

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 21ème et 4ème Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES: —

- La thérapeutique en vingt médicaments: l'arsenic
par MM. Huchard et Fiessinger. 17
- Fracture des côtes, par Prof. Quenu. 20
- L'insuffisance surrénale dans les maladies infec-
tieuses et son traitement, par M. Moizard. 21
-
- Les Ecoles de désinfection à l'étranger, par M.
Rochaix. 26

NOTES THERAPEUTIQUES: —

- Trait. des arthrites gonococciques par le sérum
de Flexner. 20
- Efficacité de l'argosol chez les enfants. — Trait.
du Rhume des foins. 29

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES:

- Comment concevoir la scarlatine. 30

BIBLIOGRAPHIE. 33

QUI EST LE GARDIEN DE VOTRE REPUTATION ?

Question étonnante, quand sa véritable signification est saisie. On en trouve la solution dans la déclaration suivante faite au cours d'une courte allocution à un groupe de médecins.

La réputation du médecin (et dans la même proportion, son revenu) est entre les mains des fournisseurs pharmaceutiques. La sagacité du médecin ne serait d'aucun effet à moins d'être secondée par des médicaments sûrs.

Celui qui écrit l'ordonnance voit rarement préparer le remède. Et des médecins qui ont leur propre pharmacie, combien ont, le temps, l'entraînement, l'outillage, pour faire l'analyse et l'essai des drogues? *Le praticien doit s'en rapporter à l'habileté et à l'honnêteté du pharmacien fabricant.*

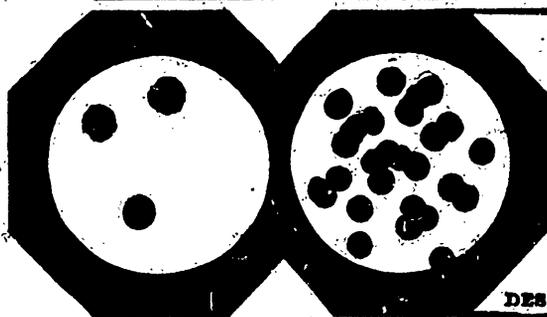
Il appartient donc au médecin, de bien connaître la provenance de ses médicaments. Qu'il choisisse une maison de confiance, — une maison qui a une réputation à maintenir — une maison dont le passé est connu — et qu'il prescrive les produits de cette maison.

Voyons si notre maison possède ces qualités.

Depuis la fondation de notre maison (en 1866) nous avons découvert et présenté à la profession médicale une longue liste de médicaments précieux, reconnus comme agents médicamenteux de première qualité, dans tous les pays civilisés. Nous avons isolé le principe actif de la glande surrénale, donnant l'adrénaline au monde entier. Nous avons été au nombre des premiers à introduire les sérums et les vaccins et nous sommes aujourd'hui les fabricants les plus considérables des produits de ce genre. *Nous avons été les pionniers à établir par l'essai chimique la teneur en principes actifs des médicaments, plaçant sur le marché le premier extrait fluide ainsi dosé en 1879. Nous avons été les premiers à préconiser les préparations galéniques contrôlées par des essais physiologiques. Aujourd'hui tous nos produits pharmaceutiques et biologiques (extraits fluides, teintures, élutriés, extraits solides et pulvérisés, pilules, comprimés, sérums, vaccins,) sont dosés chimiquement ou physiologiquement.*

SPECIFIEZ NOS PRODUITS. Vous aurez la certitude alors — remarquez bien, LA CERTITUDE — que les agents, que vous prescrivez, administrez ou préparez, sont purs, actifs et de force constante.

PARKE, DAVIS & CO
Walkerville, Ont. Montréal, Qué.



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4^e).

DESCHIENS, 8, Rue Paul-Baudry, PARIS 14^e

Thérapeutique Médicale

Par MM. Huchard et Fiessinger.

La thérapeutique en vingt médicaments

LA BELLADONE

Dans les affections douloureuses de l'estomac, la belladone occupe depuis longtemps une place incontestée. Trousseau la recommandait contre la constipation. Son alcaloïde, l'atropine, est utilisée dans les mêmes circonstances; de plus, c'est un produit auquel les ophtalmologistes ont journellement recours.

Ces propriétés thérapeutiques découlent de l'action physiologique. La belladone réduit la plupart des sécrétions (sécrétions gastrique; sudorale, salivaire); par contre, elle active indirectement la sécrétion rénale du fait de la pression artérielle qu'elle augmente par vaso-constriction périphérique, car le remède produit une excitation des fibres lisses. Cette dernière action interdit le remède dans les affections cardiovasculaires à hypertension artérielle. A côté de ces effets antisécrétoires et hypertenseurs, il faut encore compter avec une action sédative sur le système nerveux. La belladone calme la douleur, rompt les spasmes; d'où son utilité dans les cas de vomissement, de spasmes du pylore ou de l'intestin, de crises d'asthme. De là sans doute une partie des effets favorables qu'elle produit dans certaines constipations nerveuses, lesquelles sont souvent de nature spasmodique. Dans les constipations atoniques, mêmes succès. Seulement l'effet est inverse. Si la belladone réduit les spasmes existants, elle contracte, c'est-à-dire produit des spasmes méthodiques et réglés dans les cas d'atonie.

Au point de vue oculaire, l'atropine conduit à un triple résultat. Elle dilate la pupille, anesthésie la rétine, augmente la tension intra-oculaire. Donc, pas d'atropine dans les affections oculaires hypertensives, telles que les états glaucomateux.

Abordons les détails pratiques. La belladone a conquis ses titres d'efficacité: 1^o dans les maladies de l'estomac et de l'intestin; 2^o dans les troubles sécrétoires; 3^o dans les affections spasmodiques; 4^o dans les affections cardiovasculaires; 5^o dans les affections oculaires.

1^o Maladies de l'estomac et de l'intestin. — Dans les *gastralgies* liées ou non à une hyperchlorhydrie, la belladone et l'atropine sont prescrits par chacun. Quand il existe une *hypersécrétion* concomitante, la raison est double de recourir au médicament, puisqu'il calme à la fois les douleurs et diminue la sécrétion. En effet, la belladone abaisse qualitativement le taux de la sécrétion gastrique, la diminution portant surtout sur l'acide chlorhydrique libre; l'abais-

sement du taux de l'acidité se joint à l'action sédative directe pour amener un soulagement très appréciable. Une contraction musculaire fait suite à l'effet chimique. En asséchant la cavité gastrique, la belladone diminue l'intensité et la durée du travail mécanique d'évacuation et permet une rétraction des toniques musculés de l'estomac. Si l'action n'est point rapide, elle est par contre prolongée. On prescrit des pilules de 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigr. de poudre de feuilles pendant une dizaine de jours.

On peut aussi utiliser l'atropine:

Sulfate d'atropine, 0 gr. 02.

Eau distillée, 20 grammes.

X gouttes au début des deux principaux repas (Huchard).

On pratique des injections sous-cutanées d'un demi-milligramme d'atropine pendant une quinzaine.

A. Robin insiste sur la nécessité de donner le médicament plutôt avant que pendant le repas. De plus, il ne sera pas administré d'une façon continue.

Nous avons vu que la belladone par ingestion agit lentement; aussi l'associe-t-on souvent au bicarbonate de soude et aux poudres alcalines, pour obtenir un effet plus rapide.

Bicarbonate de soude, 0 gr. 50.

Magnésie calcinée, 0 gr. 25.

Belladone pulvérisée, 0 gr. 02.

Pour 1 cachet. — En donner un toutes les 3 heures.

Mêmes succès dans *l'ulcère de l'estomac*. Seulement il faut des doses assez élevées (Mathieu). Von Tabora (de Strasbourg) recommande les injections de *sulfate d'atropine* (1 milligramme matin et soir) pendant des semaines. La douleur disparaît très vite, le suc gastrique diminue, sa teneur en acide chlorhydrique s'abaisse. De hautes doses sont nécessaires. Von Tabora est allé jusqu'à 3 milligrammes par jour. C'est le reproche qu'on peut opposer à la médication. Elle expose à des accidents toxiques, et maintes fois le promoteur de la méthode a constaté chez ses malades un certain degré de sécheresse de la bouche, une diminution de l'accommodation visuelle, de la difficulté à lire.

Le *spasme de l'oesophage* se voit opposer la belladone: teinture, X gouttes 3 fois par jour avant les repas.

Dans les *sténoses pyloriques*, le bicarbonate de soude agit à la fois en neutralisant l'acidité gastrique, qui provoque ou aggrave la sténose, et aussi en agissant sur la motricité. La belladone peut être jointe au bicarbonate, comme dans les formules que nous venons d'indiquer: seulement la dose de bicarbonate devra être augmentée et atteindre 80 centigr. et 1 gramme par paquet. Avec 8 grammes de bicarbonate de soude, M. Soupault a obtenu un résultat meilleur qu'avec 10 centigrammes de morphine, dose que le malade prenait auparavant. On a encore employé la belladone contre le *mérysisme*; elle diminue les régurgitations et procure des guérisons complètes. Dans les *vomissements simples* ou les *vomissements incoercibles de la grossesse*, on ordonne:

(Chlorhydrate de morphine, 0 gr. 05.

Sulfate d'atropine, 0 gr. 005.

Eau de laurier-cerise, 10 grammes.

4 gouttes, soit 1 milligramme de morphine et 1-10 de milligramme d'atropine, toutes les 3 heures, dans une cuillerée à café d'eau.

Les enfants supportent fort bien la belladone. On peut donner trois gouttes de *teinture de belladone* à un enfant de trois mois. M. Hutinel recommande la médication dans le *spasme pylorique des nourrissons*. On peut monter la dose progressivement, jusqu'à X gouttes par année d'âge. Aux enfants l'atropine est moins ordonnée. On a toutefois recouru à la solution à 1-1000: une goutte par année d'âge répétée trois fois par jour. J. Simon a prescrit jusqu'à XL gouttes, soit 2 milligrammes, à un enfant de trois ans. Les praticiens n'atteindront pas ce chiffre. Bien que les enfants supportent bien la belladone, on se méfiera des intoxications toujours possibles.

Les maladies de l'intestin réservent d'utiles applications. Nous avons vu que les *constipations atonique et spasmodique* se trouvent toutes deux bien du remède. Sur la fin de l'empire. Trousseau était le grand partisan de la médication. Il formulait des pilules contenant chacune un centigramme d'extrait et autant de poudre de belladone. une à jeun le matin, deux après cinq ou six jours; inutile d'excéder la dose de quatre ou cinq. Toujours, quel qu'en soit le nombre, il convient de les prescrire à la fois. Cette dernière précaution a été abandonnée; la belladone a été ordonnée à doses espacées; de là les insuccès. En particulier, la constipation de l'*entérite mucomembraneuse*, si aggravée par les drastiques, se trouve bien de la méthode; l'adjonction de temps à autre d'une cuillerée à dessert d'huile de ricin ou de lavements d'huile d'olives chaudes (50 à 150 grammes pris le soir et gardés la nuit) suffit pour procurer le résultat attendu.

Trousseau comparait l'action du tabac à celle de la belladone. Aussi les dames de la cour de Napoléon III fumaient toutes leur cigarette après le repas. La constipation régnait sous la majesté des crinolines.

Les *coliques de plomb* sont maintes fois amendées et les saturnins supportent fort bien le remède.

Puisque la belladone réussit bien contre la constipation, pourquoi ne pas y recourir dans l'occlusion intestinale? Ch. Fiessinger, père, en 1855, s'en était bien trouvé. quatre pilules de 5 centigrammes d'extrait à 6 heures d'intervalle: Les occlusions tenant à une simple atonie ou peut-être même à de légères torsions ont cédé maintes fois à cette méthode. Un lavement électrique sera pratiqué en même temps. Intervention opératoire si la débâcle ne s'est point produite dans les 36 heures.

Dans les *péritonites*, les *appendicites*, la belladone est associée à l'opium. Elle renforce l'action analgésique de l'opium et empêche la constipation d'être trop opiniâtre. On prescrit:

Extrait thébaïque, un centigramme.

Extrait de belladone, un demi-centigr.

P. 1 pilule. — Une pilule toutes les heures et demie le premier jour, toutes les 2 heures les jours suivants.

Nous usons de la même médication dans une affec-

tion d'un tout autre ordre: l'*hémoptysie*. L'extrait thébaïque calme la toux, la belladone par ses propriétés vasoconstrictives contribue à arrêter le saignement.

