

PAGES

MANQUANTES

MEMOIRES

DES CAUSES ET DES MOYENS HYGIÉNIQUES D'EM- PÊCHER LA DÉGÉNÉRESCENCE PHYSIQUE DE LA RACE CANADIENNE-FRANÇAISE

Par le Dr L. J. O. SIROIS, St-Ferdinand d'Halifax.

“ L'humanité dégénère au triple point de vue de la longé-
vité, de la taille et de la force musculaire, ” voilà une vérité
scientifiquement établie par les ethnographes, les physiologistes
et les hygiénistes.

La race canadienne-française participe-t-elle à cette dégéné-
rescence ? Oui, et il n'est pas nécessaire de faire de patientes
recherches, d'entasser de nombreuses statistiques pour le démon-
trer. C'est un fait d'observation générale que le canadien-fran-
çais d'aujourd'hui ne vit pas aussi vieux, n'est pas aussi robuste,
ne possède pas la puissance de travail et la force de résistance
de ses pères. Nos cultivateurs, car nous ne parlons ici que de la
population rurale, admettent volontiers que sans les méthodes
de cultures modernisées, et un outillage perfectionné ils seraient
incapables de suffire à la tâche.

D'ailleurs, pourquoi, comme le démontrent les rapports du
Conseil d'hygiène, les affections du système nerveux, des pou-
mons, du cœur, des vaisseaux, du foie, des reins, pratiquement
inconnues dans nos campagnes, il y a cinquante ans, augmentent
elles d'années en années !

Pourquoi une bonne moitié des mères n'allaitent-elles plus
leurs enfants que deux, trois ou quatre mois et souvent pas du

tout? Pourquoi y a-t-il, aujourd'hui tant d'enfants débiles, scrofuloux rachitiques?

Pourquoi la dyspepsie, ce signe précurseur de toutes les déchéances physiques, ne compte-t-elle plus ses victimes parmi cette classe agricole que le travail au grand air une alimentation saine et abondante, une habitation salubre, des mœurs simples et pures devraient mettre à l'abri de ses atteintes?

Pourquoi? parceque nous dégénérons.

Quelles sont donc les causes de cette dégénérescence!

Nous pouvons, en thèse générale, les réduire à trois.

1° Alcoolisme.

2° Emigration aux Etats-Unis.

3° Hygiène alimentaire infectieuse.

Dans une réunion comme celle-ci il est superflu d'appuyer sur les dangers et les conséquences de l'alcoolisme.

La statistique veut que le peuple canadien soit le peuple le plus sobre de la terre puisqu'il se consomme au Canada, seulement 0.70 d'un gallon de liqueurs spiritueuses par habitant et par année. Malheureusement, les statistiques, comme les apparences, sont souvent trompeuses.

Prenons ce chiffre de 0.70 de gallon par tête pour une population de 1,600,000 retranchons les femmes et les enfants, il reste pour chaque homme une marge de deux gallons. Allons plus loin, disons que cinquante pour cent des hommes adultes n'usent pas de liqueurs enivrantes—nous arrivons au chiffre de quatre gallons par individus preuve que le nombre est grand de ceux qui prennent leur petit verre du matin et les *trois coups* par jour, sans lesquels on ne saurait faire un bon repas.

D'ailleurs, ces chiffres représentant une moyenne applicable à la population totale du Canada ne sauraient donner une idée exacte de la consommation par province. Cependant, nous voyons, dans un des derniers rapports du département du revenu de

l'intérieur, que la ville de Toronto a retiré des entrepôts pour consommation en une seule année, 247,000 gallons de spiritueux tandis que Montréal ne s'est pas contenté de moins de 448,000 gallons. Les statistiques judiciaires accusent aussi une augmentation considérable du nombre des condamnations pour divorce dans cette province. Loin de nous la pensée de décrier notre province et calomnier sa population, mais il importe de ne pas fermer les yeux sur les ravages causés par l'alcoolisme et sur l'existence d'un vice qui fait tant de mal à la France.

Un autre point très important à considérer dans la discussion de cette question : c'est la quantité d'alcool fabriqué illicitement dans la province de Québec. Ces opérations clandestines se pratiquent sur une plus grande échelle qu'on ne le croit généralement. En 1898, pas moins de 174 individus ont été pris en flagrant délit et soyez assurés que là où il y en a deux de pincés, dix réussissent à éluder la surveillance des officiers publics.

Ces fabricants sont de véritables empoisonneurs, d'abord à cause des alcools impurs, chargés d'huiles essentielles qu'ils distillent grossièrement et consomment au sortir de l'alambic, ensuite par ce qu'ils sont une occasion de chute pour leurs voisins et qui pis est, pour leurs femmes et leurs enfants. Quand il y a de cette liqueur dans la maison le père prend son verre d'autant plus souvent qu'elle ne coûte pas cher, la mère suit son exemple ; on ne saurait recevoir des amis sans se verser quelques rasades et les enfants, imitateurs par nature, poussés par la curiosité, goutent le terrible breuvage et finissent par contracter prématurément de funestes habitudes.

Une autre cause d'alcoolisme bien connue des médecins de campagne est la confiance du peuple dans les propriétés médicales et curatives de l'alcool. La plus légère indisposition ne pouvant être guérie sans l'usage large man'a de liqueur, on prend

prétexte d'un simple frisson pour en consommer des quantités relativement énormes. On va même plus loin, bien des mères ne peuvent entendre crier l'enfant au berceau sans lui faire ingurgiter du whiskey.

En second lieu, l'émigration aux États-Unis joue un rôle assez important dans la diminution de vitalité de notre race.

Outre le besoin héréditaire, propice au canadien-français, ou encore le manque d'ouvrage au foyer paternel, poussent chaque année un certain nombre de familles entières, mais surtout les jeunes gens et les jeunes filles à franchir la frontière. Il est facile de se rendre compte de l'effet produit par l'atmosphère confinée des villes, l'air vicié des moulins et manufactures, sur ces organismes habitués à l'air pur de la campagne. Ajoutez à cela le traitement continu, le changement d'alimentation, les occasions, veillées prolongées, etc., et vous vous convaincrez que ces émigrés payent de leur santé les quelques gros sous rapportés au pays.

Les jeunes gens reviennent souvent sans la vigueur nécessaire pour se livrer aux travaux de la ferme ; les jeunes filles pâles et amaigries, en se mariant, au retour, ne font qu'accroître le nombre des mères de familles qui incapables de nourrir leurs enfants, les élèvent avec la fameuse bontille au long tube.

Un fait que nous avons constaté dans notre clientèle et sur lequel il pouvait être utile de faire des recherches, c'est que plus des deux tiers des phtisiques que nous avons soignés (17 sur 22) avaient fait un séjour plus ou moins prolongé aux États-Unis. Est-ce la simple coïncidence ? Nous voudrions le croire.

Arrivons à la troisième et principale cause de dégénérescence de notre race ; une alimentation défectueuse.

Le pain brun, produit du blé récolté sur sa terre, le lard qui n'était jamais trop gras, le lait doux ou caillé le beurre et la crème en abondance formaient la base de l'alimentation du travail-

leur du sol, il y a trente ans et plus.—Les œufs, pois fèves et pommes de terre, en sus leur constituaient une ration d'entretien et d'épargne parfaite, permettant à nos ancêtres de se livrer aux plus rudes labeurs, de faire des journées de quinze et seize heures d'ouvrages sans jamais redouter l'épuisement.

Malheureusement la diminution de fertilité du sol, les profondes modifications des méthodes de culture l'introduction et le développement à outrance de l'industrie laitière ont produit un changement presque radical dans le régime alimentaire de nos agriculteurs.

Le blé ne pousse plus—du moins ou le dit—la farine est à bon marché, tous se nourrissent maintenant de pain blanc, " or dit " Huchard, ce pain est d'autant moins nutritif qu'il est plus blanc, " et lorsque, dans sa fabrication, on élimine le son, on le prive " d'une certaine quantité de gluten et de phosphates calcaire " si utiles pour le développement des os. Un grand physiologiste français du siècle Magendie, a prouvé que les chiens nourris de pain de son vivent plus longtemps qu'avec le pain blanc. " Celui-ci nourrit moins et constipe davantage ".

L'estomac d'ailleurs, se lasse assez vite du pain blanc, ainsi dans plusieurs parties de la Province, les cantons de l'Est entre autres, accueille-t-on avec joie la maturité du sarasin. Cependant comme la farine de sarasin donne un pain très serré on la mange sous forme de *galette chaude* agréable au goût, mais aussi très indigeste, ce qui justifie le nom de *plug* qu'on lui donne quelquefois.

Affirmer qu'il se consomme moins de lait au foyer de gros cultivateurs ayant un troupeau de vingt-cinq vaches, que sous le toit de beaucoup d'ouvriers des villes, fera sans doute naître des sourires d'incrédulité chez les citadins, cependant c'est là un fait d'observation journalière. Soit cupidité, ambition d'agrandir son domaine, de dégrevier sa ferme d'hypothèques ou engagement

imprudent envers le propriétaire de fabrique, de Mai à Novembre, la généralité de nos cultivateurs portent tout leur lait soit à la beurrerie, soit à la fromagerie. On se contente de mettre en réserve deux ou trois chopines, et comme il n'y a plus de laiterie propre et fraîche on place ce lait dans l'armoire à tout mettre exposé à la chaleur, aux mouches, aux poussières etc.

Quelles sont les conséquences de cette parcimonie ?

Le nourrisson soumis à l'allaitement mixte ou artificiel devra se tirer d'affaire, d'une traite à l'autre, avec l'unique échantillon de lait mis à part pour son usage fut-il tourné, aigri ou contaminé. Ce qui étonne, quand on observe ce qui se passe, c'est que le nombre des mortalités par maladies diathésiques, chez les enfants au-dessous d'un an, ne dépasse pas cinq mille annuellement.

Ensuite les sujets de la seconde enfance, privés de leur aliment principale, disons mieux de leur nourriture essentielle, partagent la nourriture des adultes et au lieu d'être gras et jousflus, roses et potelés comme le rêvent les poètes, ressemblent plutôt à ces petits êtres pâles, chétifs, à l'apparence souffreteuse qui se rencontrent dans les quartiers pauvres des grandes villes. Aussi ne faut-il pas devenir sceptiques quand les rapports du Bureau d'hygiène révélant une mortalité annuelle de quatre mille cinq cents parmi cette classe qui est l'espoir de l'avenir.

Enfin sans le lait à quoi se réduit la diète de l'adulte, car remarquons avec La Palisse qu'il n'y a pas de crème sans lait, et pas de beurre sans crème ; On ne se prive pas de lait pour acheter du beurre, et le beurre du printemps n'est pas appétissant. Durant l'été, à cette saison où le laboureur fait la plus grande dépense de force musculaire pour les travaux de la ferme, ses menus se composent de lard, patates, œufs cuits durs et d'omelettes avec une soupe aux pois. Matin, midi et soir, du lard et des œufs arrosés comme breuvages de deux ou trois bols d'un

thé dont la quantité ne supplée certainement pas à la qualité. Aux champs n'ayant plus de lait pour apaiser sa soif et retrouver ses forces, il se fabriquera une liqueur quelconque dont le sucre et le vinaigre sont généralement les éléments constitutants.

