

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. E. FORTIER,	MM. A. Le SAGE,
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit,	MM. Heineck,	MM. Rhéaume,
Bourgoin,	Joyal,	Rousseau,
D'Amours,	Laramée,	Roy,
DeBlois,	Lasnier,	Sirois,
Desjardins,	Laurendeau,	St-Pierre.
Gauthier,	Marsau,	
Gregor,	Pelletier,	

☛ Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Secrétaire,
36, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVI

1er SEPTEMBRE 1907

No 9

MEMOIRES

LE SUCCES PAR LA METHODE DANS LE TRAVAIL.

Lorsqu'au début de sa carrière, le jeune médecin se voit chaque jour aux prises avec les mille et une petites difficultés de la vie, il réchauffe souvent son enthousiasme par le légitime espoir de se trouver un jour à la tête d'une clientèle bien achalandée. Longues heures d'étude, nombreuses courses aux malades faites avec un dévouement assez souvent méconnu, bien des insomnies, fatigues de toutes sortes; voilà ce que fait et endure presque toujours celui qui veut arriver au succès.

Qu'on ne nous suppose pas la naïveté de croire que cette route épineuse et parfois décourageante, que nous venons d'indiquer, soit la seule qui conduise à la renommée, car nous avons vu et nous verrons encore le charlatanisme avec sa pose, sa blague et son pufisme enfanter bien des réputations imméritées.

De ces deux routes si opposées, la première, bien que longue et d'ascension difficile, est encore la plus rassurante et la seule à suivre; car, lorsque le but est atteint, c'est pour toujours, alors que la seconde, plus alléchante et d'accès plus facile, n'aboutit

avec son clinquant et son chic, qu'à une réputation passagère, parce que surfaite et trompeuse.

C'est donc par le travail, et nous ajouterons, par un *travail méthodiquement organisé*, que le jeune médecin, quoiqu'il lui en coûte, doit poursuivre malgré les échecs et les déconvenues sa carrière jusqu'au but tant souhaité.

Nous avons déjà, au cours d'une conférence faite devant la Société Médicale de Valleyfield, et publiée ici, énuméré les qualités du bon médecin, nous n'y reviendrons pas, nous nous attarderons aujourd'hui à la plus importante de ces qualités: *L'Amour du travail*.

Le professeur Osler, d'Oxford, a dit avec raison : " Work is the magic word of success." Que le jeune médecin observe autour de lui, il constatera que le succès et la fortune sont, sauf quelques rares exceptions, la récompense du travail; s'il en est ainsi pour le marchand et le financier, pour le notaire et l'avocat, ne serait-il pas illusoire de penser qu'il puisse en être autrement dans notre profession.

L'étudiant, après ses quatre années d'études universitaires, rentre en clientèle avec un bagage assez restreint de connaissances en médecine, en chirurgie, en obstétrique et sur quelques autres spécialités, prêt à tout faire, à tout entreprendre.

Sera-t-il chirurgien ou médecin, ou sera-t-il plutôt oculiste, etc.!

Après quelques années, les uns exercent la médecine et l'obstétrique à la ville ou à la campagne et adressent aux chirurgiens ainsi qu'aux autres spécialistes les malades qui ne sont pas de leurs ressorts. D'autres deviennent chirurgiens, gynécologues, oculistes, etc. Enfin, plusieurs, beaucoup trop, croyons-nous, traitent tous les malades qui leur viennent. La chirurgie pas plus que la médecine et les autres spécialités n'a de secret pour eux. Tout leur est connu, ils font tout, ils osent tout!

Oh! nous savons bien que les médecins, surtout les médecins de campagne qui exercent loin des grands centres, doivent connaître quelques-unes des opérations chirurgicales urgentes: amputations, hernie étranglée, fractures, luxations, ouverture d'abcès, ponctions abdominales, thoracentèse, etc., etc.

Mais ce que nous ne comprenons pas, c'est la façon d'agir des confrères qui, tout à la fois, font des accouchements, traitent les malades de typhoïde, pneumonie, de tuberculose, et pratiquent les

grandes interventions abdominales sur l'utérus, l'intestin, foie, le rein, etc.

Nous nous demandons souvent comment ces médecins-chirurgiens peuvent après les visites à leurs patients et le temps consacré à leurs opérations, trouver assez de loisir pour étudier convenablement, ne disons pas à fond, ces deux parties si difficiles de notre art.

Si nous sourions de la naïveté ou de la présomption de ceux qui croient pouvoir se tenir constamment à l'affût des progrès successifs en médecine et en chirurgie, nous regrettons la cupidité de ceux qui font ouvertement la grande chirurgie et n'étudient qu'elle pour la pratiquer plus brillamment au détriment de la médecine qu'ils exercent à la sourdine pour faire plus d'argent.

Nous en savons qui comprennent la naïveté de leur position ; ils avouent même que seules les deux nécessités de la vie les ont engagés à exercer, tout à la fois, médecine et chirurgie. Nous les plaignons sincèrement et nous leur souhaitons de réaliser au plus tôt possible leurs désirs de se livrer à la chirurgie exclusivement. Ce jour-là ils acquièreront avec plus de tranquillité de conscience l'estime et l'encouragement de leurs confrères. Faire peu mais bien, voilà ce que tout jeune médecin doit comprendre.

Faire bien, c'est-à-dire, sans précipitation, ni d'à peu près. Ne jamais traiter un malade sans avoir fait au préalable l'examen au complet de ses organes. Bien peser tous les symptômes qu'il présente, c'est l'unique moyen de faire le diagnostic vrai sans lequel le traitement tombe à faux.

Il faut blâmer bien haut l'habitude de faire des diagnostics à l'œil, sans examen du malade. C'est là une cause d'insuccès thérapeutique qui a perdu bien des médecins dans la confiance de leurs clients. Il en est de la médecine pourtant comme de la finance et du commerce, c'est-à-dire que le médecin ne doit pas traiter un malade qu'il n'a pas étudié, pas plus qu'un financier ne doit s'intéresser à une transaction qu'il ne connaît pas.

Que penserions-nous d'un banquier qui risquerait les fonds qu'on lui a confiés à un solliciteur, sans s'enquérir de son genre de commerce, de sa conduite et sans avoir bien pesé les garanties qu'il offre.

Que dirions-nous d'un marchand qui ferait des avances de mar-

chandises à un client, avant de s'informer si celui-ci paie ou non ses dettes ?

Poser ces questions, c'est les résoudre au désavantage de ces hommes d'affaires. C'est pourtant en même temps manquer de sagacité et de lucidité d'esprit, aussi la même insouciance de l'inexactitude qui caractérisent le médecin qui prescrit à tort et à travers, parfois sans voir le malade, ou même, s'il est auprès de lui sans examen sérieux ; sans rechercher d'où il vient : c'est-à-dire de quels parents il est né ; ce qu'il a été : c'est-à-dire quels sont les abus et les maladies qui ont pu tâter ses organes. Lorsqu'on réalise qu'une maladie est souvent le résultat ultime d'une hérédité ou d'un mode d'existence, on comprend immédiatement la nécessité de connaître ces deux éléments de diagnostic même avant de procéder à l'examen du malade.

Lorsque nous entendons un confrère parler de son expérience personnelle, nous n'y prêtons attention que s'il a l'habitude connue de bien examiner ses malades. Nous pourrions même ajouter que l'expérience personnelle que nous respectons le plus, c'est celle qui s'appuie non seulement sur des examens sérieux, mais encore sur des observations écrites au jour le jour et conservées pour chaque malade. Le système de *fiche* est la méthode par excellence et la seule, croyons-nous qui puisse former l'expérience par suite de l'acuité de l'observation et le désir de l'information qu'il développe chez ceux qui s'en servent. Nous avons adopté depuis plusieurs années cette méthode de travail et nous ne pourrions plus nous en passer, tels sont grands les services qu'elle nous rend.

Nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs un petit manuel de quelques pages, intitulé : *Guide de l'étudiant à l'hôpital, Méthode d'examen des malades*, publié par notre ami, M. le Dr L. J. V. Cléroux, de l'Hôtel-Dieu. Ce guide de l'examen des malades peut être utile aux médecins tout comme aux étudiants, et c'est pour cela que nous en parlons ici. Dans ces quelques pages, l'auteur a résumé la meilleure méthode à suivre, croyons-nous, pour l'examen des malades. Les procédés d'examen qu'il adopte diffèrent quelque peu de ceux que l'on trouve dans tous les manuels.

La marche à suivre qu'il indique s'applique plutôt au malade d'hôpital, qui est toujours couché et déshabillé lors de la visite — qu'au malade qui va consulter le médecin chez lui.

On enseigne, d'habitude, de commencer l'examen par une inspection générale qui suppose le malade *nu dans son lit*, puis on passe à l'examen complet de tous les organes, en faisant marcher de pair la recherche des *symptômes subjectifs* et l'examen local pour chaque organe: Système nerveux, poumon, cœur, appareils génitaux-urinaires.

Or, disons de suite que ce procédé d'examen n'est pas pratique pour le médecin à sa consultation, où le malade doit être tenu déshabillé le moins longtemps possible.

D'après la méthode conseillée dans le *Guide de l'Étudiant*, le médecin, ayant fait la revue des antécédants héréditaires et personnels, passe à l'examen des *symptômes subjectifs*, en procédant par région: tête, cou, thorax, etc. Ce n'est qu'après avoir obtenu tous les renseignements que peut fournir le malade sur le fonctionnement de ses organes, que celui-ci est déshabillé pour l'examen local.

Nous croyons que l'auteur a raison de procéder par région dans la recherche des symptômes subjectifs, par le questionnaire, comme dans l'examen des symptômes objectifs au cours de l'examen local. Par cette méthode l'étudiant fera moins d'omission guidé dans son examen par la vue successive des organes de chaque région. La méthode d'examen par appareil — et non par région est beaucoup moins suggestive et nécessite une connaissance parfaite, longue à acquérir, des manifestations à distance des diverses lésions organiques.

Avec la méthode d'examen des malades pour les services de médecine, de chirurgie et de gynécologie, le *Guide de l'Étudiant* contient un système de signes conventionnels pour la représentation graphique des signes de percussion et d'auscultation. Ils ont été proposés par Kuss et adoptés par Letulle.

Il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a de noter rapidement et avec précision tout ce qu'on constate au cours de l'examen. Aussi l'auteur recommande-t-il fortement l'usage d'un système de fiches qu'il a organisé, et dont il explique le fonctionnement (1).

J. É. DUBÉ.

Agrégé, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

(1) Le *Guide de l'Étudiant* et le système de fiches, ont été édités par la pharmacie Lecours et Decary où ils sont en vente aux prix suivants: le *Guide de l'Étudiant*, 15 sous l'exemplaire, et les fiches, à raison de 10 sous la douzaine.

QUELQUES REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC (1).

Par le Dr J. E. TURCOT, de St-Hyacinthe.

Dire qu'un grand nombre de maladies des autres organes que l'estomac, et surtout celles auxquelles on donne le nom de maladies de métabolisme ou de nutrition, sont dues directement ou indirectement à des erreurs de diète, et comme conséquence à des troubles digestifs, c'est devenu presque un axiome.

Une connaissance approfondie des maladies des organes digestifs peut donc donner la solution de plusieurs problèmes à ce sujet.

L'examen de l'estomac est aussi facile à faire que celui de la poitrine.

Quel médecin voudrait faire un diagnostic de pneumonie ou de pleurésie après un simple interrogatoire de son patient ?

Pour traiter avec succès les maladies de l'estomac, il ne faut pas, pas plus que pour les maladies de la poitrine, prendre en considération uniquement ce que nous dit notre malade, car cette source d'information est trop souvent insuffisante: il faut en plus étudier les symptômes objectifs et physico-chimiques et ne pas s'en rapporter aux seuls symptômes subjectifs.

Les symptômes de la gastrite chronique et de l'hyperchlorhydrie nerveuse peuvent paraître se ressembler beaucoup; cependant le traitement qui serait indiqué pour l'une serait loin de convenir à l'autre. Le diagnostic est donc essentiel, et un diagnostic certain ne saurait être fait sans les instruments nécessaires.

L'équipement du laboratoire peut paraître formidable, mais après tout, il est assez simple, pourvu que l'on se borne à faire ce qui est essentiel et qu'on n'essaie pas à trop faire.

Si le médecin comprend bien comment palper, percuter et ausculter l'abdomen, s'il se familiarise avec l'usage du tube à estomac, s'il se rend maître de 2 ou 3 réactifs simples, il pourra faire face au plus grand nombre de cas.

* * *

Appelé à traiter quelqu'un souffrant de maladie d'estomac, le médecin doit d'abord interroger le malade sur les faits suivants:

(a) Histoire de la famille, surtout pour ce qui a rapport aux

(1) Communication faite devant l'Association des Médecins du district de St-Hyacinthe, à l'Assemblée du mois de juin 1907.

maladie de l'estomac et à l'état nerveux.

(b) La durée de la maladie.

(c) La co-existence d'autres maladies que celles de l'estomac.

(d) L'existence ou l'absence de douleur. S'il y en a, se manifeste-t-elle immédiatement après les repas ou quelque temps après? Cette douleur est-elle soulagée ou augmentée en prenant de la nourriture et des alcalins?

(e) Y a-t-il des nausées et des vomissements? Si oui, à quel temps du jour se manifestent-ils, combien de temps après les repas et quelle est la nature des matières vomies?

(f) Y a-t-il une sensibilité générale ou localisée? Ceci est à constater par examen physique.

(g) Y a-t-il constipation ou diarrhée?

Assez souvent, après un interrogatoire fait avec soin, un diagnostic assez clair peut être fait et le patient peut être soumis à un traitement pour ainsi dire explorateur avec espérance de succès. Mais dans un certain nombre d'autres cas, et surtout lorsqu'il y a longtemps que les troubles de l'estomac existent, il vaut mieux être plus précis et le médecin doit se poser à lui-même les questions suivantes:

1° *Les symptômes dont se plaint le malade peuvent-ils être causés par quelques troubles en dehors de l'estomac?*

2° *L'estomac est-il normal quant à son volume et à sa position?*

3° *L'estomac se vide-t-il avec une promptitude raisonnable, ou bien y a-t-il stagnation de la nourriture?*

4° *Les sécrétions de l'estomac sont-elles normales ou non?*

5° *Y a-t-il inflammation ou autre altération de la muqueuse de l'estomac?*

1° Parmi les troubles éloignés qui peuvent causer des symptômes de maladie de l'estomac, les plus communs sont ceux qui interviennent avec la circulation; telles sont les maladies du cœur non compensées, les maladies du foie, surtout la cirrhose, les maladies de poumons, etc., etc., qui toutes agissent en déterminant une congestion passive de la muqueuse stomacale.

Les anémies prononcées troublent sérieusement la digestion;

mais, d'un autre côté, l'anémie peut être produite par des maladies d'estomac. Le vomissement du matin fera penser à la grossesse.

Les attaques soudaines de vomissement peuvent faire croire à de l'ataxie locomotrice.

La nausée accompagnée de forts maux de tête doit toujours suggérer un examen des urines, car ils sont peut-être dus à l'empoisonnement urémique.

Quelquefois le vomissement peut être un prodrome de certaines maladies aiguës, tels que les exanthèmes. Souvent il est l'indice d'une sévère auto-toxémie.

Des douleurs d'estomac qui se manifestent par crises peuvent être dues à des coliques biliaires. Dans tous les cas douteux on devrait faire un examen du cœur, des poumons, du foie, de l'urine et des reflexes.

2° L'estomac peut être dilaté (Gastrectasie), ou prolabé (Gastroplose).

La dilatation peut être causée soit par obstruction du pylore, ou par affaiblissement de la couche musculaire de l'estomac.

L'obstruction peut être organique ou spasmodique.

L'obstruction organique est causée par ulcération ou autre état inflammatoire aigu ou par quelque néoplasme; plus rarement par quelques bandes qui resserrent l'ouverture pylorique.

L'obstruction spasmodique est ordinairement due à ce que la muqueuse a été irritée par hyperacidité.

L'affaiblissement de la couche musculaire peut faire suite à tout état de débilité; mais le plus souvent il est consécutif au catarrhe gastrique chronique.

La manière la plus simple de constater la dilatation de l'estomac, c'est de donner une poudre de Scidlitz, les contenus du papier bleu et du papier blanc étant donnés séparément. Le gaz qui se développe dans l'estomac et le gonfle, permet d'en reconnaître les limites par la percussion et l'auscultation. Il faut bien faire attention de constater que le colon n'est pas, lui aussi, assez gonflé de gaz pour en imposer.

Il faut éviter de dilater l'estomac par ce moyen si on a lieu de croire à l'existence d'une érosion ulcéreuse ou cancéreuse.

Pour constater le pouvoir moteur de l'estomac, on fait ingérer au patient $\frac{1}{2}$ verre d'eau; puis par une percussion faite avec soin, on limite son bord inférieur que l'on marque sur l'abdomen au moyen d'un crayon coloré; puis on augmente la quantité d'eau et on constate la descente de la limite inférieure que l'on marque encore au crayon et l'on continue ainsi s'il y a besoin.