2o *Troubles sécrétoires*. — Il n'est pas de médecin qui n'ait prescrit l'atropine dans les sueurs des phtisiques: 1-10 de milligr. de sulfate d'atropine pour commencer; car des accidents toxiques se sont manifestés à la dose de 1-4 de milligr. Très rapidement on élève la dose; 2-10, 3-10 de milligr.: un quart d'heure environ avant la production des sueurs.

On continue le remède 4 à 5 jours de suite. Interrompre autant pour reprendre ensuite.

On n'oubliera pas toutefois que les sueurs fébriles sont maintes fois une réaction de défense. L'organisme se débarrasse par la peau des principes toxiques qui l'encombrent. Voyez les sueurs de la dégénérescence dans les maladies fébriles. Au cours des maladies infectieuses, les sueurs ne peuvent-elles être considérées comme une réaction défensive insuffisante et qui cherche en vain à atténuer la gravité de l'infection? De même dans la tuberculose.

On réduira par l'atropine les sueurs épuisantes; les sueurs habituelles seront simplement traitées par quelques lotions alcooliques; on les respectera en général comme on respecte nombre de diarrhées qu'il serait dangereux d'arrêter prématurément.

Les *sueurs nerveuses* des épuisés sont arrêtées par le traitement général. Dans certaines formes de neurasthénie tenaces, qu'on pourrait presque appeler *sudorales*, tant les sueurs sont abondantes et se répandent jour et nuit, nous prescrivons quand les voies digestives sont en bon état:

Sulfate d'atropine, 1-10 milligr.

Ergotine Bonjean, 3 centigr.

Bromhydrate de quinine, Un centigr.

P. 1 pilule. — Une avant les repas de midi et du soir et une au coucher.

En plus des bains frais de 30o à 26o de 3 minutes de durée, rendront les plus grands services, à condition d'être répétés chaque jour. Le degré thermique sera commandé par l'énergie du sujet: 32o à 36o s'il est très faible, 27o à 26o s'il plus fort.

Dans la *sialorrhée*, les résultats sont favorables quand le remède est absorbé à doses suffisantes. Déjà jadis Gubler insistait sur ce fait que l'action utile n'apparaissait souvent qu'aux limites de la tolérance (dilatation pupillaire, sécheresse de la peau, de la bouche). Des auteurs ont prescrit des pilules de un milligr. de sulfate d'atropine: 3 par jour. C'est beaucoup; pour un phénomène peu inquiétant, nous n'oserions risquer une médication toxique.

La belladone a été également recommandée dans la *galactorrhée*. Il est exceptionnel qu'on soit tenu d'y avoir recours.

3o *Affections spasmodiques*. — Nous avons déjà croisé les affections spasmodiques du tube digestif. Mais il en est une autre appartenant à un autre appareil où, à défaut de médication spécifique, la belladone est journellement employée: nous voulons dire la *coqueluche*.

On peut associer l'antipyrine à la belladone: Antipyrine, 1 gramme.

Siróp de belladone, 20 grammes.

Siróp de fleurs d'oranger, 140 grammes.

Le siróp de belladone, très actif, renferme 2 grammes de teinture par 20 grammes de siróp: deux cuillerées à café par trois années d'âge. L'antipyrine s'ordonne aux doses de 0 gr. 10 à un an, de 0 gr. 25 à deux ans, et ensuite de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 en plus par année d'âge.

Soit de cette potion, à un enfant de 4 ans — 3 à 4 cuillerées à soupe par jour — augmenter progressivement.

Rappelons encore l'emploi contre les *toux quinteuses* et dans la *laryngite striduleuse* où l'association du bromure et de la belladone est fréquente:

Bromure de potassium, 2 grammes.

Siróp de belladone, 10 grammes.

Siróp simple, 90 grammes.

Par cuillerées à café toutes les 20 minutes, à un enfant de 4 ans.

Les *crises d'asthme* se voient opposer les cigarettes et poudres anti-asthmatiques où entre la belladone:

Poudre de feuilles de belladone, 30 grammes.

Poudre de datura, 30 grammes.

Nitrate de potasse, 5 grammes.

Opium pulvérisé, 1 gramme.

Faire brûler une cuillerée à café pendant les crises et aspirer la fumée.

40 *Affections cardio-vasculaires.* — Nous entrons ici dans des indications plus douteuses. L'action vaso-constrictive de la belladone en interdit l'emploi dans toutes les maladies hypertensives (artério-sclérose, angine de poitrine). Les effets dans les *palpitations*, quand celles-ci sont d'origine digestive, se dessinent assez favorables. De même dans les *névralgies cardiaques* (fausses angines de poitrine) ou les *arythmies extrasystoliques* quand le tube digestif fonctionne mal. En dehors de ces conditions bien déterminées, les effets apparaissent plutôt fâcheux. Une de nos malades atteinte d'arythmie extrasystolique a même fait de l'intoxication après l'ingestion de sulfate d'atropine (1-2 milligr. matin et soir). Les extrasystoles n'ont point été modifiées et la malade a été prise d'agitation, s'est plainte de contraction à la gorge, a présenté de la dilatation pupillaire.

C'est pourquoi nous faisons toutes nos réserves au sujet de l'atropine proposée comme moyen diagnostique dans les ralentissements du pouls. On sait depuis Hering que, dans la maladie de Stokes-Adams, l'injection d'un demi-milligramme à 1 milligramme de sulfate d'atropine ne détermine aucune augmentation dans le chiffre des contractions ventriculaires. Les bradycardies d'origine nerveuse ou toxique se transforment, au contraire, en battements plus rapides, trente-cinq à quarante minutes après l'injection. Les praticiens n'auront recours à cet essai qu'avec les plus grosses réserves. D'autres signes permettent d'assurer le diagnostic. Pour se fournir un élément de probabilité en plus, il est inutile d'exposer un malade aux inconvénients d'une intoxication, si légère soit-elle.

Ne signalons que pour le proscrire l'emploi du remède dans les *maladies infectieuses*: angines, scarlatines, fièvres

puerpérales, etc. Les guérisons sont l'effet de coïncidences. Il n'y a pas lieu de s'y attacher.

50 *Affections oculaires et externes.* — Tout praticien utilise l'atropine dans les *iritis*; le remède combat la douleur, immobilise la pupille et, en la dilatant, prévient la production des synéchies.

Sulfate d'atropine 0 gr. 10

Eau distillée 10 grammes

3 gouttes matin et soir dans le coin de l'œil.

Grâce aux instillations d'atropine, les sujets atteints de cataracte voient pénétrer une plus grande abondance de rayons lumineux. Après l'opération, elle empêche la cataracte chez les vieillards où l'hypertonie est fréquente; cataractes chez les vieillards où l'hypertonie est fréquente; l'atropine y serait très dangereuse.

Le remède est à rejeter dans les inflammations de la conjonctive, en raison de son action irritante. Dans les maladies de la *cornée*, on y avait recours plus autrefois qu'aujourd'hui. L'atropine ne devient utile dans la *kératite phlycténulaire* ou la *kératite interstitielle* qu'autant que l'iris est touché en même temps.

Notons encore son efficacité dans le *strabisme convergent* (instiller plusieurs soirs de suite quelques gouttes de la solution à 1-100) et son usage comme moyen de diagnostic qui facilitera l'examen ophtalmoscopique; les ophtalmologistes ont renoncé à cette dernière pratique. Elle entrave les mouvements pupillaires, rend impossible l'emploi de l'accommodation et le choix des verres. Et puis, attention toujours aux accidents glaucomateux où l'atropine devient très dangereuse par l'augmentation qu'elle provoque de la tension intra-oculaire et sachons la proscrire dans les ulcérations profondes de la cornée où une perforation est menaçante.

Un mot pour terminer sur la belladone dans les maladies externes. Chacun connaît le *baume tranquille* où entrent la belladone, la jusquiame et la stramoine. L'*onguent populeum*, contre les hémorroïdes, renferme de la belladone et la *pommade belladonnée* calme les douleurs des excoriations ou fissures douloureuses. Se méfier des risques d'intoxication, quand la surface à recouvrir est étendue.

En cas de *douleurs épigastriques*, on prescrit encore l'application d'un emplâtre local à garder huit jours.

Emplâtre diachylon 4 parties

Extrait de ciguë 2 parties

— belladone 2 parties

En général, l'application d'un vésicatoire volant agit mieux.

Les accidents d'intoxication sont connus: mydriase, agitation, délire, sécheresse des muqueuses, accélération des battements cardiaques. Au médecin de veiller qu'ils ne se produisent pas.

Quant à l'antagonisme qu'on a voulu établir de la morphine et de belladone, il est faux et incomplet (1). Toutefois, de légères doses de morphine (4 à 5 milligrammes) ont maintes fois réussi. On ordonnera ensuite au malade des stimulants (café, thé).

Clinique Chirurgicale

Fracture des côtes

PAR M. LE PROFESSEUR QUEVNU

Un malade âgé de 39 ans entre à l'hôpital pour un traumatisme de la région thoracique gauche remontant à 48 heures. Ce malade a fait une chute de voiture; il est tombé sur le côté gauche, le bras collé au tronc; et il a ressenti une douleur très vive au côté gauche de la poitrine; presque immédiatement après est survenue une *hémoptysie* abondante.

On remarque tout de suite dans la moitié gauche du thorax, l'existence d'un gonflement s'étendant, dans le sens antéro-postérieur, de la ligne médiane à la ligne axillaire, et remontant en haut, le long du cou, jusqu'à l'oreille gauche. Une palpation très douce révèle à ce niveau l'existence d'une crépitation neigeuse caractéristique: il s'agit d'*emphysème sous-cutané*. Cette constatation et le fait que le blessé a eu une hémoptysie aussitôt après l'accident nous permettent d'affirmer déjà qu'il y a fracture de côtes.

Une exploration plus attentive, faite avec douceur, nous montre que plusieurs côtes sont fracturées; elles sont fracturées au niveau de la ligne axillaire, au point où le choc a été transmis par l'intermédiaire du bras collé au corps, par l'intermédiaire du coude en particulier.

Procédons à l'examen des organes thoraciques (plèvre et poumon) qui ont pu être intéressés par le traumatisme. En percutant en arrière, nous trouvons, du côté gauche, une exagération de la sonorité; mais à l'auscultation, nous entendons parfaitement le murmure vésiculaire du haut en bas de la poitrine; il n'y a ni souffle, ni râles. Il n'est donc pas bien certain qu'il y ait pneumothorax, et, en tout cas, ce pneumothorax est bien léger, s'il existe. L'exagération de la sonorité peut s'expliquer par l'*emphysème sous-cutané*; de plus, le malade présente un peu de ballonnement du ventre; son estomac est certainement distendu, ce qui augmente encore le tympanisme au niveau de la base gauche. Pourquoi n'y a-t-il pas d'air dans la plèvre, alors qu'il existe un *emphysème sous-cutané* considérable? Plusieurs interprétations ont été proposées: existence d'adhérences anciennes, formation très rapide d'adhérences après le traumatisme, peut-être disposition spéciale des fragments osseux fracturés, conduisant l'air le long de la côte jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quel pronostic faut-il porter? La plèvre ne renferme pas de liquide, l'examen du thorax nous l'a prouvé. Le traumatisme remonte à 48 heures; nous n'avons donc plus à craindre un hémithorax. En revanche, nous pourrions encore voir apparaître une pleurésie simple.

Mais, chez notre blessé, c'est le poumon surtout qui a été intéressé, puisque l'hémoptysie survenue aussitôt après l'accident a été considérable. Nous devons nous attendre

surtout à l'écllosion d'une pneumonie traumatique. Il faut surveiller avec soin la température et, pendant quelques jours, les crachats seront examinés au point de vue bactériologique.

L'expérience montre que ces pleurésies et ces pneumonies consécutives aux fractures de côtes sont le plus souvent bénignes; très rarement, les pleurésies deviennent purulentes, alors que la suppuration est au contraire fréquente dans les plaies de poitrine, par coup de couteau par exemple. Le fragment costal qui embroche la plèvre et le poumon est en effet parfaitement aseptique et l'infection ne peut se faire que par voie respiratoire.

Quel traitement allons-nous instituer?

Il faut tout d'abord immobiliser le thorax, et nous atteindrons ce but en appliquant un bandage de corps en flanelle, doublé d'ouate et convenablement serré. On s'est beaucoup servi et on se sert encore de larges bandes de diachylon. L'immobilisation obtenue par ce procédé est certainement plus rigoureuse que celle que l'on obtient au moyen d'un bandage de corps. Mais le diachylon a l'inconvénient d'adhérer aux poils; il faut, avant de l'appliquer, raser toute la région. Beaucoup de malades ne supportent qu'avec gêne un pareil bandage, et il n'est pas rare d'observer, quand on l'enlève, des érosions cutanées. D'autre part, le bandage de corps a l'avantage de pouvoir être enlevé plus facilement et permet d'appliquer des ventouses, de faire de la révulsion si des complications pleuro-pulmonaires surviennent.

Une pneumonie thoracique est à craindre dans le cas présent. L'infection se faisant par voie respiratoire, nous recommandons à notre malade des lavages fréquents de la bouche, des gargarismes, des inhalations d'eucalyptus.

Traitement des arthrites gonococciques à l'aide des injections sous-cutanées de sérum de Flexner

MM. Pissavy et Charvet.

Dans deux cas de rhumatisme gonococcique à évolution grave où le traitement par le salicylate de soude et l'aspirine avait échoué, les injections sous-cutanées de sérum antiméningococcique furent couronnées de succès. Après une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Flexner, l'amélioration est rapide; les douleurs disparaissent rapidement et les articulations, en quelques jours, retrouvent leur souplesse. La douleur est le symptôme le plus rapidement calmé; une deuxième ou une troisième injection complètent le traitement. Il n'est pas nécessaire de pratiquer l'injection au voisinage des articulations malades.

Essence de Pepsine Fairchild

L'extrait du Suc Gastrique favorise la tolérance de l'Iodure de Potassium.

LES résultats des travaux de laboratoire concernant les relations physiologiques et chimiques du suc gastrique et de l'iodure de potassium ont été parfaitement confirmés par l'expérience clinique dans l'emploi de l'essence de pepsine de Fairchild, "extrait du suc gastrique", comme véhicule de ce médicament important.

Toute dose ordinaire d'iodure en combinaison avec cette essence ne donne lieu à aucune incompatibilité. Par exemple, dans un mélange représentant 5 grains (en solution saturée) avec une cuillère à thé d'essence, il ne se fait pas de précipité, les enzymes demeurent solubles et ne sont nullement affaiblis. Un tel mélange démontre (1) l'action caractéristique de l'Essence de Fairchild sur le lait et (2) l'action protéolytique de l'Essence pure, conformément au réactif de la Pharmacopée des Etats-Unis.

Comme véhicule, l'Essence masque d'une manière agréable, le goût de l'iodure et en favorise certainement la tolérance et les effets physiologiques.

FAIRCHILD BROS. & FOSTER,
NEW YORK

Une circulaire décrivant les diverses manières d'employer l'Essence de Fairchild pour l'administration de l'iodure de potassium sera adressée aux médecins qui en feront la demande.

Ne se vendent pas au Détail.



INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES
PILULES SIROP

ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE

EXIGER : Signatur, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
PARIS, Rue Bonaparte, 40.

Refuser IODE SCROFULE FER Refuser
les Similaires inefficaces. les Imitations dangereuses.

PUISSANT ACCÉLÉRATEUR de NUTRITION GÉNÉRALE
Ramène l'appétit et provoque une augmentation rapide du poids des malades; fait tomber la fièvre et dispa- l'ire la purulence des crachats chez les **TUBERCULEUX**.

EXPÉRIMENTÉ avec succès dans les Hôpitaux de Paris et les Sanatoria. Communications à l'Académie des Sciences, la Société de Biologie, de Thérapeutique.
Thèse sur l'HISTOGENOL, présentée à la Faculté de Médecine de Paris.

HISTOGENOL
à base de Nuclearrhine.

FORMES :
Emulsion : 2 cuill. à soupe par jour.
Élixir : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulé : 2 mesures par jour.
Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

INDICATIONS :
TUBERCULOSE
LYMPHATISME, SCROFULE, BRONCHITES CHRONIQUES, NEURASTHÉNIE, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.

Médication Arsénio-Phosphorée organique.
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser à NALINE, Ph^{ies} à St-Denis (Seine).

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

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques

Ictère

**GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ**Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

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

BOLDOINE ÉPARVIERNOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUEILLÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

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

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

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

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE
DEMANDE adressée à la A MONTREAL.**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites

Angines, Diphtérie

Toux nerveuses

Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille
renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

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

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

HAEMATOGÉN "ROLAND"

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

Parmi les nombreux médica-

ments pour l'Anémie, la Débilité

Nerveuse, la Lassitude, etc.

31,56 p.c. Héamoglobine-Albumen

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

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

(Signé) Dr ALEX, analyste certifié.

Rien autre que L'HAEMOGLOBIN
pur et non-diluée qui contient les
propriétés actives médicinales du fer,
du phosphore, et du soufre, en combi-
naison naturelle organique, renforce et
stimule.

DIRECTIONS :

ENFANTS : 1 à 2 cuillérées à thé, selon l'âge, trois fois par jour.

ADULTES : Une cuillérée à table trois fois par jour. A
prendre après les principaux repas dans de l'eau froide, du
cocoa ou du vin.

L'insuffisance surrénale dans les maladies infectieuses et son traitement

Par le Dr Mozard, médecin des hôpitaux

Tous les médecins ont observé dans le cours des maladies infectieuses, des accidents débutant plus ou moins brusquement, toujours imprévus, caractérisés avant tout par une asthénie qui rapidement, devient extrême, du refroidissement des extrémités, un pouls mou, dépressible, quelquefois irrégulier, avec, dans certains cas, des troubles gastro-intestinaux ordinairement bornés à des vomissements et à de la diarrhée, mais pouvant prendre un tel développement, s'accompagner de si violentes douleurs de ventre qu'inévitablement l'idée d'un empoisonnement vient à l'esprit. Il s'y ajoute souvent des désordres nerveux; l'excitation du début fait place à du coma dans les cas mortels.

C'est sous le terme générique de collapsus qu'ils ont été décrits. Leur évolution est variable. Tantôt, en effet, ils entraînent la mort, subitement, ou dans l'espace de quelques heures; tantôt ils ont une marche plus lente; dans certains cas, ils procèdent par accès se succédant à des intervalles plus ou moins éloignés. Enfin, ils peuvent guérir, après avoir causé au médecin et à l'entourage du malade une anxiété bien compréhensible.

Pendant très longtemps leur pathogénie a été obscure et actuellement encore, on ne peut la considérer comme univoque. La myocardite, étudiée dans la variole, par Desnos et Huchard, par Hayem dans la fièvre typhoïde, en est évidemment la cause déterminante dans certains cas. Mais combien de fois la recherche de cette myocardite, cause présumée des accidents, a-t-elle démontré son absence? On se rejetait alors, pour les expliquer, sur de problématiques effets d'inhibition bulbaire, de névrite du pneumogastrique. L'association de troubles gastriques aux signes de dépression cardio-vasculaires, surtout dans les formes toxiques de la diphtérie, semblait donner une certaine vraisemblance à l'idée de névrite du pneumogastrique. Je ne prétends, certes, pas nier que ces désordres ou lésions nerveuses puissent en être la cause. Mais, en tout cas, elle est rare; car je ne sache pas qu'on ait souvent constaté la névrite du pneumogastrique.

On peut observer ces accidents de collapsus non seulement dans le cours des grandes infections (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, diphtérie, grippe, pneumonie, syphilis, même oreillons), mais aussi dans le cours des maladies les plus bénignes, une simple angine par exemple.

Nous avons tous eu l'occasion de les rencontrer et de gémir de notre impuissance à les combattre. Dans la grippe, ils sont particulièrement émotifs, et j'ai vu mourir subitement une jeune fille atteinte d'une simple angine érythémato-pultacée à staphylocoques, sans aucune lésion

cardiaque, sans aucun phénomène inquiétant, pendant les deux premiers jours. Qui ne les a vus dans le cours de la fièvre typhoïde et surtout de la diphtérie? Enfin, pour montrer que la question intéresse aussi bien les chirurgiens que les médecins, une observation suivie d'autopsie confirmative, et dûe à Doléris et à Malartic, prouve qu'ils peuvent se produire à la suite d'une opération (laparotomie pour salpingite, dans l'espèce), faite dans les meilleures conditions.

À la suite d'un traumatisme léger, même d'un accouplement normal, on les a vus également survenir.

À côté des explications pathogéniques, précises dans certains cas (myocardite), hypothétiques dans beaucoup d'autres, la connaissance de la pathologie des glandes surrénales, préparée par les expériences physiologiques de Brown-Séquard, Abelous, Langlois, Arnaud, étudiée avec tant de soins par Sergent dans le livre qu'il a fait paraître en 1902, avec la collaboration de Bernard, alors son interne, puis par Oppenheim, et Loeper, nous a donné des notions nouvelles et précises.

Dans des publications ultérieures, Sergent a fait vraiment sienne cette question du rôle des lésions des glandes surrénales dans les infections. Il n'est que juste de le proclamer.

Tous les faits publiés depuis ont vérifié ses dires, et le succès de l'opothérapie surrénale, en pareil cas, leur a apporté une éclatante confirmation.

On a tout d'abord été frappé de la ressemblance des accidents de collapsus dans les infections avec certains symptômes de la maladie d'Addison. L'asthénie en est le caractère commun. Même dépression des forces, même anéantissement de toute réaction nerveuse.

Puis, poussant plus loin l'analyse, on a constaté dans les uns comme dans l'autre, la faiblesse du pouls, mou, dépressible, mal frappé, et certains symptômes gastro-intestinaux et nerveux. Vinrent alors des recherches anatomo-pathologiques qui démontrèrent que les lésions tuberculeuses des surrénales, constatées dans la maladie d'Addison, ne sont pas les seules qui puissent déterminer ces symptômes; d'autres lésions, les surrénalites, et surtout les hémorragies surrénales, furent trouvées dans de nombreuses autopsies de sujets ayant succombé à la suite d'accidents de collapsus dans les maladies infectieuses.

Il fut démontré que l'asthénie, les troubles cardio-vasculaires, gastro-intestinaux et nerveux, l'hypotension artérielle, appartiennent, en propre, aux lésions, quelles qu'elles soient, du parenchyme glandulaire des surrénales. La pigmentation, les douleurs lombaires ou abdominales sont le fait des lésions périphériques de ces organes, intéressant les ramifications nerveuses du plexus solaire.

Il est indispensable de rappeler tout d'abord en quelques mots le rôle physiologique des capsules surrénales. Elles ont une action angio-tonique, antitoxique, pigmentaire. Elles détruisent les poisons d'origine musculaire (Abelous et Langlois). Leur suppression entraîne des effets analogues à ceux de la fatigue, c'est-à-dire que les substances toxiques qui s'accumulent dans le sang, à la suite de la décapsulation, sont semblables à celles qui ré-

sulent du travail musculaire. Elles jouent aussi un rôle dans la destruction des poisons exogènes.

En outre, les travaux d'Oliver, de Schaefer, de Cybulski, de Langlois, prouvent que les capsules surrénales sécrètent une substance qui élève la tension artérielle. C'est l'adrénaline. Son effet est immédiat, mais très passager. L'hypertension semble la conséquence de la vasoconstriction que détermine cet agent actif de la sécrétion surrénale.

La troisième fonction des surrénales est leur action pigmentaire, résultant, d'après Pilliet, de la destruction, à leur niveau, de globules sanguins altérés.

Ces symptômes d'asthénie et d'hypotension artérielle, accompagnés ou non de désordres gastro-intestinaux et nerveux, constituent un véritable syndrome, conséquence de l'insuffisance fonctionnelle des surrénales par le fait des lésions que je décrirai plus loin, et dénommé très justement: syndrome Sergent-Bernard.

Etant données ces notions qu'il était indispensable de rapidement résumer, il est important d'établir une fois pour toutes que la maladie bronzée d'Addison et l'insuffisance surrénale ne sont pas synonymes. La maladie d'Addison est une entité pathologique bien établie; la pigmentation, les douleurs abdominales, l'asthénie, la caractérisent, sauf dans les formes frustes, bien décrites par Dieulafoy, dans lesquelles l'asthénie, symptôme primordial, est souvent isolée, et qui, d'après Sergent, forment un chaînon intermédiaire entre le syndrome addisonien complet et celui de l'insuffisance surrénale. L'addisonisme pigmentaire (dans lequel les symptômes d'insuffisance surrénale apparaissent toujours à un certain moment de son évolution est fonction de lésions périphériques des surrénales; l'insuffisance surrénale, qu'on ne peut mieux comparer qu'à l'insuffisance hépatique ou rénale, n'est pas le plus souvent accompagnée de pigmentation (Sergent). Elle est causée par des lésions diverses de la partie centrale, glandulaire, des capsules surrénales.

Les recherches anatomo-pathologiques montrèrent bientôt la justesse de ces vues.

Oppenheim et Loeper signalèrent des lésions des glandes surrénales chez les malades qui ont succombé à la diphtérie. Sergent, dès 1902, avait constaté des lésions de surrénalite aiguë chez un individu mort d'une pneumonie terminée par des accidents d'insuffisance surrénale.

Sans pouvoir ici m'arrêter à la description des surrénalites, dont l'étude est encore loin de permettre des conclusions définitives, je dirai que la lésion des capsules surrénales le plus souvent rencontrée dans les maladies infectieuses est l'hémorragie. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. On rencontre aussi ces hémorragies chez le nouveau-né; et elles peuvent être considérées comme les plus fréquentes parmi les hémorragies viscérales si communes à cet âge (Parrot, Hutinel). Les causes d'asphyxie, (lenteur du travail, forceps, compression du cordon) les déterminent (Babonneix).

Plus tard, c'est surtout l'infection qu'il faut faire intervenir dans la production des apoplexies surrénales. Les

recherches expérimentales de Roux et Yersin, Charrin, Langlois, Roger, Pilliet, Petit, Oppenheim et Loeper ont mis son influence hors de doute.

Les infections de l'appareil respiratoire tiennent une place importante dans l'étiologie des apoplexies surrénales. Ce sont surtout les infections pneumococciques qui les déterminent (Arnaud, Oppenheim et Loeper, Dudgeon, Litzenberg, White, Babonneix).

Dudgeon a trouvé le pneumocoque en culture pure dans une surrénalite apoplectique. Mais dans toutes les infections compliquées d'insuffisance surrénale, c'est aussi l'hémorragie de ces organes qui doit être le plus souvent mise en cause.

Comment se produisent ces hémorragies?

Hutinel admet deux modes de production: des hémorragies par stase, d'autres par phlébite de la veine rénale. Loeper a constaté la phlébite des veines surrénales et lui attribue une grande importance dans la pathogénie des hémorragies capsulaires. Arnaud admet, comme origine de ces hémorragies, une extrême congestion déterminée par l'hyperémie fonctionnelle qu'entraîne l'action antitoxique des surrénales.

Les hémorragies, le plus souvent bilatérales, sont quelquefois unilatérales. Elles se produisent dans la zone vasculaire séparant la couche corticale de la substance médullaire centrale, par rupture d'une branche importante de la veine capsulaire centrale. (Arnaud, Babonneix). Plus ou moins abondantes, l'hématome qu'elles déterminent peut être si volumineux qu'il forme une tumeur saillant dans la cavité abdominale et pouvant même s'y rompre.

La notion de la fréquence des hémorragies surrénales dans les infections, pendant lesquelles on a constaté, du vivant du malade, plus ou moins masqués par les symptômes de la maladie principale, les signes de l'insuffisance surrénale, a une importance capitale. Elle explique, suivant l'abondance de l'hémorragie, son unilatéralité ou sa bilatéralité, la gravité plus ou moins grande des symptômes, et la mort subite quand les deux capsules surrénales sont d'emblée détruites par l'épanchement sanguin. En outre, comme l'hémorragie est une lésion essentiellement réparable, on comprend ainsi la possibilité de la guérison.

Si c'est la lésion le plus souvent constatée chez les individus qui ont succombé avec des signes d'insuffisance surrénale, il s'en faut que ce soit la seule. Il importe de compter avec les surrénalites, avec les lésions anciennes, tuberculeuses le plus souvent, syphilitiques quelquefois, n'ayant déterminé jusqu'alors aucun symptôme appréciable; par le fait de leur existence cependant, les surrénales ne peuvent effectuer en quelque sorte qu'un petit service; survienne une infection dont résulte pour elles un surcroît de travail, elles sont au-dessous de leur tâche et les accidents éclatent.

Telle est, rapidement résumée, l'anatomie pathologique des glandes surrénales dans les infections.

Il me faut maintenant étudier plus en détail les principaux symptômes de l'insuffisance surrénale, et leur évolution.

Je répète, avant tout, qu'il ne faut pas compter sur la pigmentation de la peau et des muqueuses. Elle n'existe que dans les insuffisances surrénales survenues dans le cours d'une maladie d'Addison. Dans les insuffisances d'origine infectieuse, elle manque toujours.

La pathogénie, aujourd'hui bien connue, de la pigmentation addisonienne, et les lésions anatomiques des glandes surrénales dans les infections expliquent son absence.

Il ne faut pas, non plus, compter trouver réunis, en pareil cas, tous les signes connus de l'insuffisance surrénale. Le plus souvent, ils sont noyés au milieu du complexe symptomatique de l'infection primordiale. Mais certains troubles qui sont constants leur donnent une physiognomie propre, impossible à méconnaître quand on a l'attention éveillée sur la possibilité de leur apparition.

C'est tout d'abord l'asthénie, souvent telle que le malade ne peut faire un mouvement dans son lit, sur lequel il git inerte, incapable du moindre effort. On ne saurait trop insister sur l'importance de ce signe vraiment révélateur, qui doit pousser à rechercher les autres symptômes de l'insuffisance surrénale. On constate en même temps le refroidissement des extrémités, quelquefois un abaissement marqué de la température centrale, et surtout des troubles circulatoires caractéristiques.

Les battements du cœur sont mal frappés, souvent irréguliers, le premier temps est sourd; à une période avancée, le choc de la pointe est difficilement perceptible. Le pouls est fréquent, mou, filant sous le doigt, tous caractères indiquant un abaissement de la tension artérielle. Point n'est besoin du sphygmomanomètre pour l'apprécier. Cet instrument ne fait que préciser les renseignements donnés par l'exploration du pouls. La tension s'abaisse à 10, 9, 8, et même 7. En outre, des symptômes gastro-intestinaux se produisent, vomissements rares ou incoercibles, diarrhée. Quand il existe en même temps des douleurs de ventre violentes, en cas, par exemple, de grande hémorragie surrénale pouvant se rompre dans le péritoine, on peut penser soit à une appendicite, soit à une intoxication.

On peut observer également des désordres nerveux greffés sur le fond d'asthénie qui ne manque jamais.

C'est tantôt du délire, quelquefois du coma; dans certains cas, la succession des deux. Quelquefois ces troubles nerveux sont si prédominants que Sergent a pu décrire une forme pseudo-méningique du syndrome d'insuffisance surrénale aiguë.

Lorsque les accidents n'ont pas une évolution trop rapide, on peut constater de l'amaigrissement et de l'anémie.

Il se produit, dans l'insuffisance surrénale, un signe révélateur dont l'importance a été contestée, mais qui, après avoir été mis en lumière par Sergent, a été si complètement étudié par notre collègue qu'on doit lui accorder une grande valeur. D'autres que lui, et notamment Hutinel, l'ont nettement observé. C'est la ligne blanche surrénale. Elle consiste en ceci: qu'après avoir tracé avec un corps moussé une ligne sur la peau de l'abdomen, on voit, à l'inverse de ce qui se produit dans la méningite, une raie blanche assez

large qui va s'accroissant de plus en plus, puis demeure stationnaire pendant trois ou quatre minutes, et s'efface peu à peu. D'après Sergent, on l'observe assez rarement. Mais quand elle existe, elle a une grande valeur au point de vue du diagnostic.

Tels sont les principaux symptômes de l'insuffisance surrénale. A vrai dire, ils sont si caractéristiques qu'un esprit prévenu les méconnaîtra difficilement, si noyés qu'ils soient dans le complexe symptomatique de l'infection originelle. Il me reste à indiquer quelle est leur évolution.

Leur début, à une période quelconque de l'infection, est brusque ou progressif. Dans la première éventualité, c'est sans aucun signe prémonitoire qu'ils éclatent. La mort subite peut en être la conséquence. Il n'est pas besoin d'en faire ressortir l'importance, soit médico-légale, soit pour la responsabilité du médecin, si elle se produit par exemple après l'emploi d'un médicament actif. Il semble vraiment qu'on doive considérer l'insuffisance surrénale comme la cause la plus ordinaire de la mort subite dans les infections.

Mais c'est heureusement un accident rare; même débutant brusquement, les symptômes se développent, s'accroissent progressivement. Si brusque, si intense qu'il été leur début, ils peuvent s'amender après quelques heures ou quelques jours; la maladie reprend alors son cours normal, jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne dans un délai plus ou moins rapproché.

J'ai observé, il y a une vingtaine d'années, à une époque où le rôle des surrénales dans les infections n'était même pas soupçonné, un fait qui, à la lumière des travaux récents me semble absolument de leur ressort. Une jeune femme, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde évoluant normalement, fut prise brusquement d'accidents de collapsus qui faillirent l'enlever, et durèrent seulement quelques heures.

Mes souvenirs, très nets, me montrent chez elle les signes de l'insuffisance surrénale tels que nous les connaissons aujourd'hui. Après la disparition de ces symptômes si effrayants, la maladie reprit pendant huit jours son cours normal, sans trace des accidents cardio-vasculaires si menaçants qui s'étaient montrés au moment de la crise. Pendant huit jours, le pouls redevenait parfait, les battements du cœur normaux. Huit jours exactement après les premiers accidents, ils se reproduisirent dans les mêmes conditions, et la malade succomba en quelques heures. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, je reste persuadé qu'il avait dû se produire une première hémorragie surrénale, non suffisante pour entraîner la mort, suivie, après un délai de huit jours, d'un vaste raptus hémorragique amenant la mort en quelques heures.

Le plus souvent, c'est par une évolution progressive variant de quelques heures à plusieurs jours que les symptômes surrénaux déterminent la mort des malades.

Dans d'autres cas, et ce sont sans doute les plus fréquents, surtout depuis l'emploi du traitement opothérapique, l'amélioration se fait progressivement, soit que l'hémorragie surrénale, qui n'a pas été suffisante pour entraîner la mort, se résorbe, soit que la surrénalité évolue

vers la guérison plus ou moins complète. En effet, en cas de surrénalite, le retour *ad integrum* des glandes surrénales n'est pas constant. Il peut persister à leur niveau, comme on l'observe au foie et aux reins dans les mêmes conditions, des lésions de surrénalite chronique, mettant la glande en état d'insuffisance relative, d'où, en cas de nouvelle infection, des accidents qui peuvent être mortels. Sergent a publié (*Archives de médecine*, 1903) une très intéressante observation confirmative. Les premiers symptômes d'insuffisance surrénale se montrèrent dans le cours d'une maladie infectieuse grave qui, d'après les dires du malade, semble avoir été une fièvre typhoïde. Deux ans après, le malade n'avait pas recouvré ses forces. Entré de nouveau à l'hôpital atteint de fièvre aphteuse, les signes d'insuffisance surrénale s'accrochèrent et la mort survint au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva les capsules surrénales dures, ligneuses, avec leur surface de section dépolie.

Elles présentaient, de place en place, des flots fibreux plus épais, et de consistance plus résistante qui leur donnaient l'apparence de la cirrhose hépatique. En aucun point, il n'existait de zone congestive ou hémorragique ni de foyer tuberculeux. Il y a là un type d'inflammation chronique non tuberculeuse des surrénales. Cette observation est des plus remarquables. On peut reconstituer ainsi l'évolution des accidents: surrénalite dans le cours d'une fièvre typhoïde; pendant deux ans, la lésion reste à peu près latente, déterminant cependant chez cet homme vigoureux, habitué aux plus durs travaux, une asthénie anormale et persistante, signe atténué d'insuffisance surrénale. Ces organes ainsi lésés ne sont propres qu'à un service restreint. Une infection légère se développant, ils sont au-dessous de la tâche supplémentaire qu'elle leur impose, et le malade succombe à des accidents d'insuffisance surrénale aiguë. Je crois ce fait jusqu'à présent isolé. Il est des plus suggestif.

Tels étant les symptômes et l'évolution de l'insuffisance surrénale, il faut, pour en faire le diagnostic, se bien persuader tout d'abord, comme je l'ai dit plus haut, qu'insuffisance surrénale n'est pas maladie d'Addison, et qu'il ne faut pas compter sur la pigmentation. Elle manque toujours dans l'insuffisance. Les symptômes cardinaux sont autres: ce sont l'*asthénie*, l'*hypotension artérielle*, les *troubles cardiaques*. Quand on les voit survenir dans le cours d'une maladie infectieuse, la règle est, ainsi que l'a établi Hutinel, de considérer l'insuffisance surrénale comme probable et de prescrire le traitement opothérapique.

L'asthénie est toujours le symptôme prédominant; c'est sur elle qu'est basé le diagnostic; la constatation des autres symptômes le confirme.

Des difficultés beaucoup plus grandes peuvent se présenter dans les formes aiguës et foudroyantes, affectant les allurés d'un empoisonnement volontaire, criminel ou accidentel, ou d'une péritonite.

L'erreur, en pareil cas, est très difficile à éviter. On aura chance de faire pourtant le diagnostic et d'instituer à temps le traitement, si on se rappelle que dans le cours des infections, il n'y a guère que les lésions brutales des

surrénales qui puissent déterminer un tel complexus symptomatique. En cas de douleurs de ventre très violentes, on pourra difficilement ne pas les confondre soit avec une perforation intestinale typhique soit avec une appendicite. La constatation de la ligne blanche surrénale serait alors des plus utiles.

Le pronostic est toujours grave; presque fatal dans les formes suraiguës, foudroyantes, il est au contraire très atténué, grâce au traitement opothérapique, dans les formes à évolution plus lente.

L'efficacité du traitement, a été, en effet, démontrée par de nombreuses observations.

Les lésions surrénales d'origine syphilitique sont très rares; il faudra toujours les soupçonner quand on verra les symptômes d'insuffisance survenir chez un syphilitique à une période quelconque de l'évolution de l'infection. En pareil cas, le traitement spécifique, concurremment avec l'opothérapique surrénale pourra produire de très beaux résultats.

Médication mixte également dans la diphtérie.

Rappelons que c'est Rolleston, de Londres, qui a le premier, employé l'adrénaline dans les diphtéries graves. Depuis, Netter la prescrit systématiquement, et une belle observation présentée à la Société des hôpitaux en 1909, par MM. L. Martin et Darré montre l'efficacité de l'opothérapique associée à une sérothérapie intensive dans le traitement des diphtéries malignes. Martin, dont on connaît les beaux travaux sur la diphtérie, pense qu'on pourra triompher ainsi de certaines diphtéries graves.

Il croit l'insuffisance surrénale très fréquente; peut-être même constante au cours des diphtéries graves; elle joue d'après lui un rôle prépondérant, sinon exclusif, dans la production de certains accidents graves qui constituent le grand danger des diphtéries toxiques (syndrome cardiogastrique de Sevestre, paralysie cardiaque, mort subite).

Dans le plus grand nombre des cas, d'après lui, on pourra mettre en évidence son rôle dans ces formes très graves de la diphtérie. C'est aussi mon opinion, et Netter la partage, car depuis 1905, ainsi que l'indique son élève Baudouin dans sa très intéressante thèse, il met en oeuvre une médication un peu complexe, dans toutes les formes graves de la diphtérie. Non seulement il emploie, avec la sérothérapie intensive, l'adrénaline dans les conditions que j'indiquerai plus loin, mais il l'associe au collargol qu'il prescrit en frictions, par ingestion, ou par la voie intraveineuse. Je renvoie à l'article no 22,552, publié dans ce journal, et exposant en détail cette médication employée systématiquement par notre collègue, qui lui attribue une grande part dans l'amélioration de la statistique de son service de diphtérie. Il pense même que l'adrénaline prévient ou atténue les paralysies diphtériques.

Mais il n'y a que la syphilis et la diphtérie dans lesquelles nous puissions associer une médication spécifique à l'opothérapique surrénale. Dans les autres infections compliquées d'insuffisance surrénale, nous n'avons d'action que contre cette complication, sans pouvoir attaquer que par une médication rationnelle la maladie primitive. C'est

CALCARAL
POUDRE ANTI-TUBERCULEUSE
 ASSIMILABLE PAR INHALATIONS
 AU MOYEN DU

PULVERATOR
 CE PROCÉDÉ DE TRAITEMENT,
 DÉCOUVERT PAR
 LES DOCTEURS CHAMPION FRÈRES
 DE LA FACULTÉ DE PARIS :
 RÉCALCIFIE L'ORGANISME,
 EST UN VÉRITABLE ANTI-TOXIQUE
 DES POISONS TUBERCULEUX
 ET EST ABSOLUMENT INOFFENSIF
 — EMPLOI —
 5 INHALATIONS PAR JOUR
 D'UNE MINUTE CHACUNE.
 DÉPOT POUR LE CANADA
F. LE BAILLY
 207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL
LA C^{IE} DU CALCARAL
 29, Rue Tronchet, PARIS, FRANCE



Par permission spéciale
 Fournisseurs de Sa Majesté Edouard VII

BOVRIL

est garanti être une préparation
 pure de bœuf de première qualité

Au moyen d'un procédé spécial de fabrication,
 toutes les propriétés nutritives et stimulantes du bœuf
 sont incorporées dans cette préparation. Le BOVRIL
 est rapidement et entièrement assimilé, par l'invalidé
 même le plus faible.

Des essais répétés au cours de la fabrication du
 BOVRIL sont une garantie de sa nature uniforme et
 constante.

BOVRIL LTD.

27, rue Saint-Pierre - - - - Montréal

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

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

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

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

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHEMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

ANTISEPSIE PULMONAIRE PARFAITE
AFFECTIONS CHRONIQUES
 des **Voies Respiratoires**
 Traitement par les
CAPSULES DARTOIS



Chaque capsule, préparée avec une gélatine spéciale, contient 0.05 centigramme créosote de hêtre titré en G. alcool, dissoute dans 0.20 millie de foie de morue garantie d'origine.

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

**TOUX
 CATARRHES
 BRONCHITES**

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

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

LE CALCICARAL
 CALCIFICATION
 DES TUBERCULES
 PULMONAIRES
 PAR

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

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGENE PUR NAISSANT

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

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

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

Echantillons gratuits sur demande, adresser

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGENE PUR NAISSANT

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

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

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

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

donc le moment d'exposer en détail les règles de la médication opothérapique.

Rappelons d'abord le principe posé par Hutinel et Netter, et universellement admis aujourd'hui, de mettre le traitement en œuvre dès les premiers symptômes d'asthénie et d'hypotension artérielle.

L'opothérapie surrénale est aujourd'hui simplifiée et parfaitement réglée. On a complètement renoncé aux injections sous-cutanées d'extrait capsulaire, douloureuses et souvent le point de départ d'abcès.

L'administration des glandes surrénales de mouton en nature, à la dose de 2 à 5 grammes, c'est-à-dire deux capsules fraîches par jour, hachées et mélangées à du sucre en poudre constituent un moyen commode dans le cas où on ne peut se procurer ni solution d'adrénaline, ni cachets d'extrait de glande surrénale. Bécclère a prescrit 4 capsules de mouton, *pro die*, pesant 10 à 15 grammes. Comme toujours, ainsi que je l'indiquerai plus loin, ces capsules doivent être données à doses fractionnées.

Mais les deux préparations les plus commodes sont la solution d'adrénaline au millième, un centimètre cube représentant un milligramme d'adrénaline, et les cachets d'extrait de glandes surrénales préparées par MM. Carrion et Hallion, et contenant chacun 0.30 centigrammes d'extrait.

Ces deux préparations, d'un emploi très commode, ont une efficacité semblable. Pourtant, d'après Martin, il est préférable, quand on le peut, d'employer les cachets, l'adrénaline déterminant quelquefois une hypotension marquée après une hypertension passagère. Méry préfère aussi l'extrait surrénal total à l'adrénaline. Il aurait l'avantage, d'après lui, de renfermer les autres substances par lesquelles est caractérisée la spécificité du tissu surrénal. Ces cachets sont administrés à la dose de trois par jour, isolément. Les enfants ne pouvant pas prendre de cachets, c'est l'adrénaline qui est employée en pathologie infantile, et d'après les nombreuses observations de Netter, elle semble aussi efficace que les cachets.

Quoi qu'il en soit de ces opinions sur la valeur respective de l'adrénaline et de l'extrait surrénal total, il semble, d'après les faits connus, qu'on peut employer l'une ou l'autre.

L'adrénaline peut être employée par la voie buccale, soit en injections sous-cutanées, la première étant de beaucoup la plus commode. Netter prescrit dix à vingt gouttes, chez les enfants; de la solution au millième en cinq ou six fois dans les 24 heures. Actuellement, il est plus hardi, et dans les cas graves, donne dans les 24 heures, par doses fractionnées, (recommandation importante basée sur l'effet passager du médicament sur l'hypotension artérielle), jusqu'à trois et quatre milligrammes d'adrénaline.

L'adrénaline peut être aussi administrée par la voie sous-cutanée, dans du sérum artificiel. La technique employée par M. Josué est la suivante. On ajoute un centimètre cube de la solution d'adrénaline au millième, c'est-à-dire un milligramme d'adrénaline à 250 ou 500 grammes de sérum, au moment de l'injection sous la peau. Ordinairement, la peau devient blanche après l'injection par suite de la contracture des vaisseaux. La résorption lente du sérum adrénalisé équivaut aux doses fractionnées administrées par la bouche.

Cette médication peut et doit être continuée pendant longtemps, c'est-à-dire jusqu'à la disparition complète des symptômes d'insuffisance surrénale. J'estime même qu'il est prudent de la continuer, en diminuant les doses progressivement, pendant une huitaine de jours après leur disparition, se tenant prêt à la reprendre au moindre retour offensif. L'usage prolongé de l'adrénaline ne peut avoir aucun inconvénient.

En particulier, il ne peut déterminer de lésions athéromateuses des artères. Josué, qui a le premier indiqué la possibilité de ces lésions chez le lapin soumis à l'action de l'adrénaline par voie veineuse, ou intra-trachéale, a démontré que ces lésions artérielles ne se produisent que dans ces conditions. Lorsqu'on administre le médicament par la bouche ou par la voie sous-cutanée, on ne les voit jamais survenir. Sous l'influence du traitement opothérapique, on voit les différents symptômes d'insuffisance surrénale s'améliorer rapidement. Le résultat est, d'après Netter, tout à fait merveilleux, même dans les cas en apparence désespérés.

À l'étranger, comme en France, l'accord est définitif maintenant sur l'utilité de l'opothérapie surrénale dans l'asthénie des maladies infectieuses. En Angleterre, on emploie surtout l'hémisine, préparation adrénalique de Burroughs et Welcom; en Amérique, le chlorhydrate d'adrénaline au millième.

On signale également des ampoules de 1 c. c. de solution adrénalinienne au 1 pour 10,000, pour usage hypodermique—produite aux laboratoires de la maison Parke et Davis.

(Ex. Jnal Med. et Chirurgie de Paris.)

Contre l'anthrax

(D'Ajutolo, de Bologne).

S'il s'agit d'un anthrax non encore suppuré, badigeonner sa surface avec la solution :

Acide phénique neigeux	100 gr.
Alcool absolu	100 gr.
Menthol	10 gr.

puis le recouvrir d'une compresse imbibée d'alcool mentholé à 5 pour cent.

Si l'anthrax suppure, faire sourdre le pus, puis introduire dans chaque orifice une sonde entourée de coton hydrophile imbibé du liquide. Recouvrir ensuite avec la compresse enduite de la même solution à 5 p.c. Avec ce procédé, il ne serait jamais nécessaire de recourir au bistouri.

(Le Formulaire).

HYGIENE

Les Ecoles de désinfection en Allemagne

Après la promulgation de la loi impériale allemande du 30 juin 1900 sur la "Lutte contre les maladies communément dangereuses" et des diverses lois des Etats particuliers de l'Empire qui ont suivi, on s'aperçut bien vite, de partout, du manque de désinfecteurs initiés à leur métier, pour assurer l'application des mesures concernant la désinfection devenue obligatoire.

Sur l'initiative du professeur Flugge, on créa en Prusse un certain nombre d'"Ecoles de désinfection" pour faire l'éducation spéciale des personnes appelées à pratiquer les désinfections, leur donner les notions élémentaires sur les dangers des maladies infectieuses, sur les mesures prophylactiques qu'on doit leur opposer et aussi sur leurs devoirs vis-à-vis des médecins dont ils deviennent ainsi des auxiliaires précieux.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire quelques mots de ces établissements. La Prusse en possède dix-huit installés soit dans les Instituts d'Hygiène comme à Göttingen, à Breslau, à Halle, à Kiel, à Mambourg, soit dans les laboratoires officiels de bactériologie comme à Hanovre, à Munster, à Potsdam, à Cologne, etc., soit enfin au Laboratoire de Thérapeutique expérimentale de Francfort-sur-le-Mein. Les cours ont en général une durée d'une dizaine de jours et sont faits ordinairement par le directeur de ces établissements ou l'un de ses assistants, de concert avec le directeur de l'établissement de désinfection de la ville. Un examen sanctionne la valeur des études et les élèves qui l'ont subi avec succès reçoivent le diplôme d'"Approbiertes Desinfektoren".

La plupart des Etats ont suivi l'exemple de la Prusse et, devant les résultats encourageants obtenus, chaque année voit naître de nouvelles écoles. Récemment encore, le 1er octobre 1908, le grand-duc d'Anhalt inaugurait celle de Dessau.

C'est aux municipalités qu'incombe le devoir d'organiser le service de la désinfection dans les villes ou les communes qu'elles administrent. Elles doivent par conséquent posséder au moins un désinfecteur qui fait partie du personnel de l'administration municipale. Les municipalités, en Prusse tout au moins, doivent, d'après un décret ministériel, exiger de tous les candidats à cette fonction le diplôme de désinfecteur officiel et assurent ainsi le recrutement des Ecoles de désinfection.

La plupart d'entre elles sont dans une situation très florissante. Nous donnerons quelques détails sur celles de Cologne et de Dresde qui nous ont paru particulièrement intéressantes.

* * *

L'Ecole de Désinfection pour le "Regierungsbezirk"

de Cologne fut établie par un décret ministériel du 11 Mars 1902, par conséquent déjà bien avant la promulgation de la loi prussienne du 20 Août 1905 sur la lutte contre les maladies contagieuses et la désinfection obligatoire. L'ouverture eut lieu le 3 Février 1903 à l'établissement municipal de désinfection de la ville où les locaux nécessaires avaient été aménagés; mais le siège officiel de l'école reste au laboratoire de bactériologie du district.

Les candidats adressent au président du district une demande à laquelle la municipalité qui les envoie joint un dossier sommaire sur leurs occupations antérieures et leurs capacités.

La durée des études, au début de huit jours, est actuellement de dix, et l'examen se passe dans la matinée du dixième. Les élèves peuvent retourner dans l'après-midi auprès de leurs municipalités et entrer en fonctions le lendemain.

En 1903, l'école de Cologne organisa huit séries de cours et forma 38 désinfecteurs.

En 1904, 38 désinf. furent formés en 5 séries de cours.

En 1905, 50 désinf. furent formés en 7 séries de cours.

En 1906, 65 désinf. furent formés en 7 séries de cours.

En 1907, 32 désinf. furent formés en 3 séries de cours.

En 1908, 25 désinf. furent formés en 3 séries de cours.

En somme, depuis 1903, 248 "Approbiertes Desinfektoren" sont sortis de l'école de Cologne, sans compter 110 personnes qui étaient venues s'initier officieusement à la pratique de la désinfection, dès l'ouverture de l'établissement municipal de désinfection, en 1889.

Pendant ce court laps de temps de dix jours, l'enseignement est donné d'une façon intensive pendant toute la journée, les leçons théoriques alternant avec les démonstrations pratiques. De nombreux tableaux et appareils rendent l'enseignement plus vivant.

Cet enseignement est fait par le directeur du laboratoire de bactériologie, plus spécialement chargé de la partie théorique et des données générales sur la désinfection, et par l'administrateur de l'établissement de désinfection qui apprend aux élèves le côté technique de leur profession. Ce sont ces deux professeurs qui constituent le jury d'examen sous la présidence d'un conseiller du gouvernement, actuellement le docteur Rusak.

Les études sont entièrement gratuites; seul l'examen comporte un droit de 10 marks.

A l'instigation du professeur Czaplewski, directeur du laboratoire de bactériologie, la municipalité de Cologne exigea des infirmiers de ses hôpitaux qu'ils allassent à l'école de désinfection se mettre au courant des opérations les plus fréquemment effectuées. C'est là une initiative excellente, car il est certain qu'un personnel hospitalier bien éduqué au point de vue de la désinfection constitue une armée efficace dans la lutte contre les maladies infectieuses dans les hôpitaux et occasionnellement au dehors.

Cette initiative fut réalisée en Octobre 1906, et de cette date au 1er janvier 1909, l'école de Cologne a formé 34 sœurs ou infirmières à la pratique de la désinfection. Les cours pour cette seconde catégorie d'élèves ne durent que

quatre jours, le but étant de leur apprendre seulement les opérations les plus courantes.

Les résultats ont été excellents et M. Rusak à l'assemblée de la "Ligue allemande pour la santé publique" tenue en Brême en Septembre 1908 a montré quels services avait déjà rendus cette éducation spéciale du personnel infirmier, en particulier pour juguler dès le début l'épidémie de fièvre typhoïde du district de Sieg.

Toutes les Ecoles de désinfection de la Prusse n'ont pas la prospérité de celle de Cologne. Celle de Kiel, par exemple, établie pour le "Regierungsbezirk" de Schleswig, n'a fonctionné que 2 fois, du 29 Octobre au 3 Novembre 1906, et du 25 Février au 2 Mars 1907. Le nombre des désinfecteurs reçus a été de 12 la première fois et de 15 la seconde.

Mais un décret récent du ministre des affaires médicales de Prusse, en date du 27 février 1908, va donner un regain d'activité à ces Ecoles. A la suite de ce décret, les désinfecteurs vont être astreints à subir un examen tous les 3 ans, portant sur la bactériologie, les substances et les appareils employés dans la désinfection et sur leur emploi. Ils devront également, tous les 6 ans, suivre un cours de répétition dans les Ecoles.

* * *

Le second exemple que nous citerons est celui de Dresde. Le ministre de l'Intérieur du royaume de Saxe avait rendu en 1906 un décret relatif à la désinfection dans les cas de maladies transmissibles; mais, comme en Prusse, le personnel nécessaire à son application manquait.

La munificence d'un citoyen dresdois, bien connu dans la capitale saxonne pour les contributions financières qu'il apporte fréquemment aux diverses oeuvres d'assistance de cette ville, et qui avait déjà fondé l'"Etablissement central de désinfection" de Dresde, Lingner, vint combler cette lacune. Il créa et organisa après entente avec le gouvernement l'"Ecole de désinfection du royaume de Saxe" qui fut placée sous la surveillance officielle du directeur des services sanitaires du Royaume et ouverte le 1er Octobre 1906.

Toute municipalité qui a besoin de désinfecteurs reçoit de la direction de l'Ecole une formule où elle consigne les renseignements sur les antécédents, le degré d'instruction et l'état de santé des candidats. Ceux-ci sont choisis, dans la plupart des cas, parmi les agents de police, les infirmiers ou les employés subalternes de l'administration municipale. D'une façon générale, on n'admet pas à l'Ecole des personnes à titre privé. Les élèves jugés capables de suivre l'enseignement sont convoqués le 12 de chaque mois pour des cours d'une durée de 10 jours.

Un restaurant et des chambres sont annexés à l'établissement de désinfection où se trouve l'Ecole, pour éviter aux élèves toute perte de temps, mesure rendue nécessaire par le peu de durée de l'enseignement. Les communes n'ont à déboursier que le prix d'entretien des élèves (3 marks par jours), l'enseignement et l'examen étant gratuits.

L'enseignement pratique revient tout naturellement à

l'inspecteur de l'établissement de désinfection, que sa longue expérience désigne tout particulièrement à cette fonction. Sous sa direction, les élèves vont dès le second jour assister aux désinfections de locaux qui se pratiquent dans l'intérieur de la ville. Puis, peu à peu, on leur fait exécuter eux-mêmes, sous une surveillance constante, les différentes désinfections par la vapeur; on leur fait faire les solutions de produits désinfectants les plus courantes, et étudier à fond leur emploi.

Progressivement, en même temps que ces exercices pratiques, se fait un enseignement théorique, médical et chimique. Dans ce but, on a aménagé un amphithéâtre ainsi qu'un "musée de désinfection". Ce musée est de la plus grande utilité pour les élèves qui ne possèdent qu'une instruction élémentaire, et pour lesquels il est plus nécessaire que jamais que l'enseignement parle aux yeux. Ce musée renferme de nombreux moulages et des préparations anatomiques au kaysersling représentant les principales lésions des maladies infectieuses, des représentations très grossières des principaux agents pathogènes et de leurs cultures, un stéréoscope montrant l'aspect des maladies éruptives, des collections de préparations colorées de microbes prêtes à être examinées au microscope, etc. Les murs sont ornés de quantités de tableaux qui montrent par d'ingénieuses scènes le mode de diffusion de quelques maladies comme la fièvre typhoïde et le choléra. D'autres représentent des bactéries avec leur forme typique à un grossissement de 10,000 diamètres, leur localisation dans les différentes régions de l'organisme. Des statistiques, ordinairement sous forme de graphiques, montrant le recul de la morbidité infectieuse depuis qu'on la combat systématiquement, l'influence du sexe, de l'âge, de la profession sur sa fréquence, complètent la collection.

La partie du musée consacrée à la désinfection proprement dite renferme les différents produits chimiques employés dans la désinfection. Dans des vitrines sont exposés des objets de peau et de cuir endommagés par la désinfection par la vapeur. Cette vue frappe l'esprit des élèves qui éviteront plus sûrement de faire cette faute dans leur pratique ultérieure. A côté d'un ensemble très complet des principaux produits et appareils modernes de désinfection, on a placé tout ce qui servait aux désinfecteurs d'autan, génévrier, poix, soufre, etc. A chaque objet correspond une notice simple, claire, à la portée de tout le monde, permettant aux élèves de s'expliquer ce qu'ils voient.

Comme on le conçoit, le musée facilite singulièrement l'enseignement théorique.

Les élèves sont tout d'abord initiés aux causes et à l'origine des maladies infectieuses. Pour cela, quelques expériences faciles à exécuter, comme la mise en évidence de bactéries dans l'air, sur des objets divers, sur les mains, leur démontrent la fréquence et l'ubiquité des microbes. L'expérience qui porte sur la recherche des microbes sur les mains avant et après leur lavage et leur désinfection prouve aux élèves d'une façon plus particulièrement concrète la valeur et la puissance d'une désinfection bien exécutée. On fait également sous leurs yeux des expériences de transmission des bactéries par les mouches et la démonstration de

l'action bactéricide des rayons solaires. Grâce aux préparations anatomo-pathologiques, les élèves apprennent à connaître le siège de chaque maladie infectieuse dans l'organisme humain, si bien que les voies de pénétration de l'agent infectieux frappent plus facilement leur intelligence et leur font comprendre les désinfections qu'ils doivent exécuter en cours de maladie. Ils se pénètrent d'autre part beaucoup mieux du sérieux de leur mission.

Lorsqu'on leur a démontré d'une façon claire l'existence de l'infection, commence l'enseignement théorique de la désinfection. Cet enseignement est d'ailleurs résumé dans un petit guide qu'on leur distribue dès le début et qui constituera plus tard leur vade-mecum dans l'exercice de leur profession.

L'examen, qui a lieu le dixième jour, se passe comme en Prusse, et ceux qui l'ont subi avec succès reçoivent le titre un peu différent de "Geprüfter Desinfektor".

Si elle le juge nécessaire, l'Ecole organise un cours de répétition avant la délivrance du certificat définitif.

Chaque élève est photographié. On consigne sur un registre les désinfections qu'il a pratiquées personnellement et les notes qu'il a obtenues sur les questions théoriques, si bien qu'en cas de faute, il est facile de retrouver son dossier et de le réprimander.

De temps à autre ont lieu des cours de plusieurs semaines pour ceux qui doivent appartenir à des établissements de désinfection des grandes villes.

Nous n'avons pu nous procurer de statistiques concernant cette école remarquablement installée, mais nous savons qu'elle est en pleine prospérité.

* * *

La Bavière vient de s'engager dans la même voie. Un décret du ministre de l'Intérieur du royaume, rendu le 16 juillet 1909, a créé dans les Instituts d'hygiène de Munich, l'Englanger et de Würzburg des écoles de désinfection, destinées non seulement aux désinfecteurs officiels, mais également aux médecins officiels (médecins de district, de cercle, etc.). Ces derniers vont se mettre au courant de la technique de la désinfection, afin de pouvoir diriger ce service spécial avec toute la compétence désirable. Leur séjour est assez court, on n'y exige leur présence que pendant 4 jours, au cours desquels l'enseignement spécial leur est donné par le directeur de l'Institut et par ses assistants. Pour qu'ils puissent profiter de leur séjour, leur nombre est limité à 20 par session d'études. Une indemnité journalière leur est allouée et leurs frais de voyage leur sont remboursés.

En ce qui concerne les élèves-désinfecteurs, l'organisation est la même que dans les écoles dont il a été question précédemment, sauf sur quelques points secondaires sans importance.

* * *

Les désinfecteurs ainsi formés dans ces écoles ne sont pas de simples travailleurs manuels, mais connaissent les dangers des maladies infectieuses et la façon de s'en préserver.

Ils savent à quel moment on doit effectuer les différentes opérations de désinfection et deviennent au sein des populations campagnardes et ouvrières de véritables "moniteurs d'hygiène" susceptibles de rendre de très grands services.

Quelques appréhensions ont été manifestées au début par certains médecins allemands qui craignaient de voir les désinfecteurs, ainsi instruits et pourvus d'un titre officiel, profiter de leur situation pour pratiquer l'exercice illégal de la médecine ou tout au moins gêner le médecin dans sa pratique journalière. Mais d'abord les désinfecteurs sont des personnages officiels dont il est facile de surveiller les faits et gestes, et en second lieu ils ne reçoivent aucun enseignement thérapeutique. L'expérience a d'ailleurs montré qu'ils savaient se renfermer dans leur mission spéciale et les médecins allemands se félicitent actuellement du concours précieux que leur apportent ces modestes auxiliaires.

A plus forte raison les médecins français n'ont-ils rien à redouter de la part des désinfecteurs que les services départementaux de désinfection, récemment créés à la suite du règlement de 1906, ont répandus sur tout le territoire. "Le rôle hygiénique du médecin, écrivait il y a quelque temps le professeur Courmont (1), n'est nullement diminué. Ceux-ci sont simplement débarrassés de l'exécution matérielle de leurs conseils et ils sont assurés de leur exécution." L'exemple de l'Allemagne le démontre suffisamment.

Les écoles de désinfection seraient-elles possibles en France? Assurément leur installation ne serait pas onéreuse en adoptant le système allemand. Les Instituts d'hygiène ou les Instituts bactériologiques possèdent ou peuvent facilement acquérir le matériel nécessaire aux démonstrations, et les grandes villes, sièges de ces Instituts, sont pourvues d'un établissement de désinfection, non toujours modèle, il faut bien l'avouer, pour l'enseignement purement technique.

Mais il serait de toute nécessité pour assurer leur recrutement et leur vitalité qu'un décret ministériel imposât aux directeurs de bureaux d'hygiène et aux inspecteurs départementaux l'obligation de ne proposer aux fonctions de désinfecteurs que ceux qui sortiraient de ces écoles. Ce serait le seul moyen de les empêcher de mourir d'inanition et par suite, d'avoir un corps de désinfecteurs comparables à celui de l'Allemagne.

En tout cas il est à souhaiter que beaucoup de chefs de service suivent l'exemple de l'inspecteur du Rhône, qui a pris soin d'éduquer soigneusement ses désinfecteurs, grâce à quelques conférences et quelques démonstrations, simples et pratiques, avant de les installer dans leurs fonctions. On pourrait ainsi remédier en partie à l'infériorité dans laquelle nous sommes vis-à-vis de l'Allemagne, sur ce point comme sur tant d'autres, en ce qui concerne l'hygiène publique.

ROCHAIX.

Laboratoire d'hygiène de l'Université
de Lyon.

(1) Professeur J. Courmont. — "La désinfection départementale", in *La Presse Médicale*, 1908, 17 juin.

NOTES THERAPEUTIQUES

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

EFFICACITE DE L'ARGOSOL CHEZ LES ENFANTS

Il est intéressant de savoir que l'Argosol (agent colloïdal électrique à petits grains) peut être administré chez les tout jeunes enfants, car il n'est ni toxique, ni caustique, et il donne chez eux, comme chez les adultes, des résultats remarquablement constants et rapides: c'est ce que constatent MM. les Drs Baudin, de Chantonnay, Lachèze, Foutry etc.

Ce produit, isotonique, injectable aux doses de 5, 10, 15 centimètres cubes par jour et même davantage, par voie hypodermique, intramusculaire, endoveineuse ou rachidienne, est seul capable d'amener une défervescence rapide, de stériliser les microbes, de combattre les infections et relever l'état général.

Les observations très nombreuses publiées jusqu'à ce jour permettent en effet d'affirmer l'efficacité absolue de l'argent colloïdal électrique et en particulier de l'Argosol, dans la rougeole, la scarlatine, la broncho-pneumonie et en général dans toutes les maladies infectieuses des enfants.

Le Dr Kypriotis, de Beaurevoir (Aisne) signale également les bons effets qu'il en a obtenus dans la dacthyloentérite de l'enfance: "J'ai eu l'occasion, nous dit-il, d'employer vos ampoules d'Argosol, chez un enfant atteint de fièvre typhoïde... les résultats obtenus ont dépassé mon attente..."

De son côté, le Dr Samain, de Corbeny (Aisne) a utilisé l'Argosol avec succès "chez une pauvre petite malade atteinte de méningite".

Nous devons signaler également entre tous le travail remarquable de M. le Dr Netter, médecin de l'hôpital Trousseau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et la thèse excellente de son élève, M. le Dr Baudouin, qui ont observé que, dans le croup, l'argent colloïdal exerce une action favorable sur l'état général, diminue les phénomènes d'intoxication et influence d'une façon remarquable les broncho-pneumonies; ils recommandent donc de l'employer concurremment avec le sérum antidiphthérique (*Thèse de Paris, 1909*).

Enfin, M. le Dr R. Morichau-Beauchant, professeur de Clinique Médicale à l'école de Médecine de Poitiers, vient de publier (*Revue mensuelle de Gynécologie, Paris, 1909, p. 267*) une observation particulièrement intéressante d'hyperthermie prolongée par infection pharyngée chez un enfant de deux ans et il a constaté que cette fièvre à 39°5 et 40°, qui durait depuis 17 jours, a cédé en trois jours à trois injections d'argent colloïdal électrique.

La dose habituelle est de 2 à 5 centimètres cubes chez les enfants, mais on pourra sans crainte augmenter et

atteindre ou même dépasser 10 centimètres cubes par jour.

Chez les adultes, bien entendu, cette dose quotidienne peut atteindre sans danger 20, 30 et même 50 centimètres cubes par jour, quelle que soit la voie adoptée.

+

TRAITEMENT DU RHUME DES FOINS

M. le Dr Rabé expose avec détail, dans le *Bulletin de laryngologie*, la marche à suivre pour le traitement du rhume des foins.

Ce traitement doit tout d'abord être palliatif. En face d'un malade qui souffre d'un violent catarrhe oculo-nasal, avec crises d'éternuement et de larmoiement, avec céphalalgie, malaise général et parfois état fébrile, l'indication s'impose, urgente de supprimer, s'il est possible, la cause exagérée d'irritation, endo-nasale puis d'amortir l'intensité des réactions nerveuses, en diminuant, à la fois l'irritabilité de la muqueuse oculo-pituitaire, et l'hypersensibilité réflexe de noyaux bulbaires.

Traitement hygiénique. — Un traitement hygiénique répond à la première de ces indications. Le médecin conseillera au malade de se soustraire à la cause essentielle de la crise, par suite, de fuir la campagne, durant toute la saison dangereuse, surtout durant les années sèches et de rester enfermé dans une ville. Bien plus, le séjour parfait, pour un malade en puissance de coryza des foins, c'est le bord de la mer, et les Américains, qui paient un si lourd tribut à l'hay-fever, conseillent à ce moment de partir pour trois mois, faire une croisière. Dans l'Allemagne du Nord et à Berlin, en particulier, nombre de personnes, dans le but d'échapper à leur crise annuelle de coryza, émigrent pour quelques semaines dans l'île d'Héligoland, véritable terre de salut.

Ces mesures hygiéniques ne sont pas à la portée de tous, et, le plus souvent, le rhinologiste ne pourra que conseiller au patient certaines précautions, capables d'amortir l'intensité des phénomènes catarrhaux, ainsi, ne pas sortir aux heures chaudes de la journée, fuir les rayons et surtout le vent et la poussière. Le malade ne peut-il, contrarié par les obligations de sa profession, suivre ces prescriptions, au moins il devra porter un lorgnon à verres fumés, introduire des tampons de ouate dans les narines, pulvériser dans ses fosses nasales de l'huile de vaseline. Enfin ce même malade habitera un appartement frais et obscur et Lermoyez cite souvent l'observation d'un banquier, qui, durant les mois dangereux, établissait ses bureaux dans une cave.

Traitement local. — La médication endo-nasale a pour but de supprimer, au moins de diminuer sensiblement, l'irritabilité des extrémités nerveuses intra-muqueuses. L'usage

de la cocaïne amène un soulagement immédiat plus marqué encore, si l'on adjoint à celle-ci l'atrénaline; cette dernière substance peut, du reste, être employée seule. La cocaïne sera appliquée sous forme de deux ou trois pulvérisations intra-nasales courtes d'une solution aqueuse de chlorhydrate au centième, à l'aide d'un pulvérisateur de Richardson. Les personnes obligées de vaquer à leurs occupations trouveront plus aisé l'emploi de cette poudre:

Chlorhydrate de cocaïne, 0 gramme 50.

Sucre de lait, 10 grammes.

Le seul inconvénient de ce traitement local, c'est l'abus si facile de l'alcaloïde, et bientôt la cocaïnomanie.

Certains malades se déclarent soulagés par l'inhalation de la poudre d'orthoforme, ou les pulvérisations d'ames-thésine.

Dans ce chapitre, trouve place un procédé de traitement préconisé par Lermoyez et Malu contre les rhinites vaso-motrices, et applicable au rhume des foins; cette thérapeutique a donné, d'après les observations du mémoire original, d'excellents résultats. A l'aide d'un dispositif spécial, ces auteurs font arriver à la surface de la muqueuse nasale un courant d'air pur et sec dont la température varie entre 70 degrés et 90. Ces séances d'aérothermothérapie ont lieu tous les deux jours et durent 2, 3 ou 4 minutes. Elles produisent, en général, plus ou moins rapidement, la cessation de l'hydrorrhée, de la sternutation et de l'obstruction nasale.

Traitement interne. — Le rhinologiste est encore autorisé à faire appel à la médication antispasmodique, dans le but de calmer l'hyper-sensibilité réflexe des centres bulbaires. Les remèdes proposés sont innombrables (antipyrine, belladone, phénacétine, pyramidon, sulfate de quinine, bromure de potassium, valériane d'ammoniaque), mais

leur efficacité reste incertaine, à cette phase où la crise bat son plein.

Dans les formes violentes et surtout douloureuses, il ne faut pas hésiter à recourir à la morphine.

Dans le type dyspnéique, le médecin spécialiste devra instituer le traitement de la crise d'asthme, le plus souvent suivi d'efficacité: Teinture de belladone, combustion de papier nitraté, usage de cigarettes de datara.

Lermoyez conseille beaucoup l'emploi de la strychnine associée à l'atropine, suivant cette formule:

Sulfate de strychnine, 0 gramme 05.

Sulfate d'atropine, 0 gramme 005.

Sirop d'écorces amères, 400 grammes.

Chaque cuillerée contient un quart de milligramme de sulfate d'atropine et un centigramme de sulfate de strychnine. L'atropine exerce une action d'arrêt puissante sur les filets accessoires des nerfs de la pituitaire, tandis que la strychnine dont la propriété est d'exciter les centres vaso-constructeurs de la moelle cervicale, combat le gonflement érectile de la muqueuse.

Traitement général. — Ce dernier vise la prédisposition arthritique ou neuro-arthritique du sujet. On devra conseiller au malade la médication alcaline et arsenicale, l'usage intermittent des aminervins (bromure de sodium, valériane d'ammoniaque). L'hydrothérapie froide ou tiède, longtemps prolongée, combattra avec efficacité l'hyperexcitabilité nerveuse. Le traitement hydro-minéral ne doit pas être négligé et les malades seront dirigés vers la Bourboule, le Mont-Dore (eaux arsenicales), ou bien, vers Vichy, Royat. Ems (eaux alcalines).

Le régime déchloruré est formellement indiqué aux approches de la saison critique. Les malades congestifs et pléthoriques se soumettent à une hygiène alimentaire sévère (régime réduit).

Progrès des Sciences Médicales

Comment concevoir la scarlatine ?

Dans le "Bulletin médical" (1908, p. 156), le Dr P. Gallois vient de publier un article très original et de conséquences pratiques fort intéressantes.

Nous regrettons d'être dans l'obligation d'en donner ici seulement les principaux passages — mais il sera facile à ces de nos lecteurs que la question intéresserait de se reporter au texte original.

La scarlatine n'est pas une maladie aussi spécifique qu'on l'a cru jusqu'ici. C'est une angine ordinaire avec éruption secondaire. L'angine est le fait important, l'éruption n'est qu'accessoire.

Cette éruption scarlatineuse, en effet, nous la reconstruisons dans d'autres circonstances: dans la fièvre puerpérale, dans la septicémie chirurgicale, dans la fièvre typhoïde.

Dans ces cas comment l'interprétons-nous? Nous disons qu'elle est le résultat d'une infection streptococcique provenant de la matrice, d'une plaie ou d'une ulcération intestinale.

Puisque pour expliquer l'éruption de la scarlatine nous n'avons pas d'autres interprétation à proposer, pourquoi ne pas accepter ce mécanisme, pourquoi ne pas admettre que dans la scarlatine l'éruption est le résultat d'une infection streptococcique? Et d'où peut provenir cette infection? Quelle en est la porte d'entrée? Voit-on une autre origine possible que la gorge? L'angine, en effet, dans la scarlatine, précède l'éruption. Cette angine ressemble tellement aux autres angines que le diagnostic en est souvent impossible et qu'il faut la constatation de l'éruption cutanée pour ne reconnaître la nature spécifique. Le seul caractère différentiel que j'en connaisse est une rougeur framboisée

diffuse du voile du palais et de la bouche, mais ceci c'est déjà l'éruption scarlatineuse qui apparaît sur la muqueuse avant de se montrer à la peau. Avant l'apparition de cette éruption buccale, l'angine, qui doit donner lieu à une scarlatine ne se distingue en rien d'une angine ordinaire. La scarlatine nous apparaît donc comme une angine banale compliquée à un moment donné, d'une infection générale streptococcique avec éruption scarlatineuse.

On objectera que la scarlatine est une maladie spécifique et que sa spécificité est prouvée par sa contagiosité : une scarlatine donne lieu à une scarlatine. Or, voilà un point sur lequel je ne suis pas précisément d'accord avec les opinions courantes. Une angine d'apparence quelconque peut donner lieu à une scarlatine, inversement une scarlatine typique peut n'occasionner, chez un autre sujet, qu'une angine sans caractère scarlatineux. Ce sont des faits qu'on n'emarque pas parce qu'on ne les croit pas possibles, mais qui n'en existent pas moins.

Le néphrite, l'endocardite, complications de la scarlatine sont également des accidents relativement communs à la suite des angines ; le rhumatisme, autre complication commune, succède presque toujours à une angine remontant parfois à quinze jours ou trois semaines.

A ce point de vue, il n'y a aucune différence entre une angine à streptocoques ordinaires et l'angine scarlatineuse ; tout au plus peut-on noter une fréquence plus grande de ces accidents à la suite de la scarlatine puisqu'elle représente en somme une forme infectante de l'angine.

Cette conception particulière de la scarlatine entraîne des déductions pratiques extrêmement importantes.

Si la scarlatine est une angine ordinaire simplement compliquée d'une éruption, le centre de gravité de la maladie se trouve entièrement déplacé. Ce n'est plus cette éruption qui en est l'élément capital, c'est l'angine. C'est sur l'angine qu'il faut avoir les yeux fixés, et c'est elle qui doit régler notre conduite.

Tout d'abord, entemps d'épidémie scarlatineuse il faudra, au point de vue de la contagion se méfier autant d'une angine sans éruption que d'une angine à éruption. Dans toute angine, même la plus banale en apparence, il faudra toujours être à l'affût d'une éruption scarlatineuse possible, et, même si cette éruption ne s'est pas produite, il sera bon de prendre des mesures prophylactiques. L'angine, surtout dans ses formes un peu infectantes, est contagieuse. Une angine simple peut se transmettre sous forme d'angine simple, mais elle peut également se transmettre sous forme d'angine à éruption secondaire, c'est-à-dire de scarlatine, et un fois la race de streptocoques scarlatineux constituée, c'est sous forme de scarlatine que se fera la transmission.

Si la scarlatine est une angine et non une éruption il s'en suit que ce qui est dangereux, au point de vue contagion, c'est l'angine et non la desquamation.

Si ce sont les sécrétions buccales et non l'épiderme desquamé qui transportent la contagion, il est inutile d'isoler les malades jusqu'à la fin de la période de desquamation. La durée de quarante jours imposée par les règlements me paraît excessive. Le malade cesse d'être contagieux dès que sa gorge est guérie, et par gorge j'entends ses amygdales et

surtout son rino-pharynx. On ne peut pas, au point de vue scientifique, fixer une date précise à la période de contagiosité. Elle est variable avec chaque sujet. Il en est dont la gorge se désinfecte en quelques jours, une semaine par exemple. Chez d'autres il en faudra quinze ou vingt, peut-être même beaucoup plus si le médecin ne s'attache pas à pratiquer la désinfection de la gorge. Ce que je viens de dire pour la durée d'isolement des malades s'applique également aux précautions qu'il y a lieu de prendre pour leurs sorties ou leur alimentation.

Il y a quelques années, sous l'influence de Jaccond, on tenait les scarlatineux au lait presque pendant les quarante jours réglementaires sous prétexte de leur éviter la néphrite. Il est possible de revenir à l'alimentation ordinaire beaucoup plus tôt et le régime lacté peut être cessé sans danger dès que la gorge est guérie et le rino-pharynx désinfecté.

Tant que la gorge présente des signes d'infection, la néphrite est à craindre et les précautions contre le froid nécessaires.

On ne saurait trop le répéter, c'est surtout la rhino-pharyngite qu'il faut surveiller et savoir reconnaître. Dans l'examen d'une gorge on n'attache généralement d'importance qu'aux amygdales. Or, l'amygdale n'est en quelque sorte que l'effervescence d'une rhino-pharyngite. Celle-ci précède l'amygdalite et persiste parfois longtemps après elle. Elle constitue bien souvent un état chronique prêt à se réveiller sous des influences variées. Cette rhino-pharyngite, même chronique, peut être cause de néphrite. Il faut donc bien savoir la reconnaître. Or, rien n'est plus facile en général. Il suffit de chatouiller la luette du malade avec l'abaisse-langue et si, derrière la luette, on voit apparaître des mucosités, c'est qu'il y a de la rhino-pharyngite. Plus ces mucosités seront purulentes, plus les dangers d'infection seront grands. Opalines, ces mucosités seront moins à craindre. L'idéal est de ne rien faire apparaître derrière la luette lors du réflexe nauséux. C'est là une exploration qui n'est pas faite d'habitude avec tout le soin nécessaire et que le Dr Gallois considère comme de la plus haute importance.

En somme, la scarlatine ne diffère pas autant des exanthèmes scarlatiniformes qu'on s'était efforcé de l'établir. Son mécanisme et son agent pathogène sont les mêmes. Il s'agit dans les deux cas d'une septicémie streptococcique. L'éruption scarlatineuse n'est donc que la première des éruptions scarlatiniformes. On en conclut que cette éruption est secondaire et que le fait primitif est l'angine. C'est, par suite, l'état de la gorge qui doit diriger toute notre conduite en présence d'un scarlatineux. Tant que la gorge est malade isolez-le, gardez-le à la chambre et surveillez son régime. Dès que la gorge est désinfectée, et quel que soit l'état de sa peau, vous pouvez l'alimenter et le laisser aller et venir sans crainte de néphrite pour lui et de contagion pour les autres. Ce critérium permet de réduire ainsi notablement cette interminable quarantaine de diète et d'isolement qui fait de la scarlatine dans les familles un véritable épouvantail.

Bibliographie

"Formulaire de poche pour les maladies des enfants", par le Dr Jules Comby, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades. Troisième édition, entièrement refondue et conforme au Nouveau Codex. — Paris, Vigot Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine. Un volume in-18 raisin de 636 pages, reliure souple, 8 francs. La nouvelle édition du *Formulaire de poche* du Dr

Comby a été mise au courant de la science. Non seulement, elle contient tous les articles nouveaux qu'exigeait le progrès incessant de la pédiatrie, mais encore, pour la rédaction des formules, elle a tenu compte des modifications récentes du Codex français.

Le plan de l'ouvrage n'a pas changé.

Dans une première partie sont exposées succinctement, par lettre alphabétique, toutes les maladies de l'enfance, au point de vue du traitement qu'elles comportent.

Dans la seconde partie sont envisagées, également par lettre alphabétique, tous les médicaments en usage dans la médecine des enfants.

Enfin ce livre, essentiellement pratique, contient une table de pharmacologie très détaillée et très complète ainsi qu'une table alphabétique permettant de retrouver rapidement la maladie et le médicament cherchés.

Il est superflu de faire l'éloge d'un ouvrage parvenu aussi rapidement à sa 3^{me} édition. L'auteur s'est efforcée, dans cette 3^{me} édition, de combler les lacunes des deux précédentes, tout en corrigeant, rectifiant, amplifiant les parties de son ouvrage dont le temps et l'usage avaient montré les imperfections. Avec un semblable programme scrupuleusement exécuté, le succès est certain.

+

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. *Formes cliniques; cure libre; sanatoriums; œuvres sociales anti-tuberculeuses*, par le Dr A. Gausset, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Préface de M. le Professeur Grasset. 1 vol. in-8, de XIV-332 pages, 5 francs.

Ce livre est une mise au point d'une question toujours d'actualité, le traitement de la tuberculose pulmonaire sociale. C'est un travail de clinique qui renferme tout ce que l'étudiant et le praticien doivent savoir de la tuberculose pulmonaire, de sa prophylaxie, de son traitement: par son côté social, il intéressera tous ceux que préoccupe cet angoissant problème de la lutte antituberculeuse.

Dans la première partie, l'auteur étudie *le tuberculeux* au point de vue clinique et moral. La deuxième partie, la plus importante, s'occupe du *traitement del a tuberculose en cure libre*. Le médecin qui voudra soigner, avec toutes les ressources de la thérapeutique la plus variée, les diverses formes de la tuberculose pulmonaire, trouvera dans cette

partie du livre exposés successivement et d'une façon complète tous les documents: l'hygiène, les médications spécifiques, cure alimentaire, cure de repos, cure d'air, médicaments, cures thermales, le traitement chirurgical, etc. La troisième partie du livre s'occupe *des tuberculeux en collectivité*. L'étude des sanatoriums est faite avec détails et se termine par des renseignements pratiques sur la façon de placer les tuberculeux dans les divers sanatoriums français. Enfin le côté prophylactique et social de la question trouve sa place à propos des dispensaires antituberculeux et des différentes œuvres d'assistance aux tuberculeux guéris, ou la lutte contre les causes sociales de la tuberculose.

+

QUE FAUT-IL MANGER? — manuel d'alimentation rationnelle, par le Dr F. X. Gouraud, Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté. — Préface du Pr Armand Gautier. Paris, 1909, 1 vol. gr. in-18 jésus 327 pages. Prix: 3 fr. 50. Librairie J. Rousset, Éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince (Paris VI^o).

Le problème alimentaire est aujourd'hui d'actualité, et nombreux sont les savants, médecins, sociologues, philanthropes saine et rationnelle. Ainsi s'expliquent le nombre des travaux et volumes parus déjà sur cette difficile et importante question.

Le nouveau livre que publie aujourd'hui le Dr F. X. Gouraud constitue une excellente mise au point de l'état actuel du problème alimentaire. Écrit pour le médecin praticien, conçu dans un esprit clair et méthodique, il rendra les plus grands services à tous ceux qui considèrent à juste titre la diététique comme une des branches les plus importantes de la thérapeutique. De théories il n'y en a que ce qu'il faut pour justifier les déductions pratiques.

Chaque aliment, ou chaque groupe d'aliments suffisamment homogène, est successivement passé en revue: pour chacun l'on rappelle la composition et les dominantes chimiques, la valeur calorique, les répercussions viscérales, plus ou moins modifiées par la préparation que subit l'aliment: il en déduit l'important chapitre des indications. Trois tables des matières alphabétiques, par aliment, par maladies, complètent cette sorte de dictionnaire, et le rendent des plus maniables, des plus faciles à consulter.

Comme le dit dans sa préface le Dr Armand Gautier, on "peut recommander vivement au public médical l'ouvrage essentiellement pratique et sagement conçu du Docteur F. X. Gouraud. On ne saurait avoir de meilleur guide."