Sous l'effet de ce régime carné l'estomac se fatigue, l'appétit diminue, alors on cherche à faire diversion en substituant à la viande des pâtisseries encore plus indigestes, ou le sirop d'érable, non comme dessert, mais comme plat de résistance. Hélas ! gare aux fermentations et aux pyroses !

Vous allez dire : il serait pourtant facile d'introduire un peu de variété dans ce régime par l'usage des végétaux ? chose singulière, ce sont précisément ceux qui récoltent le plus de légumes qui en mangent le moins. A part les pommes de terre dont on abuse souvent, les végétaux jouent un rôle très effacé dans l'alimentation de nos nationaux, nous ne sommes pas Français sous ce rapport. Pourquoi ? parce qu'on ne sait pas les assaisonner. La matière première est abondante malheureusement les connaissances culinaires de nos maîtresses de maison sont trop restreintes, d'où le manque de variété dans la préparation des aliments.

Par suite de ce régime carné intensif, générateur d'intoxications alimentaires, il n'est donc pas étonnant que le peuple Canadien-français, dans ses éléments les plus sains et les plus vigoureux, soit en voie de devenir une nation de dyspeptiques et, comme résultante, un peuple de dégénérés. " On ne fait pas de force musculaire avec de la viande, écrit encore Huchard, mais " avec du pain et des graisses. Un régime où, entre, au moins " en proportions égales, la viande, les végétaux et le lait étant " celui qui donne les meilleurs résultats au triple point de vue " du développement musculaire, de la force et de la longévité ".

Quels seront, alors, les meilleurs moyens de rendre à la nationalité canadienne française sa vitalité périssante ?

“ Sublata causa tallitur effectus ” dit le vieil axiome philosophique. Voilà une formule très simple dans sa réduction, mais parfois fort complexe dans son application.

En premier lieu, si nous hommes de l'art, avons à cœur de remplir fidèlement notre mission, il nous faudra saisir toutes les occasions de disséminer dans la clientèle des connaissances rationnelles sur le régime alimentaire, et les dangers de l'alcoolisme. Cette semence tombera sur un terrain bien préparé. Car le travailleur du sol se rend bien compte de sa déperdition de forces. Les progrès sensibles, réalisés dans la prévention des maladies contagieuses, sont une garantie que nous pouvons compter sur le bon vouloir et l'intelligence de nos compatriotes, pourvu que nous sachions user “ *fortiter in re et suaviter in modo* ”.

En second lieu, soit par l'entremise de la presse, des Bureaux d'hygiène, ou des sociétés médicales, attirer l'attention du clergé, l'ami naturel de toutes les bonnes causes et le conseiller respecté du peuple, sur l'importance des réformes à accomplir dans le mode d'alimentation de nos concitoyens. Ce serait suffisant pour nous assurer son appui et lui voir mener de front cette œuvre de régénération avec sa croisade en faveur de la tempérance qui produit plus de bien que tous les pamphlets, les harangues et les lignes des prohibitionnistes.

Enfin, au risque d'être accusé comme bien d'autres de ne pouvoir rien faire dans cette province sans l'aide du trésor public, le gouvernement provincial qui a la tâche de veiller sur la santé générale, devrait être mis en demeure de prêter son concours effectif pour mener à bien cette campagne d'un intérêt primordial. Si l'administration croit bon d'enseigner aux cultivateurs la manière de fertiliser le sol, comme choisir les races d'élevage et alimenter son troupeau pour en tirer le plus grand profit possible, n'est-il pas plus naturel de veiller à ce que le cultivateur lui-même conserve sa force de production, puisqu'il est la

base de la richesse nationale ? L'enseignement de l'hygiène dans les écoles donne peu de résultats pratiques immédiats, mais cet enseignement peut se compléter dans les cercles agricoles, ces chaires d'où la lumière descend sur le peuple. A défaut de conférenciers spéciaux, ce qui serait l'idéal—les conférenciers agricoles pourraient saisir l'occasion de faire leurs tournées annuelles—pour jeter dans l'intelligence de leurs auditeurs des notions sur les diverses rations alimentaires, les inconvénients du régime carné intensif et la nécessité de joindre à l'usage de la viande celui des végétaux et des laitages en plus grande proportion. Le Conseil d'hygiène aurait la tâche de leur préparer des instructions claires et précises sur ces matières.

Le Journal d'Agriculture peut devenir aussi un excellent moyen de diffusion de connaissances hygiéniques. A côté du chapitre consacré à la floriculture, pourquoi n'y pas inscrire leur article sur l'hygiène de l'enfance, l'hygiène des mères, l'hygiène de la table, sur la préparation des aliments avec—au besoin—des formules gastronomiques ? Le "*Country Gentleman*" — le modèle des journaux agricoles, publié dans chaque numéro un menu pour tous les jours de la semaine, menu rédigé de manière à n'y faire figurer que les produits de la ferme, et il faut voir quelle nourriture riche et variée la baguette d'un cordon bleu peut tirer du jardin de la cave et du verger du cultivateur !

Puisqu'il appartient à la mère de famille de veiller sur la santé du personnel de sa maison, responsabilité très onéreuse, ne serait-il pas temps de voir s'établir dans la Province, parallèlement aux cercles agricoles, ces associations de femmes qui sous le nom de "*Women's Institutes*" propagent des connaissances sur l'économie domestique, l'art culinaire et les petites industries de la ferme dans l'Ontario ; Les résultats de cette institution féminine sont si satisfaisants que le gouvernement les subventionne et les fait visiter par des conférenciers officiels.

Nous voyons poindre une objection : où prendre l'argent pour la réalisation de tous ces beaux projets ?

Notre Province a des ressources naturelles immenses, n'attendant que des bras vigoureux pour en assurer le développement. Cette partie du pays n'ayant pas d'attrait pour l'émigrant étranger, il nous faut donc compter sur nos propres forces pour exploiter et mettre en valeur le riche patrimoine qui nous est échu en partage. L'augmentation de population requise pour cette fin viendra du dedans et non du dehors, c'est pour cela que tous nos gouvernements dépensent chaque année de larges sommes pour encourager la colonisation, la création de nouvelles familles et de nouvelles paroisses. Ce mouvement colonisateur n'étant pas aussi rapide qu'on le désire, le canadien-français est accusé de ne plus aimer la Culture, d'avoir peur de la forêt ! N'oublions pas une chose, si le jeune homme redoute le défrichement ce n'est pas le travail qui l'effraye, mais la certitude qu'il n'a pas la force physique nécessaire pour supporter ce rude labeur.

Comme en toute chose il faut commencer par le commencement, que le gouvernement consacre une petite partie de ses actions.

1° A conserver à ses administrés leur vigueur physique, à développer des constitutions fortes et robustes en leur faisant enseigner l'hygiène.

2° A nous donner un surplus de population, en aidant le corps médical à arracher à la mort, chaque année 5000 ou 6000 enfants victimes de l'ignorance et des préjugés que des soins intelligents conserveraient si aisément à la Patrie ;

3° A combattre ces maladies évitables, entre autre la tuberculose, qui enlèvent à la province, tant de vies précieuses.

C'est là un devoir patriotique auquel tout citoyen intelligent serait heureux de s'associer.

A PROPOS DE L'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Par M. le Dr TH. W. MICHAUD, St-Joseph de Lévis.

Il est de pratique quotidienne—j'allais dire de routine si la routine était permise en médecine—de prescrire l'huile de foie de morue dans tous les cas où un organisme appauvri semble avoir besoin de suralimentation. Mais cette huile est-elle, dans tous les cas, absorbée ou assimilée ou, au moins, ne produit-elle pas dans l'économie, directement ou indirectement, des désordres plus graves que le mal que nous voulons combattre ! C'est là le point important de la question.

En effet, une alimentation bien entendue doit toujours être en rapport avec les pertes réelles de l'organisme de chaque individu et fournir les éléments nécessaires à l'entretien de l'équilibre nutritif.

D'abord, si l'appétit est nécessaire pour une excellente digestion, je crois que l'appétit pour l'huile de foie de morue pure existe assez rarement, si ce n'est chez les Esquimaux. Il faut voir la mine des patients à qui l'on conseille l'huile de foie de morue pure, pour savoir que cet appétit, s'il existe, n'est encore qu'à l'état embryonnaire. D'un autre côté s'il faut un estomac vigoureux qui sécrète bien pour que la digestion et l'assimilation soient fructueuses, je crois que, parmi les gens qui se présentent à nos bureaux, il en est très peu qui sient porteurs d'un estomac de cette nature. En effet, si nous pouvons conclure du général en particulier, il est permis de supposer que si l'organisme d'un individu est débilité, de quelque façon que ce

soit, son estomac et ses intestins en particulier, doivent l'être eux aussi.

Qu'advient-il si nous surchargeons ces organes d'aliments qui leur répugnent et si nous leur donnons de l'ouvrage plus qu'ils n'en peuvent faire? Tous ces aliments y séjourneront plus ou moins comme des corps étrangers. La digestion stomacale laissera beaucoup à désirer et l'assimilation, encore plus. Ils donneront lieu à des fermentations anormales (excellent milieu de culture pour les microbes) et à certaines toxines qui iront jouer un rôle funeste dans d'autres organes. Car, examinez les organes excréteurs de ces gens suralimentés avant et pendant le traitement. Il y a là des boîtes à surprise.

Comme l'a dit récemment le Docteur Colombani dans son intéressante thèse, " la suralimentation donne lieu : (a) A des troubles gastriques dus à la non-transformation et à la difficulté d'élimination des aliments principalement azotés ; à la dyspepsie hypersthénique, par excitation prolongée de la fonction stomacale.

(c) A des troubles hépatiques : la suractivité fonctionnelle du foie, conséquence de l'hypersthénie gastrique, entraîne la congestion et l'hypertrophie de l'organe et cause des lésions épithéliales ou interstitielles. La fonction glycogénique de la cellule hépatique altérée produit la glycosmie dyspeptique qui aboutit quelquefois au diabète sucré.

(d) A des troubles néphrétiques : une partie de l'albumine alimentaire qui échappe à la digestion introduite dans le torrent circulatoire excrétée par le filtre rénal occasionne l'albuminurie dyspeptique. L'irritation prolongée de la fonction du rein engendre parfois la néphrite,

(e) A des troubles nerveux : l'exagération des échanges dans le système nerveux, chez les dyspeptiques hypersthéniques, est la cause fréquente de la neurasthénie.

(f) A des troubles cutanés : les dermatoses symptomatiques sont en rapport étroit avec le mauvais état fonctionnel des organes de l'économie.

La surnutrition, si la fonction des organes hépatique et gastrique est énergique, produit :

(a) La goutte et la gravelle, par la surproduction d'urée avec augmentation énorme d'acide urique, la lithiase biliaire par la précipitation, dans un milieu acide, de la cholestérine.

(b) L'obésité, par la transformation et l'utilisation complète des matériaux hydrocarbonnés.

(c) La diabète, par l'abus des féculents, des viandes et du sucre."

Ce tableau, quoiqu'un peu entaché de pessimisme, ne nous montre pas moins qu'il faut connaître et respecter le coefficient d'assimilation de chaque individu. En fin de compte, l'organisme humain n'est pas comparable à une machine à vapeur dans laquelle on puisse, impunément entasser les aliments, sous pression. En fût-il une, qu'il ne faudrait pas oublier le principe de physique qui nous dit que quand nous voulons faire dépasser à une bouilloire sa limite de capacité, elle éclate.

