

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec



AOUT 1907

SOMMAIRE

Mémoire.

527—De l'extraction des corps étrangers du conduit audit externe, par le Dr Jos. Vaillancourt.

Reproductions

534—Les hydrates de carbone dans le régime des diabétiques, par Marcel Labbé, professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.

548—L'hygiène du pied, par le Dr G. Berthet.

552—L'intertrigo de l'adulte, S. R.

554—Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, par le professeur A. Robin.

557—Les traitements médicaux d'urgence : syncopes et lipothymies.

566—Notes et analyses, par le Dr Odilon Leclerc.

572—Médications nouvelles.



INAPPETENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments de Raisin 2 à 4 comptés
més par jour
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN
PARIS

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryn-
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. FISET, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI-
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PI-
NAULT, P. LAGUEUX, E. DON.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAU-
CHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

DE L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE.

« Un corps étranger du conduit auditif externe n'est nullement dangereux par lui-même ; ce qui est dangereux c'est l'intervention du médecin qui sans connaître les éléments de l'otologie, cherche à l'enlever en employant de mauvais procédés. »

(Lermoyez et Boulay. Thérapeutique des maladies de l'oreille. Tome I).

Les objets les plus divers peuvent être introduits dans le conduit auditif externe, mais pour en faciliter l'étude nous les diviserons en deux grandes classes : selon qu'il s'agisse de I corps inanimés ou II vivants.

I.—CORPS INANIMÉS

Sans aucun doute les plus fréquents, ils sont des plus variés quant à leur nature, leur forme et leur dimension.

Tout aussi bien que nous, vous savez que les petits enfants ont la manie de s'introduire dans le nez ou les oreilles les corps étrangers les plus divers et de quelque nature qu'ils soient, noyaux de fruits, boulettes de papier, haricots, perles, boutons de chaussures, etc., etc.

Chez les adultes on rencontre surtout des fragments de substances introduites dans le conduit dans le but de calmer les douleurs de dents ou d'oreilles (morceaux de camphre, etc.) Ou bien ce sont des débris de cure-oreilles : perles en celluloides

fixées à l'extrémité d'une épingle ou d'un crayon de carnet. Quelquefois un petit tampon de coton poussé un peu loin. Nous avons observé un jour un monsieur, c'était un *médecin*, qui, en voulant se nettoyer les oreilles avec un petit tampon de coton, fixé à l'extrémité d'une petite tige, avait échappé ce tampon dans le fond de son conduit auditif. Voulant alors retirer ce corps étranger par adhésion au moyen d'autres petits tampons, fixés de la même manière à la même tige, il en arriva à ce résultat, qu'après 20 minutes de travail inefficace, il avait trois petits tampons de coton dans le fond de son conduit au lieu d'un seul qui y était tout d'abord.

Souvent chez les ouvriers nous trouvons comme corps étrangers des poussières métalliques de fer ou de cuivre, des grains de sable, etc., etc.

Je suppose qu'un enfant s'est introduit un corps étranger quelconque dans l'oreille; immédiatement les parents s'alarment, croient déjà leur enfant atteint d'une surdité incurable. C'est à tort, car dans l'immense majorité des cas les corps étrangers inanimés du conduit auditif ne donnent lieu à aucun accident; on en a vu séjourner là pendant plus de trente ans sans occasionner le moindre trouble. Ceci suppose, bien entendu, qu'une fois le corps étranger introduit dans le conduit, personne n'en a tenté l'extraction par des manœuvres maladroitement, ou ne l'a repoussé très profondément. N'avons-nous pas observé, en effet, il y a quatre ans, un enfant qui s'était introduit un haricot dans le conduit, et le dit haricot avait été poussé le plus loin possible par le petit doigt d'une *bonne vieille fille* qui, (évidemment très ignorante en fait d'anatomie,) prétendait arriver ainsi à le faire sortir par la bouche de l'enfant.

Un malade arrive chez vous se plaignant d'avoir un corps étranger dans le conduit; qu'avez-vous à faire? D'abord cons-

tater la présence et la position du corps étranger dans le conduit et secondement l'extraire ou du moins essayer de l'extraire.

1° *Constater la présence et la position du corps étranger.*

Rappelons-nous que le conduit auditif externe est formé de deux troncs de cône, l'un externe et cartilagineux, l'autre interne et osseux. Ils se réunissent par leurs extrémités les plus rétrécies et forment à cet endroit la partie la plus étroite, c'est-à-dire l'isthme du conduit. Sans parler de toutes les courbures du conduit il suffit de savoir que pratiquement il se dirige de dehors en dedans, de haut en bas et d'arrière en avant.

Deux choses sont essentielles pour bien constater la présence et la position du corps étranger : il faut que la tête du malade ne remue pas et que l'opérateur s'éclaire bien.

Si vous avez affaire à un adulte très craintif placez-le de côté, l'oreille malade tournée bien en face de vous et la tête appuyée sur un plan solide afin qu'elle ne fuit pas aussitôt que vous voudrez y toucher. Si vous avez quelqu'un qui puisse vous assister vous le prierez de bien tenir solidement mais sans brutalité la tête de votre patient.

Pour un enfant c'est une toute autre chose, car à moins qu'il soit très sage, il est tout à fait inutile d'essayer à le raisonner en lui disant que vous n'avez aucun mal à lui faire. Le mieux est de l'endormir au moyen du Bromure d'Ethyle. Malheureusement vous êtes presque toujours seul et comme dans ces conditions vous ne voudrez pas prendre la responsabilité d'endormir d'abord l'enfant et de l'opérer ensuite, il faut donc recourir à un autre moyen. Le seul moyen efficace est de faire maintenir solidement l'enfant par une autre personne et voici comment. Vous faites asseoir bien en face de vous cette personne. Elle placera alors l'enfant sur un de ses

chaude ou trop froide cause une impression très désagréable en arrivant au contact du tympan et peut provoquer de la douleur ou des vertiges et même quelquefois causer une syncope. Vous injectez ainsi patiemment plusieurs seringues d'eau et même deux litres si c'est nécessaire en ayant soin de diriger le jet vers l'espace libre entre la paroi du conduit et le corps étranger ; tout en attirant avec votre main gauche, le pavillon de l'oreille en haut et en arrière pour redresser la légère courbure du conduit. N'enfoncez pas trop loin le bout de la seringue de manière à ne pas léser le conduit ni pousser plus loin encore le corps étranger. Afin de protéger le malade, vous aurez soin de lui mettre une serviette sur l'épaule et un plateau au-dessous de son oreille pour recueillir l'eau qui s'écoule. Si après les premières injections le malade se plaint de vertiges, cessez quelques instants et faites-lui fermer les yeux. Si cela ne suffit pas vous le faites coucher. Les vertiges ne se voient qu'exceptionnellement chez les enfants. Tout le temps des injections le malade aura la tête penchée vers vous afin de faciliter la sortie du corps étranger et l'écoulement de l'eau,

Je suppose qu'après quelques minutes de ce manège le corps étranger est expulsé. C'est ce qui arrive 95 fois pour 100 lorsqu'aucune tentative maladroite n'a été faite auparavant. Alors vous n'avez qu'à bien sécher l'oreille avec un petit tampon de coton hydrophile solidement fixé au bout d'une tige. Un point important est de bien sécher le conduit jusqu'au fond car souvent une seule goutte d'eau restée dans le sinus pré-tympanique peut donner lieu dans les quelques heures qui suivent à des vertiges ou à des bourdonnements intolérables.

Quelquefois, à la suite d'une première injection, le corps étranger peut se gonfler et ne pas pouvoir être expulsé ; si c'est un haricot par exemple. Faites alors instiller dans le conduit

nérale bien peu les possèdent. Je me considérerai donc très heureux si ces quelques lignes peuvent être de quelque utilité pour ces derniers.

JOS. VAILLANCOURT,
3, Casimir Delànigne.

Paris, août 1907.

—o—o—

Reproductions

LES HYDRATES DE CARBONE DANS LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Par MARCEL LABBÉ, professeur agrégé, Médecin des hôpitaux

Quelle que soit l'étiologie d'un diabète sucré, quelle que soit la lésion anatomique qui le conditionne, un même trouble physiologique de la nutrition le caractérise : l'impossibilité de brûler tout ou partie des hydrates de carbone qui sont introduits par l'alimentation ou qui se forment dans l'organisme.