La Gastroplose fait ordinairement partie d'un processus général, c'est-à-dire d'une descente générale de tous les viscères de l'abdomen ou de plusieurs d'entre eux. Ce processus abdominal général est appelé Splanchnoptose.

En faisant placer le patient debout, l'abdomen exposé jusqu'au pubis, un cas prononcé de splanchnoptose observé de côté, se manifeste par une propulsion marquée de la partie inférieure de l'abdomen et une dépression de l'épigastre juste en bas de l'appendice xyphoïde.

3° La stase alimentaire signifie pouvoir moteur en défaut, associé d'ordinaire à une diminution d'acide chlorhydrique; cependant, même quand l'acide chlorhydrique est rare, si l'estomac se vide promptement, il peut ne pas y avoir d'indigestion, parce que l'intestin peut accomplir une tâche compensatrice.

Comme résultat de la stase, la nourriture subit une fermentation anormale. Si l'estomac se vide promptement il y aura absence de stase et des symptômes qui l'accompagnent, quoiqu'il y ait fermentation et décomposition.

La durée de la digestion est facilement calculée en vidant l'estomac à différentes périodes après le repas d'épreuve.

On ne doit jamais laisser persister la stase et la décomposition des aliments, parce qu'elles troublent tout le tube digestif et occasionnent une foule de symptômes fatigants.

4° Quoique les révélations du laboratoire ne soient en aucune manière infaillibles, elles jettent plus de lumière sur la fonction gastrique que toute autre chose.

La première chose qu'il importe de connaître est la quantité d'acide chlorhydrique sécrété.

Une augmentation de sécrétion d'acide chlorhydrique indique un estomac irritable. Une diminution d'acide chlorhydrique si-

gnifie un état de dépression, et cette diminution existe pratiquement dans toutes les inflammations.

Une augmentation dans le pourcentage de l'acide chlorhydrique signifie ordinairement hyperchlorhydrie simple ou bien ulcération.

Lorsque l'acide chlorhydrique est diminué ou absent, on peut avoir affaire à une gastrite, à un cancer ou à une névrose.

5° Changements inflammatoires de la muqueuse de l'estomac: catarrhe stomacal. On doit soupçonner leur existence s'il y a une réduction permanente d'acide chlorhydrique.

Ce soupçon peut être vérifié par un examen macroscopique et microscopique du suc gastrique.

La présence de mucus en grande quantité indique toujours gastrite.

Il y a absence de mucus dans la gastrite seulement lorsque la maladie est assez avancée pour que la muqueuse soit complètement détruite.

Aussi un examen microscopique peut nous faire voir des cellules épithéliales plus ou moins dégénérées, et de plus, des bactéries, des cellules de levures, des sarcines, etc., etc. Il y a assez souvent du sang, ce qui signifie ulcère ou cancer.

Après avoir constaté l'existence de tous les symptômes par les moyens décrits, comment peut-on les utiliser ?

En faisant un rapprochement entre les symptômes existants on peut en venir à reconnaître leur valeur diagnostique et à se former une idée assez précise sur la manière d'être du malade.

Voyons maintenant ce que peut signifier l'existence simultanée de ces symptômes.

(a) *L'acide chlorhydrique est en excès.*

Dans le plus grand nombre de cas, ce symptôme peut se joindre à l'un des deux troubles suivants :

(1) *L'indigestion* : l'hyperchlorhydrie est la cause la plus commune de l'indigestion.

(2) *L'ulcère de l'estomac.*

Diagnostic différentiel.

Dans l'hyperchlorhydrie, la douleur se manifeste en pleine digestion, c'est-à-dire entre une heure et trois heures après avoir

mangé; elle est soulagée en prenant de la nourriture et par l'usage des alcalins.

Dans l'ulcère d'estomac, la douleur commence dès que l'on met quelque chose dans l'estomac et ne cesse que lorsque l'estomac est vide. Il y a souvent du sang dans ce que vomit le malade, de même que dans ses selles.

Il y a une sensibilité localisée à la pression dans l'ulcère qui n'existe pas dans l'hyperchlorhydrie.

(b) *L'acide chlorhydrique est diminué ou absent.*

Ce symptôme peut être l'effet de l'une des trois causes suivantes :

- (1) Gastrite;
- (2) Cancer;
- (3) Une névrose — hypochlorhydrie simple.

Voici la différence :

Dans la gastrite chronique on observe une douleur diffuse qui augmente par l'ingestion de nourriture; il n'y a pas d'hémorragie; il y a des vomissements très fréquents; il y a des vomissements le matin chez les alcooliques; les matières vomies renferment du mucus; il n'y a pas d'acide lactique; la nutrition est troublée mais il n'y a pas d'émaciation rapide.

Dans le cancer, il y a une douleur constante; il y a de l'acide lactique; l'acide chlorhydrique est d'ordinaire complètement disparu; la palpation nous fait constater l'existence d'une tumeur; il y a du sang sous forme de grumeaux dans les matières vomies et dans les selles; enfin il y a une émaciation à évolution rapide.

L'hypochlorhydrie simple se rencontre plus souvent chez les femmes; il n'y a pas d'hémorragie; le pourcentage de l'acide chlorhydrique est variable; le vomissement n'est pas un symptôme prononcé; il n'y a pas de mucus; il y a des symptômes généraux et locaux à types nerveux.

(c) *Douleur et sensibilité à la pression.*

L'acuité de la douleur n'est pas un guide sûr de la gravité de la maladie. Les plus fortes plaintes sont poussées par les névropathes.

Dans l'ulcère la douleur est aiguë et est due à la présence de la

nourriture; elle se manifeste dès l'arrivée de l'aliment dans l'estomac et est accentuée par la sécrétion qui est très acide; le vomissement soulage cette douleur; il y a en même temps une sensibilité locale quelquefois sur une surface de quelques pouces carrés; il y a souvent du sang dans les matières vomies et quelquefois dans les selles.

Dans la gastrite la douleur est sourde, c'est plutôt une sensation de malaise, et la sensibilité existe sur une grande surface; le malaise commence peu de temps après avoir mangé et est associé à une distension gazeuse.

Dans le cancer la douleur est presque constante. L'alimentation peut occasionner du malaise et des vomissements, mais elle n'est pas la seule cause de la douleur. Les matières vomies ont la forme de grumeaux. Il y a une tumeur, de la sensibilité à la pression et de l'émaciation.

Dans l'hyperchlorhydrie, la douleur commence 2 ou 3 heures après avoir mangé; elle est soulagée par l'ingestion de substances protéiques et par les alcalins; il y a des éructations acides et une sensibilité diffuse.

(d) *Vomissements et matières vomies.*

Il faut se rappeler que le vomissement peut exister sans qu'il y ait maladie à l'estomac: témoins les vomissements de la grossesse, les crises gastriques de l'ataxie locomotrice et les vomissements précurseurs de la méningite cérébro-spinale.

Bien plus, dans les névroses gastriques, où l'affection de l'estomac est relativement légère, le vomissement peut être le symptôme le plus prononcé et peut être la cause d'une perte rapide de tissus et d'une grande faiblesse. C'est le résultat d'une sensibilité exagérée de l'estomac. Le vomissement du matin à jeun, est un symptôme marqué de la gastrite alcoolique, de même que des premiers mois de la grossesse.

Dans la gastrite aiguë, et assez souvent dans l'ulcère de l'estomac la nourriture est rejetée aussitôt prise, et à la suite de cela surviennent des crispations douloureuses de l'estomac.

Dans la gastrite chronique le vomissement est retardé jusqu'à ce que la fermentation et les malaises qui l'accompagnent soient apparus, c'est-à-dire après une heure ou deux.

La substance vomie est souvent en quantité considérable et est constituée par de la nourriture non digérée, à odeur acide; elle est spumeuse et mêlée à du mucus.

Si l'estomac est dilaté la quantité de matière vomie peut être énorme.

Dans l'hyperchlorhydrie, le vomissement n'est pas un symptôme constant, et lorsqu'il existe, c'est plutôt une régurgitation d'un liquide très acide.

Dans le cancer, le vomissement peut exister de bonne heure ou être tardif, mais c'est un symptôme presque constant et surtout fréquent lorsque le pylore est affecté. Alors il se manifeste une heure après avoir mangé.

(e) *Hémorragie.*

Règle générale, on trouve du sang dans les matières vomies, seulement dans deux maladies, savoir:

- 1° Dans l'ulcère, et
- 2° Dans le cancer.

Quelquefois (mais rarement), dans le catarrhe gastrique, les matières vomies peuvent être légèrement teintées de sang qui provient d'une hémorragie capillaire. Dans le plus grand nombre de cas il est foncé et en partie digéré, ceci est surtout vrai pour le cancer où il est foncé et a l'apparence de marc de café.

S'il n'est pas rejeté par l'estomac il peut passer par l'intestin et apparaître dans les selles.

L'ulcère duodénal a plusieurs points de ressemblance avec l'ulcère gastrique. Dans l'ulcère duodénal le sang apparaît dans les selles mais pas dans les matières vomies.

Il est bon de se rappeler que le sang qui vient de la bouche, des poumons et de la gorge peut être avalé et simuler une hémorragie de l'estomac.

(f) *Etat des intestins dans les maladies de l'estomac.*

La constipation est de règle dans presque toutes les maladies de l'estomac. Elle est surtout remarquable dans l'hyperchlorhydrie, parce que l'excès d'acide en passant dans le duodénum paraît neutraliser les sécrétions alcalines de cette partie du canal intestinal et intervenir dans l'activité péristaltique normale.

Dans le gastrite chronique il y a souvent de la constipation et de la diarrhée alternativement; c'est dû à la fermentation et aux autres changements subits par les matières fécales. Ces changements provoquent la formation de substances irritantes qui stimulent les mouvements péristaltiques; les matières fécales deviennent très fétides.

(g) *Etat général dans les maladies de l'estomac.*

Dans l'hyperchlorhydrie la digestion est bonne et la nutrition du patient ne souffre pas, à moins qu'il n'y ait un vomissement assez prononcé pour l'empêcher de prendre une quantité de nourriture suffisante, ou à moins qu'il ne se laisse mourir de faim, sous prétexte d'éviter la douleur consécutive à l'ingestion de la nourriture.

Dans la gastrite chronique il y a de la cachexie; le teint devient pâle; l'anémie devient parfois considérable et le poids du malade diminue mais pas à l'excès.

Dans le cancer, la perte de poids est rapide et le teint prend un aspect cireux particulier aux maladies malignes.

Dans les névroses, les symptômes généraux ont un caractère nerveux spécial qui les fait varier de jour en jour. C'est dans cette forme de troubles d'estomac qu'il faut rechercher les symptômes de neurasthénie ou les zones indicatrices de l'hystérie.

TRAITEMENT.

Diète dans les maladies de l'estomac. — Dans le traitement de toutes les maladies de l'estomac il y a certaines précautions à prendre, et nous devons insister pour que le patient en comprenne bien toute l'importance.

1° L'alimentation doit être simple. Il faut éviter le mélange de toutes sortes de choses au même repas, c'est dangereux.

2° Faire pratiquer la frugalité. Trop manger est la source de la plupart des maladies.

3° Observer une mastication parfaite. Ceci veut dire que le patient doit manger lentement et il doit s'étudier à cela.

Il y a encore d'autres choses importantes à considérer, entre autres:

La préparation soignée de la nourriture; éviter les viandes trop rôties;

Prendre *peu* de liquide en mangeant, ayant soin d'en proportionner la quantité à l'exigence du repas:

Un grand nombre boivent beaucoup trop pendant leur repas, dans le seul but de faire descendre vite le bol alimentaire; s'ils prenaient le temps de mastiquer comme il le faut, ça ne leur arriverait pas.)

Avoir le soin de bien proportionner la quantité des substances protéiques, des hydrocarbonées et des substances grasses. A l'occasion toutes ces choses sont importantes, mais il ne faut pas trop multiplier les indications que nous donnons aux malades.

DIÉTÉS SPÉCIALES

Dans l'hyperchlorhydrie l'aliment doit être dépourvu de propriétés irritantes et en même temps avoir beaucoup d'affinité pour l'acide chlorhydrique, en d'autres termes doit contenir beaucoup de substances protéiques. Le lait, le pain rassis ou rôti, les œufs bien cuits, etc., etc., remplissent l'indication. Les irritants, comme les épices, l'alcool et les breuvages chauds doivent être défendus.

Dans la gastrite chronique, la quantité d'acide chlorhydrique étant restreinte, la nourriture doit être bien divisée de manière à utiliser entièrement l'acide chlorhydrique et les autres ferments existant actuellement dans l'estomac.

Dans quelques cas c'est le lait qui agit le mieux; dans d'autres, la viande bien hachée ou le maigre de viande crue et passée au moulin conviennent mieux. Dans des cas bien aigus on prescriera le jus de viande crue, une nourriture protéique concentrée, des hydro-carbones sous une forme non fermentée, comme par exemple les céréales.

Dans la dilatation stomacale, il faut prescrire un aliment bien nourrissant sous le plus petit volume possible. Pas de nourriture liquide, mais des nourritures concentrées et recommander des repas fréquents. Les principes généraux de la diète sont ceux de la gastrite chronique.

Dans l'ulcération de l'estomac, on doit nourrir par le rectum

pendant 6 ou 10 jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que la période aiguë de l'ulcère commence à se passer, puis en venir à nourrir par la bouche graduellement, d'abord au moyen du lait, puis avec du gruau et enfin des céréales.

Dans le cancer d'estomac on doit prescrire une nourriture concentrée, ayant soin de consulter la tolérance stomacale de chaque patient : jus de bœuf, bœuf haché, lait, etc., etc.

Dans les névroses stomacales il ne faut pas trop contrarier les caprices des malades ; cependant il faut leur faire éviter toute nourriture qui serait contre-indiquée par l'état chimique de leur estomac. Ainsi s'il y a excès d'acide chlorhydrique, la diète doit être celle de l'hyperchlorhydrie ; si l'acide chlorhydrique est diminuée la diète doit ressembler à celle de la gastrite chronique ; il faut prescrire une diète généreuse et du gras en abondance, de la crème, de l'huile d'olives, des viandes grasses selon la tolérance du malade. La viande, les œufs et le lait sont presque toujours indiqués.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Dans les maladies de l'estomac il faut faire attention à l'état des intestins — en effet, dans presque tous les cas, il y a soit de la constipation ou de la diarrhée ; mais la constipation est de beaucoup plus fréquente, et il est souvent impossible de prescrire une diète laxative parce que la muqueuse de l'estomac est trop irritée.

Dans l'hyperchlorhydrie les alcalins doivent jouer le principal rôle. Parmi les antacides les plus recommandés aujourd'hui, se trouvent la magnésie calcinée, le sous-nitrate ou le sous-carbonate de bismuth et l'oxalate de cerium. On peut même les prescrire ensemble. Depuis un certain temps je donne la formule suivante telle que recommandée par le Dr Stockton, de Buffalo, et que j'ai prise dans le traité des maladies de l'estomac du Dr Reed.

Cerii oxalat	15 gr.
Bismuth sub carb.	30 gr.
Magnés. carb. cris	60 gr.

Dose — $\frac{1}{2}$ à 1 cuillerée à thé avec un peu d'eau 2 heures après chaque repas.

Si la sécrétion stomacale est trop abondante, on peut y joindre une petite dose de belladone.

La belladone a ici une double action : elle diminue la sécrétion et de plus fait cesser le spasme douloureux du pylore provoqué par l'hyperacidité du suc gastrique. J'utilise beaucoup cette prescription dans ma pratique et je puis dire qu'elle agit fort bien.

Lorsqu'il y a en même temps de la constipation je prescris la magnésie calcinée seule pendant quelques jours, et dès que les intestins ont été régularisés je recommande la formule ci-dessus.

Dans le catarrhe gastrique chronique, la première chose à faire est de vider l'intestin complètement par des doses fractionnées de calomel. Quelquefois il peut être indiqué de stimuler le système hépatique. En effet, dans cette forme de gastrite une grande partie du travail est dévolue au foie, et c'est essentiel que cet organe fonctionne bien. La padophylline est ici le remède indiqué.

Dans les névroses stomacales les intestins doivent être régularisés autant que possible par l'exercice et la diète, mais il faut commencer par le vider au moyen d'un purgatif. Parmi les autres remèdes indiqués dans l'hyperchlorhydrie se trouve le bicarbonate de soude.

Une cuillerée à thé de bicarbonate de soude dans un demi-verre d'eau est un remède ordinaire mais effectif.

Douleurs tardives de l'estomac.

Dans la " Presse Médicale " de Paris, numéro du 3 octobre 1906, le Dr Léon Meunier donne une très bonne manière de traiter ce symptôme. Voici son traitement :

PAQUET N^o 1.

Acide tartrique 1gramme

PAQUET N^o 2.

Carbonate de chaux..... 0 gr. 30
Bicarbonate de soude..... 0 gr. 40
Hydro carb de magnésie ... 0 gr. 20

Délayer séparément dans 2 demi-verres d'eau un paquet N^o 1 et un paquet N^o 2. Au moment des douleurs ou un peu avant, prendre successivement une cuillerée à bouche du verre N^o 1 et une cuillerée à bouche du verre N^o 2. Continuer ainsi toutes les

10 minutes jusqu'à cessation de la douleur. D'après le Dr Meunier, le mélange de ces deux paquets tel que prescrit, agit par le dégagement lent et continu d'acide carbonique.

Pour ma part je n'ai qu'à me louer de l'usage de cette médication.

Les antiseptiques de l'intestin sont très utiles dans les maladies de l'estomac; mais il y a des contre-indications à leur usage: ainsi ils ne sont pas indiqués dans d'hyperchlorhydrie, parce qu'ici la digestion est bonne et il ne devrait pas y avoir de fermentation ni putréfaction de la nourriture.

Ils ne sont pas indiqués non plus dans l'ulcère, où l'indication première est le repos de l'estomac puis l'usage de certains agents cicatrisants comme le sous-nitrate de bisnuth et les préparations d'argent. Je prescris comme suit:

Argyrol.	30 grains
Eau	2 onces

Dose — 30 gouttes dans un peu d'eau un quart d'heure avant les repas.

Dans toutes les formes de gastrite, les aliments ont une tendance à se décomposer dans l'intestin, et comme conséquence l'économie devient chargée de toxines. C'est alors que les sulfo-phénates, donnés à la fin de la digestion, sont indiqués.

S'il y a formation de beaucoup de gaz on peut quelquefois faire cesser leur production en donnant les sulfo-phénates à petites doses en même temps que la nourriture. Dans le cancer les sulfo-phénates sont aussi très utiles pour la même raison.

Les toniques reconstituants sont indiqués pratiquement dans toutes les maladies de l'estomac accompagnées de troubles de nutrition.

Dans les maladies aiguës de l'estomac il y a une tendance à l'anémie; c'est alors que les sels de fer sont indiqués, et celui auquel on doit donner la préférence est l'arséniat de fer.

Comme stimulant cellulaire il n'y a rien de mieux que la nucléine. L'acide chlorhydrique ne doit être donné que lorsque la sécrétion gastrique est diminuée ou absente. Il est donc indiqué surtout dans la gastrite chronique, mais jamais s'il y a hyperchlorhydrie ou ulcère. Quant à la dose c'est matière d'opinion. Il y en a qui pensent qu'une petite quantité agit comme

un stimulant qui augmente la sécrétion. D'autres conseillent 20, 40, ou 60 minimes de l'acide dilué. Si on le donne il faut que ce soit bien dilué et au moyen d'un tube de verre.

Lorsque par l'analyse du suc gastrique je constate qu'il n'y a ni pepsine, ni acide chlorhydrique, ce qui arrive assez souvent, je prescris comme suit :

Acide chlorhydrique dilué.....	10 gouttes
Essence de pepsine, (Fairchild).....	15 "

dans un peu d'eau avant les repas, puis: \mathcal{R} Pancréatine $\frac{1}{2}$ à 1 heure après les repas. Cette manière d'agir est surtout utile lorsque les malades se plaignent d'avoir des éructations ayant un goût d'œufs pourris.

Les toniques amers sont souvent très utiles dans les maladies de l'estomac. D'après plusieurs médecins ils agissent en augmentant la sécrétion du suc gastrique. Le meilleur tonique amer est l'infusion de quassia donnée à dose d'un verre à vin avant les repas.

Chez ceux qui souffrent de dilatation de l'estomac avec irritation un traitement à recommander c'est de demeurer couché sur le dos avec un sac d'eau chaude sur l'épigastre, pendant une heure après les repas.

Le tube stomacal comme ressource thérapeutique a une grande valeur, mais son champ d'action est assez limité. Notre but en s'en servant doit être d'enlever de la muqueuse enflammée, tout mucus, les fragments de nourriture, les germes et autres irritants, de manière à mettre l'estomac dans un état de repos complet. On ne doit en faire usage qu'une fois par jour. Les contre-indications à ce mode de traitement sont : les maladies de cœur, les anévrysmes aortiques, la phthisie pulmonaire, le cancer et l'ulcère de l'estomac.

Enfin un point important sur lequel on ne saurait trop insister c'est le repos complet dans le traitement des maladies de l'estomac; dans les formes aiguës le traitement pourrait même se borner à cela et à la suppression complète de nourriture pour une journée ou deux. Dans les formes chroniques on doit aussi prescrire du repos, mais en autant que ce repos sera compatible avec le maintien de la nutrition.

REVUE GENERALE

L'OPERATION PRECOCE DANS L'APPENDICITE AIGUE.

(A PROPOS D'UN APPENDICÉ TROUVE PERFORÉ A LA TROISIÈME HEURE).

Par MM. BERARD et A. LAMARTINE (de Lyon).

I.

L'opportunité de l'opération précoce, pratiquée dans les premières heures qui suivent le début clinique de l'appendicite, est encore à l'heure actuelle très discutée.

Importée d'Amérique avec la notion même de l'appendicite, cette thérapeutique active fut de prime abord adoptée par la plupart des chirurgiens en France et en Allemagne. Mais tandis que les Américains restaient fidèles à leur première méthode, Français et Allemands ne tardèrent pas à se diviser en opportunistes et interventionnistes. Si bien qu'on put voir récemment (1905) au trente-quatrième Congrès de l'Association allemande de chirurgie, opposant leur pratique les uns aux autres, d'une part Rotter et Korte, d'autre part Roux et Sonnenburg. Les premiers ont montré que l'opération précoce, systématique, était susceptible d'abaisser considérablement le coefficient mortuaire d'une longue série de cas pris au hasard. Les seconds analysant de plus près les résultats ainsi obtenus, ont soutenu qu'il ne s'agissait là que d'avantages apparents, provenant de ce que dans ces conditions on avait opéré nombre d'appendicites *de complaisance*. A l'intervention systématique ils ont opposé l'abstention raisonnée, qui, dans leurs propres statistiques, avait réduit la mortalité à 4 ou 5 par cent.

Ces discussions ont eu leur répercussion en France; il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux nouvelles communications de M. Dieulafoy à l'Académie de médecine (1906), dans lesquelles il revient sur le précepte radical formulé par lui en 1896: "il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite."

Dans un article encore plus récent du *Bulletin médical*, M. Albert Robin prononce un éloquent plaidoyer en faveur de la cure de l'appendicite par les purgatifs et les irrigations intestinales aussi près du début qu'on l'observe.

Ce regain d'actualité de la question nous a engagé, à propos de l'observation d'un malade qui fut opéré par nous trois heures et demie après le début d'une crise d'appendicite aiguë avec perforation de l'appendice et péritonite diffuse, à rechercher quels sont actuellement les résultats de l'intervention précoce, et dans quels cas il est indiqué de la pratiquer.

Voici d'abord les faits essentiels de notre observation :

Il s'agit d'un malade opéré trois heures et demie après le début de sa première crise appendiculaire *apparente*, et chez qui on trouve, greffé sur des lésions de date relativement ancienne et restées à peu près *complètement latentes*, un nouveau processus aigu, caractérisé déjà au bout de quelques heures par une perforation de l'appendice. Cette perforation avait déterminé une réaction péritonéale *in loco*, qui devait fatalement, vu le défaut de cloisonnement, envahir à bref délai la grande cavité et entraîner une issue fatale. Ce malade a donc incontestablement dû la vie à la précocité de l'intervention, qui a été effectuée assez tôt pour arrêter l'évolution de la péritonite.

Sans doute les caractères de ce cas sont assez exceptionnels. Il semble rare que d'anciennes lésions de l'appendice soient aussi parfaitement tolérées que chez notre malade, surtout lorsqu'elles coïncident avec la présence d'un calcul volumineux. Il faut donc rechercher, d'après l'ensemble des faits actuellement connus, si de tels cas s'observent assez fréquemment pour indiquer la nécessité d'une application plus habituelle de l'intervention précoce.

II. — DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Les interventions précoces ont permis de faire des constatations qui ont modifié quelques-unes des notions classiques sur les lésions de l'appendicite aiguë. Elles ont montré que, dès le début de la crise, il pouvait exister des désordres extrêmement graves allant jusqu'à la gangrène et la perforation. Les classiques fixent entre la 24^e et la 36^e heure la date d'apparition des perforations. Or, celles-ci peuvent se produire beaucoup plus tôt, le fait avait été déjà noté par plusieurs observateurs, et notre cas en est une nouvelle démonstration.

La précocité des désordres si graves dans la paroi appendiculaire ne peut s'expliquer que par l'existence des lésions chroniques

antérieures évoluant depuis plus ou moins longtemps avec des manifestations cliniques réduites *au minimum*.

C'était le cas de notre malade chez qui l'appendice avait le volume du pouce, avec des parois épaisses d'un demi-centimètre, et à l'intérieur un calcul gros comme une noisette alors que les douleurs les premières en date ne remontaient qu'à 4 heures à peine. Chez lui, la précocité des lésions s'explique par la distension préalable de l'organe et par la défektivité de la nutrition des parois au contact du calcul. Cette rapidité avec laquelle se perforent les appendices calculeux a du reste déjà été signalée, et récemment encore Picqué y a beaucoup insisté.

La question qu'il convient dès lors de se poser, c'est si les cas semblables au nôtre sont fréquents, si un grand nombre d'appendicites en apparence primitives ne sont pas en réalité une phase aiguë dans l'évolution d'une appendicite latente préexistante.

Cette question est résolue; Karewski a opéré 80 malades dans la période prodromique, et chez tous il a trouvé des lésions pariétales de l'appendice: appendicite vasculaire, hypertrophie de la paroi, érosion de la muqueuse, mucosités purulentes ou même véritable pus dans la cavité de l'organe.

Kekula, dans un travail fondé sur l'examen histologique de 144 appendicites et sur des expériences sur les animaux, est arrivé à cette même conclusion, que l'appendicite était avant tout une maladie chronique caractérisée par une infection latente du cœcum et de l'appendice.

La crise appendiculaire n'est donc en définitive que la traduction clinique d'une brusque extension des lésions, qui, cessant d'être uniquement pariétales, envahissent le péritoine. Cet épisode aigu est le résultat de l'augmentation de la virulence des germes latents.

Dans tous ces cas d'appendicite chronique passant brusquement à l'état aigu, les lésions peuvent rester jusqu'au dernier moment presque uniquement pariétales; tout se borne à de l'hypertrophie du tissu lymphatique, à l'infiltration des couches musculaires, à la sclérose et à la multiplication des vaisseaux, mais le péritoine ne réagit que très peu. Il n'y a pas, la plupart du temps, formation d'adhérences susceptibles de protéger la grande cavité séreuse, qui est surprise sans défense lorsque la gangrène ou la perforation

se produisent. Dans toute cette catégorie d'appendicites à processus latent, l'anatomie pathologique montre donc que l'opération précoce est à recommander.

À côté de ces vieilles appendicites réchauffées, il en est quelques-unes qui semblent réellement primitives et qui sont cependant rapidement perforantes sans qu'on trouve à l'opération l'organe anciennement altéré ou occupé par des calculs : elles n'en relèvent pas moins, elles aussi, de l'opération précoce, car il s'agit d'infection très septique mais avec début symptomatique peu inquiétant. On ne peut prévoir dès les premiers jours quelle sera leur évolution ultérieure. Dieulafoy a depuis longtemps mis en garde contre les accalmies trompeuses se terminant par de rapides désastres.

III. — RÉSULTATS DE L'INTERVENTION PRÉCOCE.

Des données statistiques récemment publiées; il ressort un fait significatif : l'opération précoce a diminué la mortalité de tous les chirurgiens qui l'ont systématiquement adoptée après avoir été opportunistes et temporisateurs.

Il est assez difficile d'établir la mortalité globale de l'appendicite; toutefois, les classiques sont assez unanimes pour adopter le chiffre de 15 ou 20 p. 100. Or, l'intervention pratiquée dans le premier jour ne donne que 6 p. 100 de morts et 12 p. 100 dans la seconde journée. Si l'on néglige les morts tardives par pneumonie, ileus, embolie, on peut conclure que, par l'opération systématiquement pratiquée le premier jour, 94 à 95 p. 100 des appendicites aiguës guérissent, résultat qu'aucune autre méthode de traitement n'a été capable de donner jusqu'aujourd'hui.

Mais la méthode a encore à son actif d'autres avantages, qui doivent, eux aussi, entrer en ligne de compte. La facilité avec laquelle on arrivera à trouver et à enlever l'appendice sera d'autant plus grande que l'on opérera plus tôt. À ce point de vue, les chirurgiens sont unanimes à distinguer deux périodes. Dans les premières vingt-quatre heures, les lésions de l'appendice lui-même peuvent être très graves, mais les lésions du voisinage sont par contre réduites d'ordinaire à leur minimum. Les adhérences sont très limitées; lorsqu'elles existent, elles relèvent d'un processus ancien : il n'y a qu'exceptionnellement du pus. À cette phase,

uniquement *appendiculaire*, la recherche du processus vermiciforme et l'ablation se feront facilement, les manœuvres réduites à leur minimum diminueront d'autant les risques d'infection pour la grande cavité péritonéale. Au contraire, une fois le premier jour passé, la réaction locale se dessine, les adhérences se forment et englobent entre elles de petits amas purulents enkystés. Pour trouver l'appendice, il faut alors entreprendre des recherches laborieuses, au milieu de tissus friables et d'adhérences peu solides, et rien n'est plus facile que de déterminer une péritonite généralisée. Ce danger devient surtout manifeste à partir de la fin du deuxième jour : la mortalité opératoire passe alors brusquement de 12 à 30 p. 100.

IV. — OBJECTIONS A L'INTERVENTION PRÉCOCE.

Les brillants résultats de l'opération précoce suffisent-ils à légitimer son emploi systématique dans toutes les crises appendiculaires ? Roux et Sonnenburg, et avec eux un grand nombre de médecins ou chirurgiens, ne le pensent pas. Pour Roux, l'amélioration des statistiques viendrait uniquement de ce que, avec la méthode, on a opéré bon nombre d'appendicites "de complaisance." Du reste, ajoute-t-il, les cas légers guérissent par le traitement médical, à condition toutefois que l'on ne fasse pas tout ce qu'il faut pour aggraver d'avance la situation ; ils peuvent ensuite être opérés à froid avec un minimum de risques. C'est en se basant sur cette même opinion que Sonnenburg (Congrès allemand de chirurgie, 1905) a repoussé l'intervention systématique dès le début de la crise. "Il ne faut opérer, dit-il, que dans les cas graves, qu'un clinicien avisé est presque toujours capable de discerner, et au moment seulement où les symptômes le commandent ; il importe, du reste, de ne pas trop s'illusionner sur ce que l'on est en droit d'attendre de l'intervention précoce dans ces cas graves d'emblée." Sur les 50 malades que Sonnenburg a ainsi opérés dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, parce qu'ils présentaient des symptômes menaçants, 8 sont morts. C'est que dans ces cas, tous défavorables, l'infection et l'intoxication étaient trop avancées pour que l'opération pût donner des résultats constamment heureux.

Le seul fait rapporté par Sonnenburg d'avoir guéri 42 malades sur 50 dans ces conditions; les résultats de Rotter qui a vu la mortalité de la péritonite généralisée s'abaisser de 54 à 27 p. 100 après l'intervention précoce, montrent suffisamment que son efficacité même dans les cas graves d'emblée est indiscutable.

En ce qui concerne les cas légers, faut-il, en se basant sur un ensemble symptomatique bénin, repousser toujours l'intervention et passer au traitement médical? Cette conduite suppose la possibilité de faire dès le début d'une crise son pronostic ultérieur. Or l'absence des signes caractéristiques d'une forme grave ne suffira nullement pour affirmer en toute sécurité la bénignité de l'attaque. Mignon, Quénu, Walther, Broca (*Soc. chirurg.*, 1903) ont observé des appendicites gangréneuses avec des manifestations cliniques bénignes. Rotter, Kümmel, insistent sur ce fait que l'appendicite est essentiellement une maladie à surprises, et que rien n'y est plus fréquent que les accalmies trompeuses, déjà signalées par Dieulafoy. Korte a montré qu'il est impossible de distinguer la péritonite au début de la simple irritation du péritoine. Tous les symptômes peuvent induire en erreur. La leucocytose n'a pas de valeur pronostique certaine; la contracture musculaire réflexe, quoique étant le signe le moins trompeur, manque parfois dans les cas les plus graves.

Actuellement, lorsque vingt-quatre ou trente-six heures après le début de la crise, il y a défervescence avec atténuation de tous les symptômes, les chirurgiens les plus interventionnistes sont unanimes à s'abstenir. Mais pour que l'opération puisse être remise sans arrière-pensée, il faut absolument que tous les symptômes soient également atténués, sans quoi rien ne peut permettre d'affirmer que la maladie ne prendra pas subitement un caractère de gravité nouvelle.