L'habile conférencier de la Société Médicale de Montmagny a bien mis en lumière, récemment, les expériences du savant russe Pawlow. "Elles éclairent" dit-il, d'un jour nouveau, la physiologie de la digestion.

Qu'on me permette de rappeler ces expériences, en quelques mots, pour une plus grande clarté.

"L'on croyait autrefois et c'était l'enseignement classique que l'excitation de la muqueuse buccale provoquait la sécrétion du suc gastrique et qu'un aliment, introduit de gré ou de force, dans l'estomac se digérait très bien, car, sa présence seule, suffisait à provoquer la sécrétion d'un suc gastrique actif. On était loin de vouloir associer le cerveau à un acte purement chimique,

Eh bien ! il paraît qu'on était complètement dans l'erreur et par ses expériences le savant russe semble avoir fait bonne justice de nos méthodes de gavage et de suralimentation.

Au moyen d'une série de repas, servis à des chiens à fistules gastriques il a démontré que la digestion était d'autant plus prompte et active que l'aliment, c'était de la viande crue, plaisait davantage à l'animal et qu'il pouvait d'avance s'en réjouir la vue, pourvu qu'il fut affamé. Or, le même aliment, introduit directement par la fistule gastrique ou par la bouche, après bandage des yeux ne provoquait qu'une sécrétion à peu près nulle. De plus sur les chiens préposés de la même manière si l'on coupait les deux nerfs pneumo-gastriques qui transmettent à l'estomac les ordres du cerveau, ce repas de viande crue qu'ils aiment et mangent avec avidité, ne provoque plus aucunement la sécrétion du suc gastrique".

Et le Docteur Romme commentant ces expériences conclut ; "Ainsi, ce qui provoque la sécrétion gastrique, au moment du repas, c'est l'idée qu'on s'en fait, c'est le plaisir qu'on se promet des aliments qu'on va manger. De là revient à dire que lorsqu'on mange sans appétit, sans plaisir, lorsqu'on se force à manger, les aliments tombent dans un estomac vide, ne contenant pas de suc gastrique, nullement préparé à faire travail qu'on lui demande. Ce travail se fera-t-il quand même et, bon gré mal gré, digérera-t-il les aliments qui l'encombrent ? Oui ! nous répond la physiologie classique. Pas du tout ! ou très mal, nous dit Pawlow et c'est Pawlow qui a raison."

Maintenant, puisque le goût est pour quelque chose dans la digestion et, d'un autre côté, puisque les propriétés curatives de l'huile de foie de morue sont incontestables, n'y aurait-il pas moyen de la présenter au patient de manière à ce qu'il l'accepte sans répugnance, sinon avec plaisir ? Les savantes recherches du Professeur Gauthier de la Faculté de Médecine de Paris ont

résolu le problème. C'est que l'huile de foie de morue ne doit pas sa valeur thérapeutique tant à sa matière grasse qu'aux alcaloïdes qu'elle contient et que le savant français a réussi à extraire. Ces principes sont : la morrhuïne, gaduïne et propylamine, en combinaison avec l'iode brome et phosphore. Par des expériences savamment conduites sur des animaux. — expériences corroborées par Bouillot—Gauthier conclut que l'action de la matière grasse de l'huile de foie de morue est même diamétralement opposée à celle de ses alcaloïdes.

En effet la matière grasse retarde les échanges et favorise ainsi l'accumulation de produit morbides dans le système. De son côté la morrhuïne qui est le principal alcaloïde de l'huile de foie de morue est un stimulant puissant de la nutrition. Elle favorise les échanges, augmente la diurèse et produit une circulation rapide des matières extractives, vers les organes excréteurs où elles sont éliminées. En même temps, la quantité de l'urée excrétée est augmentée parce que les matières azotées sont plus complètement oxydées et non pas, parce qu'il y a surproduction d'urée.

Comme corrélatif, l'appétit est augmenté car, puisque ces extraits n'ajoutent aucune énergie au système, mais au contraire, favorisent les oxydations leur usage augmente le besoin du système pour la nourriture.

Le Professeur Bartholow dans son ouvrage sur la Matière Médicale dit : " L'huile de foie de morue a une vertu thérapeutique spéciale, parce qu'elle contient la morrhuïne, gaduïne, propylamine, les constituants de la bile, l'iode, brome phosphore en combinaison avec les constituants ordinaires de la graisse animale."

En effet si l'huile de foie de morue n'était comme par sa matière grasse, en thérapeutique, n'importe quelle huile ou corps gras ferait aussi bien l'affaire.—Alors, à quoi sert-il de lui

laisser son odeur et son goût répugnants quand ses principes actifs peuvent être présentés sous forme de tablettes, d'élixirs etc., qui sont acceptés avec plaisir par le patient et qui sont *réellement* assimilés sans fatigue pour le tube digestif. Ainsi, le principal desideratum, qui est de respecter l'intégrité des voies digestives, sera obtenu, même en l'administrant à haute dose.

Il est vrai qu'il faut un peu se défier de toutes ces préparations pharmaceutiques, soi-disant préparations à l'huile de foie de morue—répandues sur le marché et portant des étiquettes flamboyantes, par lesquelles elles promettent la vie et la santé à l'être le plus chétif. Mais je croie qu'en s'adressant à quelques manufacturiers dont la pureté de leurs produits est reconnue depuis de longues années, nous pourrions nous procurer ces extraits tels qu'ils doivent être.

D'ailleurs, en se servant d'huile de foie de morue pure, nous nous ne sommes pas plus à l'abri des falsifications. Car à maintes reprises, il a été reconnu que des flacons, bel et bien étiquetés : "Huile de foie de Morue", n'en contenaient pas une parcelle. De plus, les manufacturiers qui veulent ôter à l'huile, son goût nauséux, ou, lui donner une belle couleur jaune dorée, lui enlèvent, du coup, ses propriétés curatives. par les agents chimiques employés à cet effet.

Nous pourrions résumer succinctement les avantages de l'emploi des extraits sur l'huile pure et conclure cet article en disant :

1° Ces extraits peuvent être administrés avec une précision de dose qu'il est impossible d'obtenir avec l'huile.

2° Les liquides que contiennent ces alcaloïdes en solutions peuvent être facilement *standardisés* et faits de force uniforme.

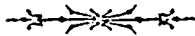
3° Si ces extraits sont bien combinés ils n'auront pas de goût nauséux et ne dérangeront pas l'estomac, important desi

deratum dans le traitement des maladies caractérisées par l'émaciation, le défaut de nutrition et la débilité.

4° Étant des alcaloïdes, et se trouvant débarrassés de leur enveloppe huileuse, ils seront absorbés et produiront l'effet désiré, immédiatement.

5° Ces extraits ne deviennent pas rances et ne se décomposent pas comme l'huile, ils peuvent être conservés longtemps en bon état.

6° On peut les combiner facilement à d'autres médicaments ce qu'on ne peut faire avec l'huile.



LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAMMATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sûre. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites.

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplômé en 1872, etc.

ANALYSES

L'EXAMEN PRATIQUE ET LA SÉMIOLOGIE DE LA PUPILLE.

Je vous ai présenté un malade qui a été considéré pendant longtemps comme sujet à des crises de coliques hépatiques. Mais à ses crises douloureuses s'étaient jointes de nouvelles douleurs ayant des caractères bien différents, et c'est à ce moment que ce malade m'a été adressé ici.

Je constatai chez lui le signe de Robertson ; en me fondant sur ce signe, j'étais arrivé à conclure que nous nous trouvions en présence d'un cas de tabès qui est sous l'influence de la syphilis, et qu'il y avait lieu d'instituer un traitement spécifique.

Les résultats obtenus ont semblé très satisfaisants, puisque ce malade s'est amélioré d'une façon très notable et qu'il se considérait comme guéri.

Si donc ce signe de Robertson est révélateur d'une syphilis héréditaire ou acquise, vous voyez qu'il est essentiel de le bien connaître. Or, je me suis assuré qu'un grand nombre de médecins ignorent absolument la manière dont il faut s'y prendre pour rechercher et provoquer ce signe.

La sémiologie de la pupille est extrêmement importante et fondamentale, non seulement au point de vue de la neurologie, mais pour tout médecin, car certains troubles de la pupille peuvent être révélateurs d'une infection syphilitique.

Pour bien faire comprendre en quoi consistent les troubles de la pupille, il est essentiel de vous indiquer d'abord, en quelques mots, *comment se comporte la pupille à l'état normal.*

Vous savez tous que les pupilles se présentent sous des aspects divers, les uns ont des pupilles larges, d'autres plus étroites ; il y a, en un mot, des différences individuelles. Mais on peut

dire que, chez un individu normal, les deux pupilles son égales.

Outre l'égalité pupillaire, il y a d'autres caractères essentiels et sur lesquels nous allons insister. Lorsqu'un individu se trouve dans l'obscurité, les pupilles sont plus larges, plus dilatées qu'à la lumière. La lumière exerce donc une influence sur les dimensions de la pupille. Ces modifications de la pupille sont connues sous le nom de *réflexes des pupilles à la lumière*.

Voyez ce schéma : le réflexe est constitué de la façon suivante : voilà le globe oculaire, le nerf optique ; la lumière pénètre par le nerf optique et arrive dans les centres ; sous l'influence de l'excitation des centres, l'influx nerveux se rend à la pupille et en provoque la contraction. Si, par exemple, nous éclairons l'œil du côté gauche, sous l'influence de cet éclairage vous voyez la pupille se contracter du même côté.

Mais ce n'est pas tout : vous observerez facilement que, lors que l'individu est dans un endroit éclairé, la pupille est plus étroite si les deux yeux sont ouverts que si un seul œil est ouvert. Examinez d'abord les deux yeux ouverts, vous voyez que les pupilles présentent une certaine dimension ; faites fermer un œil et vous apercevrez que la pupille du côté opposé se dilate.

Cela est assez facile à expliquer. Comme le schéma l'indique ici, la voie sensitive se divise en deux parties au niveau du chiasma ; une partie se rend dans les centres nerveux du même côté, une autre partie s'entrecroise et se rend dans les centres situés de l'autre côté.

Que se passe-t-il ? Si j'éclaire le côté droit, l'excitation arrive dans les centres nerveux, et, par action réflexe, j'obtiens une modification de la pupille du même côté : mais, en même temps, par la voie indirecte, nous avons une excitation des centres nerveux du côté opposé, et nous obtenons une contraction de la pupille du côté opposé.

Il faut donc distinguer deux variétés de réflexes à la lumière : *le réflexe consensuel et le réflexe à la lumière*. Cela présente une certaine importance au point de vue de la pathologie.

Mais ce n'est pas encore tout. La pupille se contracte sous l'influence de la lumière directe ou indirecte, mais aussi la pupille se modifie suivant que nous regardons à une certaine dis-

tance, ou à une distance rapprochée. C'est ce qu'on appelle le *réflexe à l'accommodation*. Si le sujet regarde l'objet de loin, sa pupille se dilate, si, au contraire, il regarde cet objet de près, on voit la pupille se contracter. Voilà un mouvement dû à l'accommodation ou à la convergence, ces deux expressions sont à peu près synonymes, mais non d'une façon absolue. Ce sont deux phénomènes très connexes, et dans la pratique, on les confond. Enfin, je dois vous faire remarquer qu'en réalité, il n'y a pas là de réflexe, puisque ce mouvement d'accommodation se fait sous l'influence de la volonté, mais cette expression est entrée dans les usages; peu importe, il suffit de savoir qu'elle n'est pas très juste et nous pouvons continuer à nous en servir.