Pour mettre en lumière ce trouble fondamental, il est nécessaire d'établir le bilan de la nutrition du malade, en comparant son ingestion alimentaire à ses excréctions urinaire et fécale, et principalement en comparant l'ingestion des hydrates de carbone à la glycosurie.

Cette méthode conduit à distinguer trois classes de diabétiques :

1° *Des diabétiques sans dénutrition*, de beaucoup les plus

fréquents ; ils répondent aux diabétiques gras des anciens auteurs, aux diabétiques arthritiques des classiques.

L'équilibre azoté est conservé chez ces malades ; ils n'ont point de dénutrition. Le trouble physiologique ne porte que sur l'évolution intra-organique des hydrates de carbone introduits par l'alimentation ; encore les sujets sont-ils capables d'utiliser une certaine quantité de ces hydrates de carbone ; ils ont une *tolérance* relative, dont le degré varie pour chacun d'eux : l'un ne peut plus brûler que quelques grammes d'hydrates de carbone, c'est-à-dire que sa tolérance est presque nulle ; l'autre peut encore en brûler plusieurs centaines de grammes, c'est-à-dire que sa tolérance est presque normale. Dans cette catégorie, la glycosurie ne se produit que si le diabétique ingère une quantité d'hydrates de carbone supérieure à sa tolérance : la glycosurie est donc *d'origine alimentaire hydrocarbonée*.

2° *Des diabétiques avec dénutrition*, plus rares, plus gravement atteints. Ils répondent aux diabétiques maigres des anciens auteurs, aux diabétiques pancréatiques des classiques.

Ici *l'équilibre azoté est détruit*, le malade fait des déperditions d'azote ; il maigrit. Il ne peut tolérer aucune quantité, si faible soit-elle, d'hydrates de carbone ; tout ce qu'il en ingère est rejeté par les reins, sans pouvoir être brûlé dans l'organisme. Lorsqu'on supprime complètement les hydrates de carbone alimentaires, la glycosurie continue cependant, car le malade est incapable de brûler même les hydrates de carbone qui résultent de l'évolution des albumines et des graisses introduites par l'alimentation ou fournies par la destruction des tissus. La glycosurie, toujours abondante, est d'origine complexe : elle dérive à la fois de *l'alimentation et des tissus*, et provient *des hydrates de carbone, des albumines et des graisses*.

3° Entre ces deux catégories de diabétiques, opposés aussi

Tous les diabétiques de cette catégorie obéissent d'une façon identique au régime hydrocarboné:

L'action du régime sur l'évolution du diabète s'explique par la rétention et l'accumulation de glycose dans l'organisme du malade. Lorsqu'un diabétique est soumis à un *régime hyperglycosique*, c'est-à-dire à un régime supérieur à la tolérance, les hydrates de carbone ingérés en excès ne sont pas immédiatement et totalement excrétés par les urines; ils s'accumulent dans les tissus et les humeurs, et c'est quand la dose retenue a véritablement saturé l'organisme, quand elle a produit un état d'*hyperglycistie* et d'*hyperglycémie*, que la glycosurie se produit en même temps que les autres symptômes diabétiques; si le régime hyperglycosique continue, le glycose qui n'est point brûlé ne s'élimine pas entièrement par glycosurie; une partie s'accumule dans l'organisme, de sorte que l'hyperglycémie et l'hyperglycistie augmentent.

Inversement, un *régime hypoglycosique* (c'est-à-dire inférieur à la tolérance du malade) provoque l'élimination, partie par combustion, partie par glycosurie, du glycose retenu dans l'organisme au cours de la période précédente. Si l'on fournit, en effet, au diabétique une quantité d'hydrocarbones inférieure à ce qu'il est capable d'utiliser, il brûle, outre les hydrocarbones du régime, une partie des hydrocarbones de rétention, cependant qu'il continue à avoir de la glycosurie; peu à peu, il épuise ainsi ses réserves.

L'observation de Thiéb... et celle de Les... m'ont permis d'établir avec certitude l'existence de ces hyperglycisties des diabétiques.

Chez Thiéb... dont la tolérance réelle est de 220 grammes d'hydrates de carbone, pendant la période du régime hyperglycosique, durant 13 jours, la glycosurie a été en moyenne de 128 grammes par jour.

Thiéb... a ingéré... $480 \times 13 = 6240^{\text{gr}}$ d'hydrates de carbone.

— brûlé... $220 \times 13 = 2860^{\text{gr}}$ — —

— élim. par glycos. $128 \times 13 = 1664^{\text{gr}}$ — —

Donc il a retenu : $6240 - 2860 - 1664 = 1716^{\text{gr}}$ d'hydr. de carbone.

Pendant la période suivante du régime progressivement réduit, durant 20 jours.

Thiéb... a ingéré... 3682^{gr} d'hydrates de carbone

— brûlé... $220 \times 20 = 4400^{\text{gr}}$ — —

— éliminé par glycosurie. 874^{gr}

Donc il a éliminé : $4400 + 874 - 3682 = 1592^{\text{gr}}$ de glycose.

Si l'on compare la quantité de sucre accumulé dans l'organisme pendant la période de régime hyperglycosique, à la quantité de sucre détruit ou expulsé de l'organisme pendant la période du régime hypoglycosique, on voit que ces deux quantités s'équivalent.

C'est la preuve que les diabétiques font, sous l'influence d'un régime nuisible, des rétentions de sucre qui engendrent un syndrome d'hyperchlorurémie.

Les symptômes du diabète sont en rapport avec l'hyperglycémie et l'hyperglycémie; les glycosuries abondantes qui se produisent pendant la cure de l'hyperglycémie, chez les diabétiques soumis à un régime hyperglycosique, résultent de l'élimination du glycose accumulé dans les tissus, et non de la destruction des tissus, comme on le croyait autrefois. Par suite, la glycosurie qui sert à l'élimination du sucre des tissus est un symptôme utile : il faut la favoriser et non l'empêcher; on devra donc se méfier des médicaments, comme l'antipyrine, qui diminuent la glycosurie en même temps que l'excrétion urinaire, et par suite sont plus nuisibles que favorables.

Le traitement d'un diabète sans dénutrition se compose de deux phases successives :

les urines huit jours plus tard ; si la glycosurie ne reparait pas, on augmente encore le régime hydrocarboné ; si la glycosurie reparait, on réduit à nouveau le régime.

La valeur de la *tolérance hydrocarbonée réelle* est comprise entre les deux régimes essayés, celui qui ne donne pas et celui qui donne de la glycosurie.

La tolérance restant fixe presque indéfiniment, à moins de complication, il suffit de prescrire au diabétique un régime qui soit inférieur ou tout au plus égal à sa tolérance hydrocarbonée pour éviter la reproduction des accidents d'hyperglycémie.

Le régime des diabétiques se compose de quatre parties :

- 1° L'hydrate de carbone fondamental ;
- 2° Les hydrates de carbone accessoires ;
- 3° Les aliments albumineux, gras, alcooliques ;
- 4° Les aliments interdits.

L'aliment hydrocarboné fondamental est le plus souvent la pomme de terre. Sa quantité doit être *prescrite exactement en poids* et jamais laissée au caprice du malade. Elle est calculée de sorte que l'hydrate de carbone apporté par cet aliment soit inférieur de 10 grammes environ à la tolérance du malade ; le calcul est facile à faire grâce aux tables de composition des aliments établies par Kœnig, Gautier, Atwater ou Alquier. Ainsi, à un diabétique ayant une tolérance de 100 grammes, je permettrai 90 grammes d'amidon de pommes de terre ; étant donné que ce tubercule renferme en moyenne 20 p. 100 d'amidon, j'ordonnerai donc 450 grammes de pommes de terre par jour. L'aliment est pesé cru et préparé au goût du diabétique.

Cet hydrate de carbone fondamental sert d'accompagnement aux autres mets ; il remplace le pain, que j'interdis ordinairement à cause de l'utilisation inférieure de son amidon et de la difficulté de le rationner ; les diabétiques, souvent gros man-

geurs de pain, acceptent plus volontiers de s'en priver que d'en manger moins.

L'hydrate de carbone fondamental peut être varié. Quand on a prescrit la pomme de terre pendant une ou plusieurs semaines, il y a avantage à la remplacer par un autre aliment similaire; cela rompt la monotonie du régime et contente le malade. Le nouvel aliment sera ordonné à dose telle que la quantité d'hydrate de carbone autorisée reste la même. Veut-on remplacer les 450 grammes de pommes de terre par une quantité isoglycosique de riz, qui contient 79 p. 100 d'hydrates de carbone, on devra ordonner 112 grammes de riz *pro die*. Une table indiquant la quantité des divers aliments capables de fournir 100 grammes d'hydrates de carbone, permet de faire ces substitutions avec la plus grande facilité.