V. — CONCLUSIONS.

La conséquence de tout ceci, c'est qu'en matière d'appendicite aiguë, il est souhaitable qu'aujourd'hui les conclusions de la communication de Korte au Congrès allemand de 1905 soient le plus en plus universellement admises. Les voici, résumées en quelques lignes:

“ L'intervention précoce, c'est-à-dire entreprise dans les qua-

rante-huit heures du début de la crise, alors que le péritoine a encore des chances d'être indemne ou n'est que peu touché, constitue le traitement idéal de l'appendicite.

“ Passé ce délai, c'est-à-dire à cette période que l'on peut qualifier de stade intermédiaire, il vaut mieux s'abstenir et attendre, en se contentant d'ouvrir simplement les abcès s'il s'en forme, et n'opérer que lorsque la crise sera refroidie, sans jamais attendre qu'une seconde crise se produise.

“ L'opération à froid ne devra jamais, autant que possible, être tentée avant deux mois écoulés depuis la cessation de tout symptôme d'une crise antérieure.”

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES DU POST-PARTUM PAR LES LAVEMENT D'EAU ORDINAIRE (1).

Par le Dr JEAN CAMESCASSE (de Saint Arnould),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les préjugés qu'apportent de l'École nos jeunes confrères, il en est un qui est bien gênant... à la campagne.

Je veux parler du préjugé des injections sous-cutanées (ou intra-veineuses) de sérum artificiel pour combattre le collapsus dû aux hémorrhagies en général et, en particulier, aux hémorrhagies du post-partum.

Je ne parlerai pas du tout, ici, du collapsus hémorrhagique secondaire aux grandes interventions chirurgicales sur l'abdomen, n'ayant aucune expérience sur ce point, mais je parle des hémorrhagies liées aux fausses couches, des hémorrhagies de l'accouchement et des hémorrhagies consécutives aux traumatismes des membres ou du crâne. J'en parle, parce que j'en ai vu un nombre assez grand pour être fixé.

Et je dis qu'il est tout à fait inutile de s'empêtrer de l'idée de faire une injection sous-cutanée ou intra-veineuse; qu'il est plus

(1) Dans Journal de Médecine et Chirurgie pratique de Paris, août 1907.
Cette note originale vaut qu'on la lise.

inutile encore de s'empêtrer du matériel onéreux indispensable à cette pratique; pour cette bonne raison qu'un simple lavement d'eau remplace *avantagusement* toutes ces choses... à la campagne.

Volontiers j'ajouterais "et à la ville aussi," mais ici encore je n'ai pas l'expérience.

Ce qui me décide à parler, ce n'est point l'échec remarquable du fameux *lavage du sang* qui fit florès l'an passé ou bien à la fin du siècle dernier. Non, ce qui me décide, c'est que je viens de voir la grosse et très honorable inquiétude d'un de mes confrères qui, en un hameau éloigné de deux ou trois lieues de tout pharmacien, s'est, pour ses débuts, trouvé pris par un collapsus hémorragique du post-partum.

Voici l'observation résumée:

Primipare, présentation du siège complet; inertie utérine (allant jusqu'à la persistance d'un anneau ferme du col de l'utérus trente-six heures après le début des douleurs): chloroforme; utilité d'une application de forceps pour ouvrir le col; extraction manuelle facile; délivrance spontanée immédiate mais hémorragie très abondante; état sub-syncopal, pouls petit, incomptable.

Evacuation de quelques rares caillots; massage doux de l'utérus; naturellement, l'eau bouillie n'est pas chaude en raison du désordre qui règne dans cette maison pauvre; seigle ergoté, enfin on a de l'eau chaude.

L'écoulement du sang paraît s'arrêter pour reprendre bientôt; injection très chaude... la femme est dans un état tel qu'elle proteste à peine.

C'est ici que mon confrère me marque son gros ennui de n'avoir ni son sérum ni son injecteur.

— "Nous ne pouvons pourtant pas voyager avec un "wagon de matériel derrière nous."

Et il me marque quelque surprise quand je lui dis:

— "Il reste de l'eau dans le bock! Donnez-lui un lavement."

— "Je vais ajouter du sel?"

— "Inutile! Allez seulement lentement."

Et j'enlève la patiente par les jambes pour faciliter l'accès de la voie anale.

La malade *boit* ainsi un peu vite encore, un demi-litre de cette eau quelconque qui se trouvait, ce jour-là, être de l'eau bouillie.

Juste un quart d'heure après le commencement du lavement, mon confrère compte cent pulsations d'un pouls qui est presque plein. Il n'y avait d'ailleurs qu'à regarder notre victime au visage pour constater la résurrection.

D'heure en heure, ou à peu près, deux ou trois autres lavements furent donnés et ce fut tout; par docilité envers l'École, je crois bien qu'il y fut mis du sel.

Mais comme, de 1895 (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1895) à ce jour, j'ai eu le temps de substituer la voie anale aux voies hypodermique et intra-veineuse quelque deux ou trois douzaines de fois, je peux assurer qu'il n'est indispensable ni que l'eau soit bouillie, ni qu'elle soit salée.

Je préfère cependant l'eau bouillie. Je ne préfère pas du tout l'eau salée: mon *impression* étant que l'isotonisme (a *fortiori* l'hy-pertonisme) retarde l'absorption.

Mais pour juger de ces finesses il faut d'autres conditions que celles où nous intervenons. Je trouve qu'il est déjà très beau et qu'il est profondément *réconfortant* de savoir qu'on peut, par une manœuvre aussi simple, faire revivre qui va mourir d'hémorrhagie.

Il n'est pas indifférent d'ajouter qu'on peut facilement constater le retour de l'énergie en explorant le fond de l'utérus; parallèlement au relèvement du pouls on sent se durcir le globe utérin: ce qui est, ne l'oublions pas, le signe que l'on en a fini avec l'inertie et le moyen naturel de déterminer les hémorrhagies dans ce cas.

LES FAUX DIABETES. — DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT.

Par le Dr LEBBAUPIN (de Vichy).

Il arrive trop souvent qu'à la suite d'une analyse d'urine pratiquée fortuitement, la constatation d'une quantité plus ou moins considérable de sucre conduit à étiqueter diabète une glycosurie toute différente du diabète véritable. Un diagnostic comportant de si lourdes conséquences ne devrait pas être assis sur cette simple constatation, il serait bon que la symptomatologie d'une affec-

tion aussi grave ne fût pas à ce point simplifiée et surtout qu'une connaissance plus étendue des diverses causes pouvant déterminer la production du sucre urinaire vint guider le praticien dans son examen clinique.

Sans insister sur l'importance, d'ailleurs considérable, qu'il y a d'éviter toutes les causes d'erreurs dans la recherche du sucre urinaire, et admettant que les réactions caractéristiques de la présence du glucose, les analyses qualitatives et quantitatives aient donné des résultats certains, il faut, avant d'affirmer le diagnostic *diabète*, tenir le plus grand compte des symptômes généraux qui en dehors de la présence du sucre dans les urines, permettront d'instituer une thérapeutique efficace résultant d'un diagnostic précis.

On sait, depuis les recherches de Brucke, qu'il existe une glycosurie physiologique. Le filtre rénal peut, à l'état normal, laisser passer une certaine quantité de sucre contenu dans le sang. Cette glycosurie, difficilement appréciable ne peut être découverte par les réactifs ordinaires, la liqueur de Fehling généralement employée dans les recherches cliniques est incapable de la déceler. Nous laisserons donc de côté cette glycosurie, pour ne nous occuper que de celles qui seraient susceptibles de conduire un esprit non prévenu vers un diagnostic erroné.

En dehors des glycosuries passagères, telles celles qu'on rencontre dans les accès de fièvre paludéenne, dans le choléra, la hernie étranglée, etc. — les glycosuries qui se montrent après l'administration des anesthésiques, dans l'asphyxie ou les intoxications, il en est d'autres plus importantes et d'une durée plus longue qui apparaissent sans troubles notables de la nutrition, mais qu'il est souvent assez difficile de distinguer du vrai diabète. Nous passerons successivement en revue les facteurs étiologiques qui déterminent ces glycosuries, et nous présenterons ensuite un tableau d'ensemble qui permettra de distinguer du véritable diabète, ces divers phénomènes pathologiques qui portent à la confusion.

Trotter a signalé le premier l'existence de la glycosurie chez les arthritiques; étudiée ensuite par Stosch sous le nom de "diabète métastatique," cette glycosurie que P. Franck appelle "diabète decipiens" fait l'objet des travaux de Teissier, Bence Jones,

Seegen, Charcot, Marchal (de Calvi), etc. . . . Un grand nombre d'auteurs ont traité la question. Il n'est pas rare de trouver du sucre dans les urines de jeunes sujets arthritiques, enfants de diabétiques, de goutteux, de calculeux; on en trouve fréquemment chez les individus frappés par la goutte, chez les obèses, en un mot, chez tous les sujets plus ou moins entachés d'arthritisme.

Les glycosuries digestives se produisent soit par excès d'alimentation sucrée ou féculente, soit par troubles de l'appareil digestif. Elles se présentent avec une grande fréquence dans les dyspepsies gastro-intestinales. On sait quelle est la répercussion des troubles digestifs sur le foie; or, soit qu'il y ait hyperémie hépatique ou insuffisance, le sucre apparaît dans l'urine. Si l'on pratique une analyse, on est tout surpris de constater une glycosurie, alors qu'aucun signe ne pouvait la faire prévoir.

Tout le monde connaît la célèbre expérience de Cl. Bernard qui, par piqûre du plancher du quatrième ventricule, vit apparaître le sucre dans l'urine. L'existence des glycosuries et des affections nerveuses avait été constatée bien avant, mais jamais on n'avait songé à établir entre ces affections et la production du sucre urinaire, la moindre relation de cause à effet. Aujourd'hui, les glycosuries purement nerveuses ne peuvent être mises en doute. Le sucre apparaît dans l'urine dans les apoplexies, les hémorrhagies du cerveau, les tumeurs cérébrales, le ramollissement, la paralysie générale. La glycosurie se produit également dans la sclérose en plaque, le tabès, les hémorrhagies rachidiennes, l'acromégalie, les tumeurs nerveuses, les névrites; on trouve du sucre urinaire dans les névroses, épilepsie, chorée, maladie de Basedow, etc. Rare dans les psychoses, on la trouve plus fréquemment à la suite des traumatismes, traumatismes de la tête particulièrement, de la colonne vertébrale, etc.

Enfin, dans l'état puerpéral, la glycosurie est un phénomène assez fréquent. La proportion de sucre atteint son maximum après l'accouchement et au début de l'allaitement. Quelles que soient les théories cherchant à expliquer la présence du sucre dans l'urine des femmes enceintes ou des nourrices, quelle que soit la nature de ce sucre glucose ou lactose, il est bon de savoir que l'état puerpéral est à lui seul capable de déterminer une glycosurie d'une nature toute spéciale et différente du diabète constitué.

Bien qu'on soit averti que toutes les causes diverses se montrent capables de déterminer l'apparition du sucre dans les urines et, alors même qu'on a passé en revue un aussi grand nombre de facteurs étiologiques différents, il n'est pas toujours aisé de savoir si l'on a affaire à une simple glycosurie ou bien au véritable diabète. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'en dehors des cas types, il en est d'autres dont la netteté est moins grande et qui tiennent par plusieurs points autant du diabète que de la glycosurie non diabétique. Toutefois lorsque la cause déterminante se montre avec une telle évidence qu'elle ne peut être révoquée en doute, on peut, connaissant la diathèse, porter un diagnostic exact. Il faut tenir le plus grand compte de l'état général. Quand la glycosurie se montre sans être accompagnée des grands symptômes connus : sans polydypsie, sans polyphagie, sans polyurie (sauf dans l'azoturie glycosurique), quand il n'y a pas d'autophagie, pas de déchéance organique, quand les reflexes restent normaux, on se trouve en présence d'une glycosurie toute différente du diabète.

Dans les glycosuries non diabétiques l'urine reste normale en quantité et en densité.

Son acidité est plus grande. Le taux du sucre est en général peu élevé et ne dépasse guère quinze à vingt grammes ; l'urine sucrée n'empêche pas le linge et la réaction à la liqueur de Fehling est parfois assez peu nette. Ces glycosuries sont essentiellement variables : un signe sur lequel Lécorché a insisté spécialement consiste dans l'absence de sucre dans l'urine sécrétée pendant la nuit, on trouve du glucose dans les urines du jour mais si l'on analyse l'urine provenant de la miction matinale on ne peut y trouver la moindre trace de glucose. A l'inverse des urines de diabétiques, les urines des glycosuriques abandonnées, quelque temps dans un vase à l'air libre ne fermentent pas, ou du moins, cette fermentation est beaucoup moins rapide qu'avec les urines des diabétiques. La proportion d'urée est en général augmentée, il en est de même des chlorures qui suivent une marche parallèle à l'augmentation de l'urée ; la leucine et la tyrosine se rencontrent ordinairement dans ces urines, ce qui ne se produit pas chez les diabétiques où l'on ne trouve ces corps que très rarement.

Les glycosuries non diabétiques sont essentiellement bénignes.

Combien différent du vrai diabète, si grave chez les jeunes sujets, se montre cette glycosurie des enfants ou adolescents arthritiques? Quelle comparaison établir entre la glycosurie de la puerpéralité et le diabète évoluant dans le cours de la grossesse, alors que cette affection se montre dans ce dernier cas si redoutable. Avec la glycosurie simple pas de complications du fait d'affections pulmonaires, de blessures accidentelles, d'intervention chirurgicale, etc., autant de faits qui militent en faveur d'une différenciation bien nette entre un symptôme particulier et une maladie spéciale constituant une entité morbide parfaitement définie.

Lorsque sera posé le diagnostic de glycosurie non diabétique quel traitement doit-on faire suivre au malade, quel régime lui indiquer? Germain Roque, tout en admettant la bénignité des glycosuries, croit qu'il est urgent d'abréger leur durée; d'après lui, il ne faudrait pas garder du sucre dans ses urines, un régime sévère doit être immédiatement institué. Nous ne croyons pas qu'on doive exiger une proscription si absolue vis-à-vis des hydrates de carbone. Un grand nombre de raisons nous font pencher vers un adoucissement aux mesures de sévérité qu'on imposait autrefois; elles rendaient l'existence pénible aux malades, créant des difficultés extrêmes à certains, enlevant à d'autres l'espoir d'un retour à la santé par l'impossibilité matérielle devant laquelle ils se trouvaient de pouvoir satisfaire aux mesures draconiennes, imposées comme condition *sine qua non* de la guérison.

Préoccupés par l'idée de diminuer le taux du sucre urinaire, la plupart des malades atteints de glycosurie s'adressent à tous les moyens thérapeutiques qui leur sont offerts, usent de tous leurs produits spécialisés ou non dans le but de ramener le sucre à 0. Le médecin s'appuyant sur ce principe, d'ailleurs inexact, que les hydrates de carbone sont complètement inutilisés dans le diabète et désirant obtenir au plus vite le résultat tant attendu proscriit l'usage de tout aliment hydrocarboné. Cependant, en raison des ennuis causés par la rigueur du régime et considérant que, dans certains cas, on ne s'était pas mal trouvé de repousser une proscription si absolue, une tolérance plus grande tend aujourd'hui à s'établir un peu partout.

Les hydrates de carbone sont indispensables à la vie, aucun aliment ne peut les remplacer, ils sont la condition même de l'acti-

tivité musculaire, et tout glycosurique doit, comme l'homme bien portant, produire chaque jour le nombre de calories nécessaires à la conservation de sa température; comme il est impossible d'augmenter la quantité de graisse au delà d'un certain degré, il serait nuisible d'exclure tout à fait les hydrates de carbone de l'alimentation chez tout glycosurique. Il est facile de se rendre compte du relèvement des forces chez les glycosuriques soumis au régime mixte, alors que la privation absolue des hydrates de carbone est trop souvent cause d'une extrême débilité. Toutefois il est bon de remarquer qu'une exagération dans la ration permise, pourrait faire atteindre à la glycosurine un taux beaucoup plus élevé; alors les tissus déshydratés et la déminéralisation consécutive amènerait vite la déchéance complète de l'organisme.

Certains points sont à considérer suivant le diagnostic étiologique posé. S'agit-il d'une glycosurie de nature arthritique, le régime carné aurait les plus déplorables effets; les viandes rouges, les gibiers, charcuteries, etc., seraient systématiquement écartés, seules les viandes blanches pourront être permises et dans des proportions restreintes. On conseillera les œufs, les poissons maigres, les légumes verts frais, un vin léger, pas d'alcool. Les alcalins sont à la base du traitement médicamenteux. Dans la glycosurie azoturique, l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler donne les meilleurs résultats. On recommandera aux obèses les exercices physiques, les promenades au grand air en ayant soin d'éviter la fatigue.

C'est aux glycosuries digestives qu'il faut opposer le régime carné; les féculents seront alors remplacés par des graisses sous toutes les formes. Il n'est pas toujours facile, dans ces cas où la glycosurie reconnaît pour cause une alimentation saine ou féculente excessive, d'obtenir une modification même assez douce dans le régime; les malades habitués à se nourrir de pâtisseries, de chocolats et sucreries variées, montrent quelques répugnances à absorber des quantités mêmes minimales de viandes qu'ils ne peuvent digérer que difficilement. Les médecins consultants à Vichy rencontrent journellement un grand nombre de femmes anglaises et surtout américaines, qui viennent, pendant la saison thermale soigner leur soi-disant diabète; elles sont habituées à faire un usage immodéré de bonbons et friandises de toutes sortes qui cons-

tituent en quelque sorte la base de leur alimentation. Ce n'est qu'à grande peine qu'on obtient de ces malades la cessation de leurs habitudes, aussi doit-on ménager leur susceptibilité, et par la persuasion leur faire accepter peu à peu un régime qui les ramène à la santé. Quand on se trouve en présence d'intoxications, de fermentations intestinales, il sera nécessaire d'instituer une méliciation où l'antisepsie du tube digestif tiendra le premier rang; dans ces cas le benzonaphtol, les purgatifs répétés, voire même le régime lacté rendront le plus grand service.

Le bromure de potassium et tous les antispasmodiques, les narcotiques (belladone, opiacés) sont à la base du traitement des glycosuries d'ordre nerveux. Les glycosuries des psychoses seront traitées par les moyens en usage contre la neurasthénie, l'hystérie, etc., l'hydrothérapie, la suggestion, comptent à leur actif de nombreux succès. Quant aux glycosuries de la puerpéralité, il suffit d'attendre par des moyens diététiques appropriés la fin de l'état puerpéral, *sublata causa, tollitur effectus*.

En général, cette glycosurie ne comporte pas un pronostic sévère; comme toutes les glycosuries de nature non diabétique, cette dernière est essentiellement bénigne, d'une durée limitée, elle est encore moins à craindre que les glycosuries provenant d'une cause différente qui par leur continuité peuvent être, dans certains cas, pour la santé un péril toujours menaçant.

Comme on le voit, pour chaque cas de glycosurie, il y a une étiologie différente et, partant, un traitement particulier. Ce qu'il faut par dessus tout, c'est ne pas s'empressez, sur un signe insuffisant, de diagnostiquer un diabète, ce qui souvent n'est qu'une glycosurie passagère; de cette façon, tout en causant moins d'effroi au malade, ce qui est important, on peut, une fois le diagnostic étiologique établi et sans prescriptions trop sévères, obtenir une guérison rapide et certaine qui faute d'un examen scrupuleux, aurait pu se faire attendre trop longtemps. Peut-être même, les causes de la glycosurie ignorées et le mot redoutable de "diabète" prononcé, la conséquence eût été de conduire le malade aux pires extrémités. Alors, fâcheusement impressionné par la connaissance de son mal et désespérant de la guérison, qu'il soit l'esclave d'un régime sévère ou qu'il ne tienne aucun compte de la diététique prescrite, son affection bénigne et guérissable aurait bientôt

fait place au diabète constitué. On ne saurait donc rechercher avec trop de soin les véritables causes de toute glycosurie alors qu'on la découvre; si l'on vient à écarter l'origine diététique, la thérapeutique est bien armée contre ce genre de mal et le médecin ne se repentira pas d'avoir poussé très à fond un examen clinique, qui lui aura permis d'établir entre le véritable diabète et les glycosuriques non diabétiques une distinction, grâce à laquelle, on obtiendra les plus beaux succès de sa pratique.

TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ BILIAIRE. (1)

ET PRÉVENTION DES COLIQUES HÉPATIQUES PAR L'USAGE CONTINU DE LA GLYCÉRINE.

Le docteur Plantier, en France, a fait à ce sujet une intéressante communication à la *Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*. Il s'agit d'une médication préconisée par Ferrand, le regretté médecin de l'Hôtel-Dieu, qui avait une grande foi dans son efficacité. Nous reproduisons la communication du docteur Plantier.

“ Je désire vous entretenir d'une médication bien simple et sans danger qui depuis plus de douze ans que je l'emploie, m'a donné, dans le traitement de la lithiasé biliaire, un résultat tellement favorable et tellement constant que je croirais manquer à mon devoir si je ne vous le signalais.

En 1892, je lisais avec un très vif intérêt dans le *Bulletin Médical*, page 232, sous la rubrique *Travaux originaux*, une étude expérimentale et clinique sur l'application de la glycérine au traitement des coliques hépatiques. Cette note rédigée par le docteur Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris, et dans laquelle étaient exposés, après quelques aperçus théoriques, des faits cliniques probants et de curieuses expériences sur les animaux concluait ainsi :

1° La glycérine, administrée par l'estomac, est absorbée en nature par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux qui

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques, de Paris, Avril 1907.*

vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve dans le sang des veines sus hépatiques.

2° C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques.

3° A dose relativement massive (de 20 à 30 grammes) la glycérine détermine la fin de crise.

4° A dose légère (5 à 15 grammes), la glycérine, prise chaque jour, dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques.

5° La glycérine, sans être un lithontriptique, est donc le médicament par excellence de la lithiase biliaire.

A cette époque, j'étais à Paris, externe de Dujardin-Beaumez dans le service duquel le traitement de la colique hépatique par l'huile d'olive à hautes doses était fort en honneur.

Les résultats en étaient en général assez satisfaisants sans être constants toutefois ; beaucoup de malades n'acceptaient le remède qu'avec répugnance ou le vomissaient, quelques-uns même le refusaient d'emblée.

La glycérine qu'on préconisait, facile à absorber et prescrite en petite quantité, offrait à ce point de vue des avantages marqués sur l'huile d'olive dont elle paraissait, d'ailleurs, constituer le principe actif, en raison du dédoublement, dans l'intestin grêle, de l'huile en glycérine et en acide gras, sous l'action du suc pancréatique. D'autre part, il s'agissait d'un produit bien connu, facile à contrôler, peu coûteux, sans aucun danger aux doses utilisées. Sa valeur m'était attestée par un clinicien de grande expérience, pour lequel je professais une profonde estime, conditions capitales que devrait toujours réaliser le parrain d'un médicament nouveau.

Je résolus donc d'en faire un usage habituel dans le traitement de la lithiase biliaire, dont l'arsenal thérapeutique est assez pauvre. Je dis dans la lithiase biliaire, car je ne me reconnus pas le droit de priver un malheureux en proie aux atroces douleurs de la colique hépatique (où la glycérine ne me parut pas faire merveille après quelques essais) des bienfaits de la piqûre de morphine, qui réussit en pareil cas toujours si on atteint la dose convenable.

Done à quiconque venait d'avoir une crise de coliques hépatiques je donnais le conseil de prendre tous les matins, pendant des mois et même des années, une cuillerée à café de glycérine pure neutre, dans un demi-verre d'eau de Vichy ou d'eau de Vals.

Et alors, chose qui vous surprendra comme elle m'a surpris au début, je n'observai, désormais, chez aucun de mes malades, quelque graves, quelque répétées, quelque anciennes qu'eussent été ses crises de coliques hépatiques, plus jamais aucune manifestation de ce genre. Et cela sans les astreindre à un cure thermale quelconque ou à un régime particulier.

Et notez qu'il ne s'agissait pas de malades d'hôpital qu'on ne suit que rarement, mais de clients, d'amis, auxquels j'ai eu, au cours de plus de douze années de pratique, des occasions fréquentes de donner des soins pour toute autre affection. La lithiase biliaire avait chez eux à jamais disparu.

L'auteur cite alors quelques observations et ajoute.

“ Tels sont mes quatre premiers cas. Je pourrais vous en citer au moins cinquante autres de malades que j'ai vus une fois pour des coliques hépatiques et auxquels je n'ai plus jamais eu à donner des soins pour la même affection.

Je n'en retiendrai que trois dignes d'intérêt, l'un par la gravité des manifestations de la lithiase, les deux autres parce qu'ils montrent, à mon sens, d'une façon très évidente l'action de la glycérine.”

Observation I. — En décembre 1905, je suis appelé près d'un homme de 50 ans, ictérique, cachectisé, ayant le teint jaune-paille, en proie à des vomissements fréquents, ayant subi un amaigrissement considérable et présentant depuis plusieurs mois une anorexie presque absolue. Il est considéré comme atteint de cancer viscéral. Il a eu des hématuries, il présente une volumineuse tumeur dure à l'épigastre et quelques ganglions inguinaux. Bien qu'il n'y ait jamais eu de coliques hépatiques typiques, et que l'ictère puisse, en effet, être rattaché d'une plausible façon à une compression des voies biliaires, je me demande s'il ne s'agirait pas d'un cas de lithiase avec grosse vésicule et périécystite. En tous cas, comme le malade est inopérable, même s'il s'agit d'un cancer, je conseille de faire l'essai d'une cure de glycérine dont je prescris deux cuillerées à soupe tous les matins pendant quelques jours, puis une cuillerée à soupe pendant un certain temps. L'amélioration fut prompte; en deux mois tout était rentré dans l'ordre, la tumeur avait disparu avec l'ictère, le malade avait repris appétit

et embonpoint, et depuis il est retourné à son établi dans l'usine, où tout le monde le croyait irrémédiablement perdu.

Observation II. — Des deux autres cas, l'un concerne la mère d'un de nos confrères, âgée en ce moment de 72 ans, hémiphlégique, sujette depuis nombre d'années à des crises de coliques hépatiques calmées par la morphine. La glycérine est employée, les crises cessent. Mais la malade peu persévérante dans les choses médicales (comme on l'est généralement dans notre entourage) suspend trop tôt l'usage du remède. Une crise légère ne viron, au point que l'on avait renoncé aux piqûres de morphine, Cette fois, la leçon a porté ses fruits, la médication glycéricée est reprise et continuée longtemps et il ne survient plus aucun accident lithiasique.

Observation III. — Le dernier est celui d'une religieuse trinitaire qui, depuis plusieurs années souffrait de coliques hépatiques tellement fréquentes qu'elles se montraient tous les dix jours environ, au point que l'on avait renoncé aux piqûres de morphine, de peur de l'accoutumance. Sa vie était un véritable martyre. Sur mes conseils elle fait usage de la glycérine et bientôt elle est délivrée de ses atroces douleurs et peut reprendre ses occupations. Quelques mois plus tard on vient me chercher en toute hâte: Venez vite, Docteur, sœur Louise souffre à nouveau. — De quoi? demandai-je étonné voyant, non sans regret, le premier doute s'élever en mon esprit sur l'efficacité jusque-là incontestée pour moi, de la médication et persuadé de la fidélité de la sœur à suivre mes conseils. — Mais, de ses coliques hépatiques sûrement, car ce sont les mêmes symptômes me répond la religieuse qui venait me mander. J'hésitais à le croire et cependant force fut de me rendre à l'évidence. C'était bel et bien une crise de coliques hépatiques avérée, quoique beaucoup moins intense que celles que j'avais constatées jadis. J'interrogeai alors la malade et appris, avec joie je l'avoue, que, depuis quelques semaines, cette bonne âme, ayant peur de ruiner la communauté, avait, à l'insu de sa supérieure, supprimé l'usage de la glycérine. Désormais on la lui fit prendre ponctuellement chaque matin et les crises ne reparurent plus.

“Je me résume en vous disant que la belle découverte de Ferrand, à la mémoire duquel je rends hommage, est pour moi parfaitement établie et que nous possédons dans la glycérine un moyen sûr et facile d'éviter le retour des crises de coliques hépatiques. C'est du moins le résultat de mon expérience.”

DOSAGE SIMPLE, PRATIQUE, CLINIQUE, DU SUCRE DANS
L'URINE. (1)

Il n'est pas un praticien qui n'ait l'occasion de soigner des diabétiques et pour lequel l'obligation ne s'impose, tant au point de vue pronostique qu'au point de vue thérapeutique, de suivre de façon plus ou moins rigoureuse l'évolution de la glycosurie. Pour ce faire, le plus simple est évidemment d'envoyer suivant besoins le patient au pharmacien à fins d'analyse. Toutefois, il est maintes circonstances (modicité des ressources du patient, nécessité d'analyses multipliées, pluri-quotidiennes, etc.) où le clinicien doit être capable de procéder lui-même, très rapidement et sans autres ressources que le matériel le plus simple (tube à essai, liqueur de Fehling, lampe à alcool, compte-gouttes), à un dosage approximatif parfaitement approprié aux besoins de la clinique.

Il y parviendra de la façon suivante :

Dans un tube à essai, faire tomber 26 gouttes de liqueur de Fehling en se servant d'un compte-gouttes vérifié donnant 20 gouttes d'eau distillée par centimètre cube; faire bouillir; faire alors tomber dans la liqueur de Fehling, goutte à goutte, en les comptant, en se servant du même compte-gouttes, l'urine à examiner, jusqu'au moment de la précipitation de l'oxydure de cuivre et, partant, la décoloration de la liqueur de Fehling est complète. Le taux de glucose en grammes par litre de l'urine sera donné *approximativement* par le quotient du chiffre 100 par le nombre de gouttes d'urine reconnu nécessaire pour obtenir la réaction sus-

(1) Presse Médicale 1907.

dite: si une goutte a été suffisante, l'urine renferme $\frac{100}{1} = 100$ grammes de sucre; s'il en a fallu 10, l'urine renferme $\frac{100}{10} = 10$ grammes de sucre; s'il en a fallu 33, l'urine renferme $\frac{100}{33} = 3$ grammes de sucre, etc.

Tel est le procédé très simple, ultra-rapide et parfaitement clinique du dosage du sucre dans l'urine, qui permettra, en tout cas, de classer de façon très suffisamment précise, à un premier examen, le diabète considéré en diabète léger, moyen ou fort, et de suivre les variations, vraiment valables en clinique, du sucre dans l'urine.

Ce procédé, dont nous avons maintes fois vérifié la valeur approximative en procédant concurremment à un dosage par fermentation, est basé sur les considérations suivantes: 1° il faut environ 26 gouttes de liqueur de Fehling (préparée conformément aux indications classiques) pour 1 centimètre cube; 2° 1 centimètre cube de liqueur de Fehling normale est réduit par 5 milligrammes environ de glucose. Si donc 26 gouttes ou 1 centimètre cube de liqueur de Fehling sont complètement réduits par un volume d'urine déterminé, ce volume contiendra environ 5 milligrammes de glucose, si n est le nombre de gouttes nécessaires, on a:

$$n \text{ gouttes urine} = 0 \text{ gr. } 005 \text{ de glucose,}$$

et si l'on admet (et c'est là une légère cause d'erreur, surtout pour les urines très denses, très riches en sucre), si l'on admet qu'il y a 20 gouttes d'urine au centimètre cube, et, partant, 20,000 dans un litre, le nombre x de grammes de sucre contenu dans un litre sera donné par la formule

$$x = \frac{0,005 \times 20,000}{n} = \frac{5 \times 20}{n} = \frac{100}{n}$$

D'où la règle: *le nombre de grammes de sucre contenu dans une urine est égal au quotient de 100 par le nombre de gouttes d'urine reconnu nécessaire pour réduire complètement 1 centimètre cube ou 26 gouttes de liqueur de Fehling.*

Il serait tout à fait superflu de discuter ici les causes d'erreur inhérentes au procédé et que nous n'ignorons pas. Nous répétons encore une fois qu'il ne s'agit là que d'un procédé purement clinique qui se recommande par sa simplicité et sa très suffisante précision.

* * *

Une seule difficulté, mais réelle, du procédé, consiste à saisir avec précision le moment où la décoloration de la liqueur de Fehling est complète. On la diminuera beaucoup en employant une liqueur de Fehling ferrocyanurée obtenue en additionnant 100 centimètres cubes de liqueur de Fehling de 2 grammes de ferrocyanure de potassium; dans ces conditions, l'oxydure de cuivre rouge ne se précipite pas, la liqueur reste transparente au cours de sa réduction; il est donc beaucoup plus facile d'apprécier le moment où la liqueur bleue est complètement réduite et décolorée.

ALFRED MARTINET.

ACTUALITES

LETTRE OUVERTE A LA PROFESSION MEDICALE DE L'AMERIQUE (1).

Le 8 mai, le lendemain de la réunion de la "National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis," parut dans le "North American" de Philadelphie, un article à sensation, rédigé par M. Richard J. Beamish. D'après cet article, l'on me fait dire que durant la discussion de la communication du Dr Flick, sur le traitement médical des tuberculeux, j'avais conseillé de faire mourir, d'une manière prompte et sans douleur, les tuberculeux agonisants, en leur administrant de fortes doses de morphine, et d'avoir admis que j'agissais de la sorte dans ma pratique journalière. On disait, de plus, dans cet article, que les débats avaient été acrimonieux, et que la session s'était ajournée en dés-

(1) En toute justice pour notre ami, l'éminent phthisiologue de New-York, nous publions cette lettre avec empressement, car nous sommes convaincus qu'il y a eu malentendu sur la question qui y est débattue. (N. D. L. R.)

ordre. Ces rapports mensongers ont été reproduits par presque tous les journaux des Etats-Unis, des dépêches télégraphiques envoyées en Europe furent reproduites par la presse et les revues d'Angleterre, ainsi qu'à travers le continent Européen.

Malgré les explications et les dénégations que j'ai envoyées à la Presse Associée, malgré une lettre explicative envoyée aux principaux journaux de médecine en Amérique, par le Président, le Dr George Dock, qui donnait une version fidèle des remarques que j'avais faites, un rapport erroné a été publié, republié, et commenté, au grand détriment de la croisade antituberculeuse dans l'univers. Citons un exemple: — Des consomptifs ignorants de la ville de St-Louis, ayant lu ce mensonge, refusèrent de recevoir les garde-malades qui leur étaient envoyées par la société de secours de cette ville. Le "St. Louis Republic," qui a fait cette remarque, dit: — "Evidemment, les consomptifs, depuis qu'ils ont lu ce rapport, craignent que les garde-malades emploient de la morphine afin d'alléger leur souffrance."

LETTRE CIRCULAIRE AUTORISÉE PAR "THE NATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY AND PREVENTION OF TUBERCULOSIS"

Le 8 mai, dans le but de rapporter les remarques faites par le docteur S. A. Knopf de New York, devant la "National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis," divers journaux quodidiens lui ont fait dire: — "C'est mon habitude, et à vous votre devoir le plus sacré, lorsque vous êtes en présence d'un consomptif agonisant, de donner libéralement de la morphine au patient afin de terminer sa vie promptement et sans souffrance."

Le docteur Knopf ne s'est nullement exprimé de la sorte, mais depuis, malgré des explications immédiates, et des dénégations réitérées données par le docteur, un grand nombre de journaux de ce pays et d'Europe ont continué de publier ce rapport mensonger comme nouvelle authentique. Le docteur Frank Billings, de Chicago, Président de la "National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis," fait le rapport suivant: —

"Abstraction faite de la fausse position où l'on met le docteur

S. A. Knopf, et le tort qu'on lui fait, la publication de cet article ne peut manquer d'avoir un effet désastreux sur les tuberculeux impressionnables de tous les pays, et à les induire à se priver de soins médicaux."

Le rapport suivant du Professeur George Dock de l'Université de Michigan, qui a présidé la réunion à laquelle parla le docteur Knopf, devrait à l'avenir mettre fin à tous malentendus.

"J'ai entendu parfaitement ce qu'a dit le docteur Knopf, et je suis certain d'avoir bien compris ce qu'il a dit, et je suis sûr que tous ceux qui étaient présents ont aussi compris ce que le docteur a dit. Ses paroles n'ont pu en aucune manière être interprétées dans le sens rapporté par la presse publique. Il était parfaitement compris qu'il n'avait en vue que de soulager les malades aux prises avec la mort. Tout le monde sait que dans ces cas-là la vie est prolongée et rendue plus supportable par l'usage de la morphine.

LIVINGSTON FARRAND,

Secrétaire Exécutif.

J'avais espéré que ce rapport mettrait fin à tous nouveaux commentaires, et à la circulation de cette fausseté. J'avoue franchement qu'il me tardait de voir arriver le jour où ce mensonge cesserait d'être publié, car malgré la sympathie que mes confrères (pour laquelle je les remercie chaleureusement), n'ont cessé de me montrer dans cette fâcheuse circonstance, l'épreuve est devenue tout à fait insupportable. On dirait qu'un mensonge de cette nature s'efface difficilement, et que de temps en temps quelque médecin trop zélé lui donne une vigueur nouvelle. Citons un cas: — Grâce à l'obligeance du docteur George H. Simmons, éditeur du "Journal of the American Association," j'ai reçu une copie du "Kansas City Journal," la semaine dernière, contenant un article éditorial intitulé ainsi: — "Les docteurs doivent ils tuer?" duquel je cite ce qui suit: — "La question un docteur a-t-il le droit d'abrégé la vie d'un malade souffrant de maladie incurable, en lui administrant des anesthésiques, a reçu récemment une vigueur nouvelle par la déclaration faite par le docteur S. A. Knopf, devant le "Tuberculosis Congress," à Washington, conseillant de donner de fortes doses de morphine aux tuberculeux afin de mettre fin à leur agonie. Pour l'honneur de la profession

médicale, nous devons dire que généralement les docteurs repoussent cette idée comme atroce, et faisant violence à la morale médicale." Un médecin de Chicago, Dr Charles Gilbert Davis, a fait retentir ce rapport en disant: "Un médecin qui aurait fait une déclaration semblable devrait être pendu. La profession n'est pas descendue à un degré si méprisable qui l'oblige à se rendre meurtrière parce qu'elle n'a pas découvert la guérison de certaines maladies. Il n'y a rien d'incurable sous le soleil. Est-ce parce que le remède n'a pas encore été trouvé qu'il ne le sera jamais?"

Dans la lettre du Dr Doek citée plus haut, aussi bien que dans le compte-rendu autorisé par le Dr Frank Billings, la fausseté absolue des rapports de ces journaux était clairement démontrée, et il me semble qu'il n'était pas nécessaire que le Dr Davis fit connaître ses sentiments au profit de la presse laïque.

Egalement faux le rapport qui dit que l'ajournement prit fin dans le désordre, et que le débat qui suivit la communication du Dr Flick, condamnant l'usage de la morphine et de ses composés fut mouvementé et acrimonieux. Afin de réfuter ce reproche fait par M. Beamish à un nombre de médecins américains éminents qui ont dépensé leur vie à étudier la tuberculose, qu'il me soit permis de publier pour la première fois un extrait d'une lettre reçue récemment du Dr Joseph Walsh, secrétaire de section :—

"J'étais présent comme secrétaire de la section à laquelle vous avez parlé, et la réunion, au lieu de se terminer dans le désordre, comme l'ont dit les journaux, se termina d'une manière régulière, et votre rapport, qui a été compris par les membres de la profession médicale, recevrait leur appui."

Je supplie la presse médicale de l'Amérique de publier cette explication, espérant qu'elle aidera à chaque membre de la profession de mettre fin à l'inconcevable propos qu'un médecin fidèle à sa vocation, oserait avancer la doctrine d'abréger la vie aux malades confiés à ses soins. A chaque membre de la profession médicale de ce pays et de l'étranger, je fais un appel personnel de ne pas laisser passer l'occasion de déromper toute personne qui serait encore sous la fausse impression que moi ou tout autre membre de la profession médicale américaine abrége la vie des

consomptifs ou d'autres malades par l'administration du chliforme, de morphine, ou d'autres narcotiques semblables. Je fais cet appel non pas simplement par égard pour moi, mais surtout par égard pour la vérité, et par égard pour les tuberculeux souffrants.

S. A. KNOPF.

New York, le 30 juin 1907.

CHRONIQUE

Sur la voie de l'hygiène. — Le Petit Séminaire de Montréal vient de faire l'installation d'une magnifique salle de bain à l'usage des élèves.

Cette innovation a piqué notre curiosité et nous sommes allés visiter l'institution, où nous avons appris à conjuguer le verbe *aimer*.

De grands changements se sont opérés depuis quelques années. On a porté un soin tout particulier à l'éclairage des classes ; dans les salles d'étude, les pupitres ont été disposés et ordonnés de façon à ménager le plus de lumière possible aux élèves ; on prête une plus grande attention maintenant au développement physique ; la variété et le nombre des jeux athlétiques ont été augmentés. Enfin, les MM. de Saint-Sulpice ont compris l'importance de la culture physique et des soins hygiéniques dans l'éducation de la jeunesse, et ils ne négligent rien maintenant pour mettre en pratique les données d'hygiène les plus modernes.

La salle de bain qu'on vient de mettre à la disposition des séminaristes est parfaite. Située au sous-sol de l'établissement, elle est pourvue d'un système de chauffage à l'eau chaude et se compose de *vingt* cabines, isolées les unes des autres par des cloisons métalliques, et possédant toutes un système de douche que l'on peut régulariser à la température désirée. Le parquet est formé de blocs de tuile plate.

On nous a assuré que les élèves seront tenus de passer sous l'arrosoir au moins *une fois par semaine*.

En revenant de cette intéressante visite je me mis tout inconsciemment à faire un parallèle avec cette époque, pourtant pas très éloignée encore, où je faisais des lunes à mes culottes sur des bancs où bien d'autres générations avaient passé avant moi.

La pratique de l'hygiène était bien rudimentaire à cette époque! Elle valait, à peu près, celle de nos *gens de chantrier de Bytown*.

Le bain était une chose aussi ignorée pour un grand nombre de compagnons que l'existence du radium.

Aussi ceux qui n'avaient pas l'avantage d'aller chez leurs parents, au congé du mois, passaient toute l'année sans se laver le corps et les parties intimes. Et quand on ne se lave pas, on oublie parfois de changer de sous-vêtements.

Je me rappellerai longtemps d'une épidémie causée par le *pediculus vestimenti* (pou de corps), qui avait originé chez mon *compagnon de rang*, qui m'avait royalement contaminé.

Et dire que cet état de chose si déplorable, ce manque d'hygiène des temps primitifs, qui existait, hier à peine, à mon Alma mater, règne en souverain encore aujourd'hui dans un trop grand nombre de nos pensionnats. Mais ces maisons d'éducation devront forcément suivi l'exemple donné par le Petit Séminaire de Montréal et par plusieurs autres pensionnats de jeunes filles, si elles ne veulent pas être dénoncées par l'opinion publique, qui les évitera comme étant des institutions arriérées et d'un autre âge.

Les MM. de Saint-Sulpice ne se doutent peut-être pas de l'importance de l'éducation hygiénique qu'ils vont inculquer à leurs élèves. Quand on aura appris à la jeunesse à se tenir le corps rigoureusement propre, on aura déjà fait faire un grand pas à l'hygiène et aux bienfaits qui en découlent !

“*Canadian Medical Protection Association.*” — Cette association se réunira à Montréal, du 11 au 13 septembre, en même temps que la “*Canadian Medical Association,*” sous les auspices de laquelle elle avait été fondée en 1901.

L'association a pour but d'aider et de porter secours aux confrères qui sont injustement et malicieusement accusés de *malpractice*, ou que l'on veut *faire chanter*.

Tous les médecins du Dominion peuvent faire partie de cette association moyennant une souscription annuelle de \$3.00.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir lire, un peu plus loin, l'annonce de cette société de protection mutuelle, qui a déjà rendu de nombreux services aux membres de la profession médicale.

Congrès de Québec. — Depuis la publication du dernier numéro de l'UNION, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs médecins sérieux, qui portent un grand intérêt à notre "Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord." Ils se sont tous déclarés de notre opinion en ce qui concerne la date du prochain congrès.

Franchement, remettre la date du congrès à 1909, pour attendre les fêtes du tricentenaire de Québec, serait créer un précédent qui mettrait un obstacle au fonctionnement de l'Association, qui devrait être strictement périodique.

Maintenant que l'on a commencé au pays l'ère de la célébration des centenaires, chaque ville aura le sien, son centenaire, qu'elle célébrera avec plus ou moins d'éclat. Il nous faudrait alors retarder ou avancer la date de nos réunions, pour les faire coïncider avec ces fêtes historiques? Cette manière d'agir ne serait pas digne d'une association que l'on veut sérieuse!

D'ailleurs, comme nous le disions dans notre dernière chronique, dans presque tous les congrès il y a toujours trop de fêtes qui viennent paralyser et entraver la marche des travaux. Nous en avons eu un bon exemple au congrès de Trois-Rivières où, malgré le zèle, le dévouement et la bonne volonté des organisateurs, la dernière séance a été écourtée et précipitée pour nous permettre de faire une excursion pittoresque et des plus agréables, personne ne l'a contredit.

Profitions donc de l'expérience que nous avons acquise aux trois derniers congrès, et réunissons-nous, tel que convenu, en juin 1908. Rien ne nous empêchera de retourner aux fêtes du Tricentenaire, mais nous y participerons libres de tout souci!

Honoraires pour examen d'assurance. — "The Equitable Life Assurance Society," par l'entremise de son médecin en chef, M. John Warren, vient d'annoncer à la "Société Médicale de Joliette" qu'elle a décidé d'accorder \$5.00 pour tout examen médical, et qu'une somme additionnelle de \$5.00 sera allouée chaque fois qu'un examen microscopique sera jugé nécessaire.

A cette occasion nous croyons devoir offrir nos félicitations à la Société de Joliette, et au docteur Laurendeau en particulier, qui avait pris l'initiative de cette réclamation.

Avec un peu d'entente et de solidarité de la part des membres de la profession médicale, toutes les compagnies d'assurance, faisant affaire dans la Province, devront se rendre à cette juste revendication.

Congrès Français de Médecine. — Cette société savante tiendra sa 91ème session à Paris, du 14 au 16 octobre 1907.

Des rapports seront lus sur :

- 1° Le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.
- 2° La pathogénie et le traitement du goître exophtalmique.
- 3° L'hémophilie.

Aussitôt que ces rapports seront publiés, l'UNION MÉDICALE se fera un devoir d'en donner des analyses à ses lecteurs.

Institut hydro-électrothérapique. — Il est rumored que M. de Blois, de Trois-Rivières, établisse une succursale de son Institut à L'Annonciation.

Le Touriste. — Nous accusons réception d'un nouveau journal "Le Touriste," publié sous la direction de M. L.-J. Rivet, dont la réputation de cicérone est bien connue par les pèlerinages à Lourdes qu'il a organisés jusqu'en ces dernières années et qui ont été couronnés de succès.

Le Touriste vient à son heure. Le voyageur y trouvera tous les renseignements désirables, soit pour le choix d'une redaction dans l'un quelconque de nos palais flottants, soit pour l'itinéraire à suivre dans les voyages circulaires si prisés des touristes.

Nous souhaitons la bienvenue à ce nouveau confrère.

DR J. LEDUC.

Nécrologie. — M. le docteur J. Leduc vient de succomber à une attaque aiguë d'urémie, dit-on.

M. Leduc avait fondé, avec feu le Dr Gaspard Archambault, « l'Institut Vaccinal de Montréal. »

Nous offrons nos plus vives sympathies à notre confrère et ami, M. J. A. Leduc.

Z. RIÉAUME.

ANALYSES

CHIRURGIE

Le traitement par la simple ponction des abcès péri-appendiculaires.

Dans la séance du 14 mai de la Société de Médecine de Hambourg, M. Lenharz a fait une communication sur son procédé de traiter les abcès d'origine appendiculaire, lequel consiste en une ou plusieurs ponctions aspiratrices de la poche purulente.

Ces ponctions sont faites au moyen d'une seringue cubant 10 centimètres et armée d'une aiguille de 12 centimètres de longueur.

L'auteur a adopté ce procédé après avoir pu se convaincre que le traitement par l'incision est, dans certains cas, la cause de péritonites.

La ponction présenterait sur l'incision encore d'autres avantages, tels que moindre temps pour atteindre la guérison opératoire, meilleures conditions pour l'appendicectomie secondaire ou tardive, et absence d'éventration.

Sur 287 cas d'abcès appendiculaires que l'auteur a eu l'occasion de traiter par la ponction, 18 malades seulement ont succombé.

La stérilité chez le mâle; son traitement quand elle est due à une double épидидymite. — (William et le Quinby. *Boston Med. and Surg. J.* No 19, 1906).

Dans tout cas de stérilité, le mari doit être examiné avec autant de soin que la femme. La cause de la stérilité réside chez lui dans la proportion de 16 à 30 p. 100, selon les statistiques.

Cette cause, dans la majorité des cas (90% d'après Martin), est due à l'oblitération de la queue de l'épididyme par un noyau de sclérose, consécutive à une épидидymite double.

Le passage des spermatozoïdes peut être rétabli par une anastomose entre l'épididyme au-dessus de la sténose et le canal déférent. Cette intervention a été pratiquée avec succès chez le chien et chez l'homme par Martin, chez le

cobaye par l'auteur. Quinby, après ligature de l'épididyme chez ces animaux, a établi l'anastomose du déférent avec l'épididyme et a montré que la perméabilité était rétablie de deux manières :

1° Par des coupes histologiques ;

2° Par l'éjaculation, par excitation électrique des nerfs hypogastriques et examen du sperme qui contenait des spermatozoïdes mobiles.

Une telle opération n'offre pas de gravité, ni de grosse difficulté opératoire en se servant d'aiguilles et de fil très fin. Il convient seulement de s'assurer de la perméabilité de l'épididyme au point où l'on va pratiquer l'anastomose, en ponctionnant et aspirant avec une seringue une goutte de liquide. L'examen extemporané du liquide montrera ou non la présence de spermatozoïdes mobiles.

L'anastomose double donne naturellement plus de chances de succès que l'anastomose d'un seul côté.

Epithélioma primitif de la vésicule biliaire. — (*Soc. de Chirurgie*, Paris, juin, 1907).

M. Michaux présente une pièce très curieuse et très intéressante.

Il s'agit d'un épithélioma primitif de la vésicule biliaire pris pour un épithélioma de l'ovaire.

Le ventre ouvert, M. Michaux croyait avoir affaire à un épithélioma de l'ovaire ; après avoir détaché, non sans peine, la poche de toutes ses adhérences, cherchant son pédicule du côté des annexes, il vit qu'il fallait aller le chercher beaucoup plus haut et fut ainsi amené jusqu'à la vésicule biliaire qui était le siège primitif de cet épithélioma.

Sur la réinfection syphilitique. — (*Karl Oplatek, Wiener klin Wochens*, avril, 1907, *Lemierre, Gaz. Hop.*).

Un homme se présenta en décembre 1900 à la clinique dermatologique de Prague, porteur d'un chancre induré du sillon balano-préputial. En janvier 1901 se montrèrent une éruption cutanée spécifique, des adénopathies multiples, des plaques muqueuses au niveau du pharynx et du scrotum, puis une irido-choroïdite syphilitique qui céda au traitement mercuriel. Depuis lors cet homme ne présenta aucun accident.

Au commencement de 1907 il revint de nouveau à la même clinique, présentant un chancre induré du sillon balano-préputial. Six semaines plus tard se montra une éruption papuleuse qui s'étendit à tout le tronc et aux organes génitaux. Dans le frottis de la sérosité d'une papule on trouva de nombreux spirochaetes pallida de Schaudinn.

Les deux fois l'accident primitif apparut trois semaines après un coït extra-conjugal. Il s'agit d'un cas de réinfection syphilitique non douteux.

Z. RHÉAUME

NEUROLOGIE

Véronal, sa valeur en thérapeutique, par *Likoudy*, (Médecin russe; — Rev. Neur.

Le véronal paraît actuellement l'un des meilleurs moyens hypnotiques ; il se distingue par son innocuité et par son efficacité. La dose moyenne est la suivante ; 0,3 grammes pour les femmes et 0,5 grammes pour les hommes. Le sommeil survient en une $\frac{1}{2}$ heure et dure 6 - 9 heures. Le véronal peut être surtout employé avec succès, dans les affections nerveuses, de préférence les affections fonctionnelles, et l'insomnie passagère, qui n'est pas provoquée par les lésions organiques profondes. A l'usage prolongé, de plus d'une semaine, du véronal on observe l'habitude de l'organisme à ce dernier ; vu cela il vaut mieux le prescrire pas plus que pour 3 jours de suite et il faut toujours alterner les jours où l'on prend le véronal avec des jours de repos. On observe très peu de complications provoquées par le véronal ; les plus fréquentes sont : les vertiges et de la céphalée le matin après le réveil. En outre, le véronal possède la propriété de diminuer les transpirations nocturnes.

Valeur des examens cytologiques du liquide céphalo-rachidien en neurologie, par *F. Apell*. (Monatsschi, f. Psych. u. Neurol. — L'Encéphale)

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a une valeur diagnostique indiscutable ; il reste encore à déterminer si la lymphocytose est un symptôme précoce.

2° Sa constance dans le tabes et son absence constante dans la polyérite alcoolique, sa constatation dans seulement 50 p. 100 des cas de syphilis récente ou plus ancienne, en réhaussent la valeur diagnostique. Elle semble être un symptôme initial du tabes.

3° On ne peut affirmer que la constatation d'une forte lymphocytose chez des neurasthéniques, anciens syphilitiques, et présentant des signes tabétiques suffit à faire poser le diagnostic de tabes.

4° Parmi les autres affection nerveuses organiques, la sclérose en plaques et les tumeurs cérébrales semblent donner dans certains cas une lymphocytose marquée.

5° Chez les malades atteints de névroses ou chez des individus sains, il n'existe pas de lymphocytose.

Neurasthénie.

Au dernier Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie, son distingué président, M. le docteur J. Crocq, a pris comme sujet de son discours inaugural, la neurasthénie considérée dans sa définition. Il lui semble qu'une confusion de plus en plus marquée s'établit sur ce sujet, confusion entraînant, en pratique, des erreurs regrettables. Il cite, à titre d'exemples, quatre cas dans lesquels le diagnostic de neurasthénie fut posé. "Le premier seul était atteint de neurasthénie vraie, le second était un dégénéré héréditaire ayant présenté des symptômes neurasthéniformes, le troisième a vu sa démence précoce débiter à une période névrosique, et le quatrième a commencé sa paralysie générale par des troubles nerveux ayant quelque analogie avec les phénomènes neurasthéniques."

Il continue: "J'ajoute qu'il est possible de distinguer ces différents états, et que le médecin a le devoir de prévoir leur évolution; je pense que celui qui berce les familles d'un espoir fictif en diagnostiquant une neurasthénie, maladie curable, chez un patient, atteint d'une dégénérescence constitutionnelle, d'une démence précoce, d'une paralysie générale, d'un tabès, d'une vésanie quelconque, je pense que ce praticien manque à tous ses devoirs. Il est bien certain que tous les médecins ne peuvent être au courant des moyens que nous possédons de poser ce diagnostic, moyens qui résultent de l'observation de cas innombrables et qui consistent plus souvent en une guérison personnelle résultant de l'aspect général du malade que de la constatation de tel ou tel symptôme pathognomonique; aussi est-il de leur devoir de soumettre ces cas aux spécialistes, rompus à ces sortes d'examen."

Le docteur Crocq s'inscrit en faux contre les idées modernes résumées dans cette phrase, écrite par Godlewski en 1904: "il n'y a pas *une* neurasthénie, mais *des* neurasthénies," et croit qu'il y a une neurasthénie vraie et des états neurasthéniformes multiples. Il considère cette neurasthénie vraie, "ni comme un état morbide héréditaire ou constitutionnel, ni comme un syndrome vague dont l'issue est indéterminée, mais bien comme une *maladie*, comme une entité morbide nettement établie." Il élimine ainsi les innombrables dégénérés; tous les abrutis, bizarres, instables, originaux, dégénérés, toxicomanes, phobiques.

"Elle n'exige pas un terrain héréditairement ou constitutionnellement prédisposé; elle reconnaît comme causes le surmenage intellectuel, les intoxications, auto-intoxications et toxi-infections, les chagrins prolongés, les traumatismes, quelquefois le surmenage physique."

"Elle a pour stigmates: la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie neuro-musculaire, la rachialgie, la dyspepsie; et pour symptômes: des vertiges, des angoisses, des douleurs erratiques ou localisées, des troubles urinaires, cardiaques, sexuels, du tremblement, la dilatation des pupilles, le refroidissement des extrémités, etc. Elle guérit complètement en quelques semaines ou quelques mois. Chez les neurasthéniques héréditaires, au contraire, le pronostic est sombre. "Chez eux, le système nerveux est le *locus minoris resistentiac*, il est asthénique de naissance, tandis que chez le neurasthénique vrai, l'épuisement nerveux est accidentel et se produit avec l'influence de causes appréciables. Les premiers ont des accumulateurs cérébraux mal établis; le meilleur praticien ne pourra qu'obvier à ces vices de construction. Les seconds ont leurs accumulateurs momentanément dérangés, mais leur qualité étant irréprochable, il suffira d'une cure bien comprise pour les remettre en parfait état de perfectionnement."

"La neurasthénie vraie diffère donc des états neurasthéniformes constitutionnels, non seulement par son évolution clinique, mais encore par son pronostic, et si certains praticiens se montrent réfractaires aux satisfactions que peut procurer l'établissement d'un diagnostic scientifique précis, ils ne peuvent rester indifférents lorsqu'il s'agit de les éclairer sur l'avenir de leurs malades et lorsqu'on leur offre le moyen d'éviter des erreurs grossières."

Il faut de plus différencier les phénomènes d'asthénie nerveuse que l'on rencontre au cours de maladies organiques du système nerveux.

L'auteur conclut : 1° La neurasthénie vraie, maladie autonome, est curable; 2° Les états neurasthéniformes constitutionnels contre lesquels notre thérapeutique est le plus souvent languissante; 3° Les syndromes neurasthéniformes accompagnant certaines maladies organiques, et dont le pronostic varie suivant la nature même de ces maladies.

E. P. CHAGNON.

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'ulcère de l'estomac. Journal Méd. et Chir. prat., 10 juin 1907.

Parmi les médicaments qui ont été préconisés pour le traitement de l'ulcère de l'estomac, le bicarbonate de soude tient une place des plus importantes. M. le Dr Lemoine (de Lille) donne, dans le *Nord Médical*, des indications utiles pour l'emploi de ce médicament qui a pour but de corriger l'hyperacidité du suc gastrique, et l'apprécie ainsi qu'il suit :

Il est certain que l'usage des alcalins améliore rapidement la plupart des symptômes de l'ulcère ; mais si l'on veut qu'ils agissent, il faut les donner à doses assez élevées : 10 à 15 grammes de bicarbonate de soude par jour, par exemple, ce qui est ordinairement suffisant pour calmer les douleurs gastriques, par cuillerées à café dans un peu d'eau ou de lait. Debove croit utile d'en donner 20 à 30 grammes par jour, dose qui paraîtra un peu forte. La quantité à donner est du reste fort variable selon les malades ; il faut l'augmenter jusqu'à ce que les douleurs cessent. Il faut savoir que le bicarbonate de soude augmente beaucoup la quantité des urines et produit une soif marquée.

Il arrive que ces malades soumis au traitement par le bicarbonate de soude à haute dose présentent de la diarrhée : M. Lemoine conseille alors, avec Debove, d'ajouter au bicarbonate de soude un alcalin constipant, comme la craie préparée : l'on formulera par exemple les cachets suivants :

Bicarbonate de soude.	0 gramme 60 centigr.
Craie préparée.	0 gramme 60 centigr.

pour un paquet, à prendre un paquet toutes les heures ; au bout de quelque temps on les remplacera par les suivants :

Bicarbonate de soude.	0 gramme 60 centigr.
Craie préparée.	} 0 gramme 60 centigr.
Magnésie calcinée.	

dont la teneur en craie préparée et en magnésie calcinée variera, suivant que le malade tend à avoir de la diarrhée ou à être constipé.

Le bicarbonate de soude est l'alcalin le meilleur et le plus justement utilisé dans le traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère de l'estomac ; il n'est toutefois pas sans encourir certains reproches : dans l'estomac, le bicarbonate de soude, se décompose surtout en lactate de soude, en chlorure de sodium et

en d'autres sels purgatifs ; il provoque donc de la diarrhée : c'est un inconvénient dont on vient facilement à bout en adjoignant au bicarbonate de soude un agent constipant comme l'opium, la craie préparée. Mais la formation de chlorure de sodium est d'une conséquence plus grave, car elle permet la formation d'une nouvelle quantité d'acide chlorhydrique : aussi, pour l'éviter, on doit avoir grand soin de ne jamais employer le bicarbonate de soude seul et de lui *adjoindre d'autres alcalins, des poudres inertes*, et qui ont pour action d'empêcher en partie la formation du chlorure de sodium. M. Lemoine se sert avec succès des paquets suivants, pris à raison de 4 à 5 par jour :

Bicarbonate de soude	1 gramme
Carbonate de chaux	0 gramme 30 centigr.
Sous-nitrate de bismuth	0 gramme 20 centigr.
Bicarbonate de soude	0 gramme 60 centigr.
Saccharure de chaux	0 gramme 20 centigr.
Poudre de tale	0 gramme 30 centigr.
Salicylate de bismuth	0 gramme 40 centigr.
Bicarbonate de soude	0 gramme 50 centigr.
Craie préparée	0 gramme 25 centigr.
Sous-nitrate de bismuth	0 gramme 25 centigr.
Poudre d'opium	0 gramme 01 centigr.
Bicarbonate de soude	0 gramme 60 centigr.
Magnésie calcinée	0 gramme 20 centigr.
Poudre de tale	0 gramme 20 centigr.
Poudre de belladone	0 gramme 02 centigr.

Ces deux dernières formules s'adressent surtout aux cas d'ulcère avec hyper-sécrétion ou dans les formes douloureuses.

Pour favoriser la cicatrisation, M. Lemoine conseille le sous-nitrate de bismuth sous la forme suivante :

Sous-nitrate de bismuth	15 grammes
Eau gommeuse	60 grammes

à prendre par cuillerées à soupe en l'espace de deux heures.

Cette médication est continuée pendant deux jours seulement, puis on diminue alors les doses de 15 à 5 grammes pendant 5 ou 6 jours, on cesse alors le bismuth et on a recours aux alcalins habituels.

Pour éviter la constipation, on conseille la prise de magnésie à raison de 0

Traitement de la rougeur du nez.

Les *Archives internationales de laryngologie* résument un travail du Dr Bruck (de Berlin) relatif à un accident très désagréable pour ceux qui en sont atteints; il s'agit de la rougeur du nez qui survient subitement chez certains individus (quand ils passent d'une atmosphère froide dans une cham-

bre chaude, quand ils prennent des aliments chauds ou des boissons chaudes, quand ils boivent du vin).

Pour Bruck, la cause en est une diminution de la tonicité des vaisseaux cutanés. Comme moyen thérapeutique, il s'est très bien trouvé de la benzine en application sur le nez : le froid dégagé par son évaporation provoque la constriction des vaisseaux.

On doit, pour les applications, employer un tissu qui peut absorber une notable quantité de benzine : on se servira par exemple de plusieurs épaisseurs de mousseline trempées dans la benzine. On les applique, sans frotter, sur le nez pendant peu de temps. L'aspect brillant du nez disparaît pour un certain temps ; il redevient pâle et terne.

PHARMACOLOGIE

Contre les sueurs des phthisiques :

Donnez 3 ou 4 fois 10 à 12 gouttes du mélange suivant :

Essence de sauge	X gouttes
Alcool à 90°	25 grammes

Potion hypnotique pour un enfant de 3 ans :

Uréthane	0 gr. 40 centigr.
Sirop de fleur d'oranger.....	20 grammes
Eau distillée	30 —

Par cuillerées à dessert toutes les $\frac{1}{2}$ d'heure jusqu'à sommeil.

Pilules apéritives :

Poudre de noix vomique.....	0 gr. 50
Masse pilulaire glycinée.....	1 gr.

Pour 10 pilules. Prendre une de ces pilules avant les repas.

BARDET

Sirop contre la coqueluche :

Donner 2 cuillerées à café par années d'âge du sirop :

Benzoate de gaïacol	0 gr. 25
Sulfonal.....	0 gr. 50
Sirop de terpine.....	} àà q. s. p. cc. 125
Sirop de tolu.....	
Sirop de capillaire.....	

Contre la diarrhée infantile :

Lait.....	100 gr.
Eau bouillie.....	50 gr.
Sucre.....	5 gr.
Eau oxygénée.....	XX gouttes

GALLOIS et WALTER

Liniment contre les douleurs de l'entéro-colite muco-membraneuse :

Appliquer sur l'abdomen un carré de flanelle imbibée de liniment suivant :

Baume tranquille.....	40 grammes
Extrait thébaïque.....	} à 2 grammes
— de belladone.....	
— de jusquiame.....	
Chloroforme	10 grammes

ROBIN

Contre le coryza simple des nouveau-nés :

Instillations, matin et soir, dans les narines avec :

Glycérine bien stérilisée	30 grammes
Acide borique.....	1 gramme

BARDET

BIBLIOGRAPHIE

Précis de pharmacologie, art de formuler, matière médicale, indications thérapeutiques et posologie par le Dr A. Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Un vol. in-18 de 1716 pages, avec 105 figures dans le texte, cartonné, 10 fr. chez Rudeval, 4 rue Antoine Dubois, Paris.

Pour pouvoir appliquer au malade la médication qui lui convient, c'est à dire faire œuvre de thérapeute, le médecin doit connaître avec précision et en détail les origines, les propriétés physiques, chimiques, organoleptiques, les actions physiologiques, dynamogéniques et toxiques des physiologiques, dynamogéniques et toxiques des agents employés en médecine, pour choisir la forme pharmacologique et la voie d'introduction appropriée à l'action thérapeutique qu'il veut obtenir.

Il lui faut donc connaître la posologie, la pharmacodynamie, la pharmacie, la matière médicale, c'est-à-dire savoir la *pharmacologie*.

Réunir les multiples renseignements d'ordre divers qui permettent d'utiliser judicieusement les ressources de l'arsenal thérapeutique ; exposer avec clarté et précisions ces notions, en faire un choix suivant leur importance, tel est le but que doit remplir un précis de pharmacologie.

Par ses études, la nature de ses travaux, par ses connaissances techniques et scientifiques, l'auteur de ce précis était mieux préparé que quiconque pour réaliser ce programme et choisir les documents utiles qu'il importe de mettre en lumière, parce qu'indispensables à connaître pour tous.

L'élève qui apprend l'art de guérir, le praticien qui l'applique trouveront réunis dans cet ouvrage les renseignements qui le plus souvent sont éparés dans

les divers traités et publications ; ce qui leur évitera une perte de temps précieuse, des recherches fastidieuses et parfois stériles.

Ce précis est divisé en deux parties.

La première est consacrée à l'**art de formuler**. L'auteur décrit en détail la façon de rédiger correctement une ordonnance ; il insiste particulièrement sur les associations médicamenteuses, les incompatibilités, l'antagonisme, sur la posologie des principes actifs, les doses, l'accoutumance, l'intolérance, l'accumulation, sur l'absorption et l'élimination des médicaments.

Les formes pharmaceutiques des médicaments officinaux et magistraux, les voies d'introduction des médicaments, leur absorption, leur élimination font l'objet de chapitres spéciaux.

La seconde partie traite de la matière médicale et de la pharmacologie, elle est consacrée à l'étude particulière des principaux médicaments et comporte leur description, l'exposé de leurs propriétés chimiques, physiques, organoleptiques ; de leur action physiologique, de leur posologie, de leurs principales indications thérapeutiques.

De nombreuses formules citées comme exemples peuvent servir de types pour la rédaction de formules magistrales, elles indiquent pour chaque médicament les formes pharmaceutiques les plus fréquemment utilisées.

Les divers médicaments sont étudiés en suivant la classification chimique ; les drogues végétales sont classées suivant la classification botanique ; les alcaloïdes sont étudiés en même temps que les drogues dont ils constituent les principes actifs.

De nombreuses figures illustrent les descriptions morphologiques des drogues végétales ; rompant avec la tradition, l'auteur a tenu à représenter la drogue telle qu'elle se trouve dans l'officine du pharmacien, telle qu'elle est débitée au client, de façon que le lecteur se familiarisant avec cet aspect puisse les reconnaître facilement.

Par sa clarté d'exposition, par le choix des nombreuses formules magistrales, par la diversité et l'importance des renseignements chimiques, pharmacodynamiques, pharmaceutiques ; par les notions sur les incompatibilités, la posologie, par les indications thérapeutiques qui s'y trouvent, ce livre est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens : médecins et pharmaciens, qui ont besoin de se remémorer constamment les notions indispensables à connaître pour rédiger ou exécuter correctement les ordonnances magistrales.

Bibliothèque Canadienne, fondée par F. R. de Rudeval, éditeur,
4, Rue Antoine Dubois, Paris VIe. Directeur littéraire : Ch.
ab der Halden.

Les précédentes *Etudes de Littérature canadienne française* du même auteur, publiées en 1904 et couronnées par l'Académie française, ont déjà fait connaître les efforts des écrivains qui, depuis un demi-siècle, défendent aux bords du Saint-Laurent les droits de notre langue maternelle.

Les NOUVELLES ETUDES de M. ab de: Halden sont le fruit de longues, patientes et minutieuses recherches. On y voit la figure si étrange et si originale du chroniqueur Arthur Buies, élevé à Paris, et qui fut un peu l'enfant terrible du Canada vers 1860. L'auteur ne s'est pas borné à dépouiller les textes, il a encore interrogé les témoins, aujourd'hui bien clairsemés, d'une époque disparue, et, les contrôlant l'un par l'autre, il a vraiment fait revivre son héros. On trouve aussi dans ce livre des appréciations parfois un peu mordantes, mais toujours illustrées d'amples et curieuses citations, sur les poètes canadiens d'aujourd'hui. En particulier des pages très neuves et très vivantes font connaître l'École littéraire de Montréal, ce cénacle de jeunes écrivains qui tentèrent dans les dernières années du XIX^e siècle, de renouveler la littérature de leur pays. La silhouette maladroite de M. Albert Lozeau, le délicat poète de *l'Âme solitaire*, l'ombre mélancolique d'Emile Nelligan, à la tragique destinée, donnent à ce volume un intérêt humain, tandis qu'un chapitre ému sur les vieilles chansons populaires permet d'évoquer le temps à jamais évanoui où le Canada s'appelait la Nouvelle-France.

Nouvelles Etudes de Littérature Canadienne Française, Chansons populaires et Jeux enfantins — Arthur Buies — Laure Conan — Henri d'Arles — M. William Chapman — M. Pamphile Le May — L'École Littéraire — M. Albert Lozeau — Emile Nelligan, par Charles ab der Halden. Un volume in-18 Jésus de XVI-380 pages. 4 francs.

La **Bibliothèque Canadienne** a pour but d'encourager le développement des lettres françaises dans l'Amérique du Nord.

Malgré des conditions infiniment pénibles, les Canadiens ont su garder, dans la Province de Québec, leur langue maternelle qui est la nôtre, et ils comptent déjà un certain nombre d'écrivains auxquels nous devons, sinon des chefs-d'œuvre, du moins des ouvrages intéressants. Le moment semble venu de favoriser leur essor, *en mettant en rapports directs les auteurs canadiens avec le public et la critique française*, et en leur offrant les moyens de publicité dont dispose une **maison d'édition parisienne**.

Respectueuse de toutes convictions politiques, religieuses ou philosophiques, la **Bibliothèque Canadienne** accueillera les œuvres dignes d'intérêt qui lui demanderont l'hospitalité. Ne recherchant pas autre chose que la prospérité de notre langue, elle veut que son estampille soit une garantie de valeur littéraire.

La **Bibliothèque** présentera donc aux publics français et canadien trois sortes d'ouvrages :

Les **Œuvres inédites** d'auteurs **Canadiens** contemporains.

Les **Meilleures pages** de leurs devanciers.

Des **Etudes critiques**, dues à des écrivains des deux nationalités.

Elle espère servir utilement la cause de la langue française sur le Nouveau Continent.

Précédemment parus :

CH. AB DÈR HALDEN, *Études de littérature canadienne française*, précédées d'une Introduction de M. Louis Herbette, Conseiller d'État. Ouvrage couronné par l'Académie Française (Prix Bordin). 1 vol. in-18 jésus de CIV-354 pages. 4 fr.

CH. AB DÈR HALDEN, *Nouvelles études de littérature canadienne française*. 1 vol. in-18 jésus de XVI-380 pages. 4 fr.

ALBERT LOZEAU, *L'Âme Solitaire*, Poésies, 1 vol. in-18 jésus de XII-224 pages, édition de luxe. 3 fr. 50

En préparation :

SIR WILFRID LAURIER, *Discours*, avec une préface de l'Honorable L.-O. David, sénateur.

HECTOR FABRE, Commissaire Général du Canada en France. *Souvenirs d'un Journaliste Canadien*.

ALFRED DE JELLES, Bibliothécaire du Parlement fédéral d'Ottawa. *En France et au Canada* (Souvenirs et impressions).

Et d'autres ouvrages d'ARTHUR BUIES, PHILIPPE AUBERT DE GASPÉ, MM. LOUVIGNY DE MONTIGNY, ERNEST MYRAND, etc . .

Précis de pathologie interne, par MM. Balthazard, Cestan, H. Claude, Macaigne, Nicolas & Verger, Agrégés des Facultés De médecine, secrétaire de la rédaction : M. Balthazard. Préface de M. le Professeur Bouchard. Tome I. — Maladies infectieuses (Nicolas). — Intoxications (Balthazard). Tome II. — Nutrition, Sang (Balthazard). — Cœur, Poumons (Macaigne). Tome III. — Tube digestif, Péritoine, Pancréas (Balthazard). Foie, Reins, Capsules surrénales (Claude). Tome IV. — Système nerveux (Cestan et Verger). Prix de l'ouvrage complet en 4 volumes cartonnés, 32 fr. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

“ Six agrégés de nos Facultés de médecine, tous issus du même concours, liés par la communauté de sentiments, de pensées, d'idéal scientifique, de doctrine et de discipline qui résulte du travail en commun, après avoir étudié ensemble, lutté ensemble, triomphé ensemble, ont eu l'idée de mettre une fois encore leurs efforts en commun. Ils apportent aujourd'hui aux élèves et aux médecins les quatre volumes du **Précis de pathologie interne** qu'ils ont conçus et exécutés ensemble, dans une parfaite conformité de vues, tant pour le but à atteindre que pour les moyens à mettre en œuvre. ”

Ainsi débute la préface que le professeur BOUCHARD a écrite pour le nouveau **Précis de pathologie interne**. Telle est en effet la caractéristique de ce nouvel ouvrage, d'être écrit par six agrégés qui, s'occupant eux-mêmes des moindres détails des chapitres confiés à chacun d'eux, ont néanmoins fait une

œuvre homogène, tant par les proportions données à chaque partie de l'ouvrage que par la conception pédagogique qui les a tous dirigés. Se tenir à égale distance de ces livres de pathologie interne, si abrégés qu'ils ne sont, à vrai dire, que des tableaux synoptiques, et des gros traités, inabornables pour les étudiants qui aspirent uniquement à devenir de bons praticiens, a été le but des auteurs. Ceux-ci ont encore évité de donner, comme dans certains livres classiques, un développement exagéré aux questions qui ont été l'objet de leurs recherches personnelles et de négliger les autres; en un mot ils ont sacrifié leurs convenances particulières et se sont laissé guider uniquement, pour les proportions à donner à leurs articles, par l'importance pratique qui s'attache à chacun d'eux.

Il n'existe pas de pathologie élémentaire et la seule manière moderne d'étudier la pathologie consiste à ne rien négliger des découvertes scientifiques capables d'apporter au médecin une arme dans la *lutte pour la conservation de la vie* (d'après l'heureuse expression du professeur Pinard). " Suivant une résolution concertée dès la première heure et à laquelle ils sont restés constamment fidèles, les auteurs disent tout ce qu'il est nécessaire que l'élève apprenne et que le médecin connaisse pour régler sa pratique et l'éclairer. La pratique est le but duquel rien ne le détourne; mais les connaissances théoriques seules permettent de choisir parmi les données qui assurent le diagnostic ou celles qui règlent les indications de l'intervention thérapeutique. Sans la science, la pratique reste aveugle. Au point où nous a conduits l'œuvre des quarante dernières années, la séméiotique et la thérapeutique ne valent que si elles sont éclairées par l'étiologie et la pathogénie. Savoir ce que l'on doit faire et pourquoi on le doit faire, c'est le minimum de la connaissance. Estimons-nous heureux si nous atteignons ce minimum" (Boucharde).

Dans le *tome I*, M. NICOLAS (de Lyon) a écrit l'histoire des **maladies parasitaires**, causées par les microbes, les champignons, les parasites animaux. La haute compétence de l'auteur en matière de pathologie expérimentale microbienne se reflète à toutes les pages de son œuvre et la description clinique de chaque maladie infectieuse, toujours simple et précise, se trouve singulièrement éclairée, ainsi que le diagnostic, par l'exposé succinct des découvertes bactériologiques récentes. Certains paragraphes constituent de véritables monographies, tels ceux qui concernent la fièvre typhoïde, la tuberculose, la maladie du sommeil, etc. Mais il faut avant tout louer le jeune professeur de syphiligraphie de Lyon de la description tout à fait remarquable qu'il a faite de la syphilis; l'étude du parasite de la maladie, le *Treponema pallidum*, s'y trouve exposée par un de ceux qui ont le plus contribué à démontrer son rôle étiologique.

Dans le même volume, M. BALTHAZARD résume l'histoire des **intoxications** et des **auto-intoxications**; il montre combien il est intéressant de rapprocher la description des maladies par auto-intoxications de celle des processus morbides engendrés par l'introduction des poisons exogènes dans l'organisme. Parmi les intoxications l'auteur s'est surtout attaché à décrire celles qui ont une importance en hygiène professionnelle: tels le saturnisme, l'hydrargyrisme; en hygiène individuelle: tels l'alcoolisme, le morphinisme; en médecine légale: telles les intoxications par l'arsenic, la strychnine, l'atropine,

l'opium, le sublime. Une mention spéciale doit être faite de l'asphyxie par l'oxyde de carbone, remarquablement étudiée tant au point de vue de la séméiologie que de la pathogénie ; la réalité d'une intoxication chronique par l'oxyde de carbone y est contestée à l'aide de sérieux arguments.

C'est encore à M. BALTHAZARD qu'est dévolue la tâche d'exposer dans le *tome II* les données encore un peu complexes qui ont été rassemblées sur les **maladies par troubles de la nutrition** ; il l'a fait avec simplicité, sans craindre pourtant de faire intervenir les données anthropométriques qui seules permettent l'interprétation des analyses d'urine chez les diabétiques, les goutteux, les obèses. Les **maladies du sang et des organes hématopoïétiques** ont pris une telle importance depuis que l'on connaît mieux le rôle de ces organes dans la défense de l'organisme contre les infections et les intoxications, qu'un chapitre assez long leur est consacré alors que leur histoire était jusqu'ici rapportée en quelques pages dans les ouvrages classiques. M. MACAIGNE, qui a eu à décrire les **maladies du cœur, des vaisseaux et des poumons**, a fait preuve des qualités qu'il doit à une pratique déjà longue de l'enseignement. Il a réussi à écrire des articles en un style concis dans lesquels l'étudiant trouvera tout ce qui est nécessaire et rien que ce qui est nécessaire, soit pour l'examen de doctorat, soit pour la pratique. L'auteur a apporté un soin tout particulier dans la description des procédés d'examen du cœur et des poumons et dans l'utilisation des données fournies dans les diverses maladies par l'auscultation.

Les **maladies du tube digestif, du foie et des reins** forment le sujet du *tome III*. Parmi les articles écrits par M. BALTHAZARD sur les affections du tube digestif, il faut citer ceux qui ont trait au diagnostic précoce des cancers de l'estomac et de l'intestin et aussi au diagnostic précoce des perforations gastriques et intestinales, en vue de l'intervention chirurgicale rapide. L'histoire de la dysenterie est rénovée grâce aux données étiologiques récentes qui ont montré la nécessité d'envisager deux dysenteries, l'une causée par les amibes, l'autre par le bacille de Chantemesse-Shiga. Les **troubles des fonctions hépatique et rénale** méritaient d'être exposés en détail, comme l'a fait M. CLAUDE. Les nombreux travaux poursuivis par l'auteur sur l'insuffisance hépatique et surtout sur l'insuffisance rénale, assurent au *Précis de pathologie interne* la primeur d'une magistrale étude critique des divers procédés d'exploration fonctionnelle de ces deux organes. On trouvera également dans ce volume, sur la pathogénie et l'étiologie des cirrhoses et des néphrites, des idées en harmonie avec les recherches expérimentales modernes. La description clinique de l'ictère grave et de l'urémie est faite avec clarté et d'une façon fort satisfaisante.

Enfin c'est un travail tout à fait original qu'apportent MM. CESTAN (de Toulouse) et VERGER (de Bordeaux) avec le *tome IV*, consacré à l'étude des **maladies du système nerveux**. Pour la première fois dans un livre classique, le cerveau et la moelle sont envisagés comme des organes capables de réagir aux incitations morbides, infectieuses ou toxiques, à la façon des autres organes, foie, reins, etc. Le système nerveux n'est plus pour MM. Cestan et Verger ce territoire spécial, dont Charcot avait fermé l'accès aux microbes ; tout l'effort des auteurs tend au contraire à montrer que les lois déjà découvertes en pathologie générale pour les autres organes, trouvent leur application

en neurologie. Le système nerveux central constitue, grâce aux méninges continues qui l'entourent, un organe unique et la plupart des maladies provoquant des lésions à la fois cérébrales et spinales ; aussi, après avoir étudié les symptômes en rapport avec les diverses localisations des processus morbides, les auteurs décrivent-ils les maladies de l'axe cérébro-spinal, surtout la tuberculose et la syphilis. Le lecteur pourra s'engager sans crainte dans l'étude de ce volume ; malgré la complexité apparente des maladies nerveuses, il ne sera point rebuté, tant l'exposé des symptômes est clair et méthodique.

Tel est cet ouvrage, et dont le professeur Bouchard dit en terminant sa préface : " On trouvera dans ce livre la multiplicité des faits qui sont le matériel de la science ; on y trouvera aussi l'invitation à penser et le loisir de réfléchir. Je suis persuadé que ce livre fera des médecins."

GASTRO-ENTERITE DU NOURRISSON

Par H. B. BROWN, M.D. Waukegan, Ill.

(Extrait)

Ethel G., 10 mois, alimentée au biberon, est atteinte du choléra des enfants. Plusieurs selles aqueuses, à toutes les dix minutes environ, température très élevée au commencement, maintenant au-dessous de la normale, langue parcheminée, prostration extrême.

Traitement : 4 onces de Glyco-Thymoline avec huit onces d'eau, en lavement aussi haut que possible, répété toutes les heures jusqu'à changement et diminution des selles. 1/10 de grain de calomel à toutes les 2 hrs jusqu'à coloration des matières en vert, et de plus :

R	Elix, lactopepsine.....	2 onces
	Glyco-thymoline.....	"
	Huile de Menthe poivrée.....	1 goutte

20 gouttes à toutes les hrs. Au bout de 8 hrs, l'enfant put être alimentée.

MEDICAL SUMMARY, Juillet 1907.

ANTIPHLOGISTINE vs OPIUM

Avec un empressement souvent irraisonné quelques médecins recourent immédiatement à la seringue hypodermique pour calmer la douleur, et causent quelquefois un plus grand mal. Souvent la morphine peut masquer la douleur et rendre un diagnostic impossible. Mais la grande objection à l'emploi de l'opium, c'est l'habitude qui est si vite prise.

Contre la douleur de l'inflammation l'Antiphlogistine peut remplacer l'opium, avec avantage. Le soulagement peut ne pas être aussi rapide ni aussi complet, mais l'acuité disparaît vite, le patient ressent bientôt du confort et n'est pas exposé à l'habitude de la morphine.

À l'avenir, laissez votre morphine vieillir et gardez votre Antiphlogistine fraîche pour vous en servir contre l'inflammation.

THE MEDICAL ERA.