Il y a d'autres circonstances dans lesquelles les pupilles se contractent, comme, par exemple' sous l'influence de l'action du muscle orbiculaire, mais au point de vue pratique, cela n'a pas encore une importance suffisante pour que je vous en parle.

Voilà au point de vue théorique, comment se comportent les pupilles à l'état normal, mais il est essentiel de vous montrer *comment il faut rechercher ces réflexes*, car si on n'a pas soin d'employer une technique spéciale, on est exposé à commettre de grosses erreurs, et il est essentiel de ne pas commettre d'erreurs d'observation.

Occupons-nous d'abord du *réflexe de la convergence ou de l'accommodation*; comment faut-il faire pour le constater?

Cela est simple. Vous dites à l'individu qui est soumis à votre observation de regarder d'abord un objet éloigné, puis vous lui dites: "Veuillez fixer mon doigt" et vous rapprochez le doigt. Vous pouvez aussi vous contenter de le faire regarder par un seul œil.

Eh bien, il n'est pas indifférent de placer le malade dans des conditions d'éclairage quelconque. En effet, si vous le placez à la lumière vive, les pupilles seront déjà contractées sous l'influence même de la lumière. L'accommodation accentuera encore la contraction, mais la différence sera peu sensible et le mouvement pupillaire sera plus difficilement aperçu. Donc, placez le sujet dans une demi-obscurité.

Mais, à ce point de vue, je dois vous dire que, même si vous

placez l'individu dans un endroit très éclairé, vous aurez, sous l'influence de la convergence, une contraction, car le mouvement de la pupille dû à la convergence est plus prononcé que celui qui est dû à la lumière. Voilà un point important à connaître.

Passons maintenant au *réflexe à la lumière*.

Je vais d'abord vous dire comment il ne faut pas faire pour rechercher le réflexe à la lumière.

Voici comment les médecins procèdent d'habitude. On approche le sujet de la lumière, on lui ferme l'œil, puis on le lui fait ouvrir brusquement. Ce procédé est déplorable : en effet, l'individu en observation fixe un objet devant lui et accommode l'œil ; sous l'influence de l'accommodation, la pupille se contracte et vous ne pouvez plus distinguer ce qui appartient à l'accommodation de ce qui revient à la lumière.

Comment faut-il faire ? Il faut se mettre dans des conditions telles que le mouvement dû à l'accommodation ou à la convergence soit écarté et voici comment on procède. Là encore, on place le sujet dans la demi-obscurité. Examinons, par exemple, l'œil du côté droit, car mon intention est d'avoir d'abord une pupille relativement dilatée. Je vous ai dit en outre que, lorsque les deux yeux étaient ouverts, la pupille était plus contractée que lorsqu'un des yeux était fermé. Alors vous dites à l'individu d'appliquer la main sur l'œil gauche, de manière à le fermer, puis de fixer, avec l'œil resté ouvert, un point éloigné, car s'il fixait un point rapproché, sous l'influence de l'accommodation, sa pupille se contracterait. Vous placez alors, à la partie latérale de l'œil ouvert, une bougie en ayant soin d'appliquer votre main entre la bougie et l'œil, puis, brusquement, vous enlevez votre main, et, sous cette influence, vous voyez la pupille se contracter, vous pouvez dire alors que le réflexe à la lumière est conservé.

On se sert parfois d'un autre procédé, ce sont les ophtalmologistes qui l'emploient. Il est moins bon que celui que je préconise pour deux raisons :

1° C'est que l'observateur projette sur la pupille du sujet la lumière de sa lentille, c'est-à-dire de la lumière réfléchie ; cel-

le-ci est moins intense que la lumière directe et généralement, la contraction est moins vive.

2° C'est qu'il est assez difficile de trouver partout une lampe et un miroir. Comme l'examen de la pupille doit être pratiqué, pour ainsi dire, chez tous les malades, en toutes circonstances, et que vous n'avez pas toujours à votre disposition un lamp et un miroir, tandis que vous pouvez toujours vous procurer une bougie, un rat, une allumette, et que vous pouvez toujours obtenir une demi-obscurité.

Quand vous avez examiné successivement les deux pupilles et que vous vous êtes assurés qu'elles se contractent sous l'influence de la lumière, il est inutile d'aller plus loin, vous pouvez dire que le réflexe consensuel est conservé, les deux réflexes étant intimement liés l'un à l'autre, mais il existe des circonstances spéciales où il y a lieu de *rechercher le réflexe consensuel*.

Je vais donc vous indiquer comment on le recherche.

Je dis au malade de fixer un point quelconque et, là enco e je me place de la façon suivante. L'oeil que je vais observer doit être tourné vers la partie obscure, l'oeil sur lequel je vais agir doit être tourné vers le côté lumineux. Je ferme l'oeil droit placé du côté de la lumière, devant la bougie, puis je l'ouvre, je regarde en même temps l'oeil du côté gauche placé dans la demi-obscurité : au moment où je ferme l'oeil droit, la pupille du côté gauche se dilate au moment où je l'ouvre, la pupille du côté gauche se contracte.

Vous voyez pourquoi je place l'oeil que je veux observer, du côté obscur, et l'oeil sur lequel j'agis du côté lumineux : c'est parce qu'au moment où j'ouvrirai l'oeil éclairé, l'oeil opposé se contractera assez fortement, et, naturellement, d'autant plus qu'il pénétrera dans l'oeil éclairé, la quantité de lumière la plus grande possible.

Lorsqu'on a constaté que les pupilles sont égales, qu'elles se contractent sous l'influence de la lumière et de l'accommodation, on peut dire que les réflexes sont normaux et que la pupille est dans son état normal.

Maintenant, je vais aborder l'étude des modifications de la pupille, la sémiologie de la pupille dans ce qu'il y a d'essentiel au point de vue pratique.

1° *Les pupilles sont inégales.*

Il faut immédiatement rechercher si les pupilles se contractent ou non à la lumière. Si les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière et de l'accommodation, n'attachez pas une grande importance à l'inégalité pupillaire. Je ne veux pas dire que l'inégalité pupillaire n'ait aucune signification, elle indique toujours que l'individu est anormal.

Mais, en dehors de cela, l'inégalité pupillaire peut avoir une autre signification. sous l'influence de la section du sympathique, la pupille se contracte, en même temps la fente interpalpébrale diminue et le globe oculaire subit une rétroimpulsion. Mais il n'est pas nécessaire que le sympathique soit altéré, une section de la moëlle épinière peut produire des phénomènes analogues, mais ce sont là des cas spéciaux.

2° Abordons l'étude des troubles de la pupille qui consistent dans une *abolition du réflexe à la lumière*.

Quand on a constaté un trouble de ce genre, il faut se demander tout d'abord si on n'a pas affaire à une *iritis* et alors, si vous constatez des lésions de l'iris, vous adressez le malade à un oculiste.

Si vous constatez chez le malade l'immobilité pupillaire et la dilatation des pupilles, pensez immédiatement à la possibilité de l'action d'une substance qu'on emploie à tout instant, à l'*atropine*. Ayez soin de demander au malade si on ne lui a rien mis dans l'oeil. S'il vous répond affirmativement, n'attachez pas d'importance à l'insensibilité de la pupille, il s'agit d'un phénomène purement passager.

Ces deux cas étant éliminés, l'insensibilité de la pupille peut être due à une lésion, soit de la voie sensitive, soit de la voie motrice, soit des centres.

Une *lésion centrale*, par exemple de la protubérance, produit l'insensibilité des pupilles, mais, en pareil cas, l'immobilité des pupilles ne joue qu'un rôle secondaire ; ce qui domine, ce sont des phénomènes graves et la pupille vous indique simple-

ment qu'il y a un ébranlement du système nerveux très profond. J'écarte encore cet ordre d'idée et j'aborde une autre catégorie de faits.

Théoriquement, vous concevez parfaitement que l'abolition du réflexe à la lumière puisse être due à une lésion de la voie sensitive. Je ne m'occuperai pas des cas dans lesquels la lésion est bilatérale.

La *voie sensitive* peut être altérée et vous avez, par exemple une lésion de nerf optique, une atrophie papillaire, une névrite optique, mais remarquez que le réflexe à la lumière peut être aboli, alors même que le réflexe à l'accommodation peut être conservé. Cela paraît singulier. Vous avez une double lésion du nerf optique, vous pouvez observer une abolition du réflexe à la lumière, avec, cependant, une conservation du réflexe de la convergence.

Voyons maintenant la *voie motrice*. La voie motrice tire son origine du nerf moteur oculaire commun. Il est bien évident que si ce nerf moteur oculaire commun est détruit, les réflexes seront abolis. Mais, en pareil cas, nous aurons, outre les troubles pupillaires, des troubles dans les mouvements du globe oculaire, car les muscles qui sont innervés par le nerf moteur oculaire commun ont leur activité abolie aussi. La question de la pupille est alors relativement secondaire dans l'ensemble symptomatique.

Nous arrivons aux cas dans lesquels il y a des troubles pupillaires indépendants de tout trouble de la musculature du globe oculaire. Les pupilles seules sont insensibles, les muscles qui meuvent le globe oculaire se contractent, et le globe oculaire se déplace.

Eh bien, nous allons envisager un cas bien spécial qui a été décrit par un observateur anglais éminent, Robertson. Il y a bien peu de personnes qui savent en quoi consiste ce phénomène ou plutôt ce syndrome.

Il est tout d'abord caractérisé par un rétrécissement de la pupille, par du myosis, les pupilles ne se contractent pas sous l'influence de la lumière, mais se contractent sous l'influence de l'accommodation. Ce sont là les trois caractères.

ROBERTSON, après avoir décrit ce trouble, a montré que, chez les malades qui en étaient porteurs, il y avait en même temps des signes de *tabès*. Nous avons, M. CHARPENTIER et moi, il y a quelques années, fait des recherches et nous sommes arrivés à cette conviction que le signe de Robertson décelait la *siphilis acquise ou héréditaire*.

Vous voyez donc, comme je vous le disais au commencement, quelle est l'importance de ce signe et combien il est essentiel de savoir le rechercher avec méthode. Plus on va et plus on en reconnaît l'importance. M. DÉJÉRINE, dans une communication récente à la Société de neurologie, le regarde également comme un signe révélateur de la siphilis acquise au héréditaire, il n'a fait qu'une seule restriction ; peu importe, car la médecine ce n'est pas des mathématiques.

J'insiste encore ; le *signe de Robertson* est important à connaître. Ainsi, j'entre dans une question un peu connexe. Vous savez qu'on a cru, c'est une donnée classique, que *dans les anévrysmes aortiques*, on observe l'inégalité pupillaire, et on avait admis que celle-ci était sous la dépendance d'une compression du nerf sympathique. Mais on oubliait de rechercher le réflexe à la lumière. J'ai eu l'occasion d'examiner un certain nombre de malades porteurs d'anévrysmes de l'aorte, et j'ai vu qu'il y avait abolition du réflexe à la lumière ; or, même une section de sympathique ne produit pas une abolition de ce réflexe.