100 grammes d'hydrates de carbone sont fournis par :

Pommes de terre	500 ^{gr}
Pain	190 ^{gr}
Riz	112 ^{gr}
Pois secs	170 ^{gr}
etc.	

Cette table a été dressée d'une façon complète par mon élève M. Chauvois; on la trouvera dans sa thèse.

Le choix de l'hydrate de carbone fondamental est basé sur le goût du malade, sur la facilité de l'emploi culinaire de cet aliment, et surtout sur le degré de tolérance qu'offre à son égard l'organisme des diabétiques.

Les divers hydrates de carbone ne sont pas en effet brûlés de la même manière par les diabétiques; certains sont mieux utilisés que d'autres, et à dose égale, déterminent une glycosurie moindre.

Un grand nombre d'expériences comparatives instituées.

chez des diabétiques m'ont permis d'établir une échelle de tolérance pour les aliments hydrocarbonés usuels. Ils se classent dans l'ordre suivant : pommes de terre, farine d'avoine, macaroni, châtaignes, riz, haricots, lentilles, pois, lait, pain, sucre.

Pratiquement, les plus avantageux sont : la pomme de terre, les légumes secs qui apportent une forte proportion d'albumine et remplacent fort bien le pain, le riz, les pâtes alimentaires.

Le lait n'offre pas les qualités que l'on a voulu dire ; son hydrate de carbone est assez mal utilisé. Aussi n'y a-t-il aucun avantage à instituer un régime lacté absolue, en dehors des cas où le diabétique présente des troubles digestifs graves ou de la rétention chlorurée ; un tel régime est même dangereux pour les diabétiques qui ont une faible tolérance, car il apporte forcément une assez haute proportion de sucre.

Les *hydrates de carbone accessoires* sont nécessaires pour suppléer à la déficience du pain et pour assaisonner les viandes. Ils sont fournis par les légumes verts et les salades : chicorée, oseille, épinards, salades cuites, choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles, choucroute, asperges, céleri, aubergine, concombre, poireau, tomates, n'apportent qu'une faible proportion d'hydrates de carbone et peuvent être permis soit à la dose de 300 grammes par jour, soit *ad libitum*.

Ils ne fournissent guère plus d'une dizaine de grammes d'hydrates de carbone par jour ; les légumes verts cuits sont plus avantageux même que les salades crues, parce que la cuisson dans l'eau leur fait perdre une quantité appréciable d'hydrates de carbone solubles.

Les *aliments albumineux, gras et alcooliques* sont indiqués à dose modérée. Ils doivent parfaire la quantité de calories nécessaire à l'entretien de l'individu et apporter les matières azotées indispensables à l'organisme.

carbone, mais aussi des albumines et des graisses ; il y a donc lieu de tenir compte des trois espèces d'aliments dans l'institution du régime.

L'hyperglycémie n'est pas le seul danger, comme pour les diabétiques de la première catégorie ; il y a ici à redouter la dénutrition azotée et l'acidémie qui résulte de la destruction des matières azotées dans l'organisme. Le péril de l'hyperglycémie passe au second plan ; celui de l'acidémie, qui aboutit au coma, prédomine. Le régime doit avoir pour but principal d'empêcher la dénutrition et l'acidémie.

Le régime azoté à base de viandes et d'œufs est le meilleur moyen de s'opposer à la dénutrition azotée ; mais il offre l'inconvénient de produire une acidification dangereuse de l'organisme. Depuis longtemps on a constaté que les diabétiques rigoureusement traités meurent par le coma, tandis que les diabétiques non soignés meurent de tuberculose. Le régime du diabétique avec dénutrition, tout en étant riche en albumines, ne devra donc pas être trop exclusivement carné ; on y adjoindra des graisses à dose aussi élevée que le malade pourra les tolérer, et des hydrates de carbone qui ont le grand avantage d'alcaliniser l'organisme. Les alcalins apportés par les hydrates de carbone seront plus utiles que le glycose, qu'ils fournissent en même temps, ne sera nuisible. Les hydrates de carbone seront choisis d'après l'échelle de tolérance que j'ai établie.

Le régime doit être abondant ; il faut éviter, à tout prix, que le malade maigrisse ; or, comme il utilise fort mal les matériaux alimentaires, on est obligé de lui en fournir un excès. La polyphagie des diabétiques avec dénutrition doit être satisfaite, car elle assure le maintien de l'équilibre nutritif si instable chez eux, tandis que la polyphagie excessive des diabétiques sans dénutrition doit être généralement combattue.

En résumé, le régime des diabétiques avec dénutrition doit être abondant, et composé à la fois d'albumines, de graisses, d'hydrates de carbone et d'alcool.

Dans ces dernières années, von Noorden a préconisé l'usage de la farine d'avoine chez les diabétiques. Les essais de cet auteur, ainsi que ceux de Luthje, de Friedenwald et Ruhrah, ont montré que la farine d'avoine n'offre pas d'avantages considérables dans les diabètes bénins, tandis qu'elle manifeste une action quasi spécifique dans les diabètes graves. On a pu faire cesser la glycosurie, en même temps qu'on engraisait le malade et faisait disparaître l'acétonurie, chez les diabétiques dont un régime carné sévère n'avait pas diminué la glycosurie et avait plutôt aggravé l'état général. La farine d'avoine semble exercer une action curative. Bien que ce régime apporte une forte dose d'hydrates de carbone, il a fait disparaître la glycosurie chez les malades qui paraissent n'avoir aucune tolérance.

Von Noorden prescrit la farine d'avoine à la dose de 200 à 250 grammes par jour ; il la fait prendre sous forme de bouillies faites chacune avec 40 à 50 grammes de farine, 20 à 40 grammes de beurre, et un ou deux œufs.

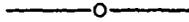
Malheureusement, ce régime ne convient qu'à un petit nombre de diabétiques ; il est souvent mal toléré, produit des coliques et de la diarrhée. Je l'ai essayé chez deux diabétiques avec dénutrition : chez l'un il a produit dès le premier jour des phénomènes d'indigestion, qui se sont renouvelés trois semaines plus tard lors d'un second essai ; chez l'autre, il a été toléré pendant six jours, mais n'a pas amené d'amélioration notable. Lipetz dit aussi n'en avoir obtenu aucun effet favorable, même dans des cas de diabète grave.

Avant de rechercher comment et pourquoi la farine d'avoine guérit le diabète, il convient donc de multiplier les observations,

afin de voir si les succès ne sont pas dus simplement à d'heureuses coïncidences.

De mes études sur la nutrition des diabétiques, il ressort en définitive que l'hydrate de carbone, qui est l'« aliment dangereux » pour les diabétiques sans dénutrition, parce qu'il mène à l'hyperglycémie, est au contraire un « aliment utile » chez les diabétiques avec dénutrition, parce qu'il s'oppose à l'acidémie.

*Archives des Maladies de l'Appareil digestif
et de la Digestion, juillet, 1907.*



L'HYGIENE DU PIED



On traite généralement le pied comme la main ; or, si les soins de propreté suffisent à la main, il n'en est peut être de même pour le pied, organe de la résistance. Le pied a été affiné par l'usage de la chaussure, et il suffit de consulter l'histoire de la chaussure pour constater avec étonnement que plus la civilisation aplanissait les écueils du sol, plus cette même civilisation éprouvait le besoin de défendre le pied contre les obstacles qu'elle faisait disparaître. Et si l'usage de la sandale paraît indispensable, il n'en est pas moins vrai que le cuir dont on recouvre depuis longtemps le pied, n'a jamais eu l'excuse de protéger cet organe. Si la chaussure a pour unique objet de dissimuler le pied, c'est une autre question, et dans ce cas la civilisation est contraire à l'hygiène, car elle dissimule, sous excuse de pudeur, et souvent supprime la forme d'un organe dont elle utilise les fonctions.

L'hygiène du pied consistera donc à lutter contre les inconvénients de la chaussure en favorisant la résistance de l'épiderme d'une part, et d'autre part en portant des chaussures suffisamment larges et hautes bien maintenues par des points d'attache rationnels.

Pour favoriser la résistance de l'épiderme, il faut tout d'abord éviter de l'amollir par des pédiluves quotidiens prolongés ; la toilette du pied doit consister en savonnage et brossage, sans craindre la brosse dure ; ceci fait, le pied sera plongé dans l'eau froide pour faire disparaître toute trace de savon à sa surface et dans les espaces interdigitaux. On peut employer, comme eau de lavage, une solution très étendue de formol, ce médicament constituant, à mon avis, le meilleur des produits pour l'hygiène du pied ; alors que les solutions fortes m'ont toujours donné les meilleurs résultats dans les hyperhidroses les plus invétérées, les solutions très étendues imprègnent légèrement l'épiderme, le renforcent sans toutefois supprimer la sécrétion normale et combattent pendant la journée les fermentations consécutives au port de la chaussure ; l'action désodorisante de ce médicament supprime en outre la fétidité des sécrétions.

La résistance de l'épiderme est favorisée, en outre, par une facile évaporation de la sécrétion sudorale et, dans ce cas, la question n'est pas difficile à résoudre, mais à appliquer. La chaussure de toile constituerait un moyen parfait, mais son usage est forcément limité aux saisons chaudes ; les chaussures de cuir pourraient être percées d'un certain nombre de petits trous qui suffiraient à produire une aération indispensable ; en outre, les chaussures à lacets laissent passer beaucoup plus d'air que les chaussures à boutons, ces dernières recouvrant la région d'attache d'une double épaisseur de cuir.

Par le port des chaussures bien aérées, j'ai souvent remarqué que certaines personnes souffrant d'hyperhidrose avec pied froid, constataient avec surprise qu'un pied moins recouvert se réchauffe de lui-même; la cause est celle-ci : lorsque l'air pénètre en petite quantité sur un pied atteint d'hyperhidrose, il produit le froid constant par évaporation très lente; lorsque au contraire, l'air pénètre en quantité suffisante, il produit promptement la sécheresse et le froid disparaît pour faire place à la sensation de chaleur.

Dans les cas d'hyperhidrose plantaire, la couche d'air arrive difficilement entre la face plantaire et la chaussure; une semelle de crin tissé placée entre la face plantaire du pied et la chaussure favorisera cette aération. Quant au pédiluve chaud, j'estime que son emploi quotidien dans l'hygiène du pied ne peut que nuire à la fermeté de l'épiderme; c'est un moyen thérapeutique que l'on ne devrait employer que dans d'autres buts et sur les indications de son médecin.

L'usage d'une chaussure rationnelle fait partie de l'hygiène du pied, car si l'on s'efforce de défendre l'épiderme, il faut s'efforcer de supprimer les atteintes de la chaussure.

Une chaussure trop étroite ou insuffisamment haute produit toutes les lésions externes du pied, cors, durillons, œils de perdrix, ongles incarnés; une chaussure plus large ou plus haute entretient indéfiniment ces diverses lésions, *si elle ne dépasse pas les limites du mal*; cette dernière précaution ne sera possible que si la chaussure nouvelle étant très large et très haute est suffisamment fixée au pied dans les régions inutilisées où la pression ne peut nuire aux mouvements. Ces régions de fixation sont les points d'attache de la sandale ancienne (région tarso-métatarsienne sus-malléolaire et sous-malléolaire); une chaussure ainsi fixée ne donne jamais à celui qui la porte la

sensation d'excessive largeur et toutes les lésions disparaissent promptement. Je dois ajouter que la chaussure à boutons ne peut jamais, en aucun cas, maintenir le pied d'une façon semblable et que la chaussure lacée est indispensable ; donc double avantage de la chaussure à lacets : facilité de l'évaporation et fixation plus complète. En résumé, alors que la main, vivant à l'air et à la lumière n'exige que des soins de propreté, le pied ne peut « durer » que par des soins lui rendant en partie la résistance et la souplesse perdues dans les chaussures ; les soins de résistance destinés à rendre à l'épiderme ses fonctions de protection et de sécrétion, consistent en brossages et savonnages suivis d'immersions très courtes, puis en chaussures fournissant un maximum d'aération. Ces chaussures ne devront gêner le pied dans les régions métatarso-phalangiennes, ni en largeur, ni en hauteur, et cette dernière condition ne pourra être remplie que par l'usage de chaussures bien maintenues dans les régions inutilisées du pied, régions qui ont tout avantage à être serrées pour soutenir le poids du corps sans relâchement de leurs ligaments, cause si fréquente des douleurs du torse.

Par ces moyens nous pourrions utiliser nos pieds pour la marche, en leur laissant la possibilité d'exercer librement leurs fonctions, et cette pratique de la marche conservera la santé à nombre de mes confrères, car, si les spécialistes de l'estomac prétendent avec raison que « l'on mange trop vite », je prétends que la « hâte d'arriver » fait négliger le moyen de locomotion le plus simple, le plus sûr, le plus utile à la santé. Et me permettant de transformer en faveur de la marche une phrase du Dr Huchard je dirai ; « l'avenir est aux gens qui se lèvent tôt et se servant de leurs pieds pour marcher. »

Journal des Praticiens, 18 août 1907.

DR G. BERTHET.

Formulaire du Praticien

L'INTERTRIGO DE L'ADULTE

Les plis de l'aîne sont le siège favori de l'intertrigo de l'adulte. Il se traduit par une fissure rose, limitée par les surfaces rosées des téguments au point de leur contact. Ces lésions peuvent devenir suintantes, se compliquer d'eczématisations voisines.

L'obésité est la cause de la maladie, et les lésions de celle-ci sont toujours formées par le streptocoque.

Sabouraud (*Dermatolog. Top. reg.*, Masson, édit., 1905), conseille dans les formes légères des lotions alcooliques faiblement iodées.

Eau de Cologne	190 grammes
Teinture d'iode fraîche	10 "

Ou goudronnées :

Goudron liquide bien saponifié	20 grammes
Eau de Cologne	180 "

Ou ichtyolées :

Ichtyol	10 grammes
Eau distillée	100 "

Si les lésions sont plus accentuées, les badigeonnages de nitrate d'argent à 1/15, 1/10, sont utiles, ou bien encore les lotions de permanganate (1/5000 à 1/1000), que l'on fait suivre de l'application de la pâte :

Oxyde de zinc	18 grammes
Carbonate de bismuth	2 "
Lanoline	} 10 "
Vaseline	

ou d'un saupoudrage à la poudre de talc.

Recommencer matin et soir. Se souvenir que les pâtes s'enlèvent mal avec l'eau ; il faut une légère friction de vaseline pour en débarrasser les téguments. Sécher ensuite et recommencer l'application.

Chez les femmes obèses, l'intertrigo siège au bas-ventre, dans les plis inguinaux, s'accompagne d'intertrigo vulvaire. Il y a œdème des lèvres, prurit intense.

On peut, après lavage avec une des solutions précédentes, faire suivre d'une application avec la pâte couvrante. Les applications cadiques faibles rendent d'excellents services.

Huile de cade	} 10 grammes
Oxyde de zinc	
Ichtyol	} 1 "
Résorcine	
Vaseline	} 15 "
Lanoline	

Des applications radiothérapiques (3 H. Holznecht) procurent du soulagement. Il sera toujours indispensable de procéder à une vérification préalable des urines. Si elles contiennent du sucre, on prescrira aussitôt la médication interne.

Si les urines sont normales, on se contentera d'ordonner tous les matins un léger laxatif : une cuillère à café de sulfate de soude ou de sel de Brides tous les matins, dans un verre d'eau. Déjeuner 20 minutes après. Continuer 20 jours. Éviter dans l'alimentation le vin pur, les épices ; ne manger que très peu de viande ; en cas de prurit intense, la supprimer tout à fait. — *Journal des Praticiens, 27 juillet 1907.* S. R.

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE
SÉRO-FIBRINEUSE*Hôpital Beaujon : M. le Pr A. ROBIN*

Il est classique de dire que la pleurésie *a frigore* est souvent de nature tuberculeuse, les réactions positives à la tuberculine sont là pour l'établir. Mais l'inoculation aux cobayes du liquide pleural ne réalise pas la tuberculose expérimentale dans plus de 40 % des cas. Dans la pratique de clientèle, la tuberculose consécutive à la pleurésie est plus rare encore ; c'est à peine si j'ai vu 20% de mes pleurétiques devenir tuberculeux. L'examen des échanges respiratoires permettait de prévoir ces données. On sait que ces échanges sont exagérés chez les pré-tuberculeux ; or, chez trois pleurétiques seulement sur sept, cette exagération des échanges respiratoires a été constatée. Ajoutons que sur les animaux (chien, cheval, mouton), Trasbot a observé la fréquence de pleurésie non tuberculeuse.

Le *traitement* de la pleurésie consiste à favoriser la résorption de l'épanchement, ou à l'évacuer si nécessaire.

Jadis on recommandait la thoracentèse comme traitement systématique de l'épanchement pleural ; elle ne devient indispensable que sous une seule condition :

1° Quand l'abondance ou le siège de l'épanchement risquent de compromettre la vie. Ainsi dans les pleurésies gauches où le cœur est dévié vers la droite, et où une mort subite peut survenir, si issue n'est pas donnée au liquide. Du côté droit la ponction est indiquée quand on constate un refoulement du foie au-dessous du rebord costal ;

2° Quand la résorption de l'épanchement s'opère lentement, et qu'au bout de quatre semaines, le liquide ne tend pas à disparaître.

La quantité de liquide à retirer par la ponction est variable, on recommande souvent de ne pas extraire à la fois plus d'un litre de liquide ; en réalité, on peut dépasser ce chiffre classique, à condition de ne pas pratiquer une aspiration rapide. A l'aide du siphon de Fernet, on évite les décompressions brusques, et par conséquent les accidents. Aussi, les anciens aspirateurs doivent-ils être abandonnés, dans le cas où l'on pense de retirer de fortes quantités de liquide. Avec le siphon de Fernet, aucun accident n'est à craindre.

Pendant la période aiguë, le malade doit être soumis au régime lacté absolu : deux litres de lait par jour, c'est un excellent diurétique.

Comme médicaments, on ordonna le premier jour 40 centigrammes de *calomel*, en 4 doses de 10 centigrammes prises à 1 heure d'intervalle. Le calomel, absorbé de la sorte, produit 3 ou 4 gardes-robes liquides, et sans amener une diminution correspondante dans la diurèse.

Le lendemain on prescrit le *salicylate de soude*, qui offre l'avantage de calmer la dyspnée et de favoriser la résorption de l'épanchement : deux doses de 1 gramme matin et soir, ou 4 doses de 50 centigrammes par jour. Le médicament est continué 6 à 8 jours de suite.

Le *jaborandi* en infusion de 4 grammes (faire macérer dans un $\frac{1}{2}$ verre de cognac pendant $\frac{3}{4}$ d'heure ; ajouter 150 grammes d'eau bouillante ; faire infuser 20 minutes, à boire en une fois), convient aux sujets vigoureux et dyspnéiques, qui n'ont pas de déplacements du cœur. Si le malade est déprimé ou a son cœur dévié, on n'emploiera pas ce remède qui est dangereux en pareil cas. Quand j'ai pu administrer le jaborandi, j'ai vu des épanchements disparaître, grâce à son emploi et aux sudations qu'il provoque, dans l'espace de 48 heures. Le remède

de peut encore être utilisé dans les cas où l'épanchement ne se résout pas.

Les *vésicatoires*, si souvent décrits, sont utiles au début de la pleurésie ou quand l'épanchement ne bouge pas ; dans ce cas, on en appliquera un tous les 5 jours environ, en le laissant en place un minimum de 6 heures.

Si la fièvre est élevée, on prescrira le soir un des cachets :

Bichlorure de quinine.....	0 gr. 40
Pyramidon.....	0 gr. 30

P. 1 cachet.—F. cach. n° 10.

En cas de point de côté violent, quelques *ventouses scharifiées*, une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine calmeront la douleur.

L'oligurie sera combattue par la potion :

Infusion de fleurs de genêt	150 grammes
Oxymel scillitique.....	30 grammes
Acétate de potasse.....	2 —
Azotate de potasse	2 —

Une cuillerée toutes les 2 heures.

Une fois les fausses membranes constituées, quand la matière aura disparu et que les frottements apparaîtront, le malade se lèvera et se remettra progressivement à marcher. Il prendra une alimentation tonique et la potion :

Arseniate de soude.....	0 gr. 05
Iodure de potassium.....	5 grammes
Eau distillée.....	300 —

Deux cuillerées à soupe par jour avant les repas.

Des *pointes de feu* fines et superficielles ; de larges applica-

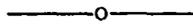
tions de *teinture d'iode* feront disparaître les douleurs locales et activeront la disparition des adhérences.

La *gymnastique respiratoire* combattra l'atrophie musculaire. Le malade couché sur le côté sain, fera des inspirations fortes, qui feront dilater le côté malade : 7 à 10 inspirations de suite. On pourra appuyer une main sur l'aisselle et l'autre main à la partie inférieure des côtés du côté malade et prier le malade de respirer fort pour vaincre la résistance que crée cette pression. Des massages doux seront pratiqués sur les muscles.

Une cure d'altitude sera utile, si des frottements pleuraux persistent.

Un traitement hydro-minéral pourra être ordonné : les stations sulfureuses d'Amélie-les-Bains, d'Allevard, de Cauterets aux malades qui toussent et conservent une respiration amoindrie du côté malade ; une saison au Mont-Dore si le malade ne tousse plus.

Quinzaine Thérapeutique, 10 août 1907.



LES TRAITEMENTS MÉDICAUX D'URGENCE SYNCOPE ET LIPOTHYMIES (1)

Je veux vous parler aujourd'hui des soins à donner aux individus qui viennent de perdre connaissance; de tomber, sur la voie publique ou ailleurs, «en faiblesse,» comme on dit vulgairement, ou en «pâmoison», comme disaient nos aïeux.

(1) Leçon faite à l'hôpital Lariboisière.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance pratique d'une semblable étude. Il s'agit des cas urgents pour lesquels vous pouvez à tout instant être appelés à l'improviste, et à propos desquels il faut que vous sachiez parfaitement la conduite à tenir.

Vous pouvez vous trouver en présence d'états très différents les uns des autres. Ce peut être la lipothymie, c'est-à-dire la perte progressive de la connaissance, ou la syncope, ou bien un ictus apoplectique, hystéro-épileptique, urémique, etc. Il y aura un diagnostic minutieux à faire.

Dans tous les cas, il faut tout d'abord *ranimer le plus rapidement possible les malades. Comment vous y prendrez-vous ?*

Je suppose le cas le plus usuel : c'est dans la rue, ou au théâtre, ou encore dans un compartiment de chemin de fer, que l'incident arrive. Il y a un grand nombre de choses à faire, et, d'abord, à ne pas faire et à empêcher qu'on ne fasse.

A cet égard, permettez-moi une réflexion. Depuis la guerre 1870, de nombreuses Sociétés de Secours se sont installées : on a fait appel à toutes les bonnes volontés et ouvert des cours publics d'hygiène et de soins aux blessés. Cette vulgarisation des connaissances médicales pratiques a des avantages et aussi des inconvénients. Une dame charitable qui a suivi quelques cours semblables se croira très compétente, et pourtant il est permis d'avancer, sans aucun sentiment de malveillance, qu'elle risquera fort, dans un cas quelque peu compliqué, de se tromper sur les indications réelles de la thérapeutique, alors que nous-mêmes n'avons pas trop d'une science longuement acquise pour pouvoir y répondre d'une façon rationnelle. Mais je passe.

Si vous êtes dans un wagon de chemin de fer, votre première précaution doit être de prier les personnes assises de se

lever et de s'éloigner, s'il y a moyen, afin de placer le malade dans une position horizontale. Il est inutile de faire usage de la sonnette d'alarme, à moins qu'on ne soit tout proche d'une station où le train pourra stopper et le malade être descendu. Il est regrettable que tous nos trains ne soient pourvus eux-mêmes, comme cela existe à l'étranger, d'une infirmière et du matériel nécessaire aux premiers pansements. Cette installation ne se rencontre que dans les trains de grand luxe. Donc, attendez la station, en laissant le malade étendu et en ayant soin d'ouvrir une fenêtre.

Si, au contraire, vous vous trouviez dans la rue, il faudrait d'abord faire porter le malade, soit dans une pharmacie, soit dans un endroit quelconque, à l'abri des voitures et de la foule.

Il faut éviter tout rassemblement qui interceppe l'air.

Si vous êtes au théâtre, il y a un petit local réservé, où vous trouverez une boîte de secours.

Si vous arrivez à temps, empêchez qu'on ne donne au patient du *vulnérable*, comme c'est l'usage, car c'est une préparation extrêmement alcoolique qui est loin d'être profitable.

Enfin, il faut vous occuper du traitement.

La personne étant isolée, et couchée horizontalement, la première chose à faire est de la *déshabiller* le plus complètement possible, ou, du moins, de la débarrasser de tous les liens constricteurs qui compriment la taille, le cou, la poitrine, etc.

Si vous n'avez pas été présent à la perte de connaissance, vous demanderez des *renseignements* à l'un des témoins, choisi parmi les personnes paraissant les plus intelligentes et de sang-froid, en évitant d'écouter les multiples récits contradictoires qui pourraient se produire et au milieu desquels il vous serait difficile de démêler la vérité.

En même temps, vous *examinez le sujet*.

Il faut d'abord prendre le pouls et ausculter le cœur; ceci vous permettra immédiatement de poser le *diagnostic* différentiel entre la *lipothymie* et la *syncope*.

La syncope est caractérisée par l'arrêt complet de la circulation. Au contraire, la lipothymie peut s'accompagner de disparition des pulsations radiales, mais vous entendrez encore les battements du cœur, plus ou moins lents et assourdis.

Vous reconnaîtrez la persistance ou l'absence de respiration par l'inspection du thorax ou en présentant au devant de l'orifice buccal une petite glace ou une cuillère en métal.

La lipothymie est un état progressif, débutant par une sensation de refroidissement des extrémités, des sueurs froides, de l'obscurcissement de la vue; les malades entendent des bruits dans les oreilles, des tintouins; puis survient l'impuissance musculaire; le corps obéit aux lois de la pesanteur et le sujet tombe peu à peu en défaillance.

La syncope se produit brusquement, et le sujet ne conserve aucun souvenir de la façon dont les choses se sont passées. Le cœur s'arrête immédiatement et la chute survient.

Généralement, la pâleur du visage est encore plus accentuée dans la syncope que dans la lipothymie. C'est une décoloration cadavérique.

Vous avez donc déshabillé ou mis tout à fait à l'aise votre malade. Si vous constatez que *le pouls et le cœur sont arrêtés*, c'est à une *médication énergique* qu'il faut avoir recours.

Les moyens de « faire revenir » une *personne en état de syncope* consistent à *la coucher*, non seulement dans le sens horizontal, mais autant que possible sur un plan incliné, *la tête plus basse que les extrémités inférieures*, et à pratiquer sur elle *les tractions rythmées de la langue*, suivant la méthode de

Laborde, qui est le meilleur moyen pour rappeler les contractions cardiaques

On saisit la langue à l'aide d'un mouchoir, d'une compresse, plutôt qu'avec une pince à pansement, avec laquelle on peut produire des blessures quelquefois assez profondes, par suite de la précipitation et des circonstances où l'on opère, et l'on fait des tractions régulières et lentes.

Simultanément, on fait exercer par des aides les manœuvres de *respiration artificielle* selon le procédé de Sylvester.

En même temps, encore, on pratique la *révulsion sur la région précordiale* par différents moyens, dont le plus pratique est ce qu'on appelle le *marteau de Mayor*, qui consiste dans l'application d'un objet métallique préalablement trempé dans l'eau bouillante et essuyé avec un linge, afin de ne pas répandre de liquide brûlant. Il faut avoir soin également de ne pas laisser le marteau chaud à la même place, mais de faire une série d'applications rapides.

On peut se servir de *sinapismes* appliqués sur la même région, mais leur action demande beaucoup plus de temps.

La révulsion précordiale est une ressource très utile et puissamment efficace, qui a permis à elle seule de ranimer des gens en état de syncope.

Certains *médicaments* trouvent ici leur indication. Tous les praticiens devraient porter dans une trousse spéciale des ampoules de caféine, d'huile camphrée, de strychnine et d'éther. Le plus actif de ces agents est l'*éther*; il n'est pas sans inconvénient. Les injections sous-cutanées déterminent des eschares quand elles ont été multipliées; Arnoz a même signalé à leur suite des névrites. Il faut pratiquer ces injections dans l'épaisseur des masses musculaires (cuisse ou fesse).

Il faut se méfier des injections de *caféine*. Ce médicament

agit énergiquement sur la contraction systolique ; or il se peut, précisément, que la syncope ait été causée par une exagération de la systole. En pareil cas, ses effets seraient plutôt nuisibles.

Je vous conseille de commencer par quelques injections d'éther, puis d'huile camphrée, dont on connaît l'action stimulante sur les centres nerveux, et qui sont employées avec succès dans tous les cas de défaillance. Ultérieurement, vous pourrez recourir à l'injection d'autres substances.

Supposons que *l'état syncopal a cessé.*

N'abandonnez pas votre malade immédiatement. Le médecin qui a été appelé, ou qui, par une circonstance fortuite, s'est trouvé auprès du patient, ne doit le quitter qu'après que toute crainte de rechute a disparu, ou qu'un autre confrère est venu prendre la responsabilité du cas.

Dans les lipothymies ou les évanouissements légers, il suffit simplement d'augmenter la ventilation, de placer le sujet près d'une fenêtre ouverte,—tout en prenant garde aux refroidissements,—car ce moyen très simple, de même que les aspersion d'eau froide, employées contre l'état syncopal, peuvent fort bien, en certaines saisons, provoquer des pneumonies consécutives.

La révulsion la plus rapide et la plus simple est la fustigation du visage avec un linge mouillé (généralement un mouchoir ou une serviette) ; on la pratique de gauche à droite, de droite à gauche, d'abord doucement, et en augmentant son intensité ; mais il ne faut pas fustiger « à tours de bras ». La coloration du visage est l'indice du retour à la connaissance.

Simultanément, on fait respirer des odeurs fortes : vinaigre, flacon de sels anglais (acide acétique cristallisé, imbibé d'acide acétique liquide) : encore faut-il une certaine prudence, car on peut ainsi provoquer des rhinites aiguës. On fait friktionner les tempes et le front avec du vinaigre, de l'alcool aromatisé. S'il y

a lieu, on prolonge ces frictions sur les parties périphériques, avec l'alcool, et au moyen d'une brosse de crin ou d'un gant rude.

Quand *la personne est revenue à elle*, vous pouvez vous enquerir de la cause de l'évanouissement. Le plus souvent, cet heureux résultat sera obtenu au bout d'une demi-heure environ de soins. Vous ferez alors ramener le malade en voiture à son domicile.

Si la lipothymie semble devoir se reproduire, il devra être transporté allongé sur le dos, et non assis.

Autrefois, nous n'avions à notre disposition pour répondre à ce desideratum que les civières, procédé long, pénible et désobligeant. Aujourd'hui il suffit de demander une voiture des ambulances urbaines pour pouvoir réaliser un transport de ce genre avec tout le confort désirable.

Il y a des cas où la situation est assez sérieuse pour qu'il soit de votre devoir d'accompagner la personne jusque chez elle, afin de donner au confrère qui la soignera ultérieurement tous les renseignements utiles au diagnostic. Votre confrère, par réciprocité, vous priera évidemment de revoir sa malade avec lui.

Comment ferez-vous donc le diagnostic causal ?

Les causes les plus habituelles de ces accidents,—au théâtre, dans les chemins de fer ou sur la voie publique,—sont, ou les changements brusques de température, ou les *indigestions*.

Il ne faut pas confondre le vomissement en pareil cas, avec celui qui est symptomatique des ictus cérébraux : c'est alors un vomissement immédiat, instantané, tandis que, dans l'indigestion, il ne survient généralement qu'au bout d'un certain temps.

Vous devez penser à l'indigestion quand, après avoir réussi à faire cesser la perte de connaissance, vous voyez la personne recommencer à pâlir et s'évanouir de nouveau. N'hésitez pas, dans cette circonstance, à provoquer l'évacuation de

l'estomac qui peut mettre fin à l'état lipothymique, en titillant la luette avec une cuillère ou un porte-plume. Il est très fréquent de voir le vomissement amener la fin de la crise, chez les enfants nerveux, notamment.

Il y a aussi des états de *névropathie* ou de *nervosisme* pur. Il n'est pas rare de voir des personnes impressionnables, émotives, des femmes, par exemple, être prises de lipothymie alors qu'elles assistaient à la représentation d'un drame pathétique. Le plus souvent, en interrogeant ces personnes, vous retrouverez des signes d'hystérie : sensation de boule œsophagienne, de strangulation, ayant précédé l'évanouissement ; quelquefois, au sortir de celui-ci, survenance d'une attaque convulsive avec cris et sanglots. Dans ces circonstances, le diagnostic s'impose.

Il y a des cas plus graves que ceux-là.

A la suite d'une syncope, il se peut qu'en auscultant le cœur, qui s'est remis à battre, vous constatiez une *affection cardiaque*. Les gens atteints d'insuffisance aortique sont particulièrement sujets aux syncopes, précisément à l'occasion des changements brusques de température, de l'indigestion, ou d'un choc nerveux émotif. Quelquefois, cette lésion était ignorée, ce dont il faut vous informer, et, en pareil cas, vous devez en instruire votre confrère, le médecin de la famille.

Il est des cas très embarrassants.

On vous apporte un enfant tombé sans connaissance sur la voie publique, en état de résolution musculaire complète, pâle et cyanosé.

La première chose à faire est de mettre l'enfant la tête en bas et de lui ouvrir la bouche largement. On peut trouver, par exemple, un bourdonnet d'étoffe avalé par l'enfant ; il suffit de l'enlever pour rétablir la respiration.

D'autres fois, l'enfant présente des signes de dyspnée par

obstruction du larynx ; on fait une trachéotomie d'urgence et on retire un objet quelconque (dans un cas, j'ai vu rendre ainsi un petit tube de verre de sirop de Calabar).

Dans d'autres cas, encore chez un enfant, il s'agit d'un *état convulsif* sur le point de se déclarer : ce que vous devez toujours faire en pareil cas, c'est d'évacuer le rectum à l'aide d'un lavement salé. Presque toujours l'exonération du tube digestif ramène la connaissance.

S'il s'agit d'un vieillard, ce peut être une hémorrhagie, un ramollissement cérébral, ou une manifestation d'urémie.

Vous demanderez à l'une des personnes présentes comment la chose s'est passée, si le malade a poussé un cri initial, s'il est tombé sans se débattre ou si, au contraire, on a constaté certains mouvements convulsifs, si ces mouvements étaient uni ou bilatéraux ; enfin vous pouvez constater par l'examen du linge s'il y a eu émission d'urine ou de matières fécales. Ces divers renseignements sont très importants, pour le diagnostic des ictus épileptiques et apoplectiques.

Puis, vous examinerez l'état de contraction ou de dilatation, ou d'inégalité des pupilles ; vous regarderez si la figure est symétrique, s'il y a une déviation d'une commissure, de l'écume aux lèvres, des morsures de la langue ; vous rechercherez la rigidité des membres, la contracture, ou la résolution, uni ou bilatérale, etc.

Si vous pensez qu'il existe de la congestion ou de l'œdème cérébral, de la congestion ou de l'œdème pulmonaire, il faut faire une *émission sanguine* abondante, en favorisant l'écoulement sanguin par une injection de caféine, faite deux ou trois minutes avant la saignée.

Tels sont les moyens qui vous permettront, dans la plupart des cas, de triompher des états syncopaux et lipothymiques.

(*Journal de Médecine interne, 15 juillet 1907*).

NOTES ET ANALYSES

Dans un article publié dans *La Province Médicale*, Stéphane Leduc attire l'attention sur l'asthénie cardiaque que l'on rencontre au cours des maladies infectieuses. A part les moyens ordinaires, l'auteur recommande le décubitus horizontal pour combattre les dangers de mort subite par élévation de la pression sanguine intra-cardiaque. De plus la paroi cardiaque étant affaiblie par l'élévation de la température sanguine, il conseille de tenir de la glace sur la région précordiale.

* * *

L'angle pubien dans la sciatique.— Les signes de la sciatique sont fugaces et variables. Minervini et de Sanctio ont remarqué que l'angle pubien est constant depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. Normalement les deux jambes sont parallèles et tombent perpendiculairement sur le bassin. Lorsque le nerf est malade, l'angle formé par la jambe et le pubis augmente et ce, en raison directe de l'intensité de la lésion. Plus la cuisse est portée dans l'abduction, plus grande est la douleur et par suite la lésion. (*Gazetta degli Ospedali*, avril).

* * *

Sur 413 cas de tuberculose pulmonaire rapportés au Bureau de Santé de la ville de New-York pendant la semaine du 6 au 13 juillet, 170 ont succombé à la terrible maladie.

Dans la semaine suivante, 150 morts ont été enregistrées sur 302 cas.

Les statistiques de juin démontrent une augmentation de 15% du nombre des victimes de la bacillose sur les rapports des onze derniers mois.

* * *

Réaction de Weber.—Mathieu et Roux en France, Boas et Ewald en Allemagne, Button et Steele aux Etats-Unis, Romani en Italie ont employé avec succès ce mode d'exploration gastro-intestinale décrit par Weber et connu sous le nom de "Réaction de Weber." Cette réaction est d'une grande sensibilité puisqu'elle permet de déceler la présence de l'hémoglobine dans une solution contenant à peine 1 c.c. de sang défibriné dissous dans 25,000 c.c. d'eau.

Technique: Voici en quelques mots la technique opératoire : On met dans un petit mortier ou dans un verre à essai quelconque, environ 1 c.c. de la matière à examiner (féces ou autre), on la dilue dans un peu d'eau si elle est trop dure et l'on ajoute environ 1 c.c. d'acide acétique glacial. Puis les 5 à 6 c.c. d'éther qu'on mélange au tout amènent à la surface sous forme d'hématine en solution tout le sang contenu dans la matière à examiner. On laisse déposer. Dans un autre mortier, on broie un fragment de résine de gaïac fraîche et pure dont on fait une solution à l'aide de 2 à 3 c.c. d'alcool absolu.

On décante alors dans un tube à essai 1 ou 2 c.c. de solution éthérée et 1 c.c. de la solution alcoolique de gaïac puis on ajoute au tout environ $\frac{1}{2}$ c.c. d'eau oxygénée et on agite. S'il y a du sang le liquide prend une couleur bleu foncé : Le sang en présence de l'eau oxygénée a fait passer l'oxygène sur la teinture de gaïac (1) qui, en s'oxydant passe au bleu. La coloration bleue dure un certain temps puis passe au rouge brun. On agira de même pour l'extrait gastrique ou pour les matières vomies mais, il faudra avoir soin de neutraliser la matière à examiner par le carbonate de chaux ou un autre sel neutre.

(1) Oethinges remplace le gaïac par la benzidine qui, en s'oxydant prend une teinte verte. Cette réaction est encore plus sensible.

Causes d'erreur. — Boas pense que l'ingestion de 3 à 4 grammes de viande suffit pour donner des résultats erronés, J.-Ch. Roux dans la majorité des expériences faites avec 100 grammes de viande n'a pas trouvé de traces d'hémoglobine. Toutefois, il vaut mieux se mettre à l'abri de cette cause d'erreur et instituer chez le malade le régime lacto-végétarien quelques jours avant d'entreprendre l'examen des selles.

La réaction de Weber ne devra pas être tentée pendant la période menstruelle chez la femme. Si on en croit Küttner, il se produirait des hémorragies gastriques légères en dehors de toute lésion de la muqueuse en même temps que le flux menstruel. La présence d'hémorroïdes peut aussi induire en erreur. La réaction est toujours négative dans la gastrite chronique et dans les affections fonctionnelles de l'estomac, mais la muqueuse est alors friable et facilement vulnérable; le passage de la sonde peut amener un arrachement de petits lambeaux, accident sans gravité du reste, mais pouvant amener une hémorragie légère.

Donc à retenir que le malade devra être mis au régime lacto-végétarien, bien examiner s'il n'y a pas d'hémorroïdes, si le sujet est une femme, attendre que les règles aient cessé; enfin, éviter tout cathétérisme.

Valeur sémiologique de la réaction de Weber. — C'est dans l'ulcère et surtout dans l'ulcère que cette réaction rendra des services au médecin. La réaction est ici presque constante, (90%). Si nous nous reportons à nos observations, voici ce que nous constatons: par le séjour au lit, le régime lacté, le bismuth, le sang disparaît des selles, le Weber devient négatif de positif qu'il était, il s'agit ici d'un ulcère en voie de cicatrisation. Malgré cette amélioration l'estomac contient-il du liquide le

Mathieu conseille cette même formule pour stimuler la motricité et la sécrétion de certains estomacs paresseux sans lésions organiques de la muqueuse. Nous avons nous-même constaté les bons effets de ce médicament sur l'estomac. Son action est surtout marquée sur la musculature.

* * *

Rachistovainisation.—M. Chaput relate les succès obtenus par cette méthode. Il a employé l'injection préalable de scopolamine Leclerc à la dose de $\frac{1}{4}$ de milligr. une heure avant l'opération puis il a introduit dans les méninges rachidiennes une solution de stova-cocaïne (stovaïne 3 parties, cocaïne 1 partie) à 2%. Les malades ont reçu au maximum 0 grani. 08 de stova-cocaïne.

L'anesthésie s'est produite par tout le corps.

Les résultats obtenus sont si constants, l'anesthésie est si bénigne, que cette nouvelle méthode de stova-cocaïnisation semble défier l'anesthésie générale et se poser en terrible adversaire.

Chaput attribue les mauvais résultats signalés en Allemagne à une stérilisation insuffisante, à l'ignorance des contrindications de ce précieux agent ou bien à des erreurs de technique.

L'avenir lui donnera-t-il raison, les injections rachidiennes ne tomberont-elles pas elles-mêmes devant le sommeil électrique ?

* * *

Insuffisance thyroïdienne.—MM. Leopold Levi et Henri ne Rotschild signalent deux ordres de signes dans l'insuffisance thyroïdienne.

A) *Petits signes permanents—Stigmates* : Œdèmes transitoires ; signe du sourcil consistant en une raréfaction du tiers externe due, soit à une kératose, soit à une agénésie pileaire ; troubles de calorification, se manifestant par des refroidisse-

ments aux extrémités, et des troubles vaso-moteurs, des frissons, de l'hypothermie, et de l'hyperesthésie au froid. Ces hypothermisés sont si sensibles au froid que le moindre courant d'air leur cause du lumbago, des douleurs rhumatoïdes ou névralgiformes, des torticolis, des migraines, etc., de plus ce sont des malades à appareil gastro-intestinal défectueux, ils sont constipés, ne sentent jamais la faim; ils se plaignent de céphalées, pas très marquées toutefois; ils se fatiguent facilement, sont toujours somnolents, tendent à l'obésité puis avec le temps ils deviennent des débilités physiques et mentaux.

B) A ces signes fondamentaux s'ajoutent des petits accidents qui ne sont souvent que des paroxysmes réactionnels d'hyperthyroïdie sur un fond d'hypothyroïdie. Ces malades éliminent mal leurs toxines, s'auto-intoxiquent périodiquement, ils ont des vomissements se rapprochant d'une vraie émétolepsie, ils se plaignent de vertiges et si nous avons affaire à une femme, en vertu de l'action inhibitrice du corps thyroïde sur la fonction génitale (Hertoghe), nous constatons des troubles menstruels. Il n'est pas rare d'observer des réactions nerveuses chez ces malades.

La scopolamine—Delbet a fait communication à la société des hôpitaux de 2 cas de mort par l'emploi de 1 milligr. de scopolamine. Sur 56 cas formant sa statistique il a eu 3 accidents dont 2 mortels. Duval rapporte aussi 2 cas de mort et Delagenière a eu un seul accident sans terminaison fatale.

La scopolamine semble avoir une action inhibitrice sur les centres respiratoires.

Dr ODILON LECLERC.

MÉDICATIONS NOUVELLES

Le sidonal ou quinate de pipérazine contre la goutte et le rhumatisme goutteux.—Le D^r LECLÈRE a traité des goutteux en suivant les conseils de MM. Robin et Bardet, qui recommandent l'acide quinique comme susceptible de se transformer dans l'économie en acide benzoïque, à l'état naissant, lequel, se fixant sur le glycocholle, tend à former de l'acide hippurique au lieu d'acide urique. Si l'acide quinique est, comme le sidonal, combiné à la pipérazine, base capable de former les urates solubles, il est compréhensible que l'emploi de ce corps puisse, d'une part, empêcher la formation d'un excès d'acide urique et d'autre part entraîner l'acide urique préformé en le fixant à l'état soluble.

Le D^r Leclère a donné à ses malades le sidonal à la dose de 2 à 5 grammes par jour soit en cachets, soit en solution; d'après la formule de Robin :

Sidonal.....	5 gr.
Eau distillée.....	300 —

Les résultats ont été très satisfaisants : l'acide urique qui était, au début, éliminé à des doses variant 1 gr. à 1 gr. 50 est rapidement tombé à la normale à 0,50 ou 0,60 centigrammes par jour ; les phénomènes rhumatismaux cédèrent peu à peu et l'état général s'améliora d'une façon très notable.

La thiosinamine contre les rétractions cicatricielles.—La propriété de la thiosinamine d'assouplir les cicatrices est connue, mais en associant le salicylate de soude à ce premier agent thérapeutique, on obtient des résultats meilleurs. Woltke propose une formule qui lui a réussi en injections hypodermiques d'un c. c.

Thiosinamine.....	} ââ	1 gr.
Salicylate de soude.....		
Eau distillée.....		10 gr.

Cette préparation doit être conservée dans un flacon noir.

L'atropine contre le pytalisme.—Le pytalisme est fréquent au cours de la grossesse : c'est précisément chez les malades de cette catégorie que Kholmogorow a employé avec succès l'atropine, qu'il a donnée en pilules d'un milligramme, à raison de deux et même trois par jour. Rapidement, la salivation a cessé et dès lors les progrès de la dénutrition se sont arrêtés.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS

DE LA PROVINCE DE QUEBEC

BUREAU PROVINCIAL DE MEDECINE

EXAMEN PRELIMINAIRE

L'examen pour l'admission à l'Etude de la Médecine et de la Chirurgie commencera MARDI, le 17 SEPTEMBRE prochain, à Québec, à 9 hrs. A. M. dans les salles de l'Université Laval.

Les certificats de bonne conduite ainsi que l'honoraire de l'examen, \$20 doivent être remis au moins dix jours d'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

Une carte d'identité du candidat certifiée par le Directeur de son collège ou autre institution enseignante, sera exigée avant l'examen.

Cette carte peut être obtenue de l'un des secrétaires.

J. A. MACDONALD, M. D., Montréal.

P. V. FAUCHER, M. D., Québec, (Secrétaires.)

ASSEMBLEE SEMI-ANNUELLE

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine, aura lieu MERCREDI, le 25 SEPTEMBRE prochain, à Québec, dans les Salles de l'Université-Laval, à 10 hrs A. M.

Les candidats à l'Examen Professionnel, ou à la licence doivent remettre l'honoraire, \$40, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera MARDI, le 24 SEPTEMBRE prochain, à 9 hrs A. M., les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'Etude. Après cette date, aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel, se réunira MARDI, le 24 SEPTEMBRE prochain, à 9 hrs A. M.

Les Bacheliers ès-Arts, ès-Sciences et ès-Lettres qui se proposent d'étudier la médecine pourront avoir leur brevet sans examen, en se faisant assermenter sur leurs diplômes respectifs, par l'un des Secrétaires, au moins huit jours d'avance, ou bien à leur choix; ils pourront prêter serment devant un juge de Paix ou un commissaire de la Cour Supérieure résidant dans leur localité d'après une formule d'affidavit qu'ils pourront se procurer chez l'un des Secrétaires.

Ils devront ensuite adresser le dit affidavit avec leur diplôme, leur certificat de bonnes mœurs et leur honoraire à l'un des Secrétaires, au moins dix jours avant la date de l'assemblée du Bureau.

Tels certificats et diplômes seront renvoyés à leurs propriétaires, aussitôt leur authenticité reconnue.

J. A. MACDONALD, M. D., Montréal.

P. V. FAUCHER, M. D., Québec, (Secrétaires.)

17 août 1907.

CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE
URBAINE.

Le IV^e Congrès de Climatothérapie et d'Hygiène Urbaine se tiendra à Biarritz du 20 au 25 Avril 1908 (semaine de Pâques) sous la présidence du Professeur PITRES, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes sont dès à présent mises à l'ordre du jour et feront l'objet de rapports spéciaux :

« Indications et contre-indications du climat océanien dans les états neurasthéniques ». Rapporteur : D^r RÉGIS, Professeur des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux ;

« De l'action combinée du climat marin et de la médication chlorurée-sodique dans la tuberculose ganglionnaire ». Rapporteur : D^r RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux de Paris ;

« La cure marine et la cure chlorurée-sodique dans le rachitisme ». Rapporteur : D^r DENUCÉ, Professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Médecine de Bordeaux ;

« Les bureaux municipaux d'hygiène et les règlements sanitaires dans les stations climatiques ». Rapporteur : D^r MOSNY, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

« Climatologie du Golfe de Gascogne ». Rapporteur : D^r CAMINO, médecin du Sanatorium d'Hendaye.

Le Comité d'organisation du Congrès a son siège à Biarritz où l'on peut adresser toute demande de renseignements au D^r F. GALLARD, *secrétaire général*. 14