, je faisais beaucoup d'antisepsie et d'asepsie, mais la pratique à la vapeur de la campagne me l'a fait oublier petit à petit et mes succès assez fréquents sans aucune précaution antiseptique ou aseptique ont fini par me faire oublier les sages conseils de mes maîtres, et c'est aujourd'hui, lorsque le malheur me frappe que je regrette plus vivement cet oubli. ”

Il n'y a pas à le nier le pourcentage de la mortalité ou de la morbidité n'est certainement pas en proportion du peu de soins qu'on prend au moment de l'accouchement. Si l'on voit si peu de femmes, relativement au nombre considérable d'accouchements qui se font d'une manière septique, mourir d'infection puerpérale, c'est peut-être grâce à la BONNE NATURE qui est plus prévoyante que nous. Mais il ne s'en suit pas pour cela qu'il faut se confier tout bonnement au plutôt tout bêtement à cette BONNE NATURE. On peut encore obtenir de meilleurs résultats, et ces résultats s'acquerront facilement avec un peu plus d'attention.

Et que faut-il faire pour cela ? Bien peu. Il est vrai qu'en

dehors d'ici, dans la pratique journalière, surtout à la campagne, vous ne trouverez pas comme ici des garde-malades, très habiles, prêts à vous servir ; il faudra savoir vous en passer, (elles ne sont pas indispensables) ; vous n'aurez pas à votre main tous les objets de pansement, tous les instruments variés que vous voyez dans nos cliniques ; il faudra apprendre à vous en priver. Ce dont vous ne pourrez vous passer ou vous priver, c'est la PROPRETÉ et tout le succès de l'accouchement dépend de ce mot, de cette chose.

Qu'est-ce donc que la propreté en obstétrique ? Je laisse encore la parole à de Bovis, parce que, ce qu'il a vu, je l'ai vu : " En tout cas, dit-il, ne faites jamais ce que j'ai vu si souvent faire : on a une cuvette pleine de sublimé, on y trempe ses mains quelques secondes et là-dessus on touche, on fait des versions, on applique des forceps. . . Et l'on croit avoir fait de l'antisepsie ! En pareil cas le sublimé rend un bien mauvais service : il sert de paravent à la malpropreté. "

Que faut-il donc faire pour être propre en obstétrique ? Le voici. Sauf indications spéciales, en cas de vaginite, les injections vaginales sont sans utilité pendant la grossesse. Leur emploi inconsideré peut faire beaucoup de tort en irritant inutilement le vagin. Les toilettes extérieures et les bains généraux devront être d'une pratique courante.

Au moment de l'accouchement doit-on donner des injections vaginales ? Non, en règle générale. La pratique généralement suivie aujourd'hui est de ne pas donner d'injections vaginales pour les diverses raisons que j'ai eu plus d'une fois occasion de vous citer. On pourrait y avoir recours quand on est obligé d'introduire la main au-delà du col pour pratiquer une opération obstétricale quelconque ou encore quand la femme souffre de pertes d'un caractère douteux. Quand il faut recourir, pour une raison ou une autre, aux injections vaginales, il faut savonner, frotter, écouvillonner avec le doigt le vagin, sans cela l'injection vaginale est non seulement d'aucune utilité, mais elle est de plus nocive. Il ne faut pas oublier que les sécrétions vaginales des femmes enceintes possèdent des propriétés bactéricides ; et qu'une simple injection vaginale ne peut suffire à détruire les germes pathogènes contenus dans le vagin, et, de plus, en entraînant et en altérant les sécrétions vaginales, elle annihile pour un certain temps la propriété bactéricide.

Quand on aura recours aux injections, il faudra les faire avec des instruments d'une propreté moins que douteuse et avec une eau bien aseptique avant d'être antiseptique.

En arrivant chez la malade, la première chose à exiger c'est de faire bouillir de l'eau pour opérer la désinfection de vos mains et des organes génitaux de la femme.

A propos du lavage des mains, voici ce que dit encore de Bovis :

“ Chez les riches comme chez les pauvres, c'est là le difficile, je dirai même l'impossible. Si vous voulez vous laver les mains, on vous offre la traditionnelle cuvette, on vous la remplit à moitié et vous voici barbotant dans l'eau sale avant de pratiquer un toucher ! s'il existe un robinet au-dessus d'un évier, préférez-le, et de beaucoup, à ce lavage en cuvette.

“ Mais les prises d'eau sont un luxe. D'ailleurs, vous pouvez faire encore mieux : le bœc nettoyé et désinfecté, le caoutchouc bouilli, remplissez le premier et accrochez-le à un clou ; faites pincer le bout du caoutchouc par la personne qui vous aide, puis savonnez-vous et rincez-vous *sous l'eau bouillie courante*, qui coule de ce tube de caoutchouc. Après cela, libre à vous de tremper vos mains dans le sublimé et l'alcool, mais vous aurez fait l'essentiel, car vous aurez fait de l'ASEPSIE MÉCANIQUE, et le reste, en comparaison, est presque du superflu. ”

Dans la pratique courante, je fais exactement ce que je pratique ici, et vous voyez par nos succès ici que le procédé est suffisant. Je me savonne et me brosse les mains soit sous le robinet à eau chaude ou dans une cuvette bien propre, stérilisée au besoin par le stoubage à l'alcool, et remplie d'eau bouillie chaude. J'insiste particulièrement sur les extrémités unguéales et les espaces interdigitaux. Je fais jeter cette première eau de la cuvette qui est nettoyée de nouveau et remplie d'eau bouillie chaude ; J'y jette quelques pastilles de bichlorure de mercure pour en faire une solution à 1 p. 1000, et je me brosse de nouveau les mains. On peut se servir de tout autre antiseptique que le bichlorure.

Il s'agit alors d'opérer la DÉSINFECTION DES ORGANES GÉNITAUX de la femme. Après avoir fait glisser sous le siège de la femme le bidet en tôle émaillée destiné à recevoir le liquide des lavages, ou mieux, après avoir disposé la femme en travers de son lit, on commence par ébarber avec des ciseaux les poils exubérants de la vulve ; avec de l'eau chaude savonneuse et de la ouate hydrophile

ou un autre linge propre, on nettoie alors tous les plis et replis de la vulve, ainsi que le sillon interfessier, la face interne des cuisses et le mont de Vénus. Il faut frotter dur et longtemps et cependant ne pas se servir de brosse ; et l'on termine en projetant sur la vulve, avec le tube en caoutchouc de l'injecteur, une solution de sublimé.

Quant au sublimé ou autre antiseptique voici ce que pense de Bovis : " Je ne les dédaigne pourtant pas, mais vos préférences doivent aller d'abord aux agents mécaniques de désinfection. A l'heure qu'il est, la chirurgie n'en emploie presque pas d'autres; vous ne perdrez rien à suivre son exemple. Vous imaginez-vous par hasard qu'un peu de sublimé coulant sur l'entrejambes va vous enlever cet enduit, véritable engrais à microbes, qui recouvre toutes les peaux ? Or, c'est lui l'ennemi. "

Ainsi donc, il ne suffit pas de se désinfecter les mains, mais il est encore aussi nécessaire de désinfecter les organes génitaux externes.

Après la désinfection des organes génitaux, il faut à nouveau s'aseptiser les mains, et l'on est prêt alors à procéder au toucher vaginal, qu'on pratiquera en écartant bien largement la vulve d'une main, pendant que les doigts de l'autre main pénétreront dans le vagin. Avant chaque toucher vous devez de nouveau aseptiser les organes génitaux externes et vous désinfecter les mains.

Le lit de la patiente bien net a été préparé d'une manière bien simple. Pour protéger le matelas, on le garnit de toiles cirées ou à défaut de celles-ci de plusieurs plans de papier. On met une première toile cirée sur le matelas, et on la recouvre d'un drap ou d'un *piqué* ; on place par-dessus une nouvelle toile cirée et un nouveau drap ou *piqué*. Quand l'accouchement est terminé on n'a qu'à enlever la toile cirée et le drap supérieurs et la femme se trouve sur un lit propre.

On a eu la précaution de faire bouillir et refroidir de grande quantité d'eau et l'on tient en permanence sur le feu pendant toute la durée de l'accouchement, autant d'eau bouillante qu'on le peut. Dans la chambre, à portée de la main, on aura : une paire de ciseaux, deux pinces à force de pression et la pince omphalotribe ou les fils préalablement bouillis qui serviront à la ligature du cordon. Les petits instruments sont placés dans une assiette et peuvent être désinfectés avec de l'alcool. Si l'on peut se les procurer, on pla-

cera, sur une table recouverte d'une serviette propre, deux cuvettes remplies d'une solution antiseptique, et destinées à la désinfection des mains et des organes génitaux. Si l'on se sert de ouate stérilisée, on ne devra la sortir de son enveloppe qu'au moment de s'en servir.

Quand il y a nécessité de donner un lavement à la femme pour évacuer l'intestin, on devra le faire dès le début du travail ; et après l'évacuation obtenue l'on procèdera à la toilette des organes génitaux.

Pendant la période d'expulsion et pendant la délivrance il faut veiller avec un soin minutieux à l'asepsie ; car c'est surtout pendant ces périodes qu'on commet le plus de fautes contre la propreté.

Après la délivrance on glisse, sous le siège de l'accouchée, un bassin ; on place, entre les jambes légèrement écartées de la malade, une cuvette remplie d'eau bouillie ou d'eau stérilisée. On s'aseptise les mains et l'on prend quelques morceaux de coton avec lesquels on fera la toilette de la vulve. Pour cela on fait couler le liquide de la lotion avec assez de force pour détacher le sang et les caillots qui souillent la vulve. D'une main on écarte les grandes et les petites lèvres pour y projeter dans le canal vulvaire le liquide.

Veillez bien à ne pas vous servir du même tampon pour la face interne des cuisses et la région médiane ; veillez à ce qu'un tampon conduit de haut en bas et souillé de sang ne soit pas ramené des parties latérales sur la région médiane, et des régions basses vers la région vulvaire.

Doit-on donner une injection vaginale après la délivrance ? Elle est à peu près abandonnée aujourd'hui, même condamnée par un grand nombre d'accoucheurs. Cependant dans quelques cas il vaudra mieux y avoir recours, je crois vous en avoir déjà donné les indications.

Un pansement vulvaire formé de ouate hydrophile aseptique ou de gaze antiseptique sèche est appliqué sur la vulve.

Messieurs, vous le voyez, cette clinique est assez la répétition d'une clinique magistrale de M. le prof. Lamarche ; elle est l'écho d'un enseignement que vous avez reçu ici depuis près d'un an. Elle m'a été aussi inspirée en plus par une belle clinique de M. le prof. de Bovis que j'ai largement citée. Si je me suis plu à répéter des choses si souvent dites c'est que, plus que tout autre, j'en

vois la nécessité. Puissent-elles bien se graver dans votre mémoire et y demeurer toujours ! Puissiez-vous ne les jamais oublier et ne jamais vous laisser aller à ces mauvaises habitudes de négligence qu'on contracte trop facilement dans la pratique courante, se fiant trop souvent au hasard, ou à la NATURE, CETTE TROP BONNE MÈRE. Laissez-moi terminer comme de Bovis que je cite pour la dernière fois : " Puisse cette leçon vous enseigner le culte d'une propreté raffinée, fille de l'antisepsie, la supériorité des agents mécaniques de désinfection et vous débarrasser du fétichisme de l'antiséptique ! En obstétrique, le sublimé n'est pas tout ; il ne nous dispense pas d'être propres. "

Comme derniers mots j'ajouterai : faites de l'antisepsie, mais avant tout et par-dessus tout faites de l'asepsie : soyez propres.

REVUE GÉNÉRALE

LA CONSTIPATION — MÉCANISME, ÉTIOLOGIE

Par le Dr JEAN-CH. ROUX.

La constipation constitue un sujet sans cesse d'actualité, peut-on dire, car il est peu de médecins qui n'aient pas à la combattre chez nombre de malades. Elle a été l'objet de nombreuses recherches et aujourd'hui que les causes nous en sont connues, nous disposons de moyens simples qui permettent de lutter contre elle en ayant rarement recours aux adjuvants précédemment utilisés.

On désigne sous le nom de constipation la rétention des matières fécales dans le gros intestin.

C'est dans le gros intestin, en effet, que les résidus alimentaires viennent se concréter. C'est là qu'ils se constituent en boudins, en cybales.

C'est quatre heures après le repas que ces résidus arrivent au cœcum. La traversée de l'intestin grêle est relativement rapide. On a pu s'en assurer expérimentalement en observant à l'écran radioscopique le trajet d'une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth ingéré dans un repas donné.

Arrivés au cœcum les résidus alimentaires sont liquides. Ils

y séjournent assez longtemps, ce qui permet à l'eau de se résorber et à certains principes alimentaires tels que l'amidon et quelques albumines de passer dans le sang. Cette expulsion de l'eau amène progressivement le durcissement des résidus et les contractions péristaltiques achèvent de leur donner une forme de boudins.

C'est quand le cœcum est distendu par les matières fécales que se fait sentir le besoin de la défécation, encore accru par un horaire habituel qui montre l'automatisme de cette fonction.

La défécation se fait par une série de contraction bien étudiées sur plusieurs sujets par un auteur anglais. Se contractent d'abord les muscles de la sangle abdominale ainsi que le diaphragme. Ces contractions ont pour but, en agissant sur les côlons qui réagissent à leur tour, de faire circuler les matières du cœcum au sphincter rectal. Là naissent une série de réflexes qui aboutissent à l'expulsion proprement dite. Et ainsi se vide le cœcum.

Mais, dans ce trajet suivi par les fèces à travers les côlons, la résorption de l'eau aboutit à des phénomènes intéressants. Les matières sèches, en effet, se stérilisent ; c'est pourquoi celles des constipés ne sont jamais toxiques : la dessiccation poussée trop loin en est la cause. Les fermentations intestinales n'apparaissent que dans l'intestin grêle, quand les matières y séjournent, comme nous le verrons ultérieurement.

Ainsi, la constipation simple ne s'accompagne pas de phénomènes toxiques, aussi s'entraîne-t-on à la constipation surtout parmi les femmes. Il faut voir dans cet entraînement des raisons psychologiques : la jeune fille s'y accoutume dès son séjour à la pension, où elle va à la selle à ses heures perdues. Peu à peu la constipation s'établit et prend des proportions considérables. C'est ainsi que j'ai été amené à soigner une jeune fille qui n'avait qu'une selle par mois, le mauvais état des water-closets de la pension où elle était lui faisait attendre son jour de sortie pour aller chez elle à la garde-robe.

Un jour vient néanmoins où l'intestin irrité réagit par une abondante sécrétion de liquide. On assiste alors à des débâcles, à des fausses-diarrhées répétées. C'est dans ces conditions qu'on peut voir survenir des phénomènes toxiques car les matières largement diluées fournissent un terrain propice au réveil des microbes intestinaux.

Dans quelles conditions s'établit la constipation ? Elles se déduisent du mécanisme physiologique de la défécation.

1° — La première cause est due à l'insuffisance musculaire.

Celle-ci est de deux ordres : elle peut porter sur les muscles de la paroi abdominale et le diaphragme : les parois avec éventration, les périnécs ayant perdu leur tonicité ne permettent pas aux malades qui en sont porteurs de fournir l'effort nécessaire pour la défécation. Ce premier effort, on le sait, consiste à pousser le boudin cœcal vers le canal anal.

D'autres malades seront également impuissants à cause de l'atrophie de leurs muscles. C'est ce que l'on voit chez les malades à proges, ou chez les amaigris d'une façon générale.

Les hystériques peuvent enfin être le jouet d'une autosuggestion personnelle aboutissant à l'incapacité complète de la défécation. J'ai eu ainsi à soigner une hystérique écossaise, réfractaire à la suggestion du médecin et qui fit une rétention d'urine durant trente six heures.

Après avoir été sauvée, cette malade recommença le lendemain le même phénomène, par autosuggestion, en même temps que du spasme anal. Ce spasme anal fut tel qu'au bout de quinze jours, malgré tous les soins, électricité comprise, aucune garde-robe ne s'était produite et que le ventre était ballonné, volumineux. Quinze autres jours de traitement par des lavements d'huile quotidiens amenèrent enfin une débâcle de matières molles, en abondance.

Mais c'est là un fait rare, car en général de telles malades sont suggestibles et, grâce à un purgatif léger tout disparaît.

Telle est la première cause de constipation : l'insuffisance musculaire. A ce propos j'ai la sensation que certains nerveux ne peuvent aller à la selle par autosuggestion volontaire : j'ai observé un malade qui, soigné rigoureusement dans une maison de santé, ne pouvait faire aucun effort pour déféquer : il aspirait en quelque sorte les matières au lieu de les expulser. Il peut donc se rencontrer des cas où, à la suite d'émotions par exemple, le souvenir de la défécation soit perdu.

L'insuffisance musculaire de la paroi du gros intestin influence-t-elle sur ces troubles ? On l'a prétendu. Cette influence est probable car, à côté de la presse abdominale, il faut placer les mou-

vemens péristaltiques qui évacuent les matières. Erst aurait pu l'observer à l'écran radio-copique. Ainsi, par insuffisance de la paroi du gros intestin, la défécation peut être plus ou moins troublée. Je dis : plus ou moins, car on a constaté que, même dans les cachexies avancées, cette paroi ne perd guère de sa consistance ; elle est loin de la perdre dans la proportion de la paroi abdominale par exemple. Pourtant ce rôle a été incriminé pour expliquer la constipation atonique des vieillards.

2° — Une *seconde cause* de trouble de la défécation survient quand il existe un *obstacle fonctionnel ou anatomique* au cours normal des matières.

L'obstacle fonctionnel se réalise quand les matières fécales chassées dans l'ampoule rectale ne peuvent en sortir à cause d'un spasme, d'une contracture du sphincter. Celle-ci est due, le plus souvent, à une érosion, une fissure, des hémorroïdes douloureuse. Il suffit de penser à la possibilité de ces désordres pour aussitôt constater s'ils existent ou non.

L'obstacle organique se rencontre dans des adhérences susceptibles de comprimer l'intestin. Une proctonite antérieure chez une femme, comme c'est le cas le plus fréquent, aura laissé ces adhérences.

Quelquefois il s'agit d'une tumeur siégeant sur le gros intestin, un cancer ou des lésions d'origine tuberculeuse ou syphilitique.

Dans ces cas, la constipation s'établit par crises entrecoupées de débâcles diarrhéiques. Quelquefois c'est une occlusion temporaire. Un point sur lequel a insisté M. le Dr Albert Mathieu a rapporté précisément à ce fait que, dans le cancer rectal, ce n'est pas la constipation que l'on observe, mais de fausses diarrhées avec cybales nageant dans du liquide plus ou moins limpide et muqueux. Il faut connaître cette particularité. Il n'y a que les obstacles siégeant plus haut, sur le côlon transverse, qui s'accompagnent de constipation chronique. Elle est alors intense : il s'agit de véritables crises d'occlusion.

Voici donc quelle est la deuxième cause de constipation ; les obstacles fonctionnels ou anatomiques.

3° — On peut voir s'établir la constipation pour une *troisième cause*. Il s'agit de la *mauvaise qualité des matières fécales*. Tout va bien, les contractions sont normales, il n'y a pas d'obstacle à

leur expulsion, mais la qualité des matières entretient la constipation. Cette cause s'ajoute en général aux autres. Il suffit, en ce cas, de savoir à quoi tient la qualité des matières.

a) — Ainsi, dans le cas d'alimentation insuffisante, la constipation s'installe : le remède est dans l'alimentation plus abondante.

b) — Dans d'autres cas, le mauvais régime alimentaire doit être incriminé ; on en a écarté tout légume, les fruits, les végétaux. C'est là une cause fréquente de constipation, surtout dans les classes sociales élevées, où la viande est considérée comme l'aliment noble.

La viande, du reste, paraît avoir par elle-même une influence nocive sur l'intestin. Elle a été peu étudiée, mais on peut voir des malades qui, mis au régime végétarien, se portent bien et à qui 50 grammes de viande par jour, ajoutés à leur régime, suffisent pour donner de la constipation. Il y a donc, à ce point de vue, une certaine susceptibilité de l'intestin dont il faudra tenir compte dans le traitement.

Les œufs peuvent avoir la même influence que la viande ; mais les fromages la possèdent peu ou pas, car la caséine n'agit pas de la même façon.

c) — Un élève de Schmidt, M. Leriche, a établi que la constipation peut tenir au trop bon fonctionnement de l'appareil digestif. Cette constipation est rare et se rencontrerait donc chez les sujets qui digèrent trop bien. Voici une expérience faite :

Un sujet normal a 249 grammes de matières fécales par 24 heures, pour un régime moyen. Dans le cas de constipation par excès de digestion on ne trouve plus, toutes choses égales, que 125 grammes de matières fécales par 24 heures, — soit 30 grammes de matières sèches, — la différence portant sur la quantité de graisse qui, pour le cas normal, est de 14 grammes et, pour le cas des constipés, de 8 grammes. Cette diminution dans la quantité des matières pourrait faire croire qu'elle est due à leur plus long séjour dans l'intestin. Mais, en constipant le groupe normal par l'opium, la même différence subsiste, donc cette constipation est due à autre chose, à une trop riche digestion. D'où l'idée de la cellulose, de l'agar-agar pour faire corps. Nous y reviendrons dans le traitement.

Ainsi, nous avons en résumé, trois groupes de constipation. Elle

est soit d'ordre musculaire — soit due à des obstacles — soit due à la mauvaise qualité des matières fécales.

Mais, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre de ces groupes, deux ordres de causes interviennent dans l'établissement de la constipation. En effet, il y a des constipés primitifs et des constipés secondaires.

1° — Dans quelles conditions d'abord voit-on s'établir une *constipation secondaire* ?

Dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, chez les malades qui ont des douleurs tardives, qui ont des coliques hépatiques, etc., il y a arrêt des matières par spasme du gros intestin.

Done, dans les affections douloureuses et organiques de l'estomac, il y a constipation.

Également dans les sténoses du pylore, car les matières subissent une dessiccation très grande, due aux vomissements du malade.

Si le foie est intéressé et qu'il y ait un obstacle au cours de la bile, la constipation apparaît aussi : ainsi dans l'ictère chronique. Mais ce n'est pas constant vous pourrez souvent voir des garde-robes en cylindre, dues à la quantité de graisse qui aura échappé à l'action digestive de la bile et qui aura agi comme un simple lavement d'huile. La suppression de la bile me semble donc amener peu de constipation.

Les maladies de l'intestin peuvent aussi entraîner une constipation chronique : telles les colites chroniques qui peuvent du reste, mais plus rarement, s'accompagner de diarrhée.

L'appendicite chronique, par le spasme à distance qu'elle provoque, peut entretenir la constipation : mais on ne peut pas affirmer que, l'appendice enlevé, celle-ci disparaisse. Dans deux cas je l'ai vu subsister, d'où l'importance de prévenir le malade.

Parmi les affections de l'intestin entraînant la constipation, signalons le "megacôlon" qui est un intestin dilaté à l'extrême et qui constitue une anomalie. Les matières y séjournent longtemps avant de circuler. C'est là une congénitale probablement.

Les hémorroïdes peuvent également causer du spasme à distance sur le sphincter anal et entraîner de la constipation.

Chez la femme, il faut se défier des organes génitaux. — Vous pourrez trouver des adhérences autour d'annexes enflammés ou des fibromes comprimant l'intestin. Ici l'examen gynécologique s'imposera pour soigner la cause de la constipation.

Les affections de l'appareil circulatoire par la stase veineuse qu'elles entraînent dans les parois de l'intestin, causent également de la constipation.

Les maladies nerveuses, méningites, ataxie locomotrice, en causent également. Dans le cas de tabès, les malades, outre l'atonie musculaire, ne savent plus déféquer d'où nécessité de la rééducation. Enfin, signalons les affections nerveuses fonctionnelles, chagrins, soucis, qui peuvent causer du spasme et de la constipation.

2° — Envisageons maintenant les *constipés primitifs*. Ces malades viennent consulter n'ayant présenté aucune affection d'où découle leur constipation.

Ils se divisent en deux groupes.

Dans un premier groupe, il s'agit de malades qui ont une prédisposition héréditaire. Il y a des familles de constipés. Ils ont développé, soit par leur régime, soit par mauvaise habitude et mauvais entraînement, l'état intestinal dont ils souffrent.

Dans un second groupe, il s'agit de sujets chez lesquels la constipation est entretenue par une mauvaise alimentation — je vous ai signalé ces types de l'alimentation insuffisante ou trop assimilée.

Il faudra veiller à ces causes chez les malades chez lesquels vous constaterez de la constipation primitive.

Mais, qu'elle soit primitive ou secondaire, la constipation se présente sous deux formes : elle est *atonique* ou *spasmodique*.

Il faut donc, avant tout, faire l'examen de l'intestin. Or, quand on observe à la radioscopie un sujet qui a absorbé un repas au bismuth, on voit le gros intestin débiter au cœcum par une portion élargie et se rétrécir peu à peu en entonnoir jusqu'à l'ampoule rectale où n'existe qu'un léger renflement. Ainsi, tout le gros intestin est rétracté ; ne vous étonnez donc pas de trouver dans la fosse iliaque gauche un intestin rétréci et contracté, cela est normal, et n'implique pas du spasme, malgré ce que l'on croit généralement.

Or, chez les constipés, vous trouverez deux variétés d'intestin : chez les uns il y a spasme, l'intestin contracté pathologiquement devient plus dur, plus résistant. En second lieu, cet intestin est douloureux à la palpation, il y a là, comme dans tout état spasmodique, un état douloureux.

Inversement, chez d'autres malades l'intestin est distendu, on ne le perçoit pas, on sent sous les doigts des matières dans le gros intestin. Vous remarquerez que, dans ces cas d'atonie, il n'y a plus ni douleur, ni sensibilité, vous pourrez progressivement arriver à exciter l'intestin et à le sentir se contracter sous vos doigts.

Ces idées ne sont pourtant pas admises couramment. Cependant on peut être certain qu'elles répondent à la réalité, et elles sont connues des chirurgiens qui, dans les laparatomies pour occlusion intestinale, savent se rendre compte de l'état spasmodique d'un côlon contracturé.

En résumé, je vous ai montré que la musculature, l'influence nerveuse, l'état des aliments suffisaient à créer de la constipation, que cette constipation est secondaire ou primitive et se présente sous deux syndrômes différents : la constipation atonique et la constipation spasmodique. Nous en verrons ultérieurement le traitement.

(A suivre)

HYGIENE DE LA PREMIERE DENTITION

Si l'hygiène de la bouche est nécessaire chez l'adulte, elle est encore plus indispensable chez l'enfant. Aussi nos lecteurs nous sauront-ils gré de résumer à leur intention un article de M. le Dr Caillon (de Lyon) paru dans le *Journal des médecins praticiens de Lyon et de la région*, et concernant l'hygiène de la première dentition. Rappelons d'abord *les dates d'éruption des dents de lait*. Ces dents percent deux par deux, en laissant un intervalle entre les différentes paires et les dents d'en bas viennent avant celles d'en haut. En général aussi, ce sont les incisives médianes inférieures qui viennent vers le sixième mois, puis peu après les incisives médianes supérieures.

Les incisives latérales viennent vers le neuvième mois.

Les premières petites molaires viennent vers le douzième mois.

Les canines vers le quinzième mois. Les deuxièmes petites molaires viennent vers le dix-huitième mois.

De telle sorte que, vers l'âge de dix-huit mois, l'enfant doit avoir ses vingt dents de lait.

Ces notions étant rappelées, on peut diviser en deux parties l'hygiène de la première dentition selon qu'elle est préventive ou symptomatique.

Préventive. elle consiste essentiellement à entourer la mère, pendant la grossesse, de tous les soins possibles. Mais y a-t-il lieu d'admettre l'existence de troubles liés à l'éruption dentaire, et, si oui, comment les soigner ?

D'après M. Caillon, la dentition est un acte physiologique normal, mais il n'en existe pas moins des accidents de dentition locaux et généraux qui semblent être d'une façon générale le résultat de processus infectieux.

Les accidents locaux sont de deux sortes : les premiers sont constitués par la douleur produite par la résistance opposée par une *gencive trop dure* à la dent qui va sortir ; ils ne sont donc pas d'origine infectieuse. On les explique ainsi : la dent de lait est peu dure, largement ouverte par la racine et la pression semble se propager à la pulpe en déterminant une véritable crise de pulpite, de réelles rages de dents qui deviennent de plus en plus fréquentes et de durée plus longue jusqu'au moment de l'apparition de la dent. L'enfant est grognon, le moindre attouchement de la gencive provoque une violente douleur, quand la mère lui donne le sein, il rejette la tête en arrière. La gencive est très tendue et anémiée. C'est dans ces cas-là qu'on pourra utilement recourir aux incisions. Il faudra faire de profondes incisions, linéaires pour les incisives, cruciales pour les canines et les petites molaires. On les fera profondes jusqu'à sentir l'émail en évitant de le blesser, et en prenant toutes les précautions antiseptiques d'usages.

La deuxième série d'accidents locaux qui peuvent se présenter comprend les cas où c'est la *gencive qui réagit douloureusement*. Elle est rouge, tuméfiée, parfois ulcérée, très sensible. L'inflammation siège d'abord au point d'éruption de la dent, puis gagne les tissus environnants et donne lieu à de la périostite et à de l'ostéite du maxillaire. C'est surtout dans ces cas que les accidents généraux sont les plus fréquents ; troubles digestifs, fièvres, etc.

Dans ces cas évidemment on ne fera pas d'incision. On agira sur l'inflammation avec un antiseptique faible, par exemple :

Borax	4 gr.
Eau de rose	30 gr.

en badigeonnage sur la gencive.

La teinture d'iode soit seule, soit mélangée à partie égale de glycérine donnera d'excellents résultats.

En ce qui concerne *les accidents généraux* qui accompagnent ces troubles locaux, on a signalé des *troubles digestifs* qui vont de l'inappétence à la diarrhée et aux vomissements ; *des troubles respiratoires*, laryngites, trachéites, bronchites, et enfin la laryngite striduleuse ; *les éruptions cutanées* et des troubles nerveux dont les plus fréquents sont les *convulsions*.

Il est certain que la poussée successive des dents joue un rôle prépondérant dans tous les accidents dits de dentition. Mais le travail physiologique de la dentition n'est pas le seul à mettre l'organisme en état de moindre résistance vis-à-vis des affections venues de l'extérieur. Il est indispensable en effet de faire remarquer que c'est la période à laquelle tous les organes se développent en même temps d'une façon aussi rapide et aussi complète. Que si les phénomènes de croissance s'effectuent, et que, s'il y a une tare héréditaire, une alimentation défectueuse, insuffisante sur un terrain prédisposé par l'hérédité ou les maladies antérieures, rien d'étonnant à ce que l'on constate les troubles dits de dentition. Simple réaction individuelle, à une action nocive d'où qu'elle provienne. Mais constatons bien que le système dentaire est loin d'en être le facteur principal.

Déduisons de tout ceci les *conditions d'hygiène préventive suivantes* :

1. *Soins tout particuliers concernant l'alimentation de la première enfance.*

Dans les maladies de l'enfance, on veillera à suppléer parfois à un apport insuffisant d'aliments nutritifs tels que les *sels de chaux* ; on pourra éviter, de cette façon, les taches, sillons, érosions de toutes formes des dents, reliquat de cet arrêt de nutrition.

2. *Du côté de la bouche* : éviter les affections de la muqueuse buccale par des soins d'antisepsie particuliers. On veillera au nettoyage, à la stérilisation du *biberon* et de tous les objets que l'enfant pourrait porter à sa bouche, à la propreté du mamelon de la nourrice.

On songera à l'antisepsie de la bouche de l'enfant, de façon à éviter toutes les fermentations. Il serait bon, après chaque tétée, de passer dans la bouche du bébé un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution à 1% de bicarbonate de soude.

Il n'est pas possible de parler de la dentition sans parler du *hochet* : ce corps dur que l'on donne à mâchonner aux enfants lorsque le travail de la dentition commence. Ce sont, soit des racines de guimauve sèche, soit des anneaux d'ivoire ou de caoutchouc. On les évitera autant que possible pour des raisons de simple propreté. Si pourtant on ne peut s'en dispenser pour satisfaire les besoins presque impérieux de mâchonner qui se manifestent au moment de la poussée des dents, on conseillera un anneau d'ivoire qu'on fera bouillir tous les jours.

Quant à l'*hygiène de la bouche pendant la première dentition*, elle comprend les soins à donner à la bouche des enfants pendant et après l'éruption des dents de lait jusqu'à leur chute.

Le plus tôt possible, dès l'âge de trois ans, on peut apprendre à l'enfant à se servir d'une *petite brosse* douce et du savon ou de la poudre. C'est en utilisant l'esprit d'imitation poussé à un si haut point chez l'enfant que l'on arrivera à ce résultat. On lui rendra ce petit travail agréable en lui donnant un dentifrice parfumé. On apprendra à l'enfant à pratiquer cette toilette buccale au moins deux fois par jour.

Il convient d'insister sur l'importance de ces soins pour sauver les dents de lait d'une chute précoce toujours précédée de douleurs et de périostites qui retarderont le développement du maxillaire. Les dents de lait sont utiles pour la croissance régulière des mâchoires et des muscles masticateurs et des dents permanentes, et en effet quand celles-ci apparaissent, elles trouvent dans le maxillaire bien formé un espace suffisant pour prendre une position réciproque exacte, et plus l'arcade dentaire est régulière, moins les dents sont sujettes aux maladies.

Les dents de lait comme les dents permanentes servent à *mâcher* et les soins de la bouche ne sont rien pour éviter la carie, si le travail de la mastication ne se fait pas régulièrement partout. Et non pas un travail illusoire comme celui auquel est soumis malheureusement trop souvent la dentition de l'enfance déjà prédisposée aux maladies par sa structure défectueuse.

En effet, certains parents mâchent eux-mêmes la croûte de pain qu'ils donnent à leurs enfants. Ils leur servent des bouillies, des panades, etc., aliments trop mous et auxquels on doit joindre une nourriture plus grossière, composée de pain grillé et de croûte de

pain. Les aliments féculents mous, souvent servis sous une forme pâteuse laissent des débris adhérents aux dents. Le fait est plus grave quand il s'agit de chocolat, de pâtisseries qui fermentent facilement.

Si l'on compare en effet la bouche des personnes qui se nourrissent de pain noir à croûte épaisse à celle des personnes qui se nourrissent au pain blanc, on constatera que chez les premières, la muqueuse est forte et saine, les dents bien nettes. La croûte de pain noir irrite les nerfs de la langue, des lèvres, de la joue et le frottement chasse les corps étrangers. Chez les autres la gencive est molle, saigne facilement ; elle est irritée par les détritits muqueux, les dents sont recouvertes de tartre.

On habituera donc l'enfant, depuis l'âge de deux ans, à manger des biscuits grillés et on sera sûr qu'à trois ans il mangera des croûtes dures avec plaisir. " Un enfant qui ne mange que des aliments mous et ménage ses dents, les ménage pour le davier du dentiste. "

On conçoit donc l'importance qu'il y a à *conserver les dents de lait jusqu'à leur remplacement par les dents permanentes*, et par conséquent, *la nécessité de soigner ces dents*. Il faut établir en principe qu'on doit éviter l'extraction d'une dent de lait malade jusqu'à ce que la dent de remplacement apparaisse, ou que l'on soit à l'époque présumée de son apparition. Il ne sera fait exception que lorsqu'il sera tout à fait impossible de soigner les dents de lait, et que lorsqu'il n'en restera plus que quelques débris amenant des abcès. Les petits tampons de coton imbibés d'essence de girofle, camants et antiseptiques, pourront être utilisés dans les cas où la dent de lait n'aurait plus que quelques jours à vivre (1).

(1) *Du Scalp.*

ASTHME, DYSPNEE ET TOUX D'ORIGINE GASTRIQUE (1)

Par M. le Dr LEVEN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Abordons maintenant l'étude de l'asthme.

En 1904, dans mon livre sur l'obésité (1), j'ai décrit sous le nom de syndrome simulant l'asthme chez les obèses l'observation du malade que je vous présente maintenant.

(1) Voir première partie dans *Union Médicale* 1er juin 1908.

(1) *L'obésité et son traitement*, pages 72 et suivantes.

J'ai vu pour la première fois M. A. . . , sous-chef de gare, le 18 juillet 1900 à la consultation de l'hospice des Enfants Assistés où l'on soignait son enfant. Il était âgé de 44 ans.

Il était gros, pesant 95 kilogr. Son teint rouge violacé, ses lèvres presque noires, sa démarche difficile, sa parole saccadée, tout son aspect dénotaient des troubles circulatoires et respiratoires intenses.

Il toussait depuis quinze ans, autant l'été que l'hiver. Les bronchites se succédaient ; l'expectoration était abondante. Il avait une dyspnée continue si forte que parfois il n'osait traverser seul les voies du chemin de fer, craignant que l'étouffement ne l'oblige à s'arrêter.

Il avait une grande dilatation de l'estomac, de la gastralgie, des alternatives de diarrhée et de constipation, des migraines et des vertiges très violents.

L'auscultation du poumon révélait l'existence de très nombreux râles humides, sibilants et ronflants.

Le cœur, les reins étaient normaux.

Je lui prescrivis un traitement pour le faire maigrir, traitement basé essentiellement sur le repos et un régime alimentaire convenable pour tout dyspeptique, qu'il soit maigre ou obèse.

Mon malade se reposa complètement pendant un mois. Après trois mois de traitement, il ne toussait plus, n'avait plus de râles dans les poumons, n'avait plus de dyspnée.

Au bout de six mois, il était guéri : il avait perdu 22 kilogrammes, il pouvait courir ; les symptômes gastro-intestinaux avaient pris fin ; son aspect était normal.

Cette guérison se maintient depuis plus de sept ans. Vous pouvez en juger.

J'avais dénommé cet état, syndrome simulant l'asthme ; ce malade était et aurait été considéré par tous comme un emphysema-teux, asthmatique, bronchique. Cette observation jointe à beaucoup d'autres nous apprendra tout d'abord qu'il faut être bien circonspect avant de diagnostiquer l'emphyseme ; ce diagnostic d'emphyseme se fait, habituellement, avec une trop grande facilité : n'êtes-vous pas comme moi frappés de la disproportion qui existe entre le nombre des cas d'emphyseme étendu diagnostiqués pendant la vie et le petit nombre des autopsies où on le constate ?

Si mon malade avait eu de l'emphyseme et on aurait pu le

croire ou le craindre surtout après 20 ans de maladie, je ne l'aurais certes pas guéri.

Elle n'aurait pas guéri non plus cette dame que je soigne depuis deux mois et c'est là laquelle l'amélioration est telle que l'on peut parler de guérison.

Elle vous dira, elle-même, combien elle souffrait de bronchites à répétition, d'accès d'oppression nocturnes caractérisés par leur apparition à une heure du matin, par une respiration sifflante, par une véritable crise nerveuse à la fin de l'accès.

Elle vous dira que deux de nos maîtres des hôpitaux ont connu et soigné ses accès, qu'ils ont traités classiquement sans les faire disparaître, ni même les atténuer.

Malgré ces dernières semaines où le froid le plus rigoureux a sévi, malgré les brouillards, elle n'a pas toussé, elle respire facilement, elle marche sans dyspnée; enfin elle dort, depuis le début du traitement, sans un seul accès malgré la suppression des poudres, des médicaments réputés antiasthmiques.

Elle pesait, le 12 novembre 1907, 97 kil. 700; elle a perdu 4 kil. 700 depuis cette date.

Depuis 1900, depuis la guérison de mon premier asthmatique obèse, je me suis enhardi et j'appelle asthme vrai, ce syndrome simulant l'asthme chez les obèses.

Il s'agit bien de l'asthme vrai, de l'asthme essentiel de Laënnec, de la névrose qui est tantôt pure, tantôt compliquée de bronchite, de catarrhe.

En effet, parmi les asthmatiques que j'ai traités, il y en avait de maigres, il en était qui n'ont pas maigri et d'autres qui ont même engraisé sans que l'asthme reparaisse.

C'est ainsi que M. C., employé de banque, âgé de 55 ans, n'a pas vu se modifier son poids au cours du traitement.

Le 1er juillet 1905, il pesait 91 kil. 300. Vous voyez que c'est un homme de grande taille, d'une carrure exceptionnelle; son poids n'est donc pas excessif. A sa première visite, il me raconte que depuis l'âge de 30 ans il a des quintes de toux d'une extrême violence avec perte de connaissance.

Depuis 15 ans, il avait des crises d'asthme nocturnes. Le poumon était rempli de râles sibilants et ronflants.

Le 20 juillet, il pèse 91 kil. 100; il ne tousse plus, il respire librement; je ne constate plus de râles sonores.

Il était guéri; il vous dira lui-même que depuis deux ans et demi, sa guérison se maintient et combien son état présent ressemble peu à sa vie des quinze dernières années.

Le cinquième malade que j'ai prié de venir fut parmi les premiers traités. Lui aussi, je l'ai vu à l'hospice des Enfants Assistés, où plus il conduisait ses enfants.

En mai 1900, il avait 35 ans, et pesait 101 k. 500; sa taille est de 1 m. 72. Il toussait depuis l'enfance. Sa mine, ses crises étaient celles du sous-chef de gare dont je vous ai parlé plus haut.

En juillet 1900, le malade se dit guéri. Bien des hivers ont passé depuis et la guérison s'est maintenue. Les bronchites de l'hiver auxquelles il était habitué n'ont jamais reparu; il ne toussa jamais, il n'étouffe jamais; et lorsque je l'ai vu il y a huit ans, il était en état de crise depuis deux mois.

Il est venu me voir, il y a quelques jours, pour avoir les instructions relatives à sa venue à l'hôpital Tenon. Il respirait un peu moins bien, depuis la veille. Savez-vous pourquoi? Il avait mangé du bœuf, l'aliment indigeste par excellence. Il connaissait l'influence de cet aliment sur sa respiration; aussi en même temps qu'il me signalait sa dyspnée en expliquait-il la pathogénie.

Je vous assure cependant qu'il ignore les travaux de Chomel, de Potain et de Barié. Cet homme exerce la profession de marchand au panier.

Depuis 1900, il a encore engraisé, parce qu'il se fatigue trop et cependant l'asthme et ses manifestations ont cessé. La proposition que je viens d'énoncer concernant l'engraissement provoqué par la fatigue ne surprendra pas ceux d'entre vous qui connaissent ma conception de la pathogénie de l'obésité et qui ont eu l'occasion de voir les applications et les effets de la thérapeutique que je conseille.

Le dernier malade que vous verrez ce matin est guéri depuis 1904. Il pesait, le 26 janvier 1904, 85 kil. 500; il y a quelques jours, le 4 janvier 1908, il pesait 84 kil. 100. Il est très grand; il est donc à classer parmi les asthmatiques qui n'étaient pas obèses.

Asthmatique, il l'était, depuis deux bronchites qu'il avait eues en 1902 et en 1903. Depuis lors, il était réveillé chaque matin, vers une heure, par l'accès, accompagné de crises de toux.

Vous auriez aussi dit qu'il était emphysémateux et que son cœur était forcé, si vous l'aviez jugé autrefois sur son facies congestionné, ses lèvres violettes, ses conjonctives injectées de sang, ses yeux brillants, les épistaxis qu'il avait fréquentes depuis cinq à six ans.

Ce malade, représentant de commerce, avait fait des excès de boisson; je lui exposai nettement sa situation et la nécessité de renoncer, sur-le-champ, à l'usage de tout alcool.

Très sagement, il obéit, et il en fut rapidement récompensé. En effet, chez lui, comme il arrive très souvent, ainsi que je vous l'ai déjà dit, la cessation des accidents, des accès de suffocation, de la toux, fut immédiate. Il vous racontera que, dès les premières nuits, le sommeil redevint excellent, qu'il n'eut plus d'accès et que sa santé est restée parfaite depuis quatre ans.

Il est temps de jeter un regard sur tout ce qui précède pour résumer ma pensée et vous parler un peu du traitement de ces malades.

Nous avons vu des tousseurs, des dyspnéiques, des asthmatiques malades pendant des années et guéris très rapidement.

De tous ces malades, ceux qui vous intéressent le plus sans doute, ce sont les asthmatiques, car leur état est constitué par l'association de la toux, de la dyspnée et des accès; ils nous intéressent surtout parce que l'incurabilité du plus grand nombre des asthmatiques est un article de foi.

Or, je voudrais vous prouver que l'on peut, dans une très grande mesure, diminuer le nombre des asthmatiques incurables, et qu'il y a plus à faire pour eux que de les consoler en leur disant que "l'asthme est un brevet de longue vie." L'expression de brevet de longue maladie serait plus vraie, mais moins bonne à entendre.

Je vous demande de retenir avant tout qu'il existe une forme d'asthme gastrique qui se présente sous les aspects les plus divers, parfois sous la forme d'asthme essentiel de Laënnec, pur, sans catarrhe, parfois sous la forme d'asthme compliqué de bronchite avec emphysème.

L'asthme le plus pur, le plus caractérisé comme asthme essentiel, peut guérir en soignant l'estomac du malade. L'asthme le plus compliqué, très ancien, paraissant lié à de l'emphysème peut guérir aussi; les exemples que vous avez sous les yeux sont assez démonstratifs, il me semble.

J'ai dit l'asthme paraissant lié à l'emphysème, parce que la symptomatologie chez mes malades était celle de l'asthme compliqué d'emphysème, et que les médecins avaient formulé le diagnostic asthme et emphysème.

Je vous répéterai ici que l'emphysème, lésion anatomique, est une altération définitive, dont l'accentuation crée des accidents dyspnéiques incurables; que, par conséquent, chez mes malades guérissant après quinze, vingt ans, l'emphysème, malgré le diagnostic clinique était négligeable. Chez tous ces asthmatiques, avec catarrhe, malgré l'ancienneté du mal, malgré l'habitus extérieur des malades, le cœur était intact et le syndrome décrit par Potain et Barié, caractérisé par la dilatation du cœur droit et le souffle tricuspide, etc., n'était pas réalisé.

La pathogénie des états que je vous ai décrits est bien simple. Elle s'appuie sur un grand nombre de travaux, mais surtout sur ceux qui ont essayé de prouver que l'asthme est une névrose pure, déterminée par une excitation du pneumogastrique.

Toute cause d'irritation de centres nerveux et de leurs dépendances, toute cause de déséquilibre de ces centres; tout ébranlement communiqué à un centre ou à un nerf périphérique est susceptible de réveiller cette névrose.

Cette conception pathogénique de l'asthme, nettement esquissée par M. Leven (1), admirablement exposée et interprétée par Raffray (2), nous met en mesure de comprendre l'asthme gastrique, dont la raison d'être est dans l'excitation du plexus solaire, si banale, si fréquente, si commune, qu'il n'est pas surprenant de voir l'asthme gastrique être le plus répandu de tous les asthmes, la toux et le dyspnée gastrique être les plus communes de toutes les dyspnées et de toutes les toux chroniques.

* * *

Je serai très bref en ce qui concerne le diagnostic de la toux, de la dyspnée et de l'asthme gastriques.

Si surprenantes que puisse vous paraître cette opinion, je vous dirai encore une fois que la dyspepsie est la cause la plus fréquente des toux chroniques, des dyspnées et des crises d'asthme.

(1) M. LEVEN. *La Névrose*, Paris, 1887.

(2) A. RAFFRAY. *Les déséquilibres du système nerveux*. Paris, 1903.

Vous rechercherez donc la dyspepsie chez les touseurs, les dyspnéiques, les asthmatiques.

Mais il est évident que vous n'affirmerez l'origine gastrique de la toux, de la dyspnée, de l'asthme qu'après vous être assurés que ces symptômes et ce syndrome n'ont point une autre raison d'être. On peut être, en effet, asthmatique tuberculeux et dyspeptique ! Si vous doutez, le traitement que je vous esquisserai maintenant vous permettra seul de conclure dans un sens ou dans l'autre : le traitement mériterait vraiment le nom de traitement de pierre de touche.

Il ne me reste plus qu'à vous résumer ce traitement. Tous mes touseurs, mes dyspnéiques et mes asthmatiques étaient des dyspeptiques ; tous ont été traités comme tels, les uns comme des malades atteints de dyspepsie légère, les autres comme des malades atteints de dyspepsie plus grave.

Les uns ont vu disparaître la toux avec des modifications insignifiantes de régime, suppression du vin, suppression du pain, suppression de quelques aliments indigestes, le bœuf, choux, crudités, salades, aliments vinaigrés ou épicés.

Aux autres, aux asthmatiques surtout, convient un régime plus sévère, d'où tous les aliments indigestes sont exclus, régime sans viande pendant 15 à 30 jours, régime peu carné pendant plusieurs semaines.

L'emploi des boissons chaudes aux repas est toujours indiqué.

Mais, malgré le rôle de la dyspepsie dans la genèse de cette variété d'asthme, il faut savoir que le rôle du médecin ne doit pas se borner à permettre certains mets, à en interdire d'autres, à dire aux malades qu'il faut bien mastiquer tous les aliments, même les purées, et à s'étendre après les repas.

Ces conseils suffisent souvent, très souvent. Parfois il faut en ajouter d'autres, que du reste il est indispensable de donner, si même il n'y a qu'une dyspepsie à traiter.

Le régime du dyspeptique n'est qu'un régime alimentaire. Aux dyspepsies graves, il faut le repos absolu, au lit, le repos physique, le repos génital, le repos intellectuel.

Il est des malades qui n'ont pas guéri après des années de régime alimentaire sévère, tandis qu'en quelques semaines la thérapeutique gastrique ainsi comprise, ainsi élargie a une efficacité

remarquable. Il en sera de même pour certains asthmes rebelles; mais la preuve certaine que le pivot de l'action thérapeutique est dans l'estomac, c'est que sans régime alimentaire, on ne peut les guérir.

Vous comprendrez donc pourquoi je ne vous ai pas parlé des médicaments antiasthmatiques; si je vous en parlais, ce serait pour les condamner, quand il s'agit de la variété si fréquente de l'asthme gastrique.

L'accès d'asthme calmé par les poudres, les fumées de certains médicaments, par l'injection de morphine est un accès qui n'est pas attaqué dans sa cause.

La suppression brutale de l'accès en provoque le retour fatal et peut être suivie de mort subite. On accusera la morphine: ce n'est pas la toxicité de l'alcaloïde qui est en jeu, c'est la suppression trop rapide d'une manifestation nerveuse.

On ne doit cependant pas laisser souffrir le malade au cours de l'accès et il faut demander aux boissons chaudes, aux applications (cataplasmes, compresses humides) sur le thorax, sur l'abdomen, de diminuer l'intensité de la crise.

On peut aussi calmer la sensibilité gastrique par l'emploi de sirop de codéine pris 15 minutes avant les repas, à la dose d'une grande cuillerée, et encore en faisant prendre au malade toutes les 3 heures de jour et de nuit (s'il ne dort pas) une pincée du mélange suivant: craie préparée 6 grammes, sous-nitrate de bisauith, 4 grammes.

Il se peut que la prescription d'eaux minérales, dont l'emploi est classique, soit justifié à un certain moment, mais leur usage qui peut être très favorable lorsqu'il est tardif, devient tout à fait mauvais, s'il est conseillé pendant la période où la dyspepsie n'est pas assez améliorée.

Je terminerai ce long entretien en vous disant qu'il faut, en présence de l'asthme gastrique, supprimer définitivement les iodures sous toutes leurs formes.

Je vous conterai pour vous édifier l'histoire d'un malade, professeur au Collège de France, dont l'asthme ancien de 17 ans quand je l'ai traité, était connu de tous ses amis.

Il était guéri depuis quelques mois, quand, un jour, craignant une cataracte, il va consulter un oculiste. Le confrère lui con-

seille une médication iodurée. Peu de jours après le début de ce traitement, une crise d'asthme parut, provoquée par l'emploi du médicament ioduré que le malade avait pris, pendant 17 ans, pour calmer ses souffrances et guérir son mal.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA MEDECINE ET LA POLITIQUE

Si le médecin doit, avant tout, faire de la médecine, la politique ne lui est pas interdite. Il peut la faire servir non seulement à améliorer les conditions économiques et sociales de son pays, mais aussi à perfectionner l'enseignement de la médecine quand l'occasion s'en présente.

Nous avons eu plusieurs médecins députés à la Législature de Québec ; plusieurs ont fait noblement leur devoir, malheureusement tous n'ont pas toujours compris qu'à côté des intérêts de parti, il y avait des intérêts plus chers encore à sauvegarder : ceux de la profession médicale, prise d'assaut de tous côtés par les charlatans licenciés ou non, les "irréguliers" et les démolisseurs de "statuts."

On se rappellera sans doute l'attitude déplorable de deux ou trois médecins durant ces dernières années.

Malgré la lutte énergique des membres du Bureau du Collège des Médecins contre l'adoption de certains bills qui faisaient table rase de nos droits et privilèges, nous avons vu ces 2 ou 3 médecins s'allier à quelques démagogues en quête de populacerie afin de nous forcer la main en faveur d'étudiants qui avaient négligé ou refusé de se conformer à la loi commune.

Dernièrement encore, le Collège des Médecins, de concert avec les autorités universitaires de Laval, réclamaient *cinq années d'études* pour les étudiants en médecine et apportaient, à l'appui, des arguments sérieux.

Eh, bien ! malgré la compétence du corps enseignant, la mesure a été ajournée *sine die* après les discours absurdes de quelques députés et particulièrement du député de Montcalm, le Dr B.

Il n'a pas tardé — le cher confrère — à recevoir sa récompense : ses électeurs ont compris, malgré ses discours, ou à cause d'eux,

qu'il avait encore quelque chose à apprendre, et qu'après tout il valait mieux qu'il fit de la bonne médecine que de la mauvaise politique, et ils se sont empressés de le renvoyer à ses livres. C'est bien fait.

Les médecins ont l'intention à l'avenir de protéger, autrement, leurs intérêts. Profitant de la dernière campagne électorale, M. le Dr Larrendeau, de St-Gabriel de Brandon, un champion des intérêts professionnels, appuyé par le Dr F. de Martigny ont fait imprimé la circulaire que nous publions ci-dessous avec une formule spéciale à l'usage du candidat afin de l'engager formellement à suivre les avis du Bureau et de l'Université dans les questions vitales qui nous intéressent.

Nous sommes heureux de prendre note du mouvement et d'en féliciter les auteurs.

*Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec
Comité de Législation.*

Lettre circulaire aux Médecins de la Province de Québec.

MONTREAL, mai 15, 1908.

Monsieur et confrère,

Vous n'ignorez pas que depuis quelques années, la profession réclame des amendements à l'acte médical. Par une singulière anomalie, des trois professions libérales exerçant dans notre province, seuls MM. les avocats représentés par le Barreau et MM. les notaires par la Chambre des notaires, ont respectivement un Bureau provincial d'examineurs, et un Conseil de discipline effectif ; l'on convient cependant que le médecin, à cause de l'importance des intérêts qui lui sont confiés, doit posséder à la fois une valeur scientifique incontestable et une haute moralité. Nous croyons donc qu'un Bureau provincial d'examineurs pour surveiller la porte d'entrée de la profession, et un Conseil de discipline pour exclure de notre corporation les membres indignes, ou qui pourraient devenir un danger pour la société, le tout sous le contrôle du Bureau des gouverneurs, sont des mesures d'intérêt public qui s'imposent. Nous croyons que c'est le désir général d'amender les lois concernant l'exercice illégal de la médecine, et de porter le cours des études médicales à cinq années, en considération des exigences scientifiques actuelles et en présence sur-

tout du fait que l'Université McGill a adopté ce curriculum d'études.

Pour toutes ces considérations, nous demandons à chacun des médecins de la province, soucieux de nos intérêts communs de même que des intérêts publics, de vouloir bien exposer cette question à son candidat électoral respectif, et d'insister auprès de celui-ci pour qu'il nous rende raison, lorsque nous irons devant la Législature réclamer notre part de justice.

Pour nous résumer : nous vous demandons de faire engager le candidat que vous supportez à appuyer les amendements suivants à l'acte médical, que nous soumettrons à la députation, à l'une des prochaines sessions du parlement :

1°. — Pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement d'un Conseil de discipline ;

2°. — Pouvoir d'organiser un Bureau d'examineurs ;

3°. — Obligation de porter le curriculum des études médicales à cinq années ;

4°. — Répression effective de l'exercice illégal de la médecine.

Nous vous suggérons même de faire donner cette adhésion par écrit, sous forme de lettre personnelle, avec l'autorisation de nous transmettre ce document, afin que nous puissions connaître d'avance l'opinion de la députation, ce qui nous éviterait des démarches et des dépenses inutiles.

Veillez croire, cher confrère, à notre dévouement.

Albert LAURENDEAU,

Président,

St-Gabriel-de-Brandon.

François de MARTIGNY,

Secrétaire, Montréal.

(Pour le candidat).

Mon cher Ami,

Vous me faites savoir que la profession médicale voudrait avoir son Bureau d'examineurs et son Conseil de discipline, à l'instar des autres professions libérales de notre Province, je crois que ce ne serait que justice ; et si j'ai l'honneur de faire partie de la députation à la Législature, je me ferai un devoir d'appuyer une mesure dans ce sens. Je crois aussi que dans l'état actuel de la science médicale, cinq années d'études ne sont pas de trop, et

que les cours de l'Université Laval devraient être mis sur le même pied que ceux de l'Université McGill. Enfin je suis convaincu qu'il y va de l'intérêt public de restreindre autant que possible l'exercice illégal de la médecine par des personnes ignorantes, non qualifiées par leurs études, tels que les rebouteur et les charlatans.

Votre tout dévoué,

Candidat du comté de.....

— Nous espérons que cet engagement sera tenu. Nous publierons sous peu le nom des députés qui ont signé ce document et nous en surveillerons la mise en œuvre à la Législature, dans une prochaine session.

LA RÉDACTION.

CHRONIQUE

Les progrès de la presse et de la presse médicale en particulier.

— Personne n'ignore que c'est à Théophraste Renaudot, médecin de Louis XIII, que nous devons la première gazette parue en France.

Richelieu lui ayant confié l'office de commissaire général des pauvres, Renaudot ne tarda pas à ouvrir un *bureau d'adresses*, qui était un centre d'information, de publicité et de conversation. C'était déjà un acheminement vers la publicité par la presse.

Il commença par écrire des *nouvelles à la main*, qu'il distribuait dans ses visites ; puis il songea à les faire imprimer et il fut ainsi conduit à l'idée du journal périodique, auquel il donna, en 1631, le titre de Gazette, et qui devint plus tard la "*Gazette de France*."

Depuis cette époque, et surtout depuis la découverte de la télégraphie et du téléphone, l'imprimerie a fait des progrès merveilleux, au point d'atteindre la perfection presque absolue.

La politique, la littérature, les sciences, et toutes les branches des connaissances humaines ont maintenant de nombreux périodiques qui diffusent la lumière sur toutes les parties du globe civilisé.

La presse médicale n'est pas restée en arrière, et depuis Nicola de Blégny qui fonda le premier journal médical en France, les revues médicales se sont multipliées et se comptent aujourd'hui au chiffre respectable d'environ 400 périodiques.

Les Américains, qui ont l'ambition de détenir tous les records afin de pouvoir toujours dire leur "*greatest of the world*", possèdent à eux seuls 163 revues médicales.

Le collectionneur qui voudrait s'abonner à toutes les publications médicales se verrait dans l'obligation de sortir de son gousset, chaque année, la jolie somme de \$1,200.

Il est encore fort heureux qu'un grand nombre de ces revues ne soient que la répétition de revues plus importantes, et qu'elles ne soient pas absolument indispensables à notre instruction médicale, car autrement les médecins pauvres seraient bien destinés à mourir dans l'ignorance.

Esmarch. — Esmarch, l'inventeur de la bande élastique qui porte son nom, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt cinq ans. Son invention fit connaître son nom dans le monde entier, puisque désormais elle n'est connue que sous le nom de Bande d'Esmarch. Ce chirurgien allemand fit son instruction chirurgicale sur les champs de bataille, puis il devint professeur de chirurgie à l'université de Kiel.

Esmarch s'était créé les plus belles relations de famille ; ayant épousé la princesse Henriette de Schleswig-Holstein, il était par conséquent l'oncle de l'empereur actuel d'Allemagne, qui l'entourait de prévenances et l'avait nommé conseiller intime.

Il aurait pu aspirer à Berlin à la plus haute situation, mais il voulut toujours rester à Kiel.

Médecin charlatan. — Encore un autre qui, pour quelques écus d'or, ne rougit pas de prostituer sa profession et de tacher ses parchemins.

En montant la rue St-Denis l'on peut apercevoir, accolée à une des nombreuses plaques dorées qui ornent les portes, celle d'un médecin peu scrupuleux qui ne craint pas d'afficher son hospitalisation dans une Compagnie de pilules, couleur ciel d'Italie.

Ce personnage brave la considération et l'estime des membres de la profession médicale ; il brave aussi les poursuites judiciaires,

parce que son diplôme lui permet de faire du charlatanisme, légal aux yeux des juges.

Mais quand donc aurons-nous un corps de discipline, équivalant à celui du barreau, afin de régler les actes des membres de la profession, et de punir ou de chasser de notre corps les person- nages déshonorants et indignes !

Z. RHÉAUME.

NECROLOGIE

LE PROFESSEUR L. DEMERS

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort presque subite du professeur Demers. Depuis un an, et même davantage, notre collègue souffrait d'une maladie grave à marche progressive qui l'avait obligé de renoncer à l'enseignement clinique, qu'il aimait tant et qu'il avait toujours fait avec ponctualité et dévouement.

Il réalisait lui-même la gravité de son état et c'est à regret qu'il se voyait condamné à un repos forcé à un âge où il aurait pu donner la pleine expansion de son talent.

M. Demers était âgé de 58 ans et 5 mois ; il fit ses études classiques au collège de Montréal et ses études médicales à l'ancienne école de médecine " Victoria affiliée à Coburg ". En 1874, il obtint le diplôme de docteur en médecine et deux ans plus tard il était nommé professeur à l'Université Victoria. Après avoir enseigné quelque temps dans cette école, il passa de là, à la faculté de Médecine de l'Université Laval au moment où ces deux universités firent leur fusion. A l'Université Laval, il fut chargé du cours de Pathologie Interne, une des chaires les plus importantes de l'enseignement médical. En 1889, on lui confiait la clinique médicale à Notre-Dame, ainsi que le service de médecine.

M. Louis Demers laisse une veuve, un fils, Dr Albert Demers et trois filles.

Le professeur Demers emporte les regrets de ses élèves et de ses amis.

Il fut un professeur doux et consciencieux, épris de l'enseignement français dont il se réclamait souvent.

Nous adressons à son fils, qui est un sobre et un travailleur, l'expression de notre vive gratitude.

RÉDACTION.

ANALYSES

MEDECINE

Pronostic des hémoptysies, par MM. Besançon et Jong, du *Journal de Chirurgie prat.*

Dans le rapport qu'ils ont présenté à la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, rapport relatif aux formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses, MM. Fernand Besançon et Israël de Jong apprécient ainsi qu'il suit la valeur pronostique des hémoptysies.

L'étude de la tension artérielle semble avoir donné à cet égard des résultats intéressants. M. Marfan, ayant repris ses recherches antérieures sur la tension artérielle des tuberculeux a montré que, chez les malades ayant habituellement une tension normale ou élevée, les hémoptysies sont d'un pronostic favorable, et que, d'ailleurs, chez ces malades-là, la tension est plutôt élevée quand survient l'hémoptysie. C'est la même constatation qu'a faite Pierre Teissier. Il a signalé que la pression artérielle était élevée chez les malades présentant l'hémoptysie de début, qu'elle s'élevait à chaque période fluxionnaire, qu'elle restait élevée chez les emphysemateux avec tuberculose fibreuse. Ainsi encore Barbary a cru pouvoir admettre que l'hémoptysie tuberculeuse est presque toujours fonction d'hypertension artérielle. La menstruation, la ménopause, la suralimentation, certains médicaments, notamment les cacodylates, donneraient de l'hypertension, d'où l'hémoptysie. C'est à la même conclusion qu'arrive Ortega Morejon. Les discussions récentes sur le traitement des hémoptysies, la tendance générale à substituer les hypotenseurs aux autres médicaments, question si bien mise au point récemment par M. Guinard, semblent confirmer le rôle de l'hypertension artérielle dans la genèse des hémoptysies à répétition, malgré quelques faits contradictoires de Boschi.

Or, au point de vue du pronostic général des hémoptysies, ces faits sont intéressants, car, ils nous montrent bien que l'hémoptysie ne traduit pas, comme on aurait pu le croire, l'aggravation du processus anatomique. A voir les hémoptysies se répéter chez certains individus, sans aggravation de l'évolution de leur tuberculose, on tend à se convaincre qu'il s'agit plutôt, notamment dans les formes hémoptoïques à étapes éloignées, de processus ayant tendance à se limiter. L'ulcération d'un vaisseau n'est qu'une part infime dans la pathogénie des hémoptysies.

Le fait, d'ailleurs, que les formes graves, subaiguës et aiguës, très rapidement destructives et extensives, ne s'accompagnent

presque jamais d'hémoptysie, est une constatation négative, qui a presque autant de valeur que les observations positives de bénignité de certaines formes hémoptoïques à répétition. Peut-être cette tendance hémoptoïque est-elle due, justement, à l'évolution même du tissu fibreux, toute sclérose résultant d'une vascularisation préalable, cette sclérose elle-même étant provoquée par certains poisons plutôt sclérosants et congestifs que caséifiants (Auc'air). Peut-être faut-il rappeler le rôle vaso-dilatateur, autrefois invoqué, de certains poisons du bacille tuberculeux ?

Quoiqu'il en soit de ces données pathogéniques générales, la valeur pronostique de l'hémoptysie (les hémoptysies des cavitaires mises à part) et surtout la valeur pronostique des hémoptysies répétées, est plutôt favorable que défavorable. Mais on ne devra pas déduire ce pronostic du simple fait que le malade a des hémoptysies à répétition. On l'établira plutôt par l'ensemble des symptômes créant la forme clinique au cours de laquelle surviennent les hémoptysies. Peut-on attacher, au point de vue du pronostic, une grande importance à la coexistence ou à l'absence de la fièvre ? A la suite d'une clinique célèbre du prof. Jaccoud, il est devenu classique de considérer les hémoptysies fébriles comme plus sévères que les non fébriles. Il y a, dans cette opinion, une part de vérité, si on considère que la coexistence de la fièvre signifie que l'hémoptysie est survenue au cours d'une poussée évolutive. Mais il ne faut pas oublier, et bien des observations le démontrent surabondamment, que cette poussée évolutive peut être extrêmement bénigne, et, par conséquent, n'aggraver en rien le pronostic général.

Tels malades, cités parmi les cas appartenant à la forme hémoptoïque à étapes éloignées, malades dont l'évolution a pu être suivie pendant vingt-cinq ans, avaient eu cependant des hémoptysies fébriles. C'est donc bien l'étude minutieuse de toutes les circonstances où l'hémoptysie se produit qui aidera à assurer le pronostic, suivant qu'elle appartiendra à l'un ou l'autre des groupements symptomatiques auxquels se rattachent les diverses formes de tuberculose.

CHIRURGIE

Traitement des écrasements du membre inférieur, par Dr Antoine.

Thèse de Lille, dans *Journal de Méd. et Chirur. prat.* juin 1908.

Les indications thérapeutiques fournies par les écrasements du membre inférieur ont été diversement interprétées, et il y a eu

une époque où on était plutôt porté à une intervention chirurgicale rapide.

Il n'en est plus de même aujourd'hui et presque tous les chirurgiens préconisent au contraire la temporisation. M. Reclus a beaucoup contribué à supprimer les amputations traumatiques et à substituer à l'amputation immédiate "le dogme de la conservation systématique sous le couvert d'une antiseptie rigoureuse suivie d'un véritable embaumement."

M. le Dr Antoine (d'Orchies) a utilisé les ressources chirurgicales du Nord et la fréquence des accidents industriels dans cette région pour étudier cette question qui est d'un grand intérêt pour le praticien : quelle est la conduite à tenir en présence de l'écrasement d'un membre inférieur ?

En somme c'est la méthode de Reclus, avec quelques modifications, qui a été surtout utilisée à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, et c'est cette méthode ainsi modifiée que préconise M. le Dr Antoine. En voici les points principaux :

Le blessé est apporté sur le lit d'opération ; il est entouré d'alèzes chaudes, fréquemment renouvelées et on lui fait au besoin des injections de sérum artificiel, de caféine ou d'éther, quand le collapsus paraît menaçant. Si la sensibilité n'est pas très émoussée, on le soumet à quelques inhalations d'éther, car l'intervention est longue, minutieuse, et les cris du blessé pourraient imprimer au chirurgien "une hâte qui serait regrettable." Le foyer traumatique est alors largement exposé ; le membre est savonné à l'eau chaude et la peau est rasée avec le plus grand soin, puis frottée à la brosse dure, dégraissée à l'éther, passée à l'alcool et au permanganate de potasse. Lorsque les téguments sont bien désinfectés, on s'occupe du foyer profond. Les esquilles déprimées sont enlevées, les lambeaux des muscles, les tendons flottants : puis, avec un injecteur à forte pression et rempli d'eau à la température de 60°, on fouille avec un jet énergique tous les clapiers, toutes les anfractuosités de la plaie ; on pénètre jusque dans les moindres recoins, sous tous les décollements ; on en chasse tous les corps étrangers, les caillots, et l'on ne s'arrête que lorsque l'on a longuement et méthodiquement irrigué tout le foyer traumatique.

L'eau, à cette température de 60 à 62° C., a un triple avantage : d'abord, elle est antiseptique et sa température exalte l'activité des antiseptiques. De plus, elle est hémostatique et elle a enfin l'avantage de réchauffer le blessé qui est en hypothermie.

Ensuite avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de permanganate de potasse on essuie tout le foyer traumatique, surtout au

niveau des bords qui ont pu être souillés par la terre. Puis on procède à l'embaument, qui se fait au moyen d'une pommade polyantiseptique mise sur des bandes de tarlatane que l'on fait pénétrer dans tous les interstices, sous tous les décollements, dans tous les espaces morts. On met alors sur tout le membre une couche plus ou moins épaisse d'ouate hydrophile et, avec une bande de tarlatane mouillée, on ramasse les tissus et on les comprime de façon à tasser les chairs qui pourront ainsi se prêter un mutuel appui et anastomoser leurs vaisseaux. Et puis, par cette compression, l'excès de substances antiseptiques intercalées dans les interstices et dans les espaces morts sera chassé dans l'ouate hydrophile.

Il arrive quelquefois que, dès le premier jour, le pansement est traversé par la sérosité sanguinolente qui transsude du membre ; on met alors de nouvelles couches d'ouate et l'on ne regarde la plaie qu'au 21^e jour, à moins que la température ne monte ou qu'il ne se dégage du pansement des odeurs trop désagréables.

Au bout de la troisième semaine, en général, le mort est séparé du vif ; toutes les escarres sont tombées et c'est alors qu'on peut procéder à l'amputation secondaire si on le juge nécessaire.

A cette technique, qui est celle de Reclus, on a ajouté certaines modifications, particulièrement l'emploi de l'eau oxygénée en lavages.

La pommade polyantiseptique employée dans le service de l'hôpital Saint-Sauveur avait la formule suivante :

Vaseline.....	500	grammes	
Antipyrine.....	40	—	
Salol.....	50	—	
Sublimé.....	0	—	75
Acide phénique.....	7	—	75
Iodoforme.....	10	—	

Il faut y ajouter les injections préventives de sérum antitétanique.

La méthode employée couramment est en somme une méthode d'expectation armée.

Tous n'emploient pas la pommade, mais tous emploient les antiseptiques.

Les uns se servent d'eau stérilisée chaude, de l'eau phéniquée à 1/400, de formol à 1/200. La plupart des chirurgiens accordent plus d'action à l'eau oxygénée et à l'alcool, qu'ils emploient dilués.

L'eau salée à 7/1000 est recommandée par Lejars qui l'applique très chaude. Elle constitue une solution isotonique mieux supportée par les éléments cellulaires. Après la désinfection, on procède au pansement, soit avec de la gaze stérilisée, de la gaze

oboliformée, soit avec de la gaze imbibée d'alcool (LEJARS) ou trempée dans une solution de formol à 1/400 (LE DENTU). Tous recommandent l'injection de sérum antitétanique.

En somme, par cette méthode on arrivera presque toujours à atteindre la période secondaire et l'amputation, si elle est nécessaire, se fera dans de bien meilleures conditions.

OBSTETRIQUE

Inertie utérine après la délivrance, par M. MARCEL. Thèse de Lyon 1908. *Journal de Méd. et Chirurg. Paris*, 06.

A côté de l'inertie utérine qui se produit souvent avant l'expulsion de l'enfant, ou de celle qui se produit après l'expulsion il est une troisième forme qui se produit aussitôt après la délivrance et qui empêche l'hémostase de se produire.

Cette forme est à peine décrite par les auteurs. M. le Dr Marcel Valette vient d'en faire le sujet d'une monographie intéressante au point de vue pratique, basée sur quatre observations personnelles. En voici l'aspect clinique dans ces cas :

Après l'expulsion du fœtus, l'utérus reprend bientôt de nouvelles contractions, et la délivrance se produit sans incident, dans l'heure qui suit l'accouchement.

On croit alors que tout est fini, que tout danger est évité, et c'est alors qu'apparaîtront les signes par lesquels se révélera cette forme d'inertie particulière.

Les symptômes généraux ouvrent la scène :

Brusquement, la malade pâlit, elle éprouve une sensation de malaise plus ou moins intense, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements passagers. Elle est dans un état assez grave d'asthénie, qui peut aller parfois jusqu'à la lipothymie.

Bientôt, la pâleur augmente, la malade a un teint de cire, ses muqueuses sont décolorées.

Ces signes sont suffisamment précis pour que le diagnostic d'hémorragie soit affirmé, et l'attention est attirée immédiatement du côté des organes génitaux.

Le palper de la région sus pubienne pratiqué, alors, non seulement ne permet pas de percevoir, ainsi que dans les cas normaux, la masse de l'utérus contracté, formant ce que les auteurs ont appelé le globe de sûreté, mais l'utérus même n'est pas perçu. On ne peut, par le palper, différencier un seul organe, toute la région ayant une consistance uniformément molle et dépressible.

L'écoulement du sang peut être peu abondant, le sang pouvant rester dans l'utérus. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'état des parois utérines, qui sont molles et dépressibles dans tous les sens.

On a beau malaxer l'utérus, le presser à travers la paroi abdominale, le comprimer entre les deux mains, le muscle reste inerte, et ne réagit à aucune excitation.

Cependant, les signes d'hémorragie constatés au début persistent et même s'aggravent. La pâleur augmente, l'état général est grave, la tendance à la lipothymie s'accroît, on cherche, par tous les moyens, à combattre l'hémorragie.

Cependant dans les cas cités, par M. Valette on vint à bout de cette hémorragie et les malades finirent par guérir.

La seule cause qu'on puisse invoquer dans ces cas est la rapidité du travail avec l'intensité des douleurs. En général, il s'agit d'accouchements qui se sont faits très vite et on peut invoquer ainsi l'épuisement du muscle utérin qui n'a plus la force de se contracter.

Au point de vue du traitement, comme il faut souvent agir très vite, il faut penser à la compression de l'aorte, qui peut rendre des services. Souvent il faut introduire le poing dans l'utérus et comprimer l'abdomen avec l'autre main. Mais on ne peut continuer longtemps cette manœuvre et il faut arriver au tamponnement intra-utérin.

Ce tamponnement sera fait après avoir attiré en bas l'utérus, on bourrera la cavité de tampons ou de mèches de gaze humides. On bâtera un tamponnement très serré et compact, de façon à ce que l'hémorragie ne puisse se faire entre la paroi et les tampons.

L'utérus plein, on remplira de même le vagin. Ce tamponnement ne sera pas laissé en place plus de vingt-quatre heures.

Il va sans dire que ces opérations, tamponnement par le poing ou la gaze, se feront avec toutes les règles de l'asepsie.

Parmi les excitants de l'utérus, il est remarquable que l'ergotine a donné peu d'action dans ces cas ; on l'essaiera néanmoins, mais à la condition d'être sûr que l'utérus ne contiendra aucun débris de l'arrière-faix.

THERAPEUTIQUE

Du traitement précoce de l'appendicite par l'huile de ricin. *Journal de Méd. et Chirurgie pratiques*, à Paris, Mai 1908.

La plupart des chirurgiens allemands de la jeune école opèrent chaque cas d'appendicite dès les premiers débuts de l'accès, même lorsqu'ils s'agit de cas tout à fait simples, qui pro-

mettent d'évoluer sans complication ; d'autres spécialistes sont beaucoup plus conservateurs, entre autres Sonnenburg (de Berlin), dont la compétence en matière d'appendicite est notoire, et n'opèrent qu'en cas d'indication vitale (fièvre violente, mauvais pouls, leucocytose élevée, irritation péritonéale, signes de perforation imminente). Dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Berlin, Sonnenburg a, en outre, proposé d'administrer aux malades atteints d'appendicite catarrhale simple de l'huile de ricin dès le début ; dans la grande majorité des cas, il a obtenu ainsi un mieux immédiat et une guérison rapide ; si par contre, ce qui est une exception, les symptômes morbides empirent, le malade doit être opéré immédiatement. Ce moyen de distinguer les cas simples des cas graves offre naturellement un certain danger et ne doit être utilisé que par un chirurgien dans un service de chirurgie, pour ainsi dire " sur la table d'opération. "

Cette proposition de Sonnenburg a soulevé les protestations de plusieurs de ses confrères, chirurgiens capables de Berlin, comme Korte, Rotter, Karewski, qui considèrent cette méthode de traitement et de diagnostic comme trop risquée et souvent néfaste (contractions de l'intestin et danger de perforation) !

Nous devons tirer de la discussion provoquée par la communication de Sonnenburg la conclusion pratique que l'administration d'huile de ricin dans l'appendicite simple peut rendre de très bons services entre les mains d'un chirurgien prêt à opérer en cas d'effet défavorable, mais doit être interdite au praticien n'étant pas à proximité d'une clinique chirurgicale.

Du traitement de l'accès aigu de goutte.

La plupart des praticiens n'emploient la colchique que pendant les intervalles entre les accès aigus de goutte.

Le docteur Beiker (de Salzsthrif) préconise par contre cette médication pour prévenir et couper un accès aigu.

Il recommande d'administrer dès les premières douleurs, tous les quarts d'heure, un milligramme de colchicine en pilule, pendant une heure. Il a, dit-il, obtenu ainsi de très bons résultats.

La frigothérapie précordiale en médecine infantile.

La frigothérapie précordiale, sur laquelle M. Stéphane Leduc a appelé particulièrement l'attention il y a quelque temps, a été l'objet de recherches cliniques suivies par M. le Dr Louart, vient

de publier dans sa thèse avec de nombreuses observations à l'appui (1).

L'expérimentation montre que, en effet, la glace en application sur la région précordiale a des effets multiples : elle abaisse la température, elle augmente la force du cœur, elle diminue le nombre des pulsations et active la diurèse. Elle doit donc être une véritable ressource de thérapeutique dans les maladies avec hyperthermie.

C'est surtout dans la fièvre typhoïde qu'elle a été utilisée et si cette méthode peut remplacer l'emploi des bains froids, on comprend facilement quels avantages elle pourrait avoir pour la facilité de son application. C'est d'ailleurs contre l'*hyperthermie* et l'*hyperthermie* seule que M. Louart préconise la vessie de glace, placé jour et nuit sur la région précordiale dès le début des maladies infectieuses, surtout de la fièvre typhoïde.

Les observations citées par lui, vérifiées par l'expérimentation, toutes concluantes au point de pouvoir affirmer que la glace a une action efficace. Dans tous les cas de fièvre typhoïde, d'embarras gastrique, de pneumonie, de pleurésie, la glace a amené des chutes manifestes de la température. Il est même intéressant de faire remarquer les oscillations produites, suivant l'application ou la suppression de la glace.

En même temps que cette chute de la température, on a remarqué que le pouls devenait plus frappé ; mais la diminution du nombre des pulsations n'accompagne pas toujours la chute de température ; tant que les pulsations ne sont pas revenues à un chiffre normal, bien que la température soit franchement abaissée, l'infection typhique persiste : elle n'est point terminée et la glace doit être maintenue. La guérison s'annonce donc, non seulement avec la chute de la température, mais encore avec le retour à un nombre normal de pulsations.

Voici d'ailleurs la technique employée dans le service de M. Deléarde.

L'application de glace sera faite exactement sur le cœur et non sur l'abdomen. De cette façon, les effets thérapeutiques seront immédiats et plus sensibles. La glace provoquera un abaissement de température plus grand et, en même temps, aura une action toni-cardiaque qui n'est pas à dédaigner dans les maladies infectieuses.

Il semble que l'application discontinue ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que l'application permanente. Lorsque la glace est laissée en permanence, la courbe de température est

(1) Thèse de Lille.

beaucoup plus régulière. On n'assiste pas à des écarts brusques causés par la suppression ou la mise à nouveau d'une vessie de glace.

De plus, la glace sur la région pré-cordiale ne sera enlevée que plusieurs jours après la chute de la température. On évitera ainsi, lorsque le pouls sera redevenu normal, comme nombre et comme vigueur, les petites ascensions thermiques que l'on obtient en voulant supprimer trop vite son action.

A condition d'avoir une vessie de petit volume, la frigothérapie pourra être employée chez les enfants à partir de quatre à cinq ans. Au-dessous de cet âge, la vessie est difficilement maintenue sur le thorax.

Le mode d'emploi ne diffère en rien de celui qui est déjà connu depuis des années pour les applications de glace dans la péricardite. La glace sera cassée en petits fragments, puis enfermée dans une vessie de porc ou de caoutchouc et remplacée dès qu'elle est fondue, c'est-à-dire toutes les heures environ. Entre la peau et la vessie on interposera une flanelle plus ou moins épaisse sous forme d'un bandage de corps fixé avec des bretelles.

Jamais on n'a observé la moindre tendance à la formation des escarres. La surveillance journalière du malade suffirait du reste à éviter cet accident.

Dans certains cas, on a vu la température tomber à près de 35°. Cette hypothermie extrême n'a jamais été suivie d'aucune complication. Il faut alors enlever la vessie de glace et ne la replacer que lorsque le thermomètre remonte. L'absorption d'une boisson chaude, l'application de boules d'eau chaude aux pieds et autour du malade, ont rapidement ramené la température à un taux normal.

NEUROLOGIE

Sur la Cuti-réaction et l'Ophthalmo-réaction en Psychiatrie, par le Dr Edmond Cornu (ann. Med.-Psych.).

La tuberculose pulmonaire chez les aliénés est très fréquente. d'après Marie et Rollet, la proportion annuelle moyenne des décès par tuberculose est de 672, soit 117 par 10,000 aliénés, alors que la mortalité annuelle par tuberculose est de 43 p. 10,000 Français.

La tuberculose suit, chez les aliénés, une marche tout-à-fait insidieuse, elle est difficile à dépister, et il n'est pas rare qu'elle soit une trouvaille d'autopsie. Aussi, un moyen clinique et sûr trouverait utilement à s'exercer dans les asiles en particulier. L'annonce d'un procédé de cuti-réaction et d'ophthalmo-réaction à

la tuberculine a été salué avec faveur par les aliénistes. Le Dr Cornu, de l'Asile St-Luc à Pau, a voulu en faire l'expérimentation. Le procédé suivi fut celui de von Pirket. "On dépose sur la peau une goutte de tuberculine (tuberculine brute une partie, eau stérilisée neuf parties), puis on fait avec une lancette une scarification intéressant l'épiderme et la superficie du derme ; le liquide doit bien pénétrer dans la scarification. On pratique ainsi deux ou trois scarifications à 3 centimètres d'intervalle les unes des autres ; les scarifications ont 1 à 2 centimètres de longueur et elles ne doivent pas saigner." Cette réaction a été pratiquée sur la face interne du bras et a porté sur 83 malades groupés en séries. Avec la même solution ramenée à 1 p. 100, il a pratiqué des instillations oculaires à ces mêmes malades.

Sur 83 expérimentations par la cuti-réaction, il y eut réaction dans 75 cas, ce qui donne 90% de résultats positifs. Sur les 23 malades manifestement tuberculeux, 21 ont réagi ; les deux absences de réaction sont constatées chez des tuberculeux pulmonaires cachectiques de la troisième période. La même proportion se retrouve, soit pour les affections locales réputées tuberculeuses (4 réactions sur 5), soit pour les états douteux que signalaient une petite toux, de la rudesse inspiration, de l'amaigrissement (6 réactions sur 7), soit enfin pour les affections purement vésaniques ne trahissant aucunement à l'examen l'influence tuberculeuse (43 réactions sur 48).

"En un mot, dit l'auteur chez les tuberculeux, nous avons toujours observé une réaction positive, et chez eux elle a présenté un degré d'intensité sensiblement plus marquée ; mais eu égard à un pourcentage très voisin chez des malades, idiots ou vieux déments ne présentant à l'examen aucune symptomatologie bacillaire, nous sommes amenés à conclure que cette facilité de réaction pour des malades assurément disparates atténue singulièrement la valeur de la méthode."

Chez la plupart de ces mêmes malades, soit antérieurement, soit postérieurement à la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction a été pratiquée ; elle a été faite aussi chez quelques déments, idiots ou épileptiques.

Sur 91 malades, 14 seulement ont réagi : 6 de façon légère, 6 de façon moyenne, 1 de manière intense. La proportion est de 15, 3 pour 100. Quatre réactions positives dont une intense se sont produites chez les 23 malades tuberculeux avérés. Cette proportion est plus forte chez les idiots ; cinq sur quinze ; et elle se retrouve, à un degré moindre il est vrai, chez les autres malades, sauf chez ceux atteints de tuberculoses locales et de diarrhées chroniques qui n'ont pas réagi.

Indications et contre-indications du climat océanien dans la neurasthénie.

Au IV^e Congrès français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine, tenu à Biarritz, 20-25 avril 1908, le professeur Régis, a présenté un rapport sur les *indications et les contre-indications du climat océanien dans la neurasthénie*. Nous en reproduisons les conclusions.

I. — Une des principales indications du climat océanien, dans les états neurasthéniques, se tire de l'*idiosyncrasie individuelle, psychique et physique*.

On peut avantageusement prescrire ce climat aux neurasthéniques qui ont du goût et de l'attrait pour la mer, que sa vue impressionne favorablement et égaye et qui la supportent bien. Il y a lieu d'en éloigner au contraire ceux qui n'aiment pas la mer et la redoutent, ceux qu'elle ennuie ou attriste et ceux qui la tolèrent mal.

II. — Il a été généralement admis, jusqu'à ce jour, que le climat marin convient aux *déprimés*, tandis qu'il est nuisible aux *excités*.

Une réaction semble s'opérer, actuellement, contre cette croyance traditionnelle. Il est certain, en effet, que des névropathes excités se calment très nettement au bord de la mer, tandis que des névropathes déprimés s'y excitent.

La *dépression et l'excitation* ne constituent donc pas, tant s'en faut, une indication et une contre-indication formelles à la climatothérapie océanienne.

En dehors de la question d'idiosyncrasie, qui demeure ici dominante et de divers autres motifs d'appréciation, la décision se basera sur ceci : que dans l'*excitation purement nerveuse*, manifestation du syndrome neurasthénique simple, le climat marin est bienfaisant ou tout au moins inoffensif, tandis qu'il n'est pas sans inconvénients, ni même sans dangers dans l'*excitation cérébrale*, manifestation d'un syndrome neurasthénique lié à des lésions organiques du système nerveux ; sur ceci encore que la *dépression* ne doit pas se compliquer d'une débilitation trop profonde, le sujet devant, dans tous les cas, pouvoir faire les frais de sa cure.

III. — Sauf les cas d'intolérance grave ou de complication morbide sous-jacente, la *neurasthénie infantile* et la *neurasthénie juvénile* s'améliorent notablement par le traitement thalassique, surtout lorsqu'il existe, ce qui n'est point rare, du retard de croissance, du rachitisme, du lymphatisme, de la spermatorrhée.

Les *neurasthénies féminines*, sous toutes leurs formes, relèvent spécialement de la thérapeutique marine, principalement celles qui surviennent à la puberté, à la ménopause ou qui s'accompagnent de dysménorrhée, d'affections utéro-ovariennes, de ptoses-

viscérales, d'anémie, d'asthénie. Il n'y a de contre-indication que dans les cas de susceptibilité barométrique trop vive ou de faiblesse générale trop accentuée. L'association de l'hystérie à la neurasthénie, fréquente chez la femme, ne constitue pas un obstacle à la cure.

Les *neurasthénies préséniles et séniles* sont, de toutes, celles qui exigent la plus grande prudence de la part du médecin au point de vue de la climatothérapie marine, en raison des troubles circulatoires du cerveau auxquels elles sont le plus souvent associées.

Il n'y a point là, cependant, une contre-indication absolue et certains neurasthéniques âgés, notamment des hommes à l'âge critique, peuvent retirer d'excellents effets de ce mode de traitement.

IV. — Les indications de la cure climato-marine ne varient pas sensiblement suivant la *cause* productive du syndrome neurasthénique. Dans chaque cas, ces indications se tirent bien plus de l'individu que de l'étiologie de sa névrose.

V. — Il en est un peu de même en ce qui concerne les *formes cliniques*. Ici, toutefois, quelques réserves s'imposent.

Les *neurasthénies générales*, à prédominance *asthénique*, sont celles auxquelles convient le mieux le climat océanien.

La *neurasthénie gastro intestinale*, surtout compliquée d'entérite muco-membraneuse, est fâcheusement influencée par ce climat.

Les *neurasthénies psychiques, cérébrales* ou *psychasthénies*, n'obéissent, au point de vue de la cure climatothérapique, à aucune règle fixe. En principe, rien ne contre-indique, chez elles, cette cure surtout si elle redouble d'une bonne cure morale. Seules les complications délirantes, hallucinatoires, impulsives, épileptiques, et, y mettent un obstacle plus ou moins absolu.

Les *Neurasthénies symptomatiques*, en particulier les *neurasthénies préorganiques*, telles que la *neurasthénie prétabétique* et la *neurasthénie préparalytique*, s'accommodent habituellement fort mal du climat marin.

Quant à l'influence de ce climat sur le système nerveux des *tuberculeux*, il est diversement interprété, les uns le considérant chez eux comme sédatif, les autres, au contraire, comme excitant.

VI. — Le choix de la station atlantique, de sa situation géographique et de son degré d'humidité, celui de l'habitation, de sa distance de la mer, de son orientation, de sa quotation vis-à-vis de tel ou tel vent, enfin les prescriptions concernant l'entourage du malade, sa tutelle morale, la rapidité et l'intensité de la cure, l'approche de la plage, les promenades en mer, la pêche, les distractions de toute sorte, etc., etc., sans oublier la direction vigilante du sujet par un médecin de la station, ont une grande importance en tant qu'indications complémentaires de la climatothérapie océanienne de la neurasthénie.

PHARMACOLOGIE

FORMULAIRE

1° *Maux de gorge* (1).

Faire gargariser le malade en lui recommandant de le faire *doucement, lentement et longuement*, soit avec de la décoction, d'orge ou de guimauve édulcorée avec du miel, soit avec une solution salicylée :

Salicylate de soude.....	4 grammes
Sirop diacode.....	30 —
Décoction de guimauve q. s pour.....	210 —

Dès que l'inflammation sera moins intense, on pourra recourir à la préparation astringente ci-dessous :

Borate de soude.....	3 grammes
Teinture de benjoin.....	10 —
Sirop de mûres.....	40 —
Eau.....	200 —

A partir de ce moment, le malade trouvera un soulagement appréciable dans le collutoire boraté. Il laisse après lui une sensation très nette d'adoucissement :

Borate de soude.....	3 grammes
Glycérine.....	30 —

Dès que la poussée aiguë du mal de gorge sera terminée, on poursuivra le traitement pour obtenir l'assainissement de la région par des topiques plus énergiques. A ce titre, le collutoire ci-dessous conseillé par M. Lermoyez est à recommander :

Borate de soude.....	3 grammes
Résocrine.....	2 —
Glycérine.....	15 —
Eau de menthe.....	5 —

2° *Contre la bronchite aiguë chez l'enfant.*

Poudre de Dower.....	0 gr. 20 centigr.
Sirop de Tolu.....	20 grammes
Julep gommeux.....	75 —

Par cuillerées à café toutes les heures :

ou bien :

Sirop de Tolu.....	{	ââ 40 grammes
— gomme.....		
— Desessartz.....		

Prendre 4 à 5 cuillerées à dessert par jour.

Gaz. Médicale.

3° *Hémoptysie.*

Le malade doit garder le repos au lit d'une façon absolue et dans son lit, garder l'immobilité. Pour tout aliment, si l'hémorrhagie est sérieuse, ne lui permettez que les boissons glacées : lait, bouillon, tisanes, etc. Si l'hémoptysie est peu abondante vous pouvez autoriser une alimentation légère mais toujours froide.

La chambre doit être aérée et fraîche, mais le malade bien couvert. Glace sur la poitrine en ayant soin de la renouveler constamment de manière à ce que l'eau ne puisse s'échauffer en sorte qu'il se fasse une vaso-dilatation de réaction qui est justement le contraire de ce que l'on recherche. On fera maintenir la tête basse pour éviter les syncopes. Ces divers moyens suffisent généralement ; souvent cependant, il y a quelques indications particulières. Il faut en général, calmer la toux. Un peu d'opium suffira pour cela.

Sirop de codéine.....	20 grammes
Sirop de bella-loue.....	20 —
Eau de fleurs d'oranger.....	50 —
Eau distillée.....	50 —

Si l'hémoptysie est plus sérieuse on aura recours aux révulsifs, sous forme de ventouses placées très loin du foyer qui saigne comme aux lombes ou aux cuisses, et aux moyens qui agissent sur la contractilité des vaisseaux et sur la coagulabilité du sang.

Quoi qu'on en ait dit, l'ergotine ne peut être nuisible que dans des cas bien rares. On pourra donc faire une injection d'un centimètre cube d'ergotine Yvon, qu'on répètera une ou deux fois dans la journée si l'hémorrhagie reste abondante.

Au lieu de l'injection, on peut prescrire la potion :

Ergotine.....	4 grammes
Sirop de ratanhia.....	30 —
Eau de fleurs d'oranger.....	10 —
Eau de cannelle.....	90 —

A prendre par cuillerées à soupe.

Il est sans inconvénient de donner par jour jusqu'à 4 à 5 grammes d'ergotine.

Tout en agissant sur les vaisseaux avec l'ergotine, il est bon d'agir sur la coagulabilité du sang par le chlorure de calcium :

Ergotine.....	4 grammes
Chlorure de calcium.....	4 —
Eau de fleurs d'oranger.....	10 —
Eau de cannelle.....	90 —

Si au bout de trois ou quatre jours, les hémoptysies persistent, et même d'emblée, on peut avoir recours à l'*adrénaline* et injecter

ter, 1, 2 et même trois fois par jour, un demi-centimètre cube de la solution au millième.

Pour calmer la toux dont les quintes font quelquefois reparaître l'hémoptysie on peut prescrire la préparation suivante :

Tartre stibié.....	1 milligr.
Extrait de jusquiame.....	1 —
Poudre de Dower	3 centigr.
Conserve de roses.....	q. s. pour 1 pilule

Dix pilules par jour.

L'Ipéca à dose nauséuse, les injections de sérum gélatiné seront réservées pour les cas particulièrement rebelles.

Formulaire de spécialités pharmaceutiques.

1° *Elixir alimentaire Ducro.*

Préparé à l'aide de macération de viande crue, additionné d'hypophosphite de soude et d'eau de vie ; le tout aromatisé à l'écorce d'oranges amères.

Dos : La dose moyenne est de 1 verre à liqueur à chaque repas. Pour les personnes qui refusent toute nourriture, une cuillerée toute les 2 heures pur ou ajouté à du bouillon ou de la tisane.

2° *Elixir Houdé :*

Contient par 20 grammes :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 02 centigr.
Pepsine	0 gr. 50 —
Pancréatine.....	0 gr. 15 —

Dans les crises gastriques douloureuses : *Dose* : un verre à mètre à la fin de chacun des deux principaux repas ou dans l'intervalle.

3° *Emulsion Scott :*

Contient pour 30 grammes (2 cuillerées à soupe).

Huile de foie de morue.....	15 grammes
Hypophosphites de chaux.....	0 gr. 30 centigr.
— soude	0 gr. 15 —
Gommes et essences.....	Q. S.
Glycérine neutre.....	} àà q. s. pour faire
Eau	

4° *Energétènes végétaux :*

Ce sont des extraits provenant du suc de plantes fraîches contenant la totalité des principes actifs à l'état même où ces principes existent dans le végétal vivant.

1 gramme d'énergétène représente toujours 1 gramme de plante fraîche : 26 gouttes pèsent 1 gramme. Je donne les 2 principaux.

(a) *Energétène de valériane.*

1 à 2 cuillerées à café par jour.

(b) *Energétène de digitale.*

10 à 26 gouttes par jour.

5° *Enésol.*

C'est un salicylarsinate de mercure soluble contenu dans des ampoules de 0 gr. 02 centimètres cubes dosées à 0. 03 centigrammes d'énésol par centimètre cube.

Mode d'emploi : Se donne en injection intra-musculaire à la dose de 2 à 4 centimètres par jour (1 ou 2 ampoules). Si l'ampoule est un peu trouble, la chauffer au bain-marie, ce sel est remarquablement actif dans la syphilis.

6° *Farine lactée Nestlé.*

Farine ayant pour base le lait des vaches suisses.

Mode d'emploi : Faire cuire pendant quelques minutes en remuant constamment. On emploie une cuillerée à bouche avec 10 cuillerées d'eau, pour obtenir un lait facile à boire dans un biberon.

Pour une bouillie consistante, mettre une cuillerée à soupe et cinq cuillerées d'eau.

Ne jamais employer le lait comme délayant (1).

SUPPLEMENT

Une chaire de phtisiothérapie au Post-Graduate, de New-York. — C'est avec un vif plaisir que nous annonçons la nouvelle de l'entrée en fonction au "New York Post-Graduate Medical School and Hospital" du Dr S. A. Knopf, comme Professeur de Phtisiothérapie, chaire créé pour ce savant. Monsieur Knopf est Docteur de la Faculté de Médecine de Paris et sa thèse de Doctorat ("Les Sanatoria, Traitement et Prophylaxie de la Phtisie Pulmonaire") eut un retentissement mondial en 1895.

Les produits industriels français au Congrès de Québec. — La maison Edmour Poliquin & Cie, pharmaciens en Gros et Importateurs de produits industriels français, a l'intention d'exposer ses produits et instruments au Congrès Médical de Québec.

Cette maison se recommande d'elle-même par l'excellence de ses

(1) *Gazette, Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1908.* A. L.

produits et la supériorité de ses instruments qui sont importés des meilleurs maisons françaises.

Nous engageons les médecins à aller visiter ce département spécial. Ils y verront les choses les plus nouvelles et les plus pratiques qui soient.

La maison distribuera un grand nombre d'échantillon afin que les médecins puissent apprécier eux-mêmes la valeur des produits mis en vente.

DIARRHÉE INFANTILE

par G. L. HAJEN, M. D., Minneapolis, Minn.

Votre produit, Glyco-Thymoline, m'a donné de tous les médicaments, les meilleurs résultats dans tous les cas où il y a catarrhe et inflammation des muqueuses. Je pourrais vous décrire des résultats brillants obtenus par le Glyco-Thymoline, je me contenterai de rapporter un cas essentiellement chronique.

Un bébé de trois mois, nourri au biberon, souffrait dans le mois d'août 1906, de diarrhée infantile et d'inanition, j'employai toutes les nourritures artificielles et tous les médicaments connus sans amélioration. Sa bouche devint tellement enflammée que l'eau même lui causait de l'irritation et était rendue.

Il n'avait que la peau et les os, et ne tenait plus à la vie que par un fil, je commençai à lui donner :

℞ Glyco-Thymoline	℥ i
Miel	℥ i ss
Eau distilléeq. s. a. ℥ iv

DOSE. — Une cuillerée à thé à toutes les 2 heures. Le bébé revint à la santé, rapidement et complètement, et est aujourd'hui le plus beau petit patient que j'aie eu de toute ma vie.

BOVRIL. — Des Suggestions en rapport avec l'usage du "Bovril" ont été faites à maintes reprises par les médecins dirigeants.

Dans l'alcoolisme par son effet stimulant il peut, dans une grande mesure, remplacer les stimulants alcooliques.

Dans l'anémie, ses effets stimulants et nutritifs sont très marqués.

Les malaises pré-anesthésiques sont sûrement prévenus, par l'administration du Bovril 1½ à 2 heures avant l'opération.

Dans le collapse, son action est très-rapide. L'on recommande d'en donner une cuillerée à thé dans du lait chaud. Cette manière de l'administrer offre de grands avantages dans la débilité et la lassitude.

LES DYSCRASIES SANGUINES DE LA GROSSESSE

La grossesse fait évidemment dépenser une plus grande quantité de cellules de construction des tissus en même temps qu'elle trouble les fonctions d'élimination.

La moindre indisposition peut revêtir de ce fait un caractère de gravité étrange.

L'anémie de la grossesse, demande un traitement hâtif et efficace.

Le Pepto-Mangan (Gude) tient l'une des premières places dans la liste des agents Thérapeutiques de valeur contre cette anémie. L'expérience a prouvé que dans aucune autre affection le Pepto-Mangan agit avec autant de célérité et de certitude, favorisant de plus après l'accouchement l'involution utérine et des relevailles heureuses.

Le Pepto-Mangan (Gude), est un tonique analeptique, très puissant et inoffensif.

NUTRITION ET MALADIE

Pour que les cellules maintiennent leur pouvoir normal et ainsi continuent l'accomplissement de leurs fonctions, il est nécessaire qu'on leur donne les mêmes matériaux détruits dans la production de l'énergie et de la force.

En effet la santé du corps est directement en rapport avec la balance normale entre la quantité de nutrition fournie et la quantité d'énergie et de force dépensées.

En aidant la nutrition du malade, il est nécessaire d'étudier chaque cas en particulier et ainsi d'observer quel élément de nutrition fait défaut, afin d'y suppléer.

Comme résultat du mauvais choix d'une diète les organes de la digestion du patient cessent de rendre les éléments nécessaires à la nutrition.

Cependant il devient excessivement important d'administrer des aliments sous une forme telle qu'ils seront transmis directement au système cellulaire du corps tout entier. L'expérience clinique a démontré que la Bovinine est une nourriture tonique et efficace, qui remplit bien les indications plus haut mentionnées.