En me servant de cette donnée, chez les malades en question, j'ai dit : "c'est le signe de Robertson, c'est donc le signe de la syphilis," M. VAQUEZ a confirmé absolument le résultat auquel je suis arrivé.

Je vous ai dit que le *signe de Robertson* se caractérise par ces trois phénomènes : abolition du réflexe à la lumière, conservation du réflexe de l'accommodation et myosis.

Vous pouvez le distinguer de cet autre syndrome qui est dû à une lésion du nerf optique. Vous pouvez, dans ce dernier cas, observer une abolition du réflexe à la lumière, une conservation du réflexe de la convergence, mais alors, ce n'est que dans le cas de lésion du nerf optique que vous avez la dilatation de la pupille, tandis que dans le signe de Robertson, la pupille est petite.

Mais, vous pouvez avoir, en même temps que le signe de Robertson, une lésion du nerf optique. Comment savoir alors si l'abolition du réflexe à la lumière est due à une lésion de la voie centrifuge ou de la voie sensitive?

Vous avez, par exemple, un individu qui a la vue affaiblie et il a, en même temps, le signe de Robertson. Vous pouvez dire : " Non, le trouble du réflexe n'est pas lié à une lésion de la voie sensitive, et cela pour deux raisons ; pour qu'il y ait une abolition du réflexe à la lumière avec le signe de Robertson et l'affaiblissement de la vue, il faut que la cécité soit plus accentuée, et d'autre part, dans ce cas d'abolition du réflexe, les pupilles sont dilatées.

Mais il est des cas dans lesquels la pupille est dilatée, ou présente une dimension normale, et où, pourtant, la syphilis est en cause. Comment distinguer cette variété due aux lésions de la voie sensitive ? En pareil cas, il vous faut faire l'examen du fond de l'œil.

Si vous avez une pupille dilatée et si, en même temps, vous voyez que la papille est à peu près ou tout-à-fait, normale, vous pouvez dire : " non, ce n'est pas là le signe de Robertson. "

J'aborde une troisième variété. *Les pupilles sont insensibles à la lumière et insensibles à l'accommodation.* Quelle signification cela a-t-il?

Tout d'abord, je vous prévient contre la confusion que l'on fait quelquefois entre le réflexe de l'accommodation et l'accommodation elle-même : si le muscle ciliaire est paralysé et si en même temps la pupille ne se contracte pas, on dit qu'il, y a *ophthalmoplégie interne* qui se caractérise par l'abolition des réflexes et l'impossibilité d'accommoder.

L'ophthalmoplégie interne est la caractéristique d'une lésion syphilitique mais ce signe est moins caractéristique que le signe de Robertson.

Maintenant, on peut rencontrer l'abolition du réflexe à la lumière avec la conservation des réflexes à l'accommodation. Ce phénomène a, pour moi, exactement la même signification que le signe de Robertson.

Par conséquent, nous arrivons à cette conclusion générale que l'immobilité pupillaire, qu'elle soit accompagnée du réflexe de l'accommodation ou qu'elle soit indépendante du réflexe de l'accommodation, que l'immobilité pupillaire et pathognomonique d'une syphilis acquise ou héréditaire, à condition que les milieux de l'œil soient normaux, que l'iris ne soit pas altéré, qu'il n'y ait point de lésion du nerf optique ou du nerf moteur oculaire commun.

Je dois vous dire quelques mots sur les *troubles pupillaires unilatéraux*.

C'est là que nous allons rencontrer le réflexe consensuel. Admettons que nous ayons affaire à une lésion du nerf optique situé du côté gauche, nous éclairons l'œil de ce côté, la pupille ne se contracte pas puisque la lumière ne pénètre pas. Mais si nous éclairons l'œil du côté droit, nous avons une contraction du côté gauche.

Que va-t-il se passer du côté droit: si j'éclaire directement l'œil, j'ai une contraction, mais si j'éclaire l'œil du côté gauche, je n'ai pas le réflexe consensuel droit. Voilà une disposition qui décèle l'existence d'une lésion du nerf optique

(Babinski, *Jour. de Méd. Inter.*)



LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ VÉSICALE, LA CYSTITTE ET L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Il y a déjà plusieurs années que j'ordonne le SANMETTO, à côté des médicaments usuels, aux malades atteints d'irritabilité vésicale, de cystite et d'hypertrophie prostatique. L'emploi du SANMETTO était suivi de meilleurs résultats que n'importe quelle autre médecine. Il va sans dire que l'usage du SANMETTO ne m'a pas empêché de faire de lavages de la vessie dans des cas spéciaux, mais je le répète, le SANMETTO, dans ces maladies, est supérieur à tous les autres médicaments.

Evansville, Ind.

DR. J. B. WEEVER,

L'UNITÉ OU LA DUALITÉ DES TUBERCULOSES BOVINE ET HUMAINE AU CONGRÈS DE BRUXELLES.

Schütz, Kossel, Lignières, ont défendu cette année l'idée émise par Koch en 1901 au congrès de Londres à savoir que le bacille de tuberculose bovine n'était pas identique à celui de la tuberculose humaine.

Arloing de Lyon et Gratia de Belgique ont été les défenseurs de l'idée uniciste.

Après une longue discussion la section par 25 voix contre 5 a admis les conclusions suivantes : " La tuberculose humaine est particulièrement transmise d'homme à homme ; néanmoins dans l'état actuel de nos connaissances, le congrès estime qu'il y a lieu de prescrire des mesures contre la possibilité de l'infection de l'homme par les animaux. " X.

PSORIASIS.

Le psoriasis est le type des dermatoses, en quelque sorte constitutionnelles, essentiellement tenaces et récidivantes. Quelquefois, la maladie persiste toute la vie, quelque traitement que l'on fasse. Le cas est rare, heureusement. En général, elle évolue par poussées, séparées les unes des autres par des intervalles plus ou moins longs. Le rôle de la thérapeutique externe est de blanchir les malades, de faire en somme la toilette de la peau. En trois ou quatre semaines, dans la plupart des cas, cette toilette peut être faite, chez les psoriasiques traités énergiquement et surveillés. Et il semble à beaucoup d'auteurs que les récidives sont alors beaucoup plus éloignées, lorsque le traitement a été fait à fond et poussé au delà de la disparition superficielle. Quant à la disparition du psoriasis, qui n'est pas rare, elle paraît résulter

simplement de l'évolution naturelle, elle se produit sans cause connue.

Caractères cliniques.—La lésion élémentaire du psoriasis est une petite saillie sèche, hyperkératosique, blanc nacré à son sommet, surtout quand on frotte la surface, rosée dans le reste de son étendue. La couche cornée est stratifiée et non cohérente comme dans d'autres hyperkératoses.

L'extension excentrique des lésions, la confluence des foyers élémentaires, donnent lieu à des lésions souvent extrêmement étendues. Dans le psoriasis guttata, les lésions ont un demi-centimètre de diamètre; dans les formes communes, on observe de véritables nappes psoriasiques. Ce sont des plaques offrant souvent des bords nets, sèches, couvertes de squames blanches plus ou moins épaisses, formant parfois des amas considérables. Ces squames peuvent s'enlever, au-dessous, on trouve le corps muqueux rouge franc, un peu humide, saignant au moindre contact. A la limite des plaques, les squames sont peu épaisses ou disparaissent, et on constate une zone rosée, ou rouge, d'étendue variable, suivant les cas. Dans certains types, l'hyperkératose est très modéré et les lésions sont de couleur rosée. Dans les plis de contact, sur le gland les squames tombent, la couleur est rouge. Au cuir chevelu les squames sont épaisses, forment parfois des saillies montagneuses; dans d'autres cas, elles sont grasses.

Au cuir chevelu, le psoriasis peut se présenter sous forme de plaques montagneuses avec une énorme accumulation de squames, mais en général on trouve seulement un état pityriasique diffus, parfois très marqué, parfois avec rougeur à la limite de la région, sur le front.

A la face, le psoriasis est rouge, peu squameux, difficile à séparer des séborrhéides (v. *Revue pratique*, n° 8, novembre 1902). A la paume des mains, à la plante des pieds, les caractères sont peu nets, le diagnostic est souvent ambigu quand il n'y a pas simultanément de psoriasis sur le corps: il se fait par les caractères des squames, la bilatéralité habituelle, la régularité des éléments moindre que dans la syphilis.

Le psoriasis est rarement prurigineux; cependant il l'est parfois, surtout chez les alcooliques, qui présentent en outre des

psoriasis graves et étendus (Leredde). On peut observer des plaques prurigineuses où le prurit s'accompagne de lichenification.

La maladie évolue par poussées irrégulières séparées par des intervalles de calme, pouvant durer des mois et des années. Au début de ces poussées, le psoriasis est peu curable; à la fin, on doit intervenir et on peut débarrasser rapidement le malade de lésions qui, en général, ne guérissent pas d'elles-mêmes, et, épaississant peu à peu, deviennent incurables avec le temps. Parfois on observe des psoriasis aigus, avec érythrodermie scarlatiniforme desquamation, accompagnée dans certains cas de fièvre et de leucocytose (Leredde). Dans d'autres cas, le psoriasis s'étend peu à peu, envahit une grande partie de la peau et constitue une érythrodermie chronique à peu près incurable. L'hyperkératose s'atténue, le tégument est rouge, à peine squameux.

Dans tous ces types, cette affection, dont l'étiologie et la pathogénie sont absolument inconnues, s'accompagne fréquemment d'arthralgies et d'arthropathies (Besnier). Parfois celles-ci constituent un véritable rhumatisme déformant universel, avec soudure de presque toutes les articulations.

Munro, Kopytowski ont montré que la tache élémentaire du psoriasis était accompagnée d'une diapédèse de leucocytes polynucléaires dans la couche cornée.

Signalons encore, pour compléter cette description sommaire, l'existence de lésions sanguines (Leredde et M. Sée).

Traitement local.—Les plaques psoriasiques doivent être traitées d'abord par les procédés kératolytiques, de manière à mettre le corps muqueux à nu. Les procédés les plus recommandables sont: les applications de vaseline suivies de bains alcalins avec frictions au savon noir, et les bains de vapeur (système Bertoe) dans les formes étendues; dans les formes limitées les applications de savon noir, additionné ou non d'acide salicylique. Enfin, on obtient une action kératolytique rapide par l'emploi du sulfure de calcium.

La médication kératolytique, doit être faite très énergiquement et très rapidement quand il ne s'agit pas de formes irritables; on peut juger dans une certaine mesure de l'irritabilité du psoria-

is quand on commence à le soigner par l'épaisseur de la couche coruée toujours plus marquée dans les formes tolérantes. Ici, comme dans l'eczéma, l'œdème révèle toujours une sensibilité plus grande.

Le corps muqueux étant à nu, on commence le traitement réducteur. Il repose essentiellement sur l'emploi de deux agents: l'acide chrysophanique ou chrysarobine (1) et l'huile de cade. L'acide pyrogallique est, à mon avis, un médicament moins maniable, moins actif peut être et qu'on peut employer, seulement lorsque la chrysarobine n'a pas réussi, pour une raison ou une autre, dans des psoriasis limités.

L'acide chrysophanique convient aux formes limitées et aux formes d'étendue moyenne. Il n'y a pas d'inconvénient à l'employer dans des formes assez étendues, car il n'amène d'intoxication générale que longtemps après avoir produit des réactions locales et on peut toujours arrêter les applications à la face que sous forme d'emplâtres, sur le cuir chevelu qu'à la condition d'appliquer un pansement et sur le reste du corps qu'à la condition d'interdire aux malades de porter les mains à la figure. Toutes ces précautions ont pour but de protéger les yeux contre la conjonctivité chrysophanique, accident extrêmement pénible et qu'il faut éviter à tout prix.

L'acide chrysophanique s'emploie en solution (étherée, alcoolique, chloroformique, etc.). On badigeonne les plaques, on laisse sécher, on recouvre de traumaticine ou de colle de zinc.

On peut le mélanger à la traumaticine.

Acide chrysophanique.	10 gr.
Gutta Percha.	10 gr.
Chloroforme.	90 gr.

Les applications seront renouvelées tous les deux ou trois jours, les plaques psoriasiques étant nettoyées doucement au chloroforme ou à l'éther. Les pommades conviennent dans des formes assez limitées où on veut avoir une action rapide. On peut faire pénétrer plus profondément l'acide en massant les ré-

(1) La chrysarobine est plus employée en Allemagne, l'acide chrysophanique en France. Ces deux agents ont des propriétés identiques.

gions psoriasiques au moyen d'une pince ornée de coton, chargée de la pommade et faire ainsi des traitements énergiques.

Les bâtons de pommade sont taës pratiques.

Chrysarobine.	30 gr.
Cire.	20 gr.
Adeps lanæ.	50 gr.

(LEISTIKOW).

La formule d'Audry est moins octive;

Chrysarobine.	10 gr.
Beurre de Cacao.	75 gr.
Paraffine.	10 gr.
Huile d'olive.	5 gr.

Enfin les emplâtres sont très précieux pour le traitement des formes limitées, si on nettoie chaque jours à l'huile d'aman des douces.

Pendant le traitement chrysophanique, le malade ne doit pas savonner les lésions traités, ni prendre de bains alcalins, qui amènent des réactions inflammatoires anticipées. Il sera de préférence vêtu de toile sur le corps pour éviter le séjour de la sueur.

On pousse le traitement jusqu'à l'apparition de la réaction chrysophanique. Autour des plaques on voit survenir une rougeur ardente, dans une zone parfois fort étendue. Les plaques pâlisent, se décolorent, prennent un aspect blanc. J'ai pour principe de pousser le traitement pendant deux ou trois jours à ce moment, qui est celui où l'action des plaques est le plus intense, mais on ne peut agir ainsi sans une surveillance quotidienne; sinon il faudra cesser les applications d'acide chrysophanique à l'apparition de l'érythème. On poudre alors le corps: si la réaction est très vive, on peut appliquer une pâte de zinc. On recommence le applications d'acide chrysophanique dès qu'il est possible.

Une série d'agents réducteurs peuvent être substitués à l'acide chrysophanique ou lui être associés, et il peut être utile de les connaître.

Je n'ai pas d'expérience personnelle de l'anthrarobine qui est de l'avis général, moins active que l'acide chrysophanique, et

qui s'emploie en pommade, (10 à 20 p. 100), ou en solution alcoolique à 10 pt 100, ni de *Parietol*, qui est à peu près abandonné, ni de *Neurobine*, ni du *gallanol* qui est recommandé par Bayet, surtout parce qu'il ne tache pas le linge et peut s'employer tant à la face qu'au cuir chevelu, ni de *l'hydroquinone* que Sabouraud indique comme pouvant remplacer l'acide pyrogallique, ni même du *naphtol*, employé isolément. Les pommades au *calomet* et à *l'oxyde jaune* (1 p 40, 1 p. 20) conviennent aux lésions de la face, et, d'une manière générale, à celles des régions où la peau est fine. où le psoriasis n'a pas d'épaisseur.

Les formes limitées peuvent être traitées avec succès par des applications d'*emplâtres de Vigo* de bonne qualité. Ce procédé constitue un mode de traitement des plus pratiques pour les malades.

J'ai maintenant une expérience personnelle assez longue du *lénigallol* qui me paraît devoir entrer dans la thérapeutique régulière du psoriasis.

Cet agent, encore peu connu en France, est un triacétate de pyrogallol, qui a la propriété de ne pas se transformer sur la peau normale, et n'est pas irritant par suite, qui se décompose au contraire au niveau de la peau enflammée: il est légèrement caustique au niveau des régions où le derme est dénudé. Le lénigallol n'aurait pas les dangers de l'acide pyrogallol. Je crois prudent de surveiller les urines lorsqu'on l'emploie sur des surfaces étendues.

Voici une formule de pâte au lénigallol (Kromayer).

Lénigallol	20 gr.
Oxyde de zinc	} àà 20 gr.
Amidon	
Vaseline	20 gr.

on peut lui associer l'huile de cade :

Lénigallol	10 gr.
Huile de Cade	5 gr.
Pâte de zinc	85 gr.

Quant à *l'acide pyrogallique* ou *pyrogallol*, j'ai déjà dit qu'il convient seulement au traitement des surfaces psoriasiques peu étendues, et que souvent la chrysarobine lui est même supé-

rieure dans ce cas. Cependant, il est des malades chez lesquels la chrysarobine détermine trop facilement de l'érythème ou n'a pas d'action suffisante.

Voici une formule de pâte pyrogallique :

Ceyssatite		3 gr.
Amidon		9 gr.
Vaseline	}	à 14 gr.
Lanoline		
Pyrogallol	o gr.	50 à 2 gr. 50
Jus de citron frais		v à x gouttes.

(LEISTIKOW).

Sur la face, le pyrogallol détermine une coloration noire très marquée et assez tenace des tissus. D'après Leistikow, on peut cependant l'employer sur cette région en le dissolvant dans du filmogène (2 à 5 p. 100). Le filmogène est une solution de ce-
loïdine dans l'acétone, avec addition d'un peu d'huile. On peut le remplacer par un collodion à l'acétone. (Darier).

On applique la solution le soir, le matin on l'enlève par frictions, sans savonner la peau.

L'action de tous ces agents peut être augmentée en ajoutant aux pâtes et aux pommades 1 à 2 p. 100 d'acide salicylique ou de-résorcine.

L'huile de cade est un agent dont l'emploi est parfois nécessaire chez les psoriasiques, mais on ne doit l'employer que lorsqu'on ne peut faire autrement, à cause de son odeur désagréable et de la perte de temps que cause l'apparition des folliculites cadiques (acné cadique).

Celles-ci se développent surtout aux membres inférieurs, sous formes de petits nodules avec pustulette centrale ; elles sont très tenaces et obligent à suspendre le traitement.

L'huile de cade convient aux formes très étendues, aux formes où par expérience acquise le malade sait que l'acide chryso-phanique échoue. Il est vrai qu'on peut souvent se demander si celui-ci a été bien manié et chercher à recommencer l'expérience.

L'huile de cade s'emploie surtout en glycérolés :

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	100 gr.
Savon noir	5 gr.
ou extrait de Panama	Q. S.
Huile de cade pure	20-1000 gr.

Mais on peut l'employer pure, en pommades, ect.

Les bains à l'huile de cade qui ont été récemment proposés par Balzer sont évidemment moins actifs que les applications nocturnes de préparations à l'huile de cade, il faut également en surveiller l'effet et éviter les irritations cutanées auxuelles ils peuvent donner lieu chez certains sujets. On peut, je crois s'en servir en cas de psoriasis étendu où le malade n'est pas pressé d'atteindre à la guérison et cherche surtout à suivre un traitement aussi commode que possible.

On prescrit pour un bain :

Huile de cade	100 gr.
Décoction de quillaya	30 gr.
Jaune d'œuf	n° 1.
Eau distillée	Q. S. pour faire 250 gr.

(SABOURAUD).

Mélanger l'huile de cade et la décoction de quillaya. Celle-ci doit être très concentrée (un kilogr. par litre d'eau), on ajoute peu à peu le mélange au jaune d'œuf dans un mortier, enfin on ajoute l'eau.

Dans quelle mesure le goudron minéral (coaltar), l'huile de bouleau peuvent-ils suppléer l'huile de cade? La question est assez difficile à trancher: en France, l'usage de l'huile de cade est classique et sa supériorité paraît hors de discussion.

J'ai obtenu de très bons résultats avec l'huile de bouleau dans des psoriasis du cuir chevelu, où les lésions étaient récentes et sans trop d'épaisseur. Son odeur est supportable, et c'est là, au point de vue pratique, un facteur important à considérer.

On peut, après Veiel, employer la pommade suivante dans les formes limitées :

Onguent de goudron	} à à 100 gr.
Savon noir	

Les lecteurs de ce journal connaissent déjà un traitement du

psoriasis par une pommade à l'iode et au calomel (pommade de Rochard, recommandée par Blaschko); je les renvoie au compte-rendu de la *Berliner Dermatologische, Gesellschaft* publié dans le n° 6 de la *Revue pratique* (1er septembre 1902). Je n'ai pas encore d'expérience personnelle sur ce procédé, mais je l'essaierais volontiers, à l'occasion, sur la foi du dermatologiste éminent qui l'a recommandé.

Le prurit, au niveau des plaques psoriasiques, peut être associé à une lichénification; on le traitera par l'exfoliation de préférence à d'autres moyens (v. *traitement du lichen circonscrit*). Il est en général amélioré rapidement par le traitement chrysophanique ou pyrogallique, ou le goudron.

Le traitement interne chez les psoriasiques, est loin d'être dé terminé, de même que le régime. L'emploi de l'arsenic, comme dans beaucoup de maladies de peau, repose sur la routine. A très hautes doses, il fait disparaître le psoriasis, mais cette disparition est liée à l'intoxication arsenicale, et, le traitement cessé, l'éruption reparaît. D'autres intoxications peuvent agir de même. Danlos a cependant obtenu de grandes améliorations et des guérisons au moyen d'injections decacodylate de soude à hautes doses, 0,50, 0,60, par jour et même plus. Ce traitement n'est pas dangereux lorsque les malades sont surveillés. S'il n'est pas généralement adopté, c'est peut être que trop de médecins ont peur de ces doses élevées et ont pris l'habitude de manier le cacodylate de soude aux doses faibles qui sont employées chez les tuberculeux (0,18 en moyenne). Burlureaux a employé avec succès le cacodylate de magnésie. Je n'ai pas encore d'opinion personnelle sur la question; je me contente, chez les psoriasiques, de tirer du traitement externe tout ce qu'il peut donner et je n'ai pas encore, depuis deux ou trois ans, rencontré de cas rebelles à ce traitement dans lesquels j'aurais considéré comme nécessaire d'employer le cacodylate aux doses élevées compatibles avec la résistance intégrale de l'organisme.

L'utilité et les indications exactes de l'arrénal sont à déterminer.

Les succès certains qu'on obtient chez les psoriasiques aux eaux arsenicales, telles que la Bourboule, me paraissent dus à

l'action externe des bains et à la thérapeutique locale qui est faite en même temps que la balnéation. Les cures sulfureuses peuvent être également utile, mais surtout à la conditions de combiner le traitement externe.

En désespoir de cause, on a essayé chez des psoriasiques rebelles l'opothérapie thyroïdienne et testiculaire, et les résultats ont été négatifs,

Bien entendu, l'état viscéral sera étudié chez tout psoriasique et on traitera les troubles gastro intestinaux, rénaux ou autres qui peuvent exister, — les troubles de nutrition que pourra révéler l'étude analytique des urines.

M. Besnier a obtenu chez certains malades la guérison de poussées rebelles en les soumettant au régime végétarien.

(Lecolde, Jour. des M. sy. et assl.)

LE SANMETTO DANS LES TROUBLES GÉNITO-URINAIRES.

En ordonnant le SANMETTO dans les troubles génito-urinaires j'ai toujours la conviction d'obtenir des résultats sûrs et rapides. Cette confiance se base sur une expérience de plus de quatre années.

St. Louis, Ma.

DR. J. J. HOFFMAN.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET DU TRAITEMENT DE LA RHINITE HYPERTROPHIQUE.

Par le Dr. D. PASMNIK, de Genève.

L'auteur admet quatre formes d'hypertrophie du cornet nasal inférieur.

1° Forme diffuse caractérisée par l'hypertrophie de tous les tissus composant le cornet, forme fibro-argio-adénomateuse ;

2° Forme diffuse, caractérisée comme la précédente, sauf que le processus pathologique est concentré surtout autour des vaisseaux sanguins, hyperplasie vasculaire :

3° Forme fibromateuse, qui intéresse spécialement la couche superficielle du tissu conjonctif qui se trouve sur la muqueuse nasale, forme verruqueuse ;

4° Forme polypoïde, caractérisée par la formation de polypes qui subissent parfois une dégénérescence hyaline et forment des kystes, forme Kystique.

La forme diffuse avec hyperplasie de tous les tissus, est celle qui se rencontre le plus souvent. La forme polypeuse est la plus rare.

Voici quels sont les principaux symptômes.

(a) Gêne respiratoire. Au début gêne intermittente et passagère, plus tard, permanente : elle occupe tantôt une narine tantôt les deux ; en général plus prononcée dans les saisons froides ou humides.

(b) Sécrétion nasale abondante. Il s'agit d'une sécrétion visqueuse ou séreuse mais il n'y a pas de pus : une partie de cette sécrétion est mouchée et l'autre pénètre dans l'arrière gorge.

(c) Diminution ou même perte de l'odorat.

Le plus souvent passagère, elle s'explique par le fait que l'air inspiré portant les particules odorantes n'arrive pas jusqu'à la partie olfactive du nez. Cette fonction se rétablit lorsque le

cornet est détruit alors l'air pénètre librement dans les fosses nasales.

(*a*) L'épistaxis—Assez souvent on observe des saignements de nez, revenant à chaque poussée de coryza aiguë. Surtout au printemps et à l'automne. Cependant les hémorragies ne sont ni graves, ni abondantes.

(*c*) La céphalalgie. — Les maux de tête peuvent présenter tous les degrés d'intensité et résistent généralement aux médicaments employés.

Complications organiques. (*a*) nasales. Par le gonflement qu'elle détermine sur la muqueuse du cornet inférieur la rhinite hypertrophique pourra par l'obstruction des orifices des sinus, produire des sinusites (maxillaire et frontale) et même des polyypes dans le meatus moyen.

(*b*) Complications pharyngées et dans les organes respiratoires.

L'inflammation du pharynx s'explique par le fait que le nez étant bouché l'air arrive dans l'arrière gorge sans avoir acquis le degré nécessaire de chaleur, d'humidité et de filtration. Les principales formes sont : la pharyngite granuleuse, l'hypertrophie des amygdales et celle des piliers latéraux du pharynx. La gêne de la respiration par le nez entraîne la dessiccation des muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée et comme conséquence, le catarrhe chronique du larynx, de la trachée et même des bronches.

(*c*) Complications auriculaires. Depuis les simples bourdonnements jusqu'aux suppurations de la caisse, avec perforations tympaniques et à la surdité consécutive aux otites sèches. On observe surtout les troubles de l'ouïe dans les cas où l'hypertrophie porte sur la partie postérieure des cornets.

(*d*) Complications oculaires. Certaines conjonctivites et blepharites sont d'origine nasale ; de même certains cas de larmoiement, d'épiphora, certains œdèmes palpébraux, dans certains cas la dacryocystite suppurée ou non relèvent de l'état des fosses nasales ; de même la keratite phlycténulaire.

(*b*) Complications réflexes. La neurasthénie. — Le malade porteur de cornets hypertrophiés a d'ordinaire de la lourdeur de

tête, des céphalées très souvent. La nutrition générale souffre du fait de mal de tête et par la diminution de la quantité de l'oxygène inspiré ; l'organisme peut se trouver épuisé du fait de ces diverses causes et cet épuisement crée la neurasthénie, spécialement chez les prédisposés par l'hérédité. Depuis longtemps déjà la neurasthénie nasale est un fait connu et admis.

(b) L'asthme consécutive à l'obstruction nasale par hypertrophie des cornets.

(c) Les névroses cardiaques.—Elles sont signalées parmi les complications réflexes de la rhinite hypertrophique. On a signalé la sténocardie la tachycardie et la cardialgie. Elles s'expliquent par la gêne de la respiration et par la neurasthénie consécutive.

(d) Complications réflexes céphaliques. Vertiges, céphalalgies, amnésie, épilepsie et migraines.

(e) Complications réflexes oculaires. Il faut signaler le blépharospasme le strabisme, les troubles accommodatifs, l'amaurose, la photophobie. L'auteur conclut au sujet des névroses réflexes d'origine nasale que le champ des névroses réflexes de cette origine a été trop élargi.

Traitement — L'auteur insiste sur le traitement prophylactique et conseille de ne pas négliger de traiter le coryza aigu. En cas de végétations adénoïdes concomitantes, il conseille d'en faire tout d'abord l'ablation. Puis il conseille de recourir soit à la galvano-cautérisation, soit à la turbinotomie. Il termine son étude en disant : — " Les effets nuisibles du coryza hypertrophique sont si nombreux et les risques d'un traitement opératoire dans les narines si minimes, que nous devons toujours conseiller la galvano-cautérisation ou la turbinotomie à nos malades atteints de cette affection. D.

LEVURE DE BIÈRE ET SUPPURATION

PREMIER MÉMOIRE

Par M. EDMOND SERGENT

La levure de bière, prise par ingestion, est utilisée depuis longtemps, par les empiriques de certaines contrées, contre diverses maladies cutanées. Son emploi dans la pratique médicale s'est beaucoup répandue en France, depuis la communication de Brocq (1).

L'effet thérapeutique de la levure de bière sur les lésions suppuratives de la peau est indiscutable, mais sous les réserves suivantes : (1) Elle ne constitue pas un remède héroïque ; seules les suppurations légères, n'intéressant que l'épiderme ou une faible partie du derme, sont influencées par son administration. Le furoncle représente le type des petits abcès que modifie heureusement le traitement par la levure de bière. Or le furoncle est par lui-même une lésion infirme, en dehors des cas où il devient grave parce qu'il traduit un mauvais état général, comme dans le diabète, ou parce que sa situation sur les lèvres ou les narines peut faire craindre une embolie microbienne cérébrale. Le trouble apporté dans la santé générale de l'homme par un furoncle n'est pas en rapport avec l'altération anatomique, et résulte de la sensibilité aigüe qu'ont acquise nos nerfs cutanés. Les suppurations abondantes ne semble pas être influencées par l'adminis-

1. *Presse médicale*. La levure de bière dans la furunculose, 29 janv. 1899, n° 8, p. 45.

1. Lorsque la peau des lapins est revêtue, au-dessous des poils, d'un duvet fin (bourre), cette peau est très épaisse ; les staphylocoques y cultivent d'une façon bien plus intense que sur une peau simplement couverte de poils, et l'action du traitement par la levure est *nulle*. On peut considérer que les staphylocoques cultivent dans les couches cornées de cette peau épaisse comme en dehors de l'orgaïnisme,

tration de la levure (2). Toutes les personnes ne sont pas également sensibles à l'action de la levure. Chez un grand nombre de malades, celle-ci n'apporte aucune modification dans l'évolution des furoncles.

Pour étudier expérimentalement l'action de la levure sur les suppurations, nous avons dirigé d'abord nos recherches sur l'effet de la levure sur les animaux infectés par le staphylocoque doré, microbe habituel du pus des furoncles. Il fallait d'abord obtenir chez les animaux d'expérience une lésion comparable au furoncle de l'homme. L'inoculation sous-cutanée chez le lapin d'une culture de staphylocoque donne un énorme abcès qui s'ouvre largement, occasionnant un grand délabrement des tissus, et les animaux meurent cachectiques au bout de quelques semaines. L'inoculation sous-cutanée de staphylocoque chez le lapin est trop sévère pour servir à l'expérimentation; car la levure, chez le lapin comme chez l'homme, n'est pas un médicament héroïque, de même qu'elle n'agit pas avec une efficacité égale chez tous les individus.

Le mode d'inoculation que nous avons adopté consiste à frictionner la peau d'un lapin avec une culture de staphylocoque. Nous choisissons un lapin à peau fine et non bourrée: les lapins tout noir ou tout blancs conviennent habituellement (3). Nous rasons ou épilons une partie du dos du lapin, nous laissons tomber sur la peau nue quelques gouttes d'une culture en bouillon de staphylocoque, que nous étalons avec une lame porte-objet flambée. Cette lame érode légèrement les strates superficielles de l'épiderme; elle ne doit pas atteindre les vaisseaux du derme, car s'il y a du sang extravasé à la surface de la peau, l'inoculation n'a aucune suite.

Deux jours après la friction, on voit apparaître sur la peau de l'animal un grand nombre (10 à 100) de petites bulles purulentes grosses comme une tête d'épingle. Le 3ème jour, les

2. Nous nous sommes servi d'un staphylocoque virulent, provenant de la collection de M. Binot.

3. R. J. MAC NAIR SCOTT. Notiz über eine Experimentaluntersuchung über die gegenseitige Wirkung zwischen *Staphylococcus aureus* und Hefe, *Centralbl. f. Bakt.*, t. XXVIII, pp. 420-421, nos. 14-15, 15, Octobre 1900.

bulles se sont développées et sont auréolées de rouge. Le 4ème jour, elles commencent à sécher, et le 5e ou 7ème jour, la desquamation est complète 2.

Nous avons déterminé ensuite le mode d'administration de la levure. Il était tout indiqué de la donner aux animaux d'expérience *per buccam*. Déjà Mac Nair Scott avait employé ce procédé, mais avec un insuccès complet, dû certainement à ce qu'il donnait trop peu de levure à ses lapins (1 à 3 grammes par jour

La quantité optima que nous avons employée était de 20 à 30 c. c. *pro die* d'une suspension épaisse de levure 1. Nous n'avons pas utilisé la sonde œsophagienne. La levure était donnée aux lapins avec une seringue de 10 c. c., dont l'extrémité était introduite dans la bouche, par l'espace libre laissé entre les incisives et les molaires par l'absence de canine chez les rongeurs. On évite facilement d'envoyer des levures dans le larynx. Des doses plus fortes amènent du ballonnement du ventre et de la diarrhée, et chez les lapins ainsi affaiblis, l'action de la levure sur le staphylocoque est nulle.

Pour se mettre dans les mêmes conditions que dans la pratique humaine, la levure fut, en premier lieu, donnée curativement. On commençait à l'administrer aussitôt que les bulles purulentes apparaissaient, c'est-à-dire le 2ème jour après la friction avec la culture de staphylocoque. Dès le lendemain, les bulles purulentes du lapin traité commençaient à sécher, tandis que c'était le moment où celles du lapin témoin étaient le plus grosses. Le 4ème jour après la friction, les bulles du traité se desquamaient, tandis que celles du témoin commençaient à peine à se flétrir.

Les résultats sont encore meilleurs si l'on donne la levure préventivement. Il suffit de commencer le traitement 24 heures avant la friction, et de le continuer tous les jours. On ne voit alors se produire que quelques petites bulles, qui sèchent en quelques heures, tandis que les témoins n'ont jamais moins d'une quarantaine de bulles, évoluant en 2 à 3 jours.

1. Nous nous sommes servi d'une levure de bière pure, fournie obligeamment par M. Fernbach, et surtout de la levure de boulangerie que l'on trouve dans le commerce en pains comprimés, où elle est presque pure.

L'action de la levure est très fugace. Ainsi, on peut faire prendre de la levure à un lapin pendant 8 ou 15 jodrs. si on suspend ce traitement 24 heures avant la ftiction, l'éruption n'est aucunement modifiée. Pour être efficace, le traitement doit être continu.

Les différents modes d'innoculation de la levure dans le corps des lapins ne nous ont paru praticables. Les levures inoculées dans les veines tuent presque toujours le lapin subitement. D'autre part, nous n'avons jamais vu se résorber les levures inoculées dans le péritoine ou sous la peau. Ramon Turro, Tarruella et Alvaro Presta, qui inoculent 10 c. c. de levures sous la peau de lapins, d'ailleurs sans résultat *clinique* appréciable, ne disent pas exactement ce que deviennent ces levures.(1) Dans nos expériences, les levures inoculées sous la peau de lapins, loin de se résorber, donnaient lieu à la production de tumeurs bosselées, grossissant sans cesse. Au bout de quelques mois, une de ces tumeurs est devenue plus grosse que la tête du lapin.

Si l'on ouvre une de ces tumeurs, on trouve, enkystée dans une sorte de membrane pyogénique, une masse caséuse blanche semblable à un mastic, composée de levures non altérées, auxquelles sont mêlées presque toujours des bactéries mobiles, venues très probablement de l'intestin de l'animal par les vaisseaux. Cette non-résorption des levures injectées en certaine quantité dans le péritoine ou sous la peau de lapins a d'ailleurs été déjà signalée (Hédon 2).

Le sérum de ces lapins porteurs de grosses tumeurs à levures s'est montré fortement agglutinant pour une culture de staphylocoques, tandis que le sérum de lapin neut est très faiblement agglutinant pour ces microbes. Le sérum des lapins porteurs de tumeurs à levures n'est pas bactéricide pour les staphylocoques.

* * *

Nous avons essayé d'extraire de la levure le principe qui

1. RAMON TURRO, J. TARRUELLA, ALVARO PRESTA. La levadura de cerveza en las estafilococias y estreptococias experimentales: *Gaceta medica ratulana*, mars 1903, 7 p. Rep. oduit dans *Centralbl. f. Bakteri., I. Origin.*, 1. XXIV, n° 1, pp. 22-28.

2 HÉDON, Sérum agglutinant des levures, *Soc. Biologie*, 9 mars 1901, p 256.

agit contre le staphylocoque dans les expériences précédentes. Le procédé d'extraction le plus simple, la macération dans l'eau, nous a réussi. Nous tiens les levures par un séjour de 24 heures dans de l'alcool absolu, nous enlevons l'alcool par la filtration sur un essorateur, puis en mettant la levure à sécher à l'étuve, à 37°, entre deux feuilles de papier stérile. La levure sèche est mise à macérer pendant deux jours dans deux parties d'eau de conduite stérilisée. L'eau de macération est filtrée sur l'essorateur, puis sur bougie Chamberland ; on obtient un filtrat citrin, à odeur et à saveur végétales.

Dans les expériences que nous avons faites jusqu'ici, nous avons administré cet extrait de levure aux lapins seulement *per buccam*, à la dose de 50 à 80 c. c. qui ne leur cause aucun trouble. Les résultats ont été exactement les mêmes que ceux qui avaient obtenus avec la levure en nature, que nous rapportons plus haut.

Il faut ajouter que cet extrait de levure, donnée à plusieurs personnes souffrant de furoncles, a agi exactement comme la levure en nature : le symptôme douleur a disparu le premier, puis les ganglions ont diminué de volume, se sont résorbés ; les furoncles déjà ouverts se sont vidés très vite, ceux qui étaient à la période inflammatoire ont avorté, en laissant comme trace une rougeur non douloureuse qui a persisté quelques jours. Comme la levure en nature, l'extrait de levure a échoué complètement chez quelques personnes.

L'intérêt de l'emploi, chez l'homme, d'un extrait aseptique de levure nous paraît résider en son innocuité certaine.

Ne peut-on pas craindre, en effet, l'ingestion de levures vivantes, comme le sont même les levures sèches, en poudre, du commerce ? Les observations de maladies humaines dues à des levures deviennent de plus en plus nombreuses. Les levures qui ont servi à San Felice pour produire des tumeurs malignes avaient été prises par lui sur la peau de fruits comestibles. Il n'est peut-être pas indifférent d'introduire dans notre intestin des quantités énormes de levures vivantes, dont le nombre est pas à comparer avec celui des quelques levures que nous absorbons avec le vin ou la bière. *Annales de L'Institut Pasteur.*

REVUE DES JOURNAUX.

Malgré l'assurance que donne le Prof. Orth, après examen microscopique, que le polype laryngé enlevé récemment à l'empereur d'Allemagne est de nature bénigne, il existe un certain malaise dans l'esprit de ceux qui liront son rapport, en face de ce qui est arrivé dans le cas de l'empereur Frédéric, père du Kaiser actuel. On se rappelle, en effet, que l'affection dont celui-ci souffrait, bien que déclarée "bénigne" au début par Sir Morell Mackenzie et le regretté Virchow, finit par lui être fatale, et se trouva être finalement bel et bien cancéreuse, ce que les chirurgiens allemands en général avaient prétendu dans ce cas particulier. La discussion provoquée dans le temps entre Virchow, Mackenzie, d'un côté et ceux-ci, est encore fraîche dans la mémoire de tous les médecins. Nous admettons tous la "prédisposition héréditaire", mais nous entretenons des doutes quand à "l'hérédité directe" de maladies telles que le cancer ou la tuberculose. Tout de même, nous pouvons nous demander avec raison si dans un cas comme celui de l'empereur d'Allemagne actuel, ce néoplasme du larynx n'est pas destiné à suivre la même marche que celui dont souffrait son père. Et puis dans les familles royales, celles d'Allemagne surtout—les mariages consanguins si nombreux, ne placent-ils pas tout-à-fait à l'avant la question de l'hérédité morbide?

La radiothérapie du cancer :—L'impression générale à ce sujet parmi les statisticiens de l'époque actuelle était que cette méthode agissait d'une manière plus efficace dans les cancers superficiels que profonds, mais voici que de très récentes observations—savamment contrôlées—de Donner et Lemoine (Bulletin et Mémoires de l'Académie de Médecine 1903, no 23, et "Berliner Klinische Wochenschrift, Octobre 19, 1903) viendraient changer nos convictions. Ces deux expérimentateurs rapportent le cas d'une femme, âgée de 64 ans, chez laquelle une tumeur cancéreuse de la grande courbure de l'estomac, disparût après sept séances d'applications des rayons X; chez une autre patiente,

âgée de 48 ans, deux tumeurs cancéreuses disparurent après 12 séances.

Dans un cas de cancer du sein, dont le diagnostic histologique précis avait été fait au préalable, le néoplasme disparût presque complètement au bout de deux mois. D'un autre côté, ces médecins n'ont eu aucun résultat de l'emploi des rayons X dans un cas de cancer de l'œsophage.

Les étudiants en médecine (classe "freshman" ou de 1ère année) de l'Université de Syracuse, Etat de N. Y. (Etats-Unis) ont adopté le "Yell" formidable qui suit comme le leur :

" Scalpel, scissors, lance, and probe ;
 Chloroform, anodyne, crape and shroud ;
 Send the stiffs to hell or heaven ;
 Syracuse medicos, nineteen hundred and seven " !

" L' American Roentgen Ray Society ", récemment fondée, tiendra sa prochaine réunion dans les salles de l'Université de Pennsylvanie, à Philadelphie, les 9 et 10 décembre prochain. Le nombre des travaux qui y seront lus est considérable, et les sujets aussi intéressants que variés.

Piffard, de New-York, dans le " N.-Y Medical Record " du 31 octobre dernier, nous donne un article magistral sur les courants de haute fréquence, si généralement employés depuis quelques mois en Europe et aux Etats-Unis. Aujourd'hui dans ce dernier pays, les courants de H.-F. appliqués soit au moyen du solénoïde d'Arsonval, ou du transformateur ou de la spirale Piffard sont, avec les " wave-currents " statiques, employés presque à l'égal des courants statique ordinaire, faradique et galvanique combinés.

Le Dr Tousey, de New York, vient de découvrir une méthode au moyen de laquelle tout médecin possesseur d'un appareil à rayon X, peut prendre une radiographie à son bureau, qu'il n'aura pas besoin ensuite de développer et imprimer, l'impression elle-même se faisant en même temps que la radiographie se

"prend". C'est-à-dire qu'après une minute ou deux de pose sur un papier préparé spécialement à cet effet, on retire l'image toute imprimée et complète de l'enveloppe qui la contenait.

Le procédé tel que décrit est des plus simples et moins coûteux qu'avec l'usage des plaques ordinaires et est sans doute appelé à rendre de réels services dans la pratique.

Le Dr Nelden, de Philadelphie, est en train de créer un "record" pour la greffe d'une oreille d'un sujet à l'autre. L'on sait qu'il y a quelque temps un millionnaire californien, se fit enlever une oreille par un ours "grizzly" dans une expédition de chasse. Très particulier en esthétique, il annonça dans le "New York Times" (département des annonces "Personal") qu'il offrait une compensation de \$5.000 dollars au possesseur d'une jolie oreille, bien modelée, qui consentirait à s'en départir à son profit. L'offre fut considérée avantageux par plusieurs et ces jours derniers, le Dr Nelden choisit parmi les concurrents l'oreille la mieux convenable. Les deux sujets—millionnaire et l'autre—furent amenés il y a deux jours dans un hôpital privé de Philadelphie et là l'opération de la greffe fut commencée. Ils sont placés tous deux sur un lit très long et la moitié de l'oreille droite de l'un, enlevée de sa base, est tournée puis greffée sur la partie préalablement dénudée correspondante de la tête du millionnaire, où elle est maintenue en place par des bandages appropriés. Les deux têtes resteront ainsi juxtaposées pendant 12 jours, et après l'autre (la partie inférieure) partie de l'oreille sera enlevée et greffée à son tour. Le lambeau de chair greffé avec l'oreille est à peu près de 4 pouces (en arrière de l'oreille) et les deux têtes sont fixées de manière à ce qu'elles ne puissent remuer. Le Dr Nelden est confiant dans le succès ultime de son opération qui certainement ne manque pas d'originalité.

(C. V.)

NOUVELLE SPECIALE

Un service de consultation des maladies de la peau, du cuir chevelu et de la barbe a été créé à l'Hotel-Dieu, sous la direction de M. le Dr Robert Mayrand, dermatologiste et anatomopathologiste